



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

VITOR IGOR FERNANDES RAMOS

“(DES)CAPSULA” AI! Tecendo a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro
de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará

BELÉM-PA

VITOR IGOR FERNANDES RAMOS

“(DES)CAPSULA” AI! Tecendo a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará (PPGP-UFPa), como parte do requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Károl Veiga Cabral

BELÉM-PA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R175(Ramos, Vitor Igor Fernandes.
" (DES)CAPSULA AÍ!" : Tecendo a Gestão Autônoma da
Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e
outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará / Vitor Igor
Fernandes Ramos, . — 2025.
xvi, 186 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Károl Veiga Cabral
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, Belém, 2025.

1. autonomia. 2. gestão autônoma da medicação. 3.
medicalização. 4. protagonismo. 5. redução de danos . I.
Título.

VITOR IGOR FERNANDES RAMOS

“(DES)CAPSULA” AI! Tecendo a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Károl Veiga Cabral

Data da aprovação: **25/04/25**

Conceito: **APROVADO**

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **KAROL VEIGA CABRAL**
Data: 01/05/2025 13:30:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. KÁROL VEIGA CABRAL – Orientadora
PPGP/UFPA
Presidente da Banca Examinadora



Profa. Dra. FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
PPGP/UFPA
Membra interna

Documento assinado digitalmente
 **JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES REIS**
Data: 01/05/2025 09:53:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. JOSÉ DE ARIMATEIA RODRIGUES REIS
FHCGV
Membro externo

Documento assinado digitalmente
 **MIRIAM CRISTIANE ALVES**
Data: 29/04/2025 11:58:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. MÍRIAM CRISTIANE ALVES
UFRGS
Membra externa

Documento assinado digitalmente
 **ALCINDO ANTONIO FERLA**
Data: 29/04/2025 10:33:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. ALCINDO ANTONIO FERLA
UFRGS
Membro externo

À primeira mulher quilombola que conheci em vida, que me ensinou o amor pela natureza, aos animais e a importância da família.

À minha avó, com amor.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço imensamente a dedicação, companhia, amor, carinho e felicidade que eu recebi exclusivamente de minha mãe, na qual sem seu apoio fundamental, eu não poderia ter chegado ao “fim” dessa jornada, longe de ser um ponto final.

À minha primeira gatinha que mudou minha concepção de cuidado e a forma de me relacionar com gatos. Assim como a UFPA modificou minha vida, à Milla, me fez perceber que existe amor entre humanos e felinos. Com ela veio e se foram outros gatos, na qual aprendi o amor de verdade.

Agradeço a resiliência e força ancestral que moldou meus caminhos para que eu me tornasse a primeira pessoa a ser Mestre em minha família materna. Essa força coletiva que nos mantém conectados entre mundos diferentes. A força que nos move em direção à vários caminhos. Todos diferentes, mas com algum significado. Minha escrita é dedicada a todas às famílias que vivem em constância com a violência da “guerra às drogas”. Uma guerra de contínuo extermínio e escravização da população negra.

Agradeço ao grupo *Cartel*, coordenado pela minha orientadora e professora Dra. Károl Veiga, nos domínios da UFPA, que me possibilitaram trocas de saberes e diálogos com outros companheiros e companheiras durante o tempo dessa Dissertação.

Ao cantor *Emicida*, que me proporcionou em sua música *Princípios*, encontrar conexões com os meus resultados encontrados no grupo GAM.

Essa pesquisa aconteceu devido principalmente ao protagonismo de usuários e usuárias do serviço CAPS AD II. O primeiro grupo GAM da Amazônia, no Norte, em Belém do Pará, aconteceu devido às suas participações. O pioneirismo é legado de vocês!

Aos usuários de saúde mental paraenses e em especial, Welligton de Araújo Barbosa e ao informante S.S, que ancestralizaram durante o percurso dessa pesquisa. A introdução se inicia com um dos poemas de Welligton e no capítulo 4, presto uma homenagem ao Informante S.S, usuário do CAPS AD e participante do grupo GAM.

“Negro drama, entre o sucesso e a lama

Dinheiro, problemas, invejas, luxo, fama

Negro drama, cabelo crespo e a pele escura

A ferida, a chaga, à procura da cura

Negro drama, tenta ver e não vê nada

A não ser uma estrela, longe, meio ofuscada

Sente o drama, o preço, a cobrança

No amor, no ódio, a insana vingança

Negro drama, eu sei quem trama e quem tá comigo

O trauma que eu carrego pra não ser mais um preto f**

O drama da cadeia e favela

Túmulos, sangue, sirene, choros e velas”¹

¹ 1 vídeo (6 min e 52 segs.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tWSr-NDZI4s>. Acesso em: 14 mai. 2025.

CONSTRUA-SE

*Não permita que a distância o desestimele
E o cansaço estimule a razão pra te parar.
Corra, vá...
Não permita que o amanhã seja o passado
Que não teve o seu presente pra te encorajar
Corra, vá...
Vá andando. Vá correndo.
Elaborando um novo modo de seguir
Construa-se calmamente
Pequeno começo
Grandes fins
Trabalho sincero
Florescer puro!
Chegaremos, pois estamos!²*

² SENA, Antônio. **Metanozes**. 1ª ed. Belém, 2019.

RESUMO

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é um dispositivo de cuidado em saúde mental que chega ao Brasil em 2009, por um estudo de pesquisa multicêntrico entre quatro Universidades públicas que se uniram para adaptar, traduzir, estudar e aprimorá-la, envolvendo trabalhadores (as), familiares e, principalmente, usuários da rede de saúde mental do Brasil. A GAM nasceu em uma das províncias do Canadá, em Québec, no ano de 1990, em um processo participativo e coletivo. Estudar a GAM no contexto brasileiro e pela primeira vez, em uma região amazônica, é ressaltar a importância da discussão de um território cabano que pulsa em cada paraense, por sentir e se afetar de diferentes formas. O objetivo dessa pesquisa de Dissertação foi implementar a discussão do Guia da Gestão Autônoma da Medicação pela primeira vez na Região Norte, sendo o Estado do Pará, o primeiro Estado do Norte a discutir sobre esse dispositivo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O local da pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas tipo II (CAPS AD II), localizado no Município de Belém, que possui atividades direcionadas a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, tendo como filosofia e prática de cuidado, a política de Redução de Danos. Na pesquisa utilizamos o desenho metodológico da pesquisa-intervenção e, com a saúde mental coletiva como norte, implementamos este dispositivo em coletivo, com usuários, familiares, trabalhadores e gestão, utilizando ferramentas teórico-conceituais como diário de campo, observações, trabalho em roda e análise de implicação, uma vez que no CAPS ocupava a posição de trabalhador e pesquisador. Uma das análises que trouxemos para o campo foi a formulação de duas categorias teóricas: *capsular* e *(des)capsular*, que nos pareceu importante, ao implicar no campo saber-teórico do ser farmacêutico. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovada sendo o parecer ético 80522524.0.0000.001. A intervenção com o dispositivo do guia GAM aconteceu desde maio de 2022 e até o fim da pesquisa, em julho de 2024, se observou cisões entre usuário x trabalhador x gestão x sistema. Nos resultados, emprestamos a música *Princípio*, do cantor de RAP brasileiro *Emicida*, para conversar com os resultados encontrados. As estrofes selecionadas foram “*tudo que nós tem é nós*”, “*Deus, por que a vida é tão amarga na terra da cana-de-açúcar?*”, “*cale o cansaço, refaça o laço, e ofereça um abraço quente*”, “*Paz não se constrói com tiro mas eu miro, de frente a minha fragilidade*”, “*já não está mais perdido o elo, o amor é o segredo de tudo e eu pinto tudo em amarelo*”. Ampliamos a discussão do Guia GAM para outros marcadores sociais como gênero, raça/cor, sexo e território, ao discutir sobre os efeitos da Necropolítica e os resultados da “guerra às drogas”. O pioneirismo da

GAM pela primeira vez na Região Amazônica e logo em um território ‘fora-manicômios’, foi para *legalizar* o cuidado em liberdade. Com a GAM refizemos o laço e *(des)capsulamos* o sistema.

Palavras-chave: autonomia; gestão autônoma da medicação; medicalização; protagonismo; redução de danos.

ABSTRACT

The Autonomous Medication Management (GAM) is a mental health care device that arrived in Brazil in 2009, through a multicenter research study among four public universities that joined forces to adapt, translate, study, and improve it, involving workers, families, and especially users of the mental health network in Brazil. GAM originated in one of the provinces of Canada, in Quebec, in 1990, through a participatory and collective process. Studying GAM in the Brazilian context for the first time, in an Amazonian region, highlights the importance of discussing a cabano territory that resonates in every person from Pará, experiencing and being affected in different ways. The objective of this Dissertation research was to implement the discussion of the Guide to Autonomous Medication Management for the first time in the North Region, with the State of Pará being the first state in the North to discuss this care device within the Psychosocial Care Network (RAPS). The research took place at a Type II Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD II), located in the municipality of Belém, which has activities aimed at people who have problematic use of alcohol and other drugs, having the philosophy and practice of care based on the Harm Reduction policy. In the research, we used the methodological design of intervention research and, with collective mental health as a guide, we implemented this device collectively, with users, family members, workers, and management, using theoretical-conceptual tools such as field diary, observations, group work, and implication analysis, given that in the CAPS I held the position of worker and researcher. One of the analyses we brought to the field was the formulation of two theoretical categories: capsular and (de)capsular, which seemed important to us, as it implicated the theoretical knowledge field of the pharmaceutical being. The research was submitted to the Ethics and Research Committee and approved, with ethical opinion 80522524.0.0000.001. The intervention with the GAM guide device took place from May 2022 until the end of the research in July 2024, and divisions between user x worker x management x system were observed. In the results, we borrowed the song *Princípios* from Brazilian RAP artist Emicida to discuss the findings. The selected verses were "everything we have is us," "God, why is life so bitter in the land of sugarcane?", "silence the exhaustion, redo the bond, and offer a warm hug," "Peace is not built with bullets but I aim, facing my fragility," "the link is no longer lost, love is the secret to everything and I paint everything in yellow." We expanded the discussion of the GAM Guide to other social markers such as gender, race/color, sex, and territory, while discussing

the effects of Necropolitics and the results of the 'war on drugs'. The pioneering work of GAM for the first time in the Amazon Region and in a territory 'outside asylums' was to legalize care in freedom. With GAM, we re-established the bond and (de)capsulated the system.

Keywords: autonomy; autonomous medication management; medicalization; role; harm reduction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Caminhos para a GAM.....	47
Figura 2 - Pantera negra.....	99
Figura 3 - Marcha em defesa da luta antimanicomial em Belém do Pará pela Liga de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental (LAFASM).....	102
Figura 4 - Reforma Psiquiátrica.....	107
Figura 5 - Mapa de minha rede social.....	108
Figura 6 - Projeção indígena na sede da SEDUC.....	118
Figura 7 - Ilustração de usuário “Diga não as drogas”	133
Figura 8 - Mobilização pela Redução de Danos no CAPS AD.....	150
Figura 9 - “eu sou uma pessoa, não uma doença”	152
Figura 10 – <i>arte marginal</i>	159
Figura 11 - <i>arte marginal</i>	159
Figura 12 - <i>arte marginal</i>	160
Figura 13 - <i>arte marginal</i>	160
Figura 14 - <i>arte marginal</i>	161
Figura 15 - <i>arte marginal</i>	161
Figura 16 - <i>arte marginal</i>	162
Figura 17 - <i>arte marginal</i>	162
Figura 18 - <i>arte marginal</i>	163
Figura 19 - <i>arte marginal</i>	163
Figura 20 - <i>arte marginal</i>	164
Figura 21 - <i>arte marginal</i>	164
Figura 22 - <i>arte marginal</i>	165
Figura 23 - <i>arte marginal</i>	165
Figura 24 - <i>arte marginal</i>	166
Figura 25 - <i>arte marginal</i>	166
Figura 26 - <i>arte marginal</i>	167

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instituições de Ensino Superior (IES) que compõem o Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação.....	36
Quadro 2 – Pesquisas publicadas sobre a GAM nas Universidades: UFRGS, UFF, UNICAMP e UFRJ.....	66

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
ARUCI	Associação Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade Saúde Mental e Cidadania
CAHR	Community Action On Harm Reduction
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CBD	Canabidiol
CDPD	Convenção Internacional de Pessoas com Deficiência
CEM	Centro de Estudos da Metrópole
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNAR	Consultório na Rua
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNEAS	Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTSM	Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental
CÓCCIX	Grupo de Estudos (In)disciplinares do Corpo e do Território
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	Doença Originada pelo Coronavírus 2019
CT'S	Comunidades Terapêuticas
DESMAD	Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
eCR	Equipe Consultório na Rua
ELRD	Escola Livre de Redução de Danos
FHCGV	Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GGAM-BR	Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação
GI	Grupos de Intervenção
GUIA GAM-BR	Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
IF	Indústria Farmacêutica
IM	Instituições Médicas

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPUB	Instituto de Psiquiatria
LAFASM	Liga de Assistência Farmacêutica na Saúde Mental
LIS	Laboratório em Inovação em Saúde
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NEB-FGV	Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getúlio Vargas
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial Da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana De Saúde
PA	Pará
PFDC	Procuradoria Federal Dos Direitos Do Cidadão
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNS	Política Nacional de Saúde
PPGP	Programa de Pós-graduação em Psicologia
PSR	Pessoas em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RMB	Região Metropolitana de Belém
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Rio Grande do Sul
RT	Residência Terapêutica
SAES	Secretaria de Atenção Especializada
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SEDA	Semana do Audiovisual
SEDUC	Secretaria de Educação
SENAD/MJSP	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém

SESPA	Secretaria de Estado de Saúde do Pará
SES/RS	Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul
SOME	Sistema de Organização Modular de Ensino
SP	São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SS	Seguridade Social
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCSAL	Universidade Católica de Salvador
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio De Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	METODOLOGIA.....	40
2.1	Instrumental metodológico.....	49
2.2	Participantes da pesquisa.....	51
2.3	Local da pesquisa.....	52
2.4	Produção de procedimentos de dados.....	58
3	CAPÍTULO 1: A NAU DA GAM.....	60
4	CAPÍTULO 2: A MEDICALIZAÇÃO COMO MÁQUINA DE FAZER CALAR.....	80
5	CAPÍTULO 3: A GAM EM TERRAS AMAZÔNIDAS.....	86
6	CAPÍTULO 4: “TUDO QUE NÓIS TEM É NÓIS”	98
6.1	A GAM entre: luta antimanicomial, territorialidade e assistência farmacêutica.....	102
6.2	A GAM entre: medicamentos, proibicionismo e redução de danos.....	114
6.3	A GAM na encruzilhada com o SUS.....	142
6.4	Arte <i>marginalizada</i>	157
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
	REFERÊNCIAS.....	171
	ANEXO A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	181
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA SESMA.....	182
	ANEXO C – PLATAFORMA BRASIL.....	183

1 INTRODUÇÃO

*Pode ser Zenaldo
 Pode ser DUDU
 E agora o ED
 Tamo lascado e mal pago
 Sem remédios
 Sem tratamentos
 Sem apoio
 Cadê nossos vereadores
 Cade nossos deputados
 Cadê nossos Senadores
 Estamos abandonados a própria sorte
 Ao sofrimento
 Ao SUICÍDIO
 E tudo cada dia só piora
 Vou me lançar
 A PREFEITO DE BELÉM
 Na próxima eleição
 UM LOUCO NO PODER
 TINHO POETA DA MARAMBAIA DO ESTADO DO PARÁ
 Assessorado por LOUCOS³*

É pelo atravessamento da fala de um usuário de saúde mental da Região Metropolitana de Belém (RMB) há mais de 20 anos em cuidado em liberdade, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) chamado CAPS Amazônia⁴, que começo minha introdução. Não poderia iniciar as trilhas dessa pesquisa se não fosse pelo principal sujeito da Reforma Psiquiátrica (RP): O/A usuário/a com seu protagonismo, autonomia e *(SUS)tentação* frente a violências institucionais e estruturais sofridas pelo Estado, que muitas vezes não fornece a sua principal obrigação: implementação e sustentação de políticas públicas e financiamento para redes de cuidado em saúde mental que sejam pautadas nos direitos humanos, geração de renda, Redução de Danos (RD) entre outras.

O poema *Construa-se* de Antônio Sena se funde a poesia de Welligton pois, ambos são usuários da rede de saúde mental e assim como outros e outras, terão espaço nessa trilha que a GAM me desafiou e me reinventou como profissional, militante da luta antimanicomial e pesquisador. Compreendi a reinvenção da roda sobre a saúde mental ser construída lado a lado e com o coletivo. Essa reinvenção que acomete desde o século passado,

³ BARBOSA, Welligton Araujo. **Uma nova Esperança pra Saúde Mental**. Tinho Barbosa Poeta da Marambaia do Estado do Pará, 2023.

⁴ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que estão inclusos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Belém são compostos por gestões diferentes. Pela gestão Municipal, temos os CAPS: AD (álcool e outras drogas), IJ (Infanto-Juvenil), Mosqueiro e Casa Mental do Adulto Marisa Santos, sendo este último, o único tipo III com funcionamento 24 horas. Ainda se consta uma Unidade de Acolhimento Adulta (UAA) vinculado ao CAPS AD, local da referida pesquisa. Pela gestão Estadual, estão os CAPS: Amazônia, Renascer, Icoaraci, Grão Pará e Marajoara AD (álcool e outras drogas), sendo este último o único com funcionamento 24 horas. O Caps Amazônia possui uma Residência Terapêutica vinculada aos seus cuidados.

mas precisamente, na década de 70, quando a luta antimanicomial e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) junto a outros movimentos sociais expuseram o horror dos manicômios e lutaram por um cuidado que pudesse ter a liberdade como um norte. Trazer a importância desse momento histórico que vivenciamos (e ainda vivemos) é fundamental que a luta é constante e para isso, precisamos nos *armar* de signos que nos fortaleçam no campo da militância, profissional ou social. Um desses signos é resgatar o conceito de saúde mental coletiva (Fagundes, 2020) e trazer para o debate quem sempre participou do movimento *fora manicômios*: usuários (as) do serviço de saúde mental, mas especificamente para a nossa pesquisa, usuários (as) de álcool e outras drogas. Vamos observar que o pioneirismo de introduzir a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no campo álcool e outras drogas, em uma cidade da Amazônia, se tornou um aporte que potencializou narrativas e historicidades de vidas aos participantes da pesquisa.

A minha trajetória com a saúde mental começa em 2019, quando um recém-calouro de uma Universidade pública – a maior da Região Norte e uma das melhores da América Latina⁵ - adentrava em um curso incomum para a área: Licenciatura em Química. Porém, não foi o curso que me proporcionou conhecer a saúde mental, mas sim, a importância de estar dentro de uma Universidade pública. Um local de privilégios que poucos conseguem acesso. A demarcação nesse território é necessária por considerar minha origem: homem negro e periférico. Foi o contato com a militância, em especial, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que eu soube sobre a RP e o que eram os CAPS, o que era RD e o porquê devemos ser totalmente radicais contra a construção e efetivação de espaços segregacionistas e que transformam o sujeito em objeto: manicômios.

Ao mesmo tempo em que insistia em uma licenciatura, eu tentava terminar outro curso: farmácia, na qual me graduei em 2020, em uma Universidade privada, como bolsista. Eu fui uma das poucas pessoas que conseguiram se formar em um ensino superior na minha família e o primeiro a conseguir o título de Mestre. O caminhar com dois cursos de ensino superior se tornou difícil e tive que fazer uma escolha: felizmente, larguei a licenciatura e me concentrei em apenas um. Esse me levou a conhecer uma liga acadêmica, que existia dentro da Universidade Federal do Pará (UFPA), chamada Liga de Assistência Farmacêutica na Saúde Mental (LAFASM), que realizava atividades de pesquisa, ensino e extensão relacionando temas estudados na Farmácia com saúde mental.

⁵ Disponível em: UFPA sobe para a 71ª colocação entre as melhores Universidades da América Latina – Universidade Federal do Pará – Campus Castanhal. Acesso em: 29 ago. 2023.

A partir desse contato, eu pude perceber que ser farmacêutico estava muito além de entender o efeito químico da medicação, de compreender a importância da Assistência Farmacêutica (AF) nos processos que abrangem o ciclo logístico do medicamento, como: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Dispensação, além de estudar os processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos que acontecem em nosso organismo em contato com medicamentos. Compreendi que ser farmacêutico é subverter a lógica centrada no medicamento, sendo dever nosso, profanar a intocável medicação e se rebelar contra saberes biomédicos que dominam o conhecimento científico e extingue o saber popular, tradicional, coletivo e ancestral.

É dever nosso discutir a medicalização excessiva presente em nossa sociedade, engajar-se politicamente a favor de uma cultura que utilize o uso racional de medicamentos a seu favor, através de evidências científicas e que fomentem autonomia sobre o uso de tratamentos envolvendo medicamentos. Porém, quão desafiador isso pode resultar ao ser o profissional que é “*o cara das drogas?*”. Como profissionalizar novos colegas farmacêuticos e farmacêuticas com o objetivo de discutir a excessiva medicalização existente em nosso meio? Como podemos utilizar o nosso conhecimento sobre medicamentos – leia-se drogas lícitas legalizadas – para construir narrativas contra o proibicionismo, necropolítica e “guerra às drogas”, por exemplo.

Coletivos de farmácia como o Farma Lambe⁶, formado exclusivamente por mulheres, discutem novas alternativas para desmedicalizar a sociedade, dialogando com a população lado a lado para construções de políticas que respeitem corpos e sejam contra o autoritarismo e o negacionismo. Frequentemente nessa pesquisa os termos *capsular* e *(des)capsular* irão aparecer, com o objetivo de mostrar as dinâmicas do conceito de medicalização e estratégias para evitá-la. A pesquisa possui vários desdobramentos, caminhos e, em um momento ela se situa em espaços *capsulados* – falta de financiamento para o serviço de saúde mental, desmonte de políticas públicas, profissionais burocráticos utilizando-se de tecnologias duras em suas ações, greve no serviço etc. – e em contrapartida, observamos efetivamente a *(des)capsulação* – coletivo de usuários (as) discutindo sobre seus processos terapêuticos e sua participação, autonomia e construção de vínculo frente a suas narrativas, mobilização municipal a favor da Redução de Danos como política de cuidado entre outras –. Essa metamorfose do *capsular* – *caps.u. (lar)* – *(des)capsular* é um dos resultados encontrados no grupo GAM, pois confirma a importância de um serviço de cuidado em liberdade e que

⁶ Instagram: @FarmaLambe. Disponível em: <https://www.instagram.com/farmalambe/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

propõem negociações e criação de vínculos a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com o sujeito e não a partir dele, como acontecera em manicômios. Devemos insistir em ofertar cuidados que sejam além do campo técnico e burocrático: cuidados de afetos e desejos.

Em 2021, passados alguns meses da minha formação, minha primeira experiência no campo profissional foi no Sistema Único de Saúde (SUS), em uma equipe de Consultório na Rua (eCR)⁷. A eCR é um equipamento da Atenção Básica (AB) e tem seu funcionamento normativo exclusivo para atender pessoas expostas a condições de vulnerabilidades, como Pessoas em Situação de Rua (PSR), refugiados, apátridas, deslocados, migrantes, imigrantes, prostitutas entre outros, que possuem em comum a exposição a vulnerabilidades nas ruas. Um dos grupos que também eram atendidos pela equipe multiprofissional eram indígenas venezuelanos da etnia Warao, que estão em Belém desde o final de 2016, devido a conflitos internos em seu país de origem, Venezuela.

Trabalhar pela primeira vez como farmacêutico e ainda com populações específicas se tornou um grande desafio, para quem havia acabado de sair da universidade. Uma academia individualista que não evidenciou a pluralidade de povos existentes em nosso Brasil. Porém, o contato com a rua, com o campo e suas potencialidades e fragilidades, me mostrou o quanto potente pode ser um serviço que atende uma demanda diferenciada: um serviço de cuidado em saúde para sujeitos a quem o Estado constantemente silencia e mata. A minha experiência no CnaR durou dois anos, como único farmacêutico nesse espaço de cuidado. Enquanto estava no CnaR, em 2022, fui para o serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas tipo II (CAPS AD II), na qual trabalhei por dois anos e onde foi o local dessa pesquisa.

A portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial para os CAPS, além de quantificar e qualificar a diferença entre os diferentes serviços de CAPS existentes. Para a portaria, o CAPS AD II é um serviço psicossocial que oferta atendimentos a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e esse uso se torna recorrente. Atende municípios com populações superiores a 70.000 habitantes (Brasil, 2002).

Porém, Belém conta com uma população de quase 1 milhão e meio de habitantes⁸ e, como vimos, oferta somente dois serviços de álcool e outras drogas: o CAPS AD II, local da

⁷ Para saber mais sobre as modalidades de equipes no Consultório na Rua e sobre suas atribuições e com qual público e rede de atendimento circula, acesse a portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 19 fev. 2025.

⁸ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/belem.html>. Acesso em: 18 fev. 2025.

pesquisa, gestão municipal e com funcionamento de segunda a sexta e, CAPS AD Marajoara, sob gestão estadual e funcionamento 24 horas. Como discutir a importância do uso racional de medicamentos se muitos usuários (as) não terão acesso ao serviço? Como esperar que apenas dois serviços álcool e outras drogas, com gestões e repasses financeiros diferentes e em um município com uma população de quase 1 milhão e 500 mil pessoas, consigam operar na lógica do cuidado em liberdade? Uma das diferenças compreendidas nesta pesquisa entre o guia GAM canadense e o brasileiro, em especial quando analisamos a região Norte é a acessibilidade: enquanto o usuário canadense tinha acesso aos serviços de saúde mental e medicamentos, a realidade brasileira era outra. No contexto paraense, veremos que o guia⁹ GAM se tornou uma ferramenta decolonial ao propor o debate sobre o acesso a medicamentos e serviços. O usuário precisa ter acesso ao serviço para se discutir alternativas de cuidado.

A portaria define ainda quais serviços o CAPS AD II deve ofertar ao usuário que inicia seu atendimento no CAPS AD II: individual, na qual inclui dispensação de medicamento, orientação e psicossocial); em grupos, como atividades terapêuticas para socializar com outros usuários; atendimento à família entre outras (Brasil, 2002). Todos esses atendimentos são pactuados com o (a) usuário (a) que é atendido pela primeira vez por um profissional de nível superior ou médio. Apesar de ser preconizado na portaria tal possibilidade, a realidade local do CAPS AD II é que somente profissionais de nível superior realizam o atendimento pela primeira vez, incluindo o farmacêutico. A partir dessas pactuações, é realizado o PTS. Ao fazer acolhimentos pela primeira vez, pude perceber a importância de *(des)capsular* o meu saber farmacêutico: não ser somente o “cara das drogas” e que dispensa e orienta o seu uso mas, também, construir vínculos com sujeitos de diferentes vivências e realidades de vida, ao aproximar o saber profissional de um território vivo.

Porém, quando me situava a dispensar medicamentos, percebia alguns movimentos de usuários (as) sobre a falta de informações de medicamentos que utilizavam. Talvez por eu ser o “*doutor do medicamento*” pudesse existir uma confiança entre usuário (a) e minha atuação. Pelo CAPS AD II ser um serviço de saúde de atenção especializada secundária, todos os medicamentos que fizessem parte do nosso estoque eram somente de controle especial, ou seja, psicotrópicos, sendo regulados pela portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 (Brasil, 1998b). Em vários momentos, usuários e usuárias chegaram comigo e me questionaram:

⁹ Trouxemos o termo “guia” por ser assim identificado no Canadá e ao acontecer o processo de adaptação para os territórios brasileiros, o termo se manteve nos dois Guias: 1) Guia do Moderador – Gestão Autônoma da Medicação: um guia para apoiar o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos e, 2) Guia da Gestão Autônoma da Medicação para usuários (as).

“Vitor, não sei para que serve esse remédio, você pode me dizer?” ou “é normal eu não sentir tesão ao usar a Fluoxetina¹⁰?”.

Em outros momentos, outros usuários se diziam experientes na adesão terapêutica, por estar há anos fazendo tratamento: “se você criar um grupo que fale de remédio pode me chamar, eu sei tudinho o meu¹¹”. Falas como essas revelam certa lógica já homogeneizada de que a medicação é parte do processo de tratamento de todos os usuários e usuárias de saúde mental com uso de substâncias psicoativas, o que me fez buscar alternativas para pensar e problematizar esse uso, me levando a conhecer a GAM.

A GAM é orientada a ser utilizada com pessoas em uso de psicofármacos e que estejam em tratamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), neste caso, na RAPS¹². Ela nasceu em uma província do Canadá, na Cidade de Québec, em 1993, em que usuários e usuárias com transtornos mentais começaram a questionar a lógica de seus tratamentos e como as medicações psiquiátricas poderiam estar afetando, ou não, suas vidas, reivindicando novas formas de tratamento e relação com os psicofármacos. O surgimento da *Gestion Autonome de la Médication de l'Alme - Mon Guide Personel* (Gestão Autônoma da Medicação da Alma – Meu Guia Pessoal) ocorreu através de um processo participativo, coletivo, juntamente com a equipe de pesquisa da *Université de Montreal*, ouvindo e significando a experiência subjetiva de cada um, já que a experiência, o uso e os efeitos das medicações são diferentes em cada pessoa (Campos *et al.*, 2014). É importante destacar que o acesso aos medicamentos por parte de usuários e usuárias do Canadá estavam garantido na rede de saúde mental deste país, pelo sistema local, sendo uma de suas reivindicações não o acesso, mas a retirada e/ou diminuição destes medicamentos.

¹⁰ Informações consultadas no diário de campo, que foi um dos principais instrumentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. A medicação fluoxetina é um medicamento psicotrópico que é recomendado a ser utilizado para pessoas que possuem sintomas depressivos maiores, podendo ser utilizada em outros tratamentos, como ansiedade.

¹¹ Anotação retirada do diário de campo.

¹² A Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Define que as RAPS devem ser constituídas por “redes” de cuidado em saúde mental e que estão estrategicamente vinculadas ao território que o usuário ou a usuária vive. Essa “rede” tende a ter relações horizontais de cuidado e são constituídas pelos três níveis de saúde: básico, secundário e terciário.

O Dispositivo¹³ GUIA GAM-BR (Gestão Autônoma da Medicação Brasileira) chega ao Brasil a partir de um projeto multicêntrico de pesquisa vinculado à parceria internacional entre Brasil e Canadá, no quadro da Aliança Internacional de Pesquisas entre Universidade e Comunidade (CRSH E CRDI). Esse projeto se deu através de um acordo de colaboração denominado Associação Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade (ARUCI) Saúde Mental e Cidadania e se desenvolveu em duas etapas, nas quais foram instaladas no Brasil para iniciar o processo de tradução e adaptação do Guia GAM em solo brasileiro. (Palombini *et al.*, 2018).

A primeira parte do projeto intitulado “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM-BR”, iniciada no Brasil em 2009 e finalizada em 2011, envolveu quatro universidades públicas divididas entre *Sul* e *Sudeste*, sendo elas: a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) do eixo Sudeste e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) do eixo Sul, respectivamente.

Essa primeira parte do projeto se envolveu em atividades de tradução e adaptação do guia GAM canadense para a realidade brasileira, considerando as especificidades de cada território. Além de pesquisadores (as) das referidas instituições de ensino superior já citadas, participaram também grupos de intervenção de usuários (as) dos CAPS nos seguintes territórios: Campinas – São Paulo –, Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – e Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul –. Em todas as etapas, usuários e usuárias da rede de saúde mental foram protagonistas, participando ativamente nos CAPS e tornando válido um dos princípios da GAM: autonomia e protagonismo de usuários e usuárias.

Um elemento fundamental da GAM é fazer falar, circular a palavra, por isso foi utilizado o método de grupo, que para Barros (1997) é um dispositivo conectado não mais a unidades/totalidades, mas a processualidades, tomadas pelas inúmeras linhas de muitas histórias que nele se cruzam. É pela dinâmica de grupo, entre olhares e em círculo, que a

¹³ Utilizamos o conceito de dispositivo junto à GAM por nos ser necessário para compreender o processo de aprisionamento de corpos devido a *loucura*. Através de Foucault, o dispositivo será um instrumento utilizado para dizer quem pode falar ou calar (1979). São tensionadas disputas de poder para um determinado sujeito: seu corpo não será político. Este pertence ao maquinário capitalista que dita as regras para o bem comum na sociedade. Para nossa pesquisa, esse termo nos direciona para a discussão narrativa e subjetiva entre quem pode ou não falar: usuários (as) de álcool e outras drogas possuem lugar de fala? Sujeitos pretos, pobres e periféricos que são criminalizados e marginalizados pelo uso da droga ilícita e lícita, tem espaço nessa sociedade capitalista? A “guerra às drogas” afeta quais corpos? Disputar esses campos com o fortalecimento do protagonismo e autonomia destes sujeitos, junto a GAM, proporcionou cisões ao sistema *capsulado*.

GAM se torna uma prática norteadora de cuidados, sendo um dispositivo que trabalha a autonomia, no sentido não solitário, unitário, mas em um processo coletivo, grupal:

Para viver a autonomia, as pessoas tem que compartilhar umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Por isso, os usuários devem ser considerados protagonistas e corresponsáveis (responsáveis junto com os profissionais) pelo tratamento que segue. Eles devem ser considerados capazes de compartilhar as decisões sobre o próprio tratamento, inclusive sobre o uso de seus medicamentos. (Campos *et al.*, 2014, p. 10).

A segunda etapa da implementação do Guia GAM em solo brasileiro decorreu da articulação entre UNICAMP, UFF e UFRGS, que coletou os resultados da primeira etapa sobre o uso do guia em serviços de saúde mental espalhados pelo Brasil. Essa parte da pesquisa continuou sendo realizada em coletivos e nos serviços de saúde mental, sendo eles: São Paulo – Amparo e Campinas –, Rio de Janeiro – São Pedro da Aldeia –, Rio Grande do Sul - Porto Alegre – São Leopoldo – Novo Hamburgo, em que resultou uma versão final do guia, substituindo algumas expressões, incluindo, suprimindo ou alterando a ordem de algumas das suas perguntas – no Guia de Apoio à Moderadores da GAM, com orientações e diretrizes gerais para a utilização do guia GAM em processos grupais. (Palombini *et al.*, 2013).

O GUIA GAM-BR, ao ser implementado no território nacional levou em consideração os princípios da nossa RPB como o cuidado em liberdade e protagonismo de usuários e usuárias, além da Reforma Sanitária (RS), presente na Constituição Federal (CF) de 1988 que já trazia o debate sobre a construção de um sistema de saúde público que abarcasse toda a população, garantido o acesso. Na Constituição, no item que dispõe sobre a Seguridade Social (SS), afirma-se que é direito de toda população brasileira possuir acesso a medicamentos gratuitos, seja para processos passageiros ou contínuos. Porém, sabemos que a garantia de acesso à saúde ainda é um desafio, em especial, em regiões com maior grau de vulnerabilidades e desigualdades, como é o caso do Norte.

Historicamente, o Norte é considerado uma das regiões com baixos investimentos em setores como economia e saúde. Sua desigualdade é distribuída e ampliada pela grande mídia capitalista que tende a invisibilizar as populações tradicionais que habitam esses territórios há séculos: ribeirinhos, quilombolas e indígenas, para citar apenas alguns grupos originários e tradicionais. Por fazer parte da Amazônia e por constituir populações específicas com modos

de vida e culturas diferentes, que divergem da dita normalidade capital, essas comunidades são esquecidas no imaginário social e investimentos que deveriam ser feitos para melhoria de infraestrutura, educação e superação de determinantes sociais, não são feitos da forma como poderiam. Como panorama socioepidemiológico-sanitário, temos o aparecimento de várias doenças ditas “comuns” nessa região, mas este termo comum é também devido a ações negligenciadas e necropolíticas (Mbembe, 2018) fomentadas pelo Estado que acabam por eliminar sujeitos que possuem singularidades e realidades diferentes.

(i) baixos padrões de escolaridade; (ii) mercado informal preponderante; (iii) baixos padrões de saneamento, incluindo água potável; (iv) concentração de terra; (v) degradação ambiental, em que a contaminação mercurial e as doenças respiratórias advindas de fumaça das queimadas estão entre os seus componentes mais agressivos; (vi) doenças ditas do “mundo moderno” como as não transmissíveis, especialmente os carcinomas, as do aparelho circulatório e a crescente mortalidade por causas externas; (vii) endemias clássicas e negligenciadas como a malária, hanseníase, tuberculose, AIDS, leishmaniose, doença de chagas e dengue e, (viii) iatrogenias próprias da intervenção do sistema de saúde, como é o caso da mortalidade perinatal. (Oliveira, 2008, p. 205-206).

São ações violentas que possuem vários significados. Um deles, é a eliminação de uma cultura específica ou tradicional. A eliminação de um saber ancestral. A extinção de povos originários que habitam terras amazônidas. A Amazônia não é apenas a maior biodiversidade e maior bacia hidrográfica do mundo, é muito além e preservar suas matas, suas florestas, suas águas, suas terras, seus animais e seus povos é também cuidar e preservar a ancestralidade que habita em seus territórios. Por isso, o território da Amazônia e em especial, o território onde ocorreu a Cabanagem – maior movimento de revolta popular do Brasil que se iniciou em 1835 no Pará e que no ano de 2025 completa 190 anos – terá destaque nesta pesquisa, por entendermos que somos atravessados diariamente por esse território cabano.

Ao estabelecer a GAM como ferramenta que trabalhe especificamente psicofármacos, ela tem a “real possibilidade de restaurar narrativas perdidas, esquecidas ou até desprezadas, não só de usuários, mas também de trabalhadores das coordenadorias dos serviços” (Silveira, 2019, p. 87). Dessa forma, nesta pesquisa recuperamos narrativas e estabelecemos novas formas de gestar o uso de medicação para conduzir a vida, a partir da fala de usuários e usuárias do CAPS AD II, no município de Belém. Para preservar a responsabilidade ética de quem participou da pesquisa, omitiremos o nome de usuários (as) e ao invés de seu nome próprio, chamaremos de “informantes”, com a primeira letra e segunda letra do nome ou apenas, a primeira letra. Destacaremos também o gênero e a raça do sujeito que contribuiu com a informação, dado que, é necessário discutir a GAM na interseccionalidade.

É *(des)capsulando* a norma biomédica e regulamentando práticas inovadoras de cuidado, como a GAM, que sustentamos o aporte entre pares, estabelecendo vínculos entre os “detentores de conhecimentos” – aqui descritos como profissionais da saúde e pesquisadoras (es) – e a expertise e experiência de quem usa medicações e passa pelos seus efeitos. Pela fala de uma usuária conseguimos ver as múltiplas dimensões da relação entre sujeito e medicação, para além dos efeitos esperados pelo profissional que faz a prescrição: “*o remédio que me controla, me mata*” (Informante A.P, 2023 – mulher negra). Esse processo violento e submisso do sujeito com a droga tem um papel fundamental na estrutura de relações de poder. Iremos observar que o Estado é o principal ente federativo a controlar, vigiar, punir e muitas vezes, matar.

Foucault chamou essas violências de Estado como estratégias biopolíticas, por controlar corpos indesejáveis por meio da bioregulamentação pelo Estado (Foucault, 1999). É através desse ente federativo, bi regulamentador do saudável e não saudável, que as Instituições Médicas (IM) serão formadas. Para Luz (2013, p. 66) estas Instituições são “transversais ao Estado e aos seus aparelhos, à sociedade política. Elas permeabilizam as instâncias política, econômica e ideológica”. Em sua obra “As Instituições Médicas no Brasil”, Luz (2013, p. 65) considera que:

Tais instituições pressionam o Estado não só como seu cliente mais poderoso em “saúde”, mas também no sentido de ampliar indiretamente – através da medicalização de camadas mais amplas da população – a faixa de mercado consumidor de “saúde”. Isto é tanto mais importante quando se sabe que no Brasil, mais que nas formações sociais avançadas do capitalismo, o Estado foi historicamente o organizador e é, atualmente, o gerente das Instituições Médicas, privadas ou não.

A partir da imposição do Estado como provedor da disciplinarização da sociedade através de mecanismos de controle de corpos, a ambiguidade entre drogas legalizadas e drogas ilegais se torna peça fundamental para a discussão entre quem faz uso de substâncias, contemplando assim, seus “efeitos de autonomização”, para que a GAM seja uma “estratégia geradora de autonomia, parte do reconhecimento dessa necessidade de ajuda para o auto (cuidado) e da consciência da interdependência como atributo da condição humana” (Avarca *et al.*, 2022, p. 4).

O dia 20 de fevereiro, por exemplo, é comemorado nacionalmente o combate nacional contra as drogas e para isso, precisamos refletir um pouco sobre a quem interessa esse combate. Por que comemorar um dia que intensifica a “*guerra às drogas*” ao invés de criar mecanismos para se pensar a legalização, regulamentação e descriminalização de drogas

ilícitas? O Estado brasileiro que desde a falsa libertação da escravização, ocorrida pela Lei Áurea no dia 13 de maio de 1888, permitiu que africanos e pessoas negras se intensificassem na vulnerabilidade existencial, já que *libertos*, poderiam gozar os benefícios de viver a vida. Porém, como praticar esse gozo se o próprio Estado não possibilitou a criação de medidas e políticas públicas para a inclusão de negros e africanos na política, gestão e trabalho assalariado? Ao contrário, proporcionou o acesso a cotas primeiramente a imigrantes europeus do que negros¹⁴.

A abolição da escravatura e a recente Proclamação da República anunciavam o caminho a ser seguido num país onde o imenso contingente de negros e seus descendentes poderiam representar sintomas de um atraso indesejado. Sob influência europeia, os médicos anunciavam os cuidados e medidas a serem tomados com o objetivo de tornar o território higienizado e fértil para o surgimento de uma “nova raça”, melhorada e capaz de garantir o sucesso do país. Nesse contexto, determinadas práticas deveriam ser combatidas com rigor a fim de evitar a degeneração da população. As teorias do racismo científico – que os autores mais recentes preferem chamar de *racialismo* – e do determinismo biológico, já bastante consolidadas na Europa, também passaram a ganhar terreno no Brasil. A crescente urbanização e o crescimento das “classes perigosas” geravam preocupação principalmente nas grandes cidades. A República apresentava-se à população sob os ideais da liberdade e da igualdade, o que poderia ser extremamente perigoso. Assim, a elite intelectual tratou de importar tais teorias raciais e biodeterministas que justificassem o fracasso da implantação prática de um governo popular, ou seja, mais uma vez a culpa era do povo. Por outro lado, o fim da escravidão trazia à tona ruídos relativos às novas bases da hierarquia social e às ideias de cidadania, havendo a possibilidade, teórica pelo menos, de a massa de escravos liberta – e, ainda mais numerosas, as gerações de negros anteriormente libertos e seus descendentes – alcançar o mesmo patamar de direitos e oportunidades do resto da população. Assim, as hierarquias sociais deviam ser repostas, recriadas e ideias com o nome de *científicas* que justificassem a desigualdade entre os homens encontravam espaço mais do que propício no Brasil recém-republicano. Foi nesse ambiente que muitos elementos da cultura brasileira de raiz africana passaram a ser identificados como perigosos e criminalizados. O costume de se consumir a maconha, inclusive. (Saad, 2018, p. 69-70).

A construção e pavimentação do Brasil se deu principalmente pela escravização de centenas de etnias indígenas e negros, em que não apenas ocorria a morte física, mas sim, a morte cultural de vários povos que eram vistos como inferiores pelos colonizadores. Essa visão colonizadora ainda persiste atualmente, em que o negro é visto como um indivíduo que

¹⁴ Em confluência, relato a experiência na aula de estágio docência no dia 12 de fevereiro de 2025, em que a quilombola e médica Dra. Ana Léia Moraes Cardoso fez um debate sobre populações quilombolas e saúde mental coletiva, para a turma de psicologia, na UFPA. Em sua fala, afirmou que a inclusão de negros não ocorreu logo depois da abolição pela Lei Áurea. A primeira investida constitucional do Estado brasileiro em incluir – colocamos aqui o sentido de cotas – foi para imigrantes europeus que vieram para o Brasil substituir a mão de obra que predominava a do negro. Essa inclusão se deu com doação de dotes de terra e recurso financeiro para que famílias europeias pudessem se estabelecer no território brasileiro. Ora, o negro não recebeu nenhum incentivo para trabalhar no Brasil. Foi retirado de seu território, de sua família e de seu espaço, trancafiado em porões de barcos e submetido a todos os tipos de violências.

deve servir para a mão de obra e ser obediente. Em relação as drogas, a imagem do negro será construída culturalmente como perigosa e violenta. O tráfico de drogas é *executado* sumariamente por pessoas negras. O uso de substâncias psicoativas é utilizado majoritariamente por pessoas negras. Por isso, o Estado entende que quem precisa ser combatido são as pessoas negras.

O racismo estrutural e institucional do Estado brasileiro permite a construção da imagem do negro a ser combatido, como se este fosse o culpado de sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade socioeconômica se iniciou desde sua vinda forçada do continente africano para a *América Ladina* (Gonzalez, 2020) e se intensificou com a Lei Áurea. Ora, uma Lei que deveria incluir para libertar, proporcionou o inverso. Excluiu para vulnerabilizar. Uma lei de apenas dois artigos não define os séculos de escravização que o povo negro vivenciou em terras brasileiras.

Eles num aguenta te ver livre, imagina te ver rei
O abutre quer te ver de algema para dizer: Ó, num falei?!
(...) O abutre quer te ver drogado para dizer: Ó, num falei?!
(...) O abutre quer te ver no lixo para dizer: Ó, num falei?!¹⁵

A música *Ismália* do rapper Emicida de forma irônica mostra que o Estado culpa o negro por ele ser algemado, drogado e viver no lixo: “Ó, num falei?!”. Essa sua afirmação condiz com a realidade em que esse mesmo Estado, é responsável pelo extermínio de jovens negros, por um lado, e a criminalização e encarceramento em massa de pessoas negras, pela associação destas ao tráfico de drogas como crime, por outro. Sobre o uso de drogas é visto como vício e degeneração moral, gerando preconceito e exclusão em função do abuso de drogas, frequentemente terminando na atribuição patologizante do transtorno mental e na medicalização dos corpos.

Assim, as alternativas aplicadas são todas nefastas, além da prisão, o extermínio; além da morte, o vício e o preconceito; além da exclusão e vulnerabilidade, a patologização do *viciado* como *doente mental* em muitos casos; além de criminoso e encarcerado, assassinado em muitos casos. Em todos esses casos, o racismo estrutural é o grande aliado da necropolítica e da política de “*guerra às drogas*”, assim como da associação do uso de drogas ao vício, à autodestruição e à loucura.

O Brasil passa por uma contrarreforma sanitária e psiquiátrica que se iniciou em 2016 e se fortificou a partir da *ex-gestão* federal (2019 - 2022), na qual insistiu em investir em

¹⁵ 1 vídeo (7min 41seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EtN1jBk0ZQg>. Acesso em: 21 fev. 2025.

locais que desumanizam e mercantilizam a *loucura*, pelo papel proibicionista, moralizante, criminalizante e manicomial do Estado. Em relação a usuários (as) em uso de drogas na saúde mental, predominou desde então a imposição de “não use drogas” ou ainda o “uso nocivo de drogas”, com características de controle do uso sobre indivíduos estruturalmente desassistidos. Essas estruturas de poder são metodologias manicomiais presentes ainda no Estado brasileiro, que consiste em controlar corpos e desumanizar a *loucura*.

Segundo Ornelas (2012, p. 210) a noção de uso “nocivo” de drogas, tomada como um problema médico pode ser pensada a partir da corroboração com o estudo de Foucault sobre biopolítica e controle sobre corpos indesejáveis. Para o autor, o discurso médico, além de obliterar a autonomia dos sujeitos, equivoca-se tratando o simples uso de drogas como um problema de saúde, estendendo uma relação de poder que “se amplia na medida em que há uma imposição de juízos de valor do profissional médico ou psiquiatra sobre aquilo que tem sido designado como “uso nocivo” de drogas”.

Em Bokany (2015) a questão das drogas é tratada como “caso de polícia” no Brasil, e essa complexidade envolve na realidade diversas contradições e conflitos, gerando estigmas e preconceitos aos usuários, indicando uma dupla penalização – a social e a legal –. Abordar o problema das drogas como crime dificulta vê-lo em sua dimensão real, advinda da exclusão social, de problemas raciais e de classe, ausência de justiça social e de oportunidades, todos relacionados ao proibicionismo punitivo.

Outro ponto é que a criminalização oculta os processos de exclusão social e reproduz a dinâmica das discriminações de classe e raciais que estruturam as relações de poder no Brasil. O aumento da violência e da criminalização gerada pelo tráfico atinge principalmente jovens negros e pobres. A criminalização das drogas não se dá desvinculada do contexto social mais amplo, ao contrário, é determinada por ele. Muitos dos conflitos atribuídos às drogas refletem problemas sociais de outra natureza, como a violência, desemprego, falta de educação, cultura, lazer e acesso a melhores oportunidades. A política proibicionista reforça e potencializa os nefastos efeitos sociais, a injustiça, o preconceito, a violência e a opressão (Bokany, 2015, p. 8).

Carvalho (2011, p. 2) relata que as drogas começaram a ser classificadas como ilícitas e lícitas apenas na primeira metade do século XX e, a partir desse contexto, as drogas ilícitas passaram a ser vistas como “inimigas da sociedade e intimamente vinculadas ao crime organizado e à violência”. É por essa classificação inédita, através do estigma social e na criminalização do uso de drogas, que “pessoas negras terão como um de seus ‘rostos’ o uso abusivo, comércio e o tráfico de drogas, na qual o Estado se compromete a ser a entidade que

vai vigiar, observar, punir e dizer quem pode ou não usar drogas, por medidas raciais” (Ramos, 2023, p. 547).

Ao exemplificar um desses ‘rostos’ da população negra, recentemente a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJSP) junto ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) lançaram uma pesquisa que data sobre o perfil de pessoas processadas em ações criminais por tráfico de drogas. Em mais de cinco mil autos processuais por tráfico de drogas sentenciados em 2019, presente nas bases de dados penais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), se observou que o perfil majoritário de réus por crimes em relação a drogas é realizado por jovens, com baixa escolaridade, não brancos e com baixas quantidades de drogas¹⁶. A atual política de drogas no Brasil envolve ações e abordagens com racismo, muito racismo.

Tornar imagens racializadas de pessoas negras que possuem “ausência de sabedoria, ausência de cultura, ausência de história e ausência de inteligência” (Kilomba, 2019, p. 175) é criminalizar e individualizar indivíduos a sofrerem violências e exclusão de direitos. Aqui, as pessoas negras não são consideradas como sujeitos e, sim, como objetos. Objeto de uma máquina capitalista que tem a intenção de *perseguir* essas pessoas. Perseguição que acontece há 525 anos, desde o início da “Expansão Europeia” (Kilomba, 2019, p. 155) até a modernização da escravidão, como a derrocada política de “*Guerra às Drogas*”.

Com esses tensionamentos entre licitude x ilicitude que desenvolvi esse projeto, sendo indissociável falar sobre uso de drogas, sem mencionar o racismo presente há mais de 525 anos (e contando) em nossa sociedade e como a escravidão está se modernizando com o avançar da estrutura econômica do capitalismo na sua vertente neoliberal. Existem corpos que estruturalmente se tornaram matáveis, como pobres, pretos e periféricos. Esses corpos negros julgados e estigmatizados serão vistos como potencial usuária/usuário de droga. Por isso a importância de ter feito a intervenção com a GAM no CAPS AD II: criou-se um espaço de problematização sobre a medicalização da vida, através de experiências do uso de psicofármacos e interações entre a equipe de saúde do CAPS AD II e cada usuária (o). Criou-se também um espaço para se olhar, refletir e analisar. Um espaço de narração, pertencimento e coletividade, com trocas de saberes e discursos sobre a vida e o viver.

Estabelecer a GAM no CAPS AD II é integrar o cuidado longitudinal e apostar em relações de afeto, cuidado entre pares e que legitima todas as singularidades e histórias de

¹⁶ Disponível em: MJSP e Ipea lançam pesquisa sobre o perfil de pessoas processadas em ações criminais por tráfico de drogas - Ipea. Acesso em: 26 set. 2023.

cada usuária e usuário do serviço. É poder “garantir o pleno exercício de cidadania e não somente o controle da sintomatologia” (Cabral, 2022, p. 13), constituindo assim, novas abordagens ao cuidado da saúde mental. Para Palombini (2020, p. 3), a GAM pode ser um espaço que vai além da experiência com medicação, sendo um dispositivo em que:

O compartilhamento de experiências no grupo GAM coloca os participantes lado a lado e não uns acima dos outros – pois, neste último caso, faria valer uma “verdade” instituída acerca da experiência partilhada. A perspectiva da lateralidade, o estar lado a lado, por sua vez, propicia o surgimento de diversos significados que o acesso à experiência provoca em seus participantes – individual e coletivamente.

Mesmo depois de mais de uma década dessa ferramenta em solo brasileiro, nenhum estado ou município da Região Norte documentou e/ou publicou resultados sobre a intervenção de grupos com a GAM. O projeto de pesquisa se mostrou, de forma inédita, a implementação da GAM em uma Região Amazônica no Norte do país, mais especificamente, em um CAPS AD II, no Município de Belém, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) da Prefeitura de Belém.

Assim sendo, este projeto pode tornar-se piloto para a expansão por todo o Pará e consequentemente para a Região Norte através da implementação do grupo GAM no CAPS AD II. Observamos que desde a introdução do dispositivo da GAM no Município de Belém, vários efeitos da GAM foram sentidos internamente, como veremos a seguir nos resultados encontrados nesta pesquisa. Por ora, podemos citar como exemplos: 1) diálogo interseccional sobre gênero, raça, classe e território nos PTS dos usuários participantes no grupo; 2) mobilização em favor da Redução de danos como política de cuidado; 3) criação de artes visuais entre participantes do grupo GAM; 4) negociação entre pares para a efetivação do cuidado sobre o uso de drogas (cuidado e suporte mútuo) e, 5) questionamentos frequentes de usuários (as) sobre seus tratamentos e medicamentos que utilizavam, proporcionando uma tomada de posição na direção da co-responsabilidade com o seu cuidado. Assim, a GAM se tornou fundamental para questionar o poder da farmacologização e o saber biomédico presente ainda dentro dos serviços de saúde mental.

Foucault (1979) nos deixou relevante legado para a analítica da ascensão das práticas de farmacologização, ao assinalar que a produção e a incitação das relações de poder como exercício e dinâmica de forças móveis forja saberes e engendra corpos saudáveis, ágeis, capazes, normalizados, obedientes politicamente, adestrados para o trabalho e para a educação disciplinar. A GAM tem em suas sementes a germinação de descentralizar o poder psiquiátrico e “romper com posturas tradicionais que pensam que a experiência é uma doença

que deve ser corrigida, curada, ou, no máximo, ‘tolerada’” (Campos *et al.*, 2014, p. 24). Na obra “Guia do Moderador – Gestão Autônoma da Medicação” – é proposto que um dos objetivos de combate a medicalização da GAM é que ela:

Busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus direitos e que saibam que podem decidir se aceitam ou recusam as diferentes propostas de tratamento. (Campos *et al.*, 2014, p. 6).

Mesmo com minha formação superior em Farmácia, o ingresso em um Programa de Pós-Graduação na área de Psicologia, na linha Psicologia Social, Saúde e Cidadania, me permitiu apostar em novas práticas de cuidado que não fosse envolvida por medicação. Trabalhar a GAM em um Projeto de Dissertação de Mestrado foi fundamental para ocorrer o processo de *(des)formação* em Farmácia em mim, porque compartilhar saberes é também função da GAM.

Em razão disso, o problema de pesquisa deste projeto se situou em analisar as vicissitudes e/ou desafios de implementar o dispositivo da GAM em território belenense, no contexto do CAPS AD II e os efeitos observados desde a implementação no grupo que se dispôs a viver o processo. O Grupo GAM iniciou suas atividades coletivas em maio de 2022 e finalizou em julho de 2024, com vínculos emergidos entre profissionais, pesquisadores, familiares e usuáries (os), uma vez que trabalhava como farmacêutico e realizava as atividades com o grupo GAM. A GAM surgiu como um dispositivo de cuidado coletivo para usuáries (as) que faziam acompanhamento no serviço e os resultados eram anotados em um diário de campo. A partir de 2023 e com uma metodologia participativa e vínculo realizado com os (as) participantes, a GAM se tornou minha pesquisa de Dissertação e os dados encontrados no diário de campo foram essenciais para a construção desse projeto.

Para justificar o trabalho dessa pesquisa, cito o exemplo da criação do Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo¹⁷ (UNIFESP), na qual é uma rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento, composto por outras Universidades espalhadas pelo Brasil, incluindo países como Canadá e Espanha. Entre outras atividades, este Observatório monitora grupos GAM espalhados entre esses três países, a fim de aproximar serviços que dialoguem com a “participação e o protagonismo das pessoas em situação de sofrimento mental, que

¹⁷ Disponível em: Home - Observatório GAM (unifesp.br). Acesso em: 16 set. 2023.

problematizam a prescrição, os efeitos indesejados dos psicofármacos e a falta de autonomia na colocação em andamento do tratamento” (Avarca *et al.*, 2022, p. 5).

Desde a criação do Observatório, em 2017, o Norte nunca teve nenhuma Universidade representando essa Região. Somente em 2023, o território Amazônida foi representado por uma autarquia federal que é responsável pela maior pesquisa e produção de conhecimento de toda a Amazônia, sendo a UFPA a conquistar tal espaço. Dentre outras Universidades que compõem este Observatório, agrupadas no quadro 1 abaixo, é possível afirmar que existe distribuição de Universidades em todas as regiões brasileiras, exceto Norte, a saber: *Eixo Sudeste*: quatro; *Eixo Sul*: quatro; *Eixo Nordeste*: três e *Eixo Centro-Oeste*: um, sendo uma Instituição da Espanha e uma do Canadá.

Quadro 1 – Instituições de Ensino Superior (IES) que compõem o Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação

INSTITUIÇÃO	REGIÃO
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Coordenação	Sudeste
Universidade Federal Fluminense (UFF)	Sudeste
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	Sudeste
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)	Sudeste
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Sul
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Sul
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Sul
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	Sul
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Nordeste
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Nordeste
Universidade Católica de Salvador (UCSAL)	Nordeste
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)	Centro-Oeste
Universitat Rovira i Virgili	Espanha
Université Montréal	Canadá

Fonte: Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação.

A entrada do Norte nesse mapa, mais precisamente pela Cidade de Belém, está relacionada com o início do trabalho com o Guia GAM no serviço da RAPS do município, neste caso, no CAPS AD II, e posteriormente, com o início da pesquisa com meu ingresso no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da UFPA. Essa entrada é significativa visto que coloca a Amazônia como um território pioneiro a ser discutido e implementado

ações coletivas de saúde mental sendo a GAM, um dispositivo que pode contribuir para o diálogo entre saberes tradicionais e biomédicos.

Em 2023, O Observatório Internacional de práticas da gestão autônoma da medicação organizou pelo OBSERVAGAM, o II curso de estudos avançados em gestão autônoma da medicação e tinha como um dos objetivos, trazer para um debate online, experiências de coletivos organizados pelo Brasil e Europa sobre a implementação da GAM em seus territórios. O protagonismo do Norte foi representado pela minha participação com a pesquisa, na qual trouxe para o conhecimento coletivo a experiência da GAM em Belém e seus processos de adaptação e desafios na rede de saúde de mental¹⁸.

Tecer um grupo que discuta os efeitos da medicalização em nossos corpos em um espaço que tenciona saberes biomédicos (in)tocáveis é legitimar a autonomia e o protagonismo de cada sujeito. É ouvir o usuário e a usuária em sua forma mais plural possível e construir o diálogo junto com sua participação. É garantir a defesa da RPB como um modelo que, ao invés de aprisionar e medicalizar, se constrói lado a lado com seus participantes e integrantes que vivem a saúde mental, especificamente, o campo álcool e outras drogas, diariamente, na construção da cidadania.

É pela minha formação superior em Farmácia e, principalmente, por constituir uma profissão que pode estar ligada diretamente a processos destrutivos a *fabricar doenças e propor 'curas'*, como a Indústria Farmacêutica (IF), que este trabalho se torna imperativamente importante. É preciso discutir a lógica biomédica e os efeitos de medicalizar o sujeito. A medicação é um dos principais produtos utilizados para a promoção e recuperação da saúde, porém, ela não deve ser a única a ser disponibilizada e/ou imposta para as pessoas em seus tratamentos, em especial no campo da saúde mental.

O/A farmacêutico (a), como agente do cuidado no campo da saúde mental, não deve ser o guardião do medicamento e nem ter uma postura acrítica aos efeitos adversos produzidos pela administração e orientação do fármaco. Pelo contrário, deve manter uma postura reflexiva sobre o papel da medicação no tratamento e possíveis efeitos adversos. Reconhecer que a prescrição médica muitas vezes está colocada como uma forma de contenção química daquilo que advém como produção de subjetividade, mas que não é aceito ou bem-visto pela sociedade. Assim, esse profissional farmacêutico no campo da atenção

¹⁸ 1 vídeo (1h 05min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1Muqrdeitgg&t=131s>. Acesso em: 21 fev. 2025.

psicossocial deve centrar seu trabalho no sujeito e com o sujeito. O farmacêutico no SUS deve ser um guardião das pessoas, da vida.

Outro ponto que merece relevância é a necessidade da retomada do modelo de atenção psicossocial preconizado no processo da RPB ancorado nos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que, atualmente, do ponto de vista político e de gestão governamental, temos um campo de abertura para tal, com a reconstituição da coordenação da equipe da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas¹⁹ no governo federal, assim como a retomada de um rumo favorável no campo de gestão da política dos direitos humanos no país, que deve ser emancipado a uma teoria e ação que seja de caráter antimanicomial.

A GAM em sua implementação em outros Estados brasileiros já provou a sua capacidade de trabalhar na linha do protagonismo, da autonomia e da construção de projetos viáveis de vida para aqueles e aquelas que se beneficiem deste dispositivo. Durante a realização da pesquisa, observamos que vários foram os desafios e vicissitudes de produzir cuidado em função do *fator amazônida* – em especial Belém, terra cabana e amazônida, nosso clima ser único, com períodos de chuvas e calor intensos; população ser pluralizada constituída de povos tradicionais como quilombolas, indígenas e ribeirinhos; alimentação ser atravessada por uma das frutas típicas de nossa região, o *Açaí*, sendo consumida com peixe e farinha. Em direção ao ineditismo, a GAM na terra cabana avançou com resultados positivos desde sua implementação em 2022.

Como um dos efeitos da GAM amazônida, desde 2022 foram publicados resumos para eventos científicos como Congressos e/ou Seminários, mas duas dessas publicações se destacaram. Na primeira, foi documentado a experiência do grupo GAM na 5ª edição de iniciativa do Laboratório em Inovação em Saúde (LIS), organizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) que tinha o objetivo de disponibilizar estratégias de práticas de participação social na América Latina e Caribe. Entre essas práticas deveriam se destacar aquelas que promovessem engajamento social em políticas públicas e discussão de promoções para uma saúde que potencializasse ações locais, regionais e internacionais.

Tiveram publicações de países do México, Colômbia, Peru, Bolívia, Argentina e Brasil, sendo este último, destacada pelo maior número de práticas aceitas: 102 trabalhos.

¹⁹ O Departamento de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (DISMAD) integra a Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES) e tem como objetivos formular, coordenar, implementar, acompanhar e monitorar a política nacional de saúde mental e outras drogas, em diálogo com a sociedade brasileira e movimentos sociais. É também responsável por restabelecer a desinstitucionalização, reorientar o cuidado da assistência centrada em hospitais para a comunitária, baseados no cuidado em liberdade.

Entre as estratégias publicadas, a GAM teve sua experiência publicizada no eixo que correspondia a participação e engajamento comunitário em práticas de saúde, a partir do tema de ações coletivas inovadoras que buscavam transformações em saúde e seus determinantes sociais²⁰.

O reconhecimento da GAM como uma prática inovadora em saúde só confirma sua potencialidade em ser um dispositivo de cuidado que é singular e plural ao mesmo tempo. Visita o usuário em suas particularidades e instiga profissionais de saúde a saírem de suas normalidades. Assim, conseguimos dois resultados importantes para a GAM no Norte: ser pioneira e ser internacional.

Na segunda, a GAM participou da 3ª edição da Mostra “Pará Aqui tem SUS”, evento organizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Pará (COSEMS/PA) que tinha o objetivo de reconhecer e promover atividades desenvolvidas por profissionais de saúde dos 144 municípios paraenses. Com a temática sobre experiências de promoção de equidade e garantia de acesso à saúde de grupos historicamente excluídos: populações em situação de rua, negra, ciganos, quilombolas, indígenas, LGBT, campo, floresta, água entre outros. O trabalho com a GAM foi a única atividade que trouxe para o conhecimento paraense o conceito e ideia da gestão autônoma da medicação²¹.

Pela primeira vez, se estava publicando trabalhos sobre o dispositivo da GAM em território paraense para outros dispositivos da RAPS do Estado, porém, a experiência com a GAM em um CAPS AD na capital do Estado, não foi aceita para compor uma das amostras exitosas do Pará. Mesmo com o pioneirismo com o dispositivo GAM em um CAPS AD para acessar e utilizar a GAM pelas *div3rsas*²² RAPS do Estado, a comissão da organização do evento não identificou que essa atividade poderia ser potente. Essa não será a primeira vez que o grupo GAM não será reconhecido. Veremos mais adiante, de forma explícita, a prática

²⁰ Disponível em: <https://apsredes.org/eventos/lis-cns/se-liga-ai-na-gam-estrategia-da-gestao-autonoma-da-medicacao-em-um-caps-ad-de-belem-do-para/>. Acesso em: 24 de fev. 2025.

²¹ Disponível em: <https://cosemspa.org.br/cosems-pa-abre-inscricoes-para-3a-mostra-para-aqui-tem-sus/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

²² O termo *div3rsas* escrito propositalmente nesta pesquisa é derivado do nome *Div3rso*, que é em homenagem ao Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), localizado na baixada santista, que propõem a Redução de Danos como prática norteadora do cuidado. Em várias passagens dessa pesquisa iremos utilizar esse termo e suas derivações pois, entendemos que a GAM, assim como a luta antimanicomial, é *div3rsa* e é para qualquer pessoa que seja antimanicomial. Disponível em: https://linktr.ee/div3rsounifesp?fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAa_EH2djZhOhl5DtnyGBEopj9PqxguJrXrFM2REbpEtoS5u9w053w6nNk_aem_DOWcntqx9WIXIkfrFMGg. Acesso em: 21 set. 2024.

colonial que existiu do *nível central*²³ da SESMA com as realizações do Grupo GAM, no CAPS AD II.

O objetivo geral desta pesquisa foi implementar o dispositivo da GAM em território paraense com usuárias (as), familiares e trabalhadoras (es) do CAPS AD II na Cidade de Belém do Estado do Pará (PA) e, como objetivos específicos, tivemos: 1) buscar novas alternativas para a *(des)capsulação* através da implementação do grupo GAM no CAPS AD II; 2) promover o debate sobre as múltiplas substâncias utilizadas pelos participantes do grupo GAM (drogas lícitas, ilícitas, psicotrópicas e proscritas); 3) trabalhar a lógica da Redução de Danos e da autonomia no uso da GAM para promover uma perspectiva crítica à medicalização da vida; 4) disseminar o Guia GAM com vistas a sua adoção, tornando-se referência para outros serviços da RAPS.

2 METODOLOGIA

Eu já estou há mais de 01 ano limpa, me conheci na escrita e to escrevendo sobre minha experiência com o uso de drogas e o tribunal de crime. Mas, teve uma vez que eu não aguentei, fui até a “cova quebrar o côco”. O traficante me olhou e disse ‘isso aqui não é mais pra ti não, eu não vou te vender mais droga’. A partir daquele momento eu me concentrei mais no que eu queria para mim mesma: conhecer o mundo da escrita e descobrir novos usuários em suas potências. O traficante vinha atrás de mim para ver se eu tava indo à escola mesmo, ele me queria ver bem, me achava uma pessoa inteligente. (Informante N.B 2023- mulher negra).

Assim como na Introdução, a Metodologia dessa pesquisa se inicia com uma fala de uma usuária de saúde mental do serviço álcool e outras drogas e participante do grupo GAM. Antes do início de cada seção primária, colocaremos um atravessamento de algum usuário ou usuária que participou dessa pesquisa. Não necessariamente analisaremos a frase dita pelo usuário. O destaque para suas falas será sobre um dos lemas da luta antimanicomial: *saúde não se vende, loucura não se prende*, ou como veremos em nossos resultados: *tudo que nós tem é nós*.

O desenho metodológico deste trabalho foi a pesquisa-intervenção, na qual instrumentais escritos como diário de campo, e participativos, como dispositivo de grupo, serviram para a realização desse projeto. Se encontrou e fomentou processos de subjetividades entre usuários (as), trabalhadores (as), gestão e pesquisadores que participaram do grupo

²³ A SESMA é organizada estruturalmente pelo seu nível central, onde ficam departamentos gerencias da Secretaria e por suas redes de nível assistencial fora da Secretaria, como Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais, Urgência e Emergência, Unidades Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial entre outras.

GAM. Tendo a natureza deste projeto como qualitativa, a escritora Deslandes (2009, p. 25) identifica esse tipo de pesquisa como:

(...) um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o número de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (...) o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementariedade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e base material.

A escolha para trabalhar com a pesquisa-intervenção se dá na perspectiva de estudar e produzir subjetividades com sujeitos, através de sua participação e produção, não o transformando em um objeto que não produz conhecimento, apenas (re) produz. Para Barros e Morschel (2012, p. 61) é na pesquisa-intervenção “que se afirma a inseparabilidade entre ser-existir-viver-conhecer-pesquisar-fazer-intervenção”. Essa inseparabilidade, condição da pesquisa-intervenção, altera aquilo que está instituído como conhecer para transformar e o inverte de maneira a transformar para conhecer (Coimbra, 1995).

Trabalhar com a pesquisa-intervenção é desinstitucionalizar instituições que normalizam padrões a serem seguidos. Essa pesquisa traz para o debate o construir em conjunto, multiplicar rupturas em busca de novos conceitos, apostando em relações sociais e produção de si, na qual “coloca em análise o universo platônico das certezas ao propor a inseparabilidade entre sujeito e objeto, ao desconfiar da linearidade, da causa e efeito, das origens, das linhas retas, da neutralidade e das verdades absolutas” (Nascimento, 2020, p. 249).

Entender que o campo também é parte de um espaço de intervir é tornar a pesquisa-intervenção um ato de produzir em coletividade, através de práticas não homogêneas e que defina o não lineamento de pesquisas, como em investigações mais tradicionais (Kastrup, 2008). Com isso, torno o campo um dispositivo que seja de análise de implicação para a pesquisa, visto que, não é possível fazer a separação entre pesquisador-trabalhador-militante. É por isso que todos os encontros realizados com o grupo GAM foram potentes nas esferas macro e micro existencial, *descapsulando* conhecimentos e mapeando as rodas de saberes e lugares.

Intervenção é um efeito que sinaliza mudança. Seja no social, na saúde ou na política, nossas relações micropolíticas ou macropolíticas passam por atos de intervenção. É intervindo que geramos processos de mudanças na camada social. Intervir para gerir. Intervir para mudar.

Intervir para *(des)capsular*. Outrora, pesquisa é poder. Pesquisa é saber. Pesquisa é intervir. Porém, a pesquisa pode *capsular* sujeitos e operar a favor do Estado a utilizar intervenções para manter a ótica *normalizadora* de uma vida condicionada ao capitalismo.

É na pesquisa-intervenção que intervir e interferir são condição do próprio processo (Da Rocha; Aguiar, 2003). É construir junto ao grupo GAM a produção de coletividade e autonomia no campo da pesquisa. Um campo que não seja analítico, estático e inerte. Mas que seja altamente vascularizado e flexível a entradas e retiradas de conhecimentos. Um campo subjetivo e que se interfira continuamente em seus modos de aprender e conhecer. É, portanto, “ampliar as bases metodológicas das pesquisas participativas ao colocar como proposta a ação transformadora da realidade” (Avarca, 2021, p. 73).

A GAM aproxima profissionais de usuárias (os) que utilizam psicofármacos e incentiva a compreensão e abertura para novos aprendizados, novos sentidos e, ainda, um melhor entendimento de como cada medicamento funciona, junto com seus efeitos e reações. Nesse sentido a GAM coaduna com o SUS por ter como centro do cuidado o usuário, além de trabalhar na mesma direção que a política de saúde mental álcool e outras drogas, já que preconiza o cuidado em liberdade, através do modelo de atenção psicossocial, sendo o acolhimento, o vínculo e a co-responsabilidade pelo cuidado diretrizes fundamentais do trabalho.

É por isso que a metodologia de pesquisa-intervenção nos parece adequada para este projeto, por entender que não existe conhecimento superior e nem inferior. Que o conhecimento se constrói em coletivo, em conjunto, com o outro e para o outro. Justamente no encontro de saberes que todos e todas possuem e partilham no grupo. Foi através da coletivização e manutenção de vidas que estabelecemos a GAM como uma metodologia de cuidado. Uma metodologia que *(des)capsula* vidas. Para compreender a GAM como uma metodologia que *(des)capsula* vidas, primeiramente, precisamos entender o significado das palavras: cápsula, encapsular e descapsular.

De acordo com o Dicionário on-line de português²⁴, o termo “cápsula” é um recipiente muito diminuto, geralmente feito de forma cilíndrica, feito de película de goma ou outro material sólido ou solúvel, no interior do qual é acondicionada a dose de medicamento ou outro produto a ser ingerido. O termo cápsula dá origem a outro termo: encapsular. Na gramática da Língua Portuguesa, temos o processo de substantivação, ou seja, um processo linguístico que consiste em transformar uma palavra de outra classe gramatical em um

²⁴ Disponível em: <https://www.aulete.com.br/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

substantivo. No caso da palavra “encapsular”, podemos dizer que temos uma substantivação ao contrário, isto é, a palavra “cápsula” é um substantivo que foi transformado em uma nova palavra, isto é, o verbo “encapsular”.

Se formos analisar a palavra “encapsular”, veremos que é formado pelo prefixo “EN”, que quer dizer dentro. Então observe que a palavra “encapsular” é colocada na cápsula duas vezes. A cápsula serve como uma proteção dos componentes químicos e nele contém a essência do medicamento. Assim, podemos dizer então que ao mesmo tempo que a cápsula protege, ela também aprisiona. Do mesmo modo, isso pode ser observado no comportamento do sujeito, visto que o uso de medicamentos pode ajudar a minimizar os sintomas de quem faz uso de álcool e outras drogas e, ao mesmo tempo, pode aprisionar. Por isso, o usuário se torna dependente da medicação, ou seja, ele começa a *encapsular*.

Mesmo que por ora o medicamento seja um produto para aliviar os sintomas de quem quer, não pode ou deseja diminuir o uso de álcool e outras drogas, é indissociável pensar determinantes sociais que podem interferir nesse alívio. Como o usuário ao fazer uso de uma medicação psicotrópica estando em situação de rua e em vulnerabilidade econômica-social vai conseguir se aliviar por completo? Como imaginar outros caminhos possíveis para quem vive constantemente vigiado pelo Estado? Veremos mais à frente, o quanto o medicamento é um produto que *aliena* e medicaliza sujeitos, ao condicionar processos de *encapsulamento*.

O sistema – CAPS AD II, em questão – também pode corroborar para *encapsular* o usuário e a usuária que frequenta o serviço. O CAPS AD II se *encapsula* por profissionais que estão adoecidos pelo sistema trabalhista que insiste em produzir burocracias e relações verticais de trabalho: 1) contrarreforma sanitária instalada no Brasil desde 2016 que consequentemente diminuiu o número de investimentos para CAPS e aumentou setores conservadores manicomialistas como CT's; 2) execução de atividades somente no microterritório do CAPS, não explorando outros territórios de cuidado que usuários (as) trazem consigo são alguns exemplos de como o CAPS AD II pode ser um aliado poderoso para o capitalismo. Porém, existem alternativas para que esse processo de metamorfose ocorra. O serviço pode se transformar e a partir da coletividade e união entre gestão, trabalhadores (as) e usuários (as), ocorrer a *(des)capsulação*. Na palavra “(des)capsular”, percebe-se que na formação dessa palavra, temos o prefixo “DES”, que significa uma ação contrária, ou seja, se encapsular é colocar na cápsula, descapsular é tirar da mesma.

Além disso, ao analisar a estrutura da palavra *(des)capsular*: DES+CAPS+U+LAR²⁵, temos as palavras: CAPS e LAR. Todos os CAPS devem ter a estrutura de uma casa. Mas por quê? Primeiro porque ao adentrar esse tipo de serviço, o usuário sinta como se estivesse em um ambiente familiar, como estivesse no seu próprio lar, para que se sinta acolhido, protegido e, segundo, porque um dos objetivos do CAPS é a ressocialização do usuário e/ou reabilitação social, a partir da filosofia de cuidado da Redução de Danos. Por isso, o nome desta pesquisa é “*(des)capsula aí!*”, pois afirmamos que a GAM é um dispositivo de cuidado que *(des)capsula* sujeitos e torna-os mais autônomos a partir de seus protagonismos e co-participações em seus tratamentos. A partir do protagonismo do sujeito, o sistema se modifica.

Alinhado a metodologia para *(des)capsular* vidas, a GAM é também uma prática de metodologia de cuidado, pois atua no território. Para entender sua atuação, é necessário compreender como o CAPS AD II *captura* a (o) usuária (o) para acontecer o cuidado, mas através da institucionalização e medicalização, vai também *capsular*, como vimos. Com base nisso, como a GAM pode se metamorfosear do *capsular* para o *(des)capsular*? É através de metodologias leves, leve-dura de cuidado (Merhy, 2002) e com apoio de gestão e trabalhadoras (es) do CAPS AD II, que a rede pode começar a se metamorfosear, se vascularizar. Luís Cecílio (2007, p. 346) nos lembra de que o trabalhador da saúde não pode ser tomado como um trabalhador moral, “desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações”.

Para *(SUS)tentar* a circulação sanguínea presente no organismo humano, é necessária uma rede que torne o caminho e os encontros entre artérias e veias mais próximas, através de um sistema que permita que o sangue presente no corpo humano consiga realizar suas funções de nutrir e absorver. Entendemos esse mecanismo como uma rede vascularizada, que mantém nosso organismo vivo e pulsando. Metaforicamente, no caso do dispositivo GAM, é através dessa rede vascular que ela deve ser orientada. Não a partir de sangue, artérias e veias, mas fortalecer uma rede que circunda pessoas a aprendizados de novos saberes, a uma reconexão e fortalecimento de suas experiências em sintonia e em diálogo com o outro.

Pelos resultados encontrados, produzimos cisões entre “pesquisador-pesquisado”, “sujeito-objeto”, “trabalhador-usuário”, a partir do diálogo com os desafios do cuidado em saúde no plano das tecnologias leves (Merhy, 2002), que coloca em contato a expertise e

²⁵ Agradeço carinhosamente as orientações da colega Dinalva Corrêa, que me ajudou a desvendar os caminhos tortuosos da língua portuguesa.

vivência de cada pessoa participante do grupo GAM. O grupo iniciou-se com usuárias (os), familiares e servidoras (es) do CAPS AD II, em maio de 2022, como grupo terapêutico direcionado a quem interessasse e tivesse alinhado a sua participação no grupo pelo PTS. Inicialmente, o grupo foi moderado por mim, mas com o passar do desenvolvimento das atividades, outros profissionais do CAPS AD II e um colega pesquisador²⁶ também ajudavam na organização e programação do grupo. As memórias das atividades no grupo GAM que aconteciam desde 2022 foram anotadas em um diário de campo como produção de arquivo.

No papel de trabalhador-farmacêutico, percebi que as demandas direcionadas a mim de dispensar e acompanhar o uso dos medicamentos prescritos poderia ser ampliada para um outro nível de relação mais coerente com as diretrizes do SUS: a proposta da reforma psiquiátrica e o fazer antimanicomial. A GAM, por implicar bastante o campo de atuação/instituição farmácia e com o desejo de pesquisador-ouvinte, propus o grupo GAM como uma alternativa de cuidado que discute, além de efeitos da medicação, as histórias de cada participante, sendo um caminho para a ampliação de vínculo e um espaço em que não se sintam desconfortáveis em falar sobre drogas prescritas e proscritas, promovendo uma “(des) formação em farmácia” (Lauria, 2020, p. 44) em minha formação, na qual pesquisador e usuário aprendem juntos.

Para Campos (2000), o método da roda, que é a perspectiva de trabalho utilizada no grupo GAM, é aquele que retira o sujeito de um sistema de racionalidade rígida e o coloca como potencializador ao operar em um coletivo organizado que produza, sinta e ouça as pessoas ao seu redor. Tecer a GAM no campo de álcool e outras drogas foi estabelecer o compromisso de quebras de paradigmas sobre o uso de drogas em nossa sociedade, mantendo diálogos abertos sobre drogas ilícitas, lícitas, proscritas e sobre medicamentos (drogas legalizadas pelo Estado).

Em todos os momentos que o grupo GAM aconteceu, desde maio de 2022, foi utilizado o método da roda. Mesmo que a GAM possua um Guia Orientador (Campos *et al.*, 2012) para a condução do grupo, o mesmo não deve ser imposto como a única possibilidade de invenção. A GAM é um método de intervenção em saúde mental que sofre processos de mudanças em cada território que atua, pois, em cada território existe uma produção de cuidado que se elabora a partir da ancestralidade. Por isso a GAM é orientada a seguir o

²⁶ Agradeço a participação do colega e pesquisador Alan Dias, que em algumas atividades com o grupo GAM me ajudou a prosseguir com o grupo frente a adversidades que seguiam dentro do serviço.

*fluxo*²⁷ de cada sujeito participante da pesquisa, nas quais os caminhos se encontram também nas diferenças.

Como produção do grupo GAM no CAPS AD II, alguns produtos foram criados a partir da subjetividade de cada participante da pesquisa. Logo na capa do projeto, anexada como *marca d'agua*, podemos observar a arte de um usuário que participou dos grupos. O desenho na capa mostra a idealização da representação de um escudo da GAM para o usuário “*Speta*” e foi realizada em uma das atividades com o grupo GAM, na qual trouxemos essa produção e outros desenhos no capítulo *arte marginalizada*, como último capítulo dessa pesquisa. Esse capítulo, em especial, é dedicado a todos e todas que participaram do processo de caminhar com a GAM nesses dois anos que estive como trabalhador-pesquisador no CAPS AD II. Em especial, usuários (as) que participaram de processos de intervenções dentro do serviço e puderam somar suas experiências de vida com conhecimentos de aprendizagem sobre a GAM.

O caminho para a GAM no CAPS AD II é mostrado na figura 1 abaixo, que apresenta o convite elaborado pelo pesquisador a todas e todos a participar das rodas sobre GAM. Esse convite mostra uma trilha, que logo de início, percebe-se que não é uniforme, reta. Essa trilha pode incomodar por não ser horizontal e não ter um caminho reto a ser seguido. A GAM não deve ser vista como um processo de cuidado linear, descrito em linhas burocráticas, com Norte a Sul. A GAM é uma crítica a esses modos lineares. Apesar de ter um Guia que orienta a utilização correta de psicofármacos, ela pode ser moldada e reorganizada a partir de cada território.

²⁷ Fluxo é um termo utilizado por usuários de drogas para designar um espaço onde está ocorrendo uso intenso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Minha intenção ao destacar essa palavra é provocar um efeito contrário: o assunto drogas é bastante criminalizado pela sociedade e associado à marginalização e à imagem de um único corpo com vários significados – pobre, preto e periférico –. O racismo estrutural e a construção de uma democracia racial aprimoram a imagem de um Brasil igualitário em diferentes frentes. Mas essa não é a realidade de há muitas décadas. Por isso, utilizo o destaque na palavra *fluxo* para provocar tensões sobre a construção desse imaginário social que foi introduzido pelo pensamento colonizador e cristão.

Figura 1 – Caminhos para a GAM



Fonte: arquivo pessoal

Entre esses caminhos se observa que existem destaque para quatro palavras: Redução de Danos, Protagonismo, Novas Possibilidades de Cuidado e Luta Antimanicomial. É como se em cada “parada” ou curva no caminho, o sujeito se encontrasse com algum termo que poderia fazer sentido ou não em seu trajeto com a GAM. A GAM é a união desses saberes e outros que são formados pela construção coletiva de quem participou dos grupos. É necessário construir uma democracia institucional, para que os resultados sejam em prol de todos, do coletivo.

Na prática, ninguém, nenhum agente isolado, produz democracia. A democracia é uma reforma social, produto da práxis de Grupos sujeitos e produtora de Sujeitos. Não havendo democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos. A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construir espaços de poder compartilhado: rodas. A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição. (Campos, 2000, p. 25).

Como observamos no que Campos diz, a confirmação da GAM como um espaço de democracia deve ser pautada na construção da coletividade, na produção da roda, fortalecendo a democracia existente entre sujeitos, constituídos forças políticas que são ancoradas na autonomia e cogestão do cuidado. Com a adoção do Guia GAM através do trabalho de roda desenvolvido dentro do CAPS AD II durante quase dois anos como trabalhador-observador-militante e especificamente, a partir de 2023, com a pesquisa como trabalhador-observador-militante-pesquisador, um dos resultados desta pesquisa foi resgatar as experiências de sujeitos que fizeram parte do processo de trabalho com a GAM, através de suas próprias percepções, produções e narrativas, como veremos nos resultados mais adiantes.

A pesquisa de revisão bibliográfica foi o primeiro passo para uma aproximação teórica com o campo. Optamos por examinar as principais produções realizadas pelas Universidades que fizeram parte do estudo multicêntrico de implementação da GAM no Brasil, que podem ser visualizadas no quadro 2, a posteriori. Analisamos as produções de dissertações, teses, artigos, capítulos de livro entre outros, produzidos por pesquisadoras e pesquisadores, entre os anos de 2009 a 2022. O material do Canadá serviu de base histórica para a investigação das demandas que deram espaço à construção do dispositivo da GAM nesse país.

A origem do dispositivo da GAM encontra-se ancorada em um contexto próprio, muitas vezes bastante distante do brasileiro. A título de exemplo lembramos que a principal demanda dos canadenses era questionar o uso de medicamentos aos quais tinham acesso, enquanto no caso brasileiro, muitas vezes esse acesso não está garantido. Da mesma forma muitos familiares, usuários e usuárias vão justamente demandar a garantia do acesso ao medicamento no lugar de questionar seu uso. A experiência espanhola²⁸, em especial a vivida pela região da Catalunha, é oriunda da parceria de trabalho e intercâmbio entre pesquisadores brasileiros e espanhóis, sendo o Brasil, responsável por apoiar a implementação da GAM junto ao território espanhol. Entendemos que o conjunto de experiências serviu de análise para as vicissitudes da implementação em um país como o Brasil.

A pesquisa-intervenção está orientada por esse trabalho conjunto entre pesquisador e informante, desta forma o objeto dessa investigação, a saber, a implementação do grupo GAM em um CAPS AD II de Belém, parece extremamente adequado à metodologia pois, toda a base do Guia GAM está calcada no trabalho de grupo.

²⁸ Para mais informações a respeito da implementação da Gestão colaborativa de medicação em saúde mental no território espanhol, indico ver o sítio da elaboração da tese de Doutorado de Enric Garcia Torrents, disponível em: [Gestión colaborativa de la medicación en casos de salud mental - Proyecto de investigación-acción \(enricgarcia.md\)](http://enricgarcia.md). Acesso em: 08 nov. 2023.

2.1 INSTRUMENTAL METODOLÓGICO

A ferramenta utilizada pelo pesquisador em todos os momentos do grupo foi o diário de campo, na qual Deslandes (2009, p. 24) define como um “amigo silencioso”, um instrumento a que podemos recorrer em qualquer momento da pesquisa, para colocar nele nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas de outros materiais utilizados no ato de pesquisar. O diário de campo é utilizado pelo pesquisador desde 2022, quando iniciou o grupo e este tinha a finalidade única de ser terapêutico e pudesse participar quem se sentisse chamado pelo convite e fosse pactuado em seu PTS, ilustrado na figura 1. Porém, a partir de 2023 com o início da pesquisa, o grupo GAM além da funcionalidade terapêutica, direcionou alguns critérios de inclusão e exclusão para sua participação na pesquisa, como veremos na seção participantes da pesquisa.

O diário de campo é um recurso que auxilia novas leituras de pesquisa, em que aposta na vivência de micro espaços como processos de intervenção da vida, desnaturalizando conceitos entre certo e errado. Lourau (1993) destaca o diário de campo, que possibilita historicizar, registrar o cotidiano, e com isso colocar em análise os acontecimentos, propondo que ao escrever as vivências de um campo, emergem criação e análise. A pesquisa-intervenção tem uma grande aliada ao contar com o diário de campo como dispositivo para intervenções em pesquisas, na qual constitui como uma “tática de luta e produção de saberes” (Nascimento, 2020, p. 243). O diário e o campo são dualidades que se conectam entre si, se comunicam, se atravessam, cuja:

Construção produz linhas que se encontram por outros movimentos, diferentes das sequências rigidamente planejadas e do controle, dito imparcial, cronologicamente regrado pelos modos clássicos de pesquisar. A composição entre os acontecimentos se dá pela variação, por arbitrariedade, pelo que foge ao texto e às páginas, e pelo que resiste aos passos determinados e ao tempo linear cronológico (Paulon; Romagnoli, 2010).

Desse modo, o diário de campo não é mero dispositivo na qual o pesquisador colocou suas memórias e/ou lembranças do momento vivido. Se tornou muito mais que um material a ser guardado. É indiciador a produzir subjetividades e afetos pela descentralização e fixação da pesquisa, a ser coletados dados e resultados, cujo Nascimento (2020, p. 244) ressalta que:

(...) o diário de campo não é mero suporte da memória, um baú de lembranças, mas um processo de subjetivação. Este regime de escrita tem um aspecto político, de intervenção sobre si e sobre os outros, e ao mesmo tempo estético de se transformar e se pensar, além de um exercício ético dos fazeres como cuidados de si e dos outros. Ler o diário e escrever, ler outros materiais e retornar ao diário de campo,

exercícios de leitura e escrita que implicam um posicionamento frente à produção de verdades.

Também nos valem da observação participativa, pois ficamos imersos no campo habitando o lugar de trabalhador-observador-militante-pesquisador desde 2023. Ter tido a experiência de trabalhar e pesquisar também é um analisador importante de implicação com o processo desenvolvido. Estar dentro do serviço facilitou a construção do vínculo, ampliou o período de vivência e de observação dos processos de trabalho, dos fluxos internos do serviço e com a rede. Mas também colocou em análise os desafios de ser conhecedor dos processos internos do serviço na condição de trabalhador e das tarefas a serem desempenhadas, como pesquisador.

Entre elas, justamente ser o funcionário que controla o estoque e que dispensa medicamentos, como farmacêutico do CAPS AD. Mantivemos uma postura atenta a esses desdobramentos próprios da posição ocupada junto ao serviço e, portanto, aos usuários e usuárias. Cabe lembrar que produções como as artes aqui utilizadas também fazem parte de documentos a serem utilizados na pesquisa pois atestam caminhos construídos coletivamente nas rodas e é expressão direta do trabalho e das reflexões produzidas.

A observação participante nos grupos e as narrativas coletadas em diários de campo constituíram o “corpus” de análise da pesquisa, produzindo novas formas de composição, ao pensar as experiências, silenciamentos e (in)visibilidade histórica desses corpos em suas vulnerabilidades, buscando produzir novas formas de autonomia e cogestão na conjuntura de uma política de drogas descriminalizante. O grupo GAM aconteceu no formato de rodas de conversa, através do método de grupo explicitado pela autora Regina Barros (1997, p. 187) em que:

No dispositivo-grupo o rastreamento das forças em jogo se faz pelo mapeamento da manutenção/desmanchamento das instituições, da naturalização/desnaturalização dos modos de viver/sentir, do acompanhamento dos fluxos que se deslocam no tempo, produzindo modificações nos territórios constituídos (...). O embate das forças se dará não apenas no eixo verticalidade/horizontalidade, mas no da transversalidade que não para de desmontar as linearidades explicativas dos atos sujeitos-objetos.

É com esses “efeitos dos encontros” (Romagnolli, 2015, p. 132) em rodas de conversa e a cada grupo realizado, que a GAM se fortaleceu como uma prática norteadora de cuidados e entre saberes que se construiu e se refez a cada olhar, pertencer e vincular ao espaço, lugar e território. Os instrumentos norteadores utilizados no Grupo GAM foram dois, sendo: 1. Guia Moderador: Gestão Autônoma da Medicação (Campos *et al.*, 2014) e 2. Guia da Gestão

Autônoma da Medicação: Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos (Campos *et al.*, 2012), sendo o primeiro utilizado pelo pesquisador por ser o moderador das atividades no grupo GAM, e o segundo, para participantes da pesquisa: usuários e usuárias do serviço, trabalhadores(as) e gestão, respectivamente. O Guia GAM foi impresso e distribuído somente para usuários (as) pois tanto como gestão como funcionários (as) do serviço, não participaram ativamente do processo de construção da GAM.

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os (As) participantes da pesquisa de implementação coletiva do grupo GAM foram usuárias (os) que tiveram seu acompanhamento vinculado ao CAPS AD II, local onde foi realizada a pesquisa de Mestrado. O número de participantes foi de vinte vagas no total, distribuídas entre: dez usuárias (os), cinco trabalhadoras (es) e cinco familiares. O grupo GAM foi realizado em apenas um grupo com duração de uma hora e trinta minutos para sua realização. A escolha dos vinte participantes na pesquisa se deu através dos critérios de inclusão e exclusão.

O grupo GAM aconteceu em um período de um ano, a contar do mês que a pesquisa foi autorizada pelo CEP, quando submetida aos devidos trâmites éticos. As rodas de conversa ocorreram uma vez na semana no CAPS AD II, pelo horário da tarde. Foi incentivado a participação de usuárias (os), familiares e trabalhadores (as) do CAPS AD II que se dispuseram a acompanhar a pesquisa realizada nas rodas da GAM. Cada usuária (o), trabalhador (a), familiar e/ou da pesquisa tiveram direito a toda a informação necessária sobre a pesquisa e o esclarecimento de toda e qualquer dúvida através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), apresentado modelo em Anexo A, que foi lido e assinado pelo participante, sendo garantida a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum para seu tratamento.

Considerando o conhecimento empírico e as subjetividades de sujeitos participantes deste projeto, discutimos a GAM na perspectiva do modelo biopsicossocial, incluindo conceitos de saúde mental coletiva, fenômenos da medicalização e racismo, nas quais carregam interesses em comum de controle biopolítico de corpos e vulnerabilidades. É necessário que as pesquisas feitas no campo da saúde mental coletiva levem em conta aspectos da interseccionalidade, como classe, raça/cor, questões de gênero e território, por exemplo.

Adotamos critérios de inclusão para a pesquisa com os participantes: usuários, trabalhadores e familiares. Para usuários foram adotados os seguintes critérios: 1) possuir prontuário ativo no CAPS AD II e ser acompanhado por este serviço; 2) fazer uso de medicações psicotrópicas dispensadas no CAPS AD II; 3) ter idade igual e/ou superior a 18 anos; 4) desejar participar voluntariamente da pesquisa; 5) concordar em assinar o TCLE. Para trabalhadores (as), os critérios foram: 1) ser servidor e/ou servidora do CAPS AD II com contrato formal com a SESMA; 2) desejar participar voluntariamente da pesquisa; 3) concordar em assinar o TCLE. Para familiares, foram adotados critérios como: 1) acompanhar usuário (a) inserido no Grupo GAM durante a pesquisa; 2) ter idade igual e/ou superior a 18 anos; 3) desejar participar voluntariamente da pesquisa; 4) concordar em assinar o TCLE.

Como critérios de exclusão adotamos os seguintes critérios: para usuários (a): 1) não possuir prontuário ativo no CAPS AD II; 2) possuir acompanhamento pelo CAPS AD II, porém, não fazer uso de nenhuma medicação controlada; 3) se recusar em assinar o TCLE. Para trabalhadores (as), os critérios de exclusão foram os seguintes: 1) não possuir vínculo formal com a SESMA; 2) não desejar participar voluntariamente da pesquisa; 3) se recusar em assinar o TCLE e, para familiares: 1) ser familiar de usuário (a) que não possui prontuário ativo no CAPS AD II; 2) não ter idade igual e/ou superior a 18 anos; 3) não desejar participar voluntariamente da pesquisa; 4) não concordar em assinar o TCLE.

2.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no CAPS AD II por ser um dispositivo da rede municipal de saúde mental de Belém, vinculado a SESMA, que realiza atendimento direcionado a usuários e usuárias de Álcool, Crack e outras Drogas. Está localizado territorialmente na Av. José Malcher, Bairro Nazaré, com funcionamento diurno, das 07h às 19 horas, de segunda à sexta. Como falado anteriormente, o CAPS AD II é um único serviço especializado da gestão municipal de Belém que atende pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, sendo responsável pelos atendimentos na região metropolitana de Belém e de outros municípios, como Ananindeua e ilhas adjacentes: Cotijuba, Marajó e Algodoal entre outras.

Até o momento da minha permanência no CAPS AD II como trabalhador, faziam parte da equipe multiprofissional do CAPS AD II os seguintes profissionais: cinco técnicas de enfermagem, dois agentes de limpeza, dois farmacêuticos (as), dois psiquiatras, quatro psicólogas, dois educadores (a) físicos (a), uma nutricionista, um agente de bem-estar social,

dois assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, cinco recepcionistas, duas médicas clínicas e seis administrativos (as). Os setores eram divididos em: portaria, recepção, banheiros, farmácia, administração, cozinha, refeitório, área para convivência e repouso para descanso.

Grande parte dos acolhimentos no CAPS AD II aconteciam logo pela manhã, bem cedo. Antes do agente de limpeza chegar para abrir a *casa AD*, era possível ver um coletivo de pessoas que esperam, ansiosamente, a sua entrada no serviço. Dentre usuários (as) que circulam pelo serviço, está o público majoritariamente atendido por nós: pessoas que estão vivendo nas ruas e vêem o CAPS AD II como um espaço de acolhida, segurança, conforto, tratamento e cuidado. Por isso o serviço precisa operar desde sua estética visual a lógica de “portas abertas” para ser equiparado a uma “casa”, onde quem adentrar, possa se sentir acolhido e pertencido ao espaço.

Ilusoriamente, a aparência visual “atrativa” é uma estratégica necropolítica presente em várias CT’S espalhadas pelo Brasil e em especial, em Belém, onde esses espaços contam com grandes terrenos, arborizações e jardins floridos e, através desses mecanismos, cria-se um imaginário social de pertencimento e acolhimento. Porém, assim como os manicômios, as CT’S são espaços segregacionistas que pela alienação e imposição de uma fé cristã, individualizam sujeitos a se tornarem objetos operados pela lógica mercantilista e mercenária de corpos. Ambas possuem uma natureza comum: o aprisionamento de *minorias* em seu espaço. Essas *minorias* não são em termos de números quantitativos e sim, uma *minoria* que denota um significado subjetivo que impõe algo ou alguém – nesse caso grupos – serem menores. Menores para quem? Como afirmar que a população negra é parte seleta de um grupo *minoritário* se ela compõe a maior população negra das Américas fora do continente africano²⁹?

O Estado transcorre uma política de morte desde o tempo do navio negreiro e com o passar dos séculos, suas múltiplas ações transversais para o amadurecimento do racismo e sua evolução como estado soberano de poder, só refuta que sempre houve um alvo: a eliminação da população negra.

(...) essas instituições de violência são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A naturalização da violência institucional sobre os

²⁹ Disponível em:
<https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/hub-igualdade-racial/populacao>. Acesso em: 26 fev. 2025.

corpos negros compõem o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais. (Passos, 2018, p. 13).

À noite pode ser um dos horários mais perigosos para quem vive nas ruas pois, é o momento em que quem vive na cidade dorme e quem vive na rua, precisa fazer seus *corres*³⁰. Corres para adquirir uma refeição. Corres para adquirir um espaço *seguro* para dormir. Corres para conseguir sua droga e ficar atento ao que acontece ao redor. Em um dos grupos GAM, uma mulher, negra, traz a violência que passa diariamente na rua: “*eu não posso tomar medicação para dormir, eu sou mulher. Já dei entrada em vários CAPS por tentativa de abuso sexual. Eu acordava e tinha homem em cima de mim*”. (Informante T, 2023). Discutiremos mais a fundo essa passagem em um dos capítulos posteriores desta pesquisa. Por ora, continuemos com as particularidades que envolvem o local da pesquisa e minha atuação como trabalhador-observador-militante-pesquisador.

A partir da minha análise como farmacêutico e pela educação construída durante a formação que tive dentro da academia, notei que era necessário modificar a postura como profissional. Ou seja, não apenas ser o profissional que dispensa medicamentos e prioriza o cuidado centrado no paciente. É preciso questionar o uso desses medicamentos. Questionar o modelo vigente centrado no profissional de saúde bastante hierarquizado, sendo o saber técnico legitimado e o saber advindo do usuário invisibilizado em muitos casos. Questionar a política de “*guerra às drogas*” e adotar estratégias não medicalizantes para promover a *(des)capsulação* em nossa formação.

Ter atuado como farmacêutico por dois anos em uma equipe multiprofissional em um serviço de álcool e outras drogas e, que possui como princípios direitos e deveres trazidos pela luta antimanicomial e RPB, foi de fundamental importância para romper cisões de conhecimentos entre prática e teoria. A farmácia possui uma relação recente com o capitalismo e a partir desse pensamento, se construiu e consolidou a formação de indústrias farmacêuticas. Quando atuava como farmacêutico, era comum me chamarem de *doutor*. Isso acontecia apenas com alguns profissionais, como médicos (as) e farmacêuticos (as). Uma hipótese pode ser que estes sejam a “cara” do saber biomédico atualmente. Porém, mesmo

³⁰ Corre é uma expressão utilizada por usuários (as) para designar atividades que precisam realizar para manter sua sobrevivência. Envolvem a aquisição de bens de consumo, algum tipo de renda e o encontro de espaço adequado e seguro para dormir, por exemplo.

não usando jaleco dentro do serviço, a minha imagem dotava-se de um saber médico, que deveria ser respeitado pela palavra “doutor”. Ao acontecer isso, percebia que tanto eu, como os usuários, estávamos *capsulados* pelo CAPS AD II, capturados por um sistema que deve responder hierarquicamente a posições superiores com regras determinadas a serem seguidas e punir a quem desobedecesse as normas.

Quando isso acontecia, notava uma relação de superioridade subjetiva e alienação do sujeito-usuário dentro do serviço. O sujeito se modula e se transforma em objeto, se *capsulando* no CAPS AD II. Para Fanon (2022), todo indivíduo colocado em contato com o mundo branco e, posteriormente, colonizado, é alienado. Para avançar, é preciso tomar consciência dessa alienação, que circula dentro e fora do CAPS AD II.

Fanon continua sua análise ao afirmar que os processos de desalienação são um campo vasto para ocorrer aparecimentos de distúrbios mentais, seja para usuários (as), seja para profissionais. É necessário que ocorra esse rompimento entre quem pode falar e quem pode ouvir. Aprendi com a GAM diariamente que o ouvir e o fazer são plurais, e caminham lado a lado. Ao adentrar ao espaço do CAPS AD II, tornemos o convívio e o vínculo como algo a ser compartilhado em coletivo, construindo junto.

Além de estar no processo de desalienação, é preciso urgentemente romper com a norma biomédica, essa norma que executa, manda e observa. No decorrer da implementação do Grupo GAM no CAPS AD II, em 2022, fui colocado como um *objeto* a ser observado. A direção do corpo técnico responsável pelo *controle* e funcionamento do CAPS AD II soube, por um *informante*, que um farmacêutico decidiu realizar grupos semanalmente com usuários e usuárias do serviço para discutir efeitos da medicalização, redução de danos e uso de drogas. Gerou barulho, incomodou. O *negro incomodou*. Em reuniões do corpo técnico, foi questionado se esse farmacêutico, esse *negro*, tinha *capacidade técnica* para conduzir um grupo.

Nestas reuniões tiveram pessoas que confrontaram esses colonizadores dizendo sobre a importância da discussão da GAM em um serviço de álcool e outras drogas. Sobre meu envolvimento com a luta antimanicomial e redução de danos, assuntos que se complementam e assumiram aportes teóricos e técnicos para a formação e criação do grupo GAM em Belém. As poucas pessoas que defenderam a GAM em Belém e defenderam a minha atuação como moderador eram brancas e, pelo seu lugar de fala dentro de reuniões técnicas, não foram questionadas. Além da defesa da implementação do grupo GAM ao mostrar vários resultados

espalhados pelo Brasil e mundo de benefícios de um grupo que discuta à medicalização, o objeto negro, o moderador, também foi alvo de intensa discussão.

Nessa parte, pude observar como o sistema age em prol de seus próprios beneficiários. Como os efeitos da colonização ainda são efeitos da nossa história e como somos atravessados diariamente por uma democracia racial que insiste em negar que o Brasil é um país racista. Entre os poucos trabalhadores negros do CAPS AD, na época, a minha atuação e implementação do grupo GAM eram alvos de intensas ações manicomiais, como chegou a ser pautado que os grupos seriam *supervisionados* por um dos diretores técnicos que atuava na SESMA para ver se eu tinha ou não a capacidade para a operacionalização do grupo.

Mesmo com a atitude colonialista de um pequeno grupo de direção de um dos setores da SESMA, o grupo GAM não deixou de ser realizado. Uma vez na semana, operamos o grupo GAM para usuários e usuárias de álcool e outras drogas. A insistência de continuar com a GAM permitiu que essa estratégia de cuidado fosse além do processo de escravização. Uma escravização moderna que insiste em querer silenciar corpos em situações de vulnerabilidades e em sua grande maioria, negros. A GAM aflorou sua dignidade de espírito e foi contra escravizar seu semelhante.

(...) Mal abri os olhos que me haviam vendado e já querem me afogar no universal? E os outros? Aqueles que “não têm boca”, aqueles que “não têm voz” ... Preciso me perder na minha negritude, ver as cinzas, as segregações, as repressões, os estupros, as discriminações, os boicotes. Precisamos pôr o dedo em todas as feridas que estriam a libré negra. (Fanon, 2020, p. 198).

Pautar a GAM no CAPS AD II é também lutar a favor de corpos que historicamente são marginalizados e criminalizados pelo uso de substâncias químicas ilícitas e lícitas, mas também, que sofrem discriminações através da orientação sexual, classe social, cor/raça e o território *marginal* que ocupam. Para o poder biomédico, a GAM é um grande problema pois pode introduzir e fomentar mecanismos de resistência contra atos medicalizantes do capitalismo: sujeitos em sua plena funcionalidade usarem sua autonomia para questionar métodos de seus tratamentos, reivindicar sua parte na construção do PTS. Como não considerar o inevitável caráter político que a GAM estabelece?

A autonomia sempre foi um problema para o campo biomédico. Nunca se quis que um usuário (a) chegasse na consulta e questionasse o porquê iniciar tal tratamento, o porquê daquele medicamento ser tomado, a posologia e os modos de tomar a medicação, por quanto tempo vai estar em tratamento, quais os possíveis efeitos adversos que aquele medicamento pode ocasionar. O *adestramento* e *silenciamento* eram e continuam sendo os principais

objetivos do biopoder. Por isso, ao implementar a GAM, esse biopoder foi questionado e tensionado. Consequentemente, a GAM quase é interrompida. Contudo, a GAM foi para o *front* e permitiu que usuários de álcool e outras drogas utilizassem sua autonomia para reivindicar seus direitos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira pensa a autonomia não como independência (fazer ou viver sozinho) ou individualismo (ter direito pessoal acima do coletivo). Autonomia, para esse movimento, significa estar em relação com os outros, e não sozinho. Para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar, umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos: para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Por isso, os usuários devem ser considerados protagonistas e *corresponsáveis* (responsáveis junto com os profissionais) pelo tratamento que seguem. Eles devem ser considerados capazes de compartilhar as decisões sobre o próprio tratamento, inclusive sobre o uso de seus medicamentos. Ou seja, os usuários têm que participar da decisão de usar ou não, e de como irão usar os medicamentos (se a decisão for de usar). Essas decisões não podem ser apenas dos profissionais da saúde responsáveis; elas têm que ser compartilhadas. (Campos, 2014, p. 10)

Vamos observar nos resultados encontrados que a autonomia se fez presente em vários momentos, em que usuários (as) compartilharam algumas de suas experiências com medicações psicotrópicas com o grupo, sejam seus efeitos indesejados e/ou interação com outras drogas. Em todos os momentos de realização do grupo GAM, buscamos a coletividade em nossas ações, para que vínculos fossem fortalecidos entre o grupo e se estabelecesse um processo de confiança entre quem participava da pesquisa.

E apesar das resistências do biopoder a pesquisa foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da SESMA e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFPA), na qual a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, gerando o seguinte número do parecer técnico consubstanciado: 80522524.0.0000.0018. A pesquisa cumpriu todas as diretrizes da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao que se observa:

- Esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa, e entrega em duas vias do TCLE, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador após assinatura;
- Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando seu consentimento livre e esclarecido de participar ou não da pesquisa, explicando sobre a possibilidade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, podendo retirar-se da mesma no momento que desejar sem nenhum prejuízo para seu tratamento;

- Garantir a confidencialidade e a privacidade, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômicos;
- Assegurar a manutenção do sigilo e privacidade de participantes da pesquisa, ou outras pessoas citadas pelos mesmos;
- Respeito à dor e ao sofrimento que os participantes possam vivenciar em relação ao tema abordado, comprometendo-se a agir com zelo e responsabilidade técnica, para que não haja constrangimento e desconforto para participante que se encontra em situação de vulnerabilidade física, psíquica e social.

2.4 PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE DADOS

O projeto, como já apontado, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do CEP da UFPA e do NEP da SESMA, sendo aprovado em ambos. O número da pesquisa no sítio da Plataforma Brasil é 80522524.0.0000.0018. A realização do grupo com usuárias (os), familiares e trabalhadoras (es) ocorreu nas dependências do CAPS AD II na área interna. Durante a realização da pesquisa, foram realizados esclarecimentos sobre a pesquisa e, concomitante a isso, apresentação e leitura do TCLE, que foi assinado em duas vias, no caso de concordância em participar da pesquisa. Sendo que uma via ficava com o participante e a outra, com pesquisador.

Ao fazer a leitura do TCLE junto aos participantes, foram ofertadas todas as explicações pertinentes à pesquisa, dando ênfase em não existir contribuição monetária e reiterando não haver prejuízos para a participação no projeto, ficando a cargo de cada um (a) em aceitar participar da pesquisa ou não. Cada cópia de TCLE assinada foi armazenada em uma pasta, sendo de total responsabilidade do pesquisador em guardá-la, pelo período de cinco anos, assim como o material produzido nas rodas. A pesquisa se ancorou na Resolução N° 466/2012 do CNS e a Resolução N° 510/2016, que se refere à pesquisa em seres humanos e à pesquisa em ciências humanas e sociais, respectivamente.

Em relação aos riscos, são considerados mínimos, visto que, ao pesquisar com pessoas em uso de substâncias psicoativas, com diagnósticos e em acompanhamento no serviço, é possível que histórias e vivências acessadas no decorrer da pesquisa possam trazer algum grau de sofrimento. Neste caso, os (as) usuários (as) serão atendidos pela equipe técnica do serviço. Durante a realização do grupo GAM, não se observou nenhum sofrimento a partir da

participação de usuários (as), trabalhadores (as), familiares e gestão em que fosse necessário um encaminhamento para atendimento individual. O que foi observado e com frequência, foi justamente autonomia e vínculo criado dentro do grupo, quando usuários (as) compartilhavam episódios de violência que constantemente são submetidos. Em um momento específico, uma mulher negra trouxe um episódio de violência física em que quase se tornou uma vítima de feminicídio. Essa história será contada no capítulo sobre a GAM entre medicamentos, proibicionismo e redução de danos. Mas tanto no caso desta usuária, como em muitos outros relatos de violência, o grupo serviu como suporte a ajuda mútua, oferecendo continência para a situação rememorada.

Em relação aos benefícios, a pesquisa buscou a implementação da GAM para trabalhar a autonomia, o empoderamento e o lugar de fala do (a) usuário (a), trabalhando na perspectiva de seu protagonismo, o que vai na mesma lógica do modelo de atenção psicossocial preconizado na RAPS no SUS. A realização das atividades com o grupo GAM permitiu que usuários (as) pudessem se corresponsabilizar em seus tratamentos e em relação aos medicamentos, reiterar direitos que precisam para continuidade nos tratamentos.

Outro benefício que gerou resultado foi a aproximação de trabalhadores (as) e gestão do CAPS AD II com usuários (as) na perspectiva de olhá-los para além das substâncias. Mesmo com a participação mínima de servidores (as) e gestão durante a pesquisa, quando participavam, era notório o aparecimento de novas possibilidades de cuidar para além do uso da droga. O uso problemático de álcool e outras drogas pode acarretar o aparecimento de prejuízos na vida social do sujeito, como a exposição a vulnerabilidades físicas, econômicas e fisiológicas. Porém, não é somente o uso da substância que devemos levar em consideração. Existe uma pessoa ali em que muitos só percebem o uso da droga. A GAM, ao eliminar estigmas e estereótipos de quem usa drogas, a começar pela sociedade civil que utiliza drogas lícitas diariamente como açúcar, café, medicamentos para controle da pressão arterial entre outros, constrói uma outra narrativa sobre a própria droga. Uma narrativa que protagoniza o usuário e a usuária.

A seguir, estão situados os quatro capítulos que constituem o arcabouço dessa pesquisa. O capítulo 1 e 2 serviram de base para a qualificação do projeto, sendo que no capítulo 1 fizemos uma pesquisa bibliográfica nos repositórios eletrônicos das quatro Universidades pioneiras que trouxeram a GAM para o Brasil: UFRGS, UFF, UNICAMP e UFRJ. Nessa etapa, pesquisamos documentos científicos como artigos, dissertações, teses, capítulos de livros, resumos para eventos científicos entre outros sobre a GAM. Elaboramos

um quadro que identifica todos os resultados encontrados: foram mais de cinquenta publicações entre os anos 2009 a 2022 e, além disso, trouxemos para o escopo desse projeto informações como o título da pesquisa, autores (as), ano, classificação da pesquisa e resumo.

No capítulo 2 debatemos sobre como a medicalização pode ser uma máquina de fazer calar sujeitos e comunidades, em especial, sujeitos que se tornam objetos a partir de ações medicalizantes do Estado. O maquinário capitalista e neoliberal mantém a violação dos direitos fundamentais para sua soberania e intervenção estatal. A consolidação de comunidades terapêuticas como uma continuidade dos manicômios e a manutenção da política de “*guerra às drogas*” intensifica o poder do Estado em aprisionar corpos negros e violentá-los à sua maneira.

No capítulo 3 nos debruçamos sobre uma introdução em vários nortes importantes para a pesquisa, como por exemplo, o momento da Covid-19 que vivenciamos em território brasileiro de encontro ao movimento cabano, que resiste atualmente em terras paraenses. Mesmo com ascensão do conservadorismo e práticas fundamentadas em uma religiosidade cristã, mecanismos de construir um país democrático e *div3rso* estão sendo fundamentais para a *(SUS)tentação* de políticas públicas inclusivas e democráticas, entre os planos federais, estaduais e municipais. Destacamos algumas dessas ações nesse capítulo.

No capítulo 4 em confluência com a música *Princípios*, do rapper brasileiro Emicida, emprestamos alguns versos para confluir com nossas análises encontradas durante a realização do grupo GAM no CAPS AD. Dividimos esse capítulo em quatro seções para contemplar nossas análises com a GAM. Na quarta e última seção, trouxemos produções artísticas realizadas pelos usuários durante os encontros com a GAM. Chamamos essa seção especificamente de *arte marginalizada*, com a intenção de chamar atenção para usuários e usuárias de drogas que sofrem uma violência estrutural em nossa sociedade.

3. CAPÍTULO 1: A NAU DA GAM

É claro que medicamento é droga, por que você acha que o nome da farmácia é drogaria? Eu acho que o que mata nós é a intoxicação medicamentosa né, a mistura de droga com remédio, por isso drogado é aquele que usa drogas né. Não conhecia a GAM. Esse Guia aqui que o Vitor nos deu pertence à sociedade. (Informante J.S, 2023- homem negro).

Tecer a GAM em um dispositivo de cuidado de saúde mental e, especificamente, no campo álcool e outras drogas, é de forma imperativa, deslocar a centralidade do cuidado localizado no tratamento psicofarmacológico para o indicativo sujeito, considerando que sua

cidadania e autonomia de usuário são termos prevalentes (Passos *et al.*, 2013a). É apostar que cada usuário possui particularidades diferentes e assim, podem constituir um modo de *(des)capsular* seus projetos de vida e tratamento dentro do serviço.

Diferente do que acontece no CAPS AD II, a GAM nasceu em um serviço também de saúde mental, mas com funcionamento para quem tinha transtornos mentais graves e dependiam do tratamento medicamentoso. Em associação com a Universidade de Montreal, no Canadá, grupos de direitos dos usuários da província Québec criaram espaços de fala sobre a experiência de uso de psicofármacos, visando compartilhamento das decisões entre profissionais e usuários. (Palombini *et al.*, 2018).

O eco de usuários (as) de saúde mental no Canadá em meio a repressões da sociedade civil perante as violências em seus tratamentos, surge em um discurso engajado na luta contra esse controle – reivindicar o direito de autonomia, de protagonismo e de igualdade no tratamento – articulando um novo capítulo na RP neste país. Espalhados pelos serviços alternativos de saúde mental no Canadá, o Guia GAM se dedicou, em uma das partes, a diminuir, gradativamente, o uso de medicações controladas, sendo uma das reivindicações de usuários (as) da rede de saúde mental.

Porém, quando o processo de tradução do Guia GAM acontece no Brasil a partir de 2009, a equipe multicêntrica de pesquisadores (as), trabalhadores (as) e usuários (as) convidados (as), fizeram algumas adaptações do guia à realidade local, levando em consideração o que está previsto na CF de 1988, a exemplo, o item sobre seguridade social, que dispõe sobre o direito de qualquer brasileiro ou brasileira (até pessoas estrangeiras) em ter acesso a medicamentos, de forma gratuita no SUS, seja do componente básico, estratégico ou especializado.

Como observado, o Guia GAM foi desenvolvido no Canadá por organismos comunitários – serviços alternativos de saúde mental e grupos de direitos dos usuários – associados à Universidade. Aqui no Brasil, ao ser adaptada e traduzida, a experiência brasileira se concretizou na relação entre as Universidades e os serviços da rede pública de saúde mental. Essa diferença aponta para modos contrastantes da constituição sociopolítica e econômica de cada país, os quais ganham expressão também na forma de organização de seus respectivos sistemas de saúde e de saúde mental e sua relação com o Estado. (Palombini *et al.*, 2018). O Estado aqui se tornará peça fundamental para entender se cumpre, de fato, o papel regulamentador de garantir direitos, participação e cidadania aos usuários e usuárias no SUS.

Se considerarmos o retrocesso à política de saúde mental no Brasil que começa desde o golpe de 2016 e se estende a 2023, o Brasil não cumpriu sua tarefa de guardar e proteger pessoas em sofrimentos mentais e/ou uso *abusivo* de drogas. Pelo contrário, *executou* políticas públicas que visavam à criminalização e o proibicionismo de drogas ilícitas, com linhas de violência racial e criminalizante. Assim, vemos uma *execução* de corpos nas ruas e/ou presos em celas de presídios ou manicômios, que são em sua grande maioria, pessoas negras, pobres e periféricas. Com o seguimento da chamada “*Guerra às Drogas*”, o Brasil continua o *combate* a corpos que estão em uso de drogas e não *executa* políticas governamentais que deveriam resguardar, preservar e ao menos assegurar, esses corpos ao direito civil de segurança e bem-estar social.

Enquanto a versão original do Guia GAM canadense oferecia instruções, a partir de uma tomada de decisão do usuário e usuária, para reduzir progressivamente e de modo seguro a quantidade de medicamentos ingeridos, até sua eliminação, na versão brasileira, optou-se por excluir essa decisão. Ao invés de instruções a realizar o *desmame*³¹ da medicação, o foco partiu para a negociação. Ou seja, a realidade brasileira não consistia em interromper a medicação e, sim, ter direito a acessar ela. Porém, como pensar em acessar e/ou *desmamar* se atualmente enfrentamos problemas de aquisição de medicamentos? Como pensar em desmedicalizar se o objeto central da medicalização não foi conseguido? Aqui, entende-se medicalizar como a farmacologização e submissão do usuário ao tratamento farmacológico: *capsulado* pelo sistema.

A falta de acesso aos medicamentos se tornou muito mais forte quando a *Sindemia*³² da Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars-Cov-2) ou Covid-19, atingiu a população brasileira, na qual unidades de saúde tiveram que se reorganizar politicamente para garantir o mínimo de assistência a pessoas que necessitavam do serviço, em especial, do CAPS AD II. Uma das medidas pensadas na tentativa de garantir o vínculo e autonomia de usuários e usuárias do CAPS AD II em Belém, foi a criação do Grupo “Se Liga Aí”, em 2020, em uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)³³, vinculada ao CAPS AD II, na qual habitavam

³¹ Nome técnico para diminuição da medicação, observando a dosagem inicial e o cálculo a ser realizado para diminuição gradativa do medicamento até sua inutilização.

³² Termo criado em 1990 pelo antropólogo médico americano Merrill Singer, que designa a união entre uma epidemia e sinergia, originando a partir disso, a interação de duas ou mais doenças em um contexto social. Nesse caso, considero que o Brasil não teve uma Pandemia, mas sim, uma Sindemia da Covid-19, devido a essa doença infecto-contagiosa chegar com muito mais agressividade a quem era pobre, vivia na periferia e não era assistido por políticas públicas que abarcasse alimentação adequada, saneamento básico, acesso a serviços de saúde entre outras.

³³ Definida pela Portaria Nº 121 de 25 de janeiro de 2012 que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras Drogas, em caráter residencial temporário, que

temporariamente, usuários e usuárias que eram acompanhados por uma equipe multiprofissional.

Mesmo que não tivesse acesso a todos os medicamentos e a *Sindemia* da Covid-19 estivesse em um dos pontos máximos de contaminação, o Grupo “Se Liga Aí” se deu como forma estratégica para manter o cuidado com usuários e usuárias dentro do serviço. Esse grupo foi formado dentro do espaço da UAA, na qual “buscou-se realizar atividades baseadas na redução de danos, formação de vínculos, construções de relações de afeto, trocas de experiências, ações de livre expressão criativa, além de reflexões em grupo, realização de oficinas de fanzine, arte-terapia”. (Ramos; Furtado; Reis, 2021, p. 67-68).

O nome “Se Liga Aí” surgiu da própria experiência de usuários (as) que estavam na residência temporária, observando para si maneiras de criar estratégias perante o uso *problemático* de drogas em suas vidas. O “Se Liga Aí” surgiu nesse contexto: “se liga aí, nas drogas”, “se liga aí, nos danos” (Ramos; Furtado; Reis, 2021, p. 73), sendo fortalecido o vínculo entre usuários (as) e trabalhadores (as) que participavam das atividades, tendo como norte o aporte teórico da filosofia da RD no cuidado entre si e com o grupo.

A criação do grupo “Se Liga Aí” aconteceu durante minha graduação em farmácia e esse contato com a saúde mental imerso no campo álcool e outras drogas, me permitiu querer conhecer mais sobre o campo, os desafios e as tentativas de pensar em ser um profissional trabalhando com pessoas em uso de substâncias psicoativas – aqui divididos entre licitudes e ilicitudes –. Em 2021, concluo grau como farmacêutico e em 2022, comecei a atuar como trabalhador dentro do serviço do CAPS AD II e em 20 de maio, do mesmo ano, ocorre a inauguração do *caminhar junto a GAM* – convite realizado a comunidade do CAPS AD II em participar do Grupo GAM, como observado na figura 1 –.

O Grupo GAM contou com profissionais do serviço do CAPS AD II, familiares e usuários e usuárias que estavam no serviço, a fim de conhecer mais sobre a prática da GAM. O *caminhar junto a GAM* mostrou os caminhos que fariam parte da construção e implementação do Guia GAM em território paraense. Caminhos que não tinham um começo e nem um fim. Entre eles, estavam conceitos chave da Reforma Psiquiátrica como: protagonismo, redução de danos, novas possibilidades de cuidado e luta antimanicomial, até que chegasse a GAM.

estão em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. A UAA possui vínculo ativo com o serviço do CAPS AD, sendo referência de moradia para usuários (as) que estão em situações de vulnerabilidade e estão em tratamento no CAPS AD. É integrante da RAPS de Belém.

Considero esse caminho transversal e incompleto como um conceito chave para entender a GAM: um caminhar expressivo que se deve fazer junto com usuários e usuárias para tecer ideias não somente sobre medicamentos, mas também, para dar lugar a processos de *(des)capsulação*. Ou seja, a GAM dá visibilidade à pluralidade de posições e escolhas em face da medicação e reafirma o direito ao consentimento livre e esclarecido para utilização de psicofármacos, além da necessidade de compartilhar decisões entre profissionais e usuários (as), tendo como pressuposto a ideia de que o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos e que pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas. (Campos *et al.*, 2012; Campos *et al.*, 2014).

Como observado em Palombini *et al.* (2018), desde 2009 com a instauração da GAM em solo brasileiro, várias pesquisas desenvolvidas em diferentes Universidades e Municípios do Brasil acompanharam os efeitos da implementação da estratégia GAM em distintos contextos. Um dos exemplos é o do Estado do Rio Grande do Sul (RS) que em 2013, incorpora como ferramenta de trabalho pela Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), o GUIA GAM-BR, sendo disponibilizado impresso para uso pelos municípios do RS, em CAPS e outros serviços de saúde interessados, com apoio institucional da SES/RS (Silveira; Moraes, 2018). Esse fato suscitou o interesse de acompanhar a experiência do uso do Guia GAM como ferramenta de política de saúde mental operante nas esferas estaduais e municipais de saúde, avaliando seus efeitos junto a usuários, trabalhadores e gestores. (Palombini *et al.*, 2014a).

Para mostrar resultados positivos publicados sobre o Guia GAM, nesta pesquisa de Dissertação foi feita uma revisão bibliográfica em plataformas digitais das seguintes Universidades: 1. UFRGS (Repositório Digital Lume); 2. UFF (Repositório institucional); 3. UNICAMP (Repositório da Produção Científica e Intelectual); 4. UFRJ (Base minerva), entre os anos 2009 a 2022, colocando no quadro 2 abaixo, informações que correspondem: a) título da pesquisa; b) autores e autoras da publicação; c) qual ano da publicação da pesquisa; d) qual tipo de pesquisa: dissertação, tese, artigo ou outra forma de publicação; e) resumo da pesquisa.

A escolha dessas quatro Universidades se deu ao fato de que todas fizeram parte da primeira parte do projeto GAM intitulado “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM –BR”, iniciada no Brasil em 2009. Usou-se como descritor único a frase Gestão Autônoma da Medicação ao fazer a pesquisa nos repositórios institucionais das quatro Universidades.

Como mostrado no quadro 2, podemos observar que existe uma grande divulgação de resultados sobre a GAM em cenário brasileiro, situado no eixo *sudeste e sul*.

Quadro 2 – Pesquisas publicadas sobre a GAM nas Universidades: UFRGS, UFF, UNICAMP e UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)				
TÍTULO DA PESQUISA	NOME DE AUTORES E AUTORAS	ANO DA PUBLICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	RESUMO DA PESQUISA
Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação.	Rosana Tereza Onocko Campos Analice de Lima Palombini André do Eirado Silva Eduardo Passos Erotildes Maria Leal Octávio Domont de Serpa Júnior Cecília de Castro e Marques Laura Lamas Martins Gonçalves	2010	Artigo	Esse estudo se desenvolveu em três cidades brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul) e teve elaboração do Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR) com base na tradução e adaptação a partir do Guia que surgiu em Québec, no Canadá. Como instrumentais metodológicos se utilizou Grupos de Intervenção (GI) e grupos focais. Levou em consideração as diferentes brasilidades presentes em territórios brasileiros. Campos <i>et al.</i> (2010).
Narrativa-crítica do grupo de intervenção: Gestão Autônoma da Medicação.	Adriana Hashem Muhammad	2010	Trabalho de conclusão de curso: Especialização	Estudo crítico que mostra a participação da autora como narradora durante a adaptação do Guia GAM para a realidade brasileira. (Muhammad, 2010).
Guia da Gestão Autônoma da Medicação: uma ferramenta para a produção de autonomia e (re)afirmação de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.	Luciana Vieira Miguel Gonçalves Ignácio Analice de Lima Palombini Rosana Onocko Campos Eduardo Passos Erotildes Maria Leal Octávio Domont de Serpa Jr André de Eirado Silva Cecília de Castro e Marques Laura Lamas Martins Gonçalves	2011	Resumo em anais	Traduzir e adaptar o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) para a versão brasileira utilizando-se em grupos de intervenção em três campos de pesquisa: Campinas, Novo Hamburgo e Rio de Janeiro. A versão final do GGAM brasileiro revelou-se uma ferramenta importante na estratégia de gestão autônoma da medicação. Miguel <i>et al.</i> (2011).
Os Efeitos na Formação de Residentes de Psiquiatria ao Experimentarem Grupos GAM.	Thais Mikie de Carvalho Otanari Erotildes Maria Leal Rosana Tereza Onocko Campos Analice de Lima Palombini Eduardo Henrique Passos Pereira	2011	Artigo	Artigo que destina a descrever experiências que residentes com especialização em psiquiatria utilizaram a intervenção da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como ferramenta norteadora a modificar a formação curricular na psiquiatria. Otanari <i>et al.</i> (2011a).
Entre nós: sobre mudar de lugar e produzir diferenças.	Cecília de Castro e Marques	2012	Dissertação	Primeira Dissertação a ser publicada pela UFRGS sobre GAM, acompanhou usuários e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial e protagonizou a voz desses sujeitos que possuem sofrimentos mentais. Pluralizou as atividades que usuários e usuárias participavam dentro dos serviços de saúde mental. (Marques, 2012).
Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM).	Eduardo Passos Analice de Lima Palombini Rosana Onocko Campos Sandro Eduardo Rodrigues Jorge Melo Paula Milward Maggi Cecília de Castro e Marques Livia Zanchet	2013	Artigo	O artigo aborda os princípios da Gestão Autônoma da Medicação: autonomia e cogestão. A partir de um estudo multicêntrico, o Guia GAM brasileiro foi realizado em duas etapas, sendo constituídas em ambas, a participação de pesquisadores, trabalhadores e usuários de saúde mental. Passos <i>et al.</i> (2013a).

	Michele da Rocha Cervo Bruno Emerich			
A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.	Rosana Tereza Onocko-Campos Eduardo Passos Analice de Lima Palombini Deivisson Vianna Dantas dos Santos Sabrina Stefanello Laura Lamas Martins Gonçalves Paula Milward de Andrade Luana Ribeiro Borges	2013	Artigo	Esse artigo utiliza a pesquisa qualitativa com foco a criticar o modelo biomédico vigente que medicaliza sujeitos. A partir do acesso a informações sobre medicamentos psiquiátricos, a pesquisa intervém com a GAM como uma ferramenta que gera criticidade em tratamentos psicofarmacológicos e fortalece coletivos. Campos <i>et al.</i> (2013).
Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.	Analice de Lima Palombini Rosana Tereza Onocko-Campos Marília Silveira Laura Lamas Martins Gonçalves Lívia Zanchet Maria Angélica Zamora Xavier Cecília de Castro e Marques	2013	Artigo	Artigo que trabalha o processo de implicação na pesquisa: o fazer com usuários de saúde mental e não a partir dele. Pelo sinergismo da pesquisa-intervenção e clínica ampliada e com aporte de subjetividades relacionadas ao viver, propôs a cogestão como uma prática de gestão de vida. Palombini <i>et al.</i> (2013).
Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana na disseminação de modos de pensar a saúde.	Sandra Zanatta Guerra Analice de Lima Palombini	2013	Resumo publicado em evento científico	Disseminar uma intervenção urbana promovida pelo <i>Espaço Liso</i> ao propor uma metodologia participativa e colaborativa entre as pessoas: <i>Receituário Mais que especial</i> , tendo como foco, disseminar a terceira etapa do Guia GAM e orientar a sociedade sobre o processo de medicalização. (Guerra; Palombini, 2013).
O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: Pesquisa, Experiência e Gestão Autônoma.	Rafael Gil Medeiros	2013	Dissertação	Dissertação que o autor problematiza o conceito das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Pautar a pesquisa no campo de álcool e outras drogas é modificar a narrativa manicomial e proibicionista do Estado sobre drogas. (Medeiros, 2013).
Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM.	Marília Silveira	2013	Dissertação	Dissertação fruto do projeto multicêntrico da pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil. Utilizou-se narrativas como método e o PesquisarCOM como método de pesquisa qualitativa, direcionando o leitor ou a leitora sobre narrativas da loucura, corpo e escrita. (Silveira, 2013).
Percepções acerca da Gestão Autônoma da Medicação através da análise de narrativas.	Sandra Zanatta Guerra Analice de Lima Palombini	2014	Resumo publicado em evento científico	O resumo apresentado é relacionado à segunda etapa da pesquisa da GAM em solo brasileiro chamada de “Guia GAM como instrumento para a formação de recursos humanos em saúde mental” acontecido entre 2011 e 2013. Utilizou-se grupos focais para usuários e entrevistas a profissionais de saúde mental que participaram da intervenção. (Guerra; Palombini, 2014).
Núcleo Dispositivos Clínicos e Políticas Públicas.	Analice de Lima Palombini	2014	Capítulo de livro	Relata o nascimento do Núcleo Dispositivos Clínicos e Políticas Públicas que surgiu em 2013, na Universidade

				Federal do Rio Grande do Sul, no Instituto de Psicologia e seu vínculo com outros centros de pesquisa e dispositivos. (Palombini, 2014b).
Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica.	Ana Carolina Rios Simoni Elissandra Siqueira da Silva Marília Silveira Paula Adamy Károl Veiga Cabral Ricardo Heinzelmann Simone Alves de Almeida Jaqueline da Rosa Monteiro	2014	Capítulo de livro	Pesquisa que fundamenta processos manicomialmente presentes ainda na sociedade brasileira, como a busca por uma certa normalidade. Relata na cidade do Rio Grande do Sul as efetivas políticas antimanicomialmente que se direcionam pelos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira: cuidado em liberdade, protagonismo, autonomia tornando a Redução de Danos como ética de cuidado. Simoni <i>et al.</i> (2014).
Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si.	Marciana Zambillo	2015	Dissertação	Dissertação que a pesquisadora problematiza e amplia o conceito de autonomia em três ramificações: conceito, ato e exercício. (Zambillo, 2015).
Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica.	Lívia Zanchet Analice de Lima Palombini Sílvia Yasui	2015	Artigo	Artigo que aborda a experiência de metodologia urbana utilizada pelo Espaço Liso, denominada Receituário Mais que Especial. A interseção entre Arte e Psicologia é peça fundamental para ser antimanicomial. (Zanchet; Palombini; Yasui, 2015).
Gestão Autônoma da Medicação e a lógica do cuidado.	Letícia Presser Ehlers Analice de Lima Palombini	2016	Resumo publicado em evento científico	A escrita deste resumo é resultado da elaboração do Guia GAM brasileiro desenvolvido em quatro Universidades brasileiras: UNICAMP, UFRJ, UFF e UFRGS. Se concentrou a ser realizada a partir da segunda etapa do projeto da GAM, em 3 CAPS de Porto Alegre. (Ehlers; Palombini, 2016).
Percepções da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Rio Grande do Sul.	Sandra Zanatta Guerra Analice de Lima Palombini	2016	Resumo publicado em evento científico	Esse resumo é realizado através da pesquisa “Implementação e Descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no Estado do RS: efeitos de disseminação” e busca acompanhar a implementação do Guia GAM em três territórios do Rio Grande do Sul (Metropolitana, Vale e Centro-Oeste). (Guerra; Palombini, 2016).
Laboratório <i>in vita</i> : autonomias em ato em saúde mental.	Marciana Zambillo Analice de Lima Palombini	2016	Resumo publicado em evento científico	Esse resumo problematiza o conceito de autonomia para o campo da saúde mental e, através de uma metodologia cartográfica, introduz a importância de valorizar experiências encarnadas e sentidas. Foi construído um curta metragem para ser exibido na Semana do Audiovisual (SEDA) para tensionar saberes. (Zambillo; Palombini, 2016).
Saúde mental entre direitos e cuidados: conversações.	Antonio Bolis de Oliveira Neto	2016	Dissertação	A dissertação é fruto da experiência da autora como residente em saúde mental. Utiliza o método paideia na qual é realizada com trabalhadores e usuários frequentadores de serviços de saúde mental em Porto Alegre. (Neto, 2016).

Experiência do narrar-se: uma de nós, pesquisadora e seus (des)locamentos possíveis na relação com a GAM.	Leticia Presser Ehlers Analice de Lima Palombini	2017	Resumo publicado em evento científico	O resumo faz parte da pesquisa “Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no Estado do Rio Grande do Sul: efeitos de disseminação. Parte-se da observação da pesquisadora em ser relatora das rodas realizadas na região metropolitana de Porto Alegre. (Ehlers; Palombini, 2017).
Efeitos de disseminação da estratégia GAM: O que resiste e o que insiste.	Júlia Arnhold Rombaldi Analice de Lima Palombini	2017	Resumo publicado em evento científico	O resumo é derivado da pesquisa “Implementação e Descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no Estado do RS: efeitos de disseminação” na qual, se analisou a implementação do guia GAM em três territórios do Rio Grande do Sul: Metropolitana, Vale e Centro-Oeste. (Rombaldi; Palombini, 2017).
Acordo de Cooperação Multilateral entre UFRGS e outras entidades. Decisão Nº 164/2017.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	2017	Legislação	Acordo de Cooperação Multilateral entre diferentes Universidades brasileiras do Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, além de Universidades estrangeiras presentes na Espanha e Canadá, a fim de promover e disseminar o conhecimento técnico a criação e desenvolvimento do projeto “Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento. (Brasil, 2017).
Das reformas sanitária e psiquiátrica à educação em saúde mental: saber técnico e compromisso ético com a saúde mental coletiva.	Mariane Brusque Radke	2017	Dissertação	Dissertação que dialoga sobre o aparecimento ou não de uma educação voltada para o campo da saúde mental. Como metodologia, foi utilizado a busca por práticas educativas desenvolvidas no período de 2001 a 2016. (Radke, 2017).
Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental.	Marciana Zambillo Analice de Lima Palombini	2017	Artigo	A escrita desse artigo é trazer para o debate o conceito de autonomia por dois vieses: conceitual e performático. Se utilizou da metodologia cartográfica para produzir e analisar os dados encontrados. (Zambillo; Palombini, 2017).
Paradoxos nos “benefícios” aos incapacitados: biopolítica e saúde mental.	Marciana Zambillo Analice de Lima Palombini Daniel Dall’Igna Ecker	2018	Artigo	Ensaio que tem por finalidade discutir o paradoxo de “benefícios” cedidos pelo governo para usuários com algum sofrimento mental que estão incapacitados pela sua doença. Utiliza-se o conceito de Biopolítica fomentado por Michel Foucault no artigo para conversar com relatos de usuários e usuárias que receberam algum diagnóstico de saúde mental. (Zambillo; Palombini; Ecker, 2018).
Efeitos de disseminação da estratégia GAM – Gestão Autônoma da Medicação.	Luisa Barros Torres Analice de Lima Palombini	2019	Resumo publicado em evento científico	O resumo é derivado a partir da experiência da pesquisadora que participou da etapa final da pesquisa “Implementação e Descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no Estado do RS:

				efeitos de disseminação” na qual, se analisou a implementação do guia GAM em três territórios do Rio Grande do Sul: Metropolitana, Vale e Centro-Oeste. (Torres; Palombini, 2019).
A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial.	Livia Zanchet	2019	Tese	Primeira tese construída na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sobre GAM. Discute a experiência do guia GAM desde sua chegada ao Brasil, em 2009, até 2018. (Zanchet, 2019).
Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil.	Ana Luiza Ferrer Analice de Lima Palombini Marcos Adegas de Azambuja	2020	Artigo	Resume o campo de atuação do Guia GAM em solo brasileiro e traz introduções de autores e autoras espalhados pelo Brasil que desenvolvem/desenvolveram trabalho com a GAM. (Ferrer; Palombini; Azambuja, 2020).
Os diferentes empregos da palavra experiência nas publicações sobre a Gestão Autônoma da Medicação no Brasil.	Livia Zanchet	2020	Artigo	Artigo que discute sobre as experiências da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil de 2009 a 2018. Se utilizou uma análise documental da produção dos artigos encontrados no período supracitado. Chamou autores como Walter Benjamin, Giorgio Agamben e Jorge Larrosa para fundamentar a discussão nesse artigo. (Zanchet, 2020a).
“Sou uma pessoa não uma doença”: produzindo subjetividades em um grupo de Gestão Autônoma da Medicação.	Eduarda Bandeira Pereira	2020	Especialização	Relato de experiência de uma enfermeira residente em saúde mental coletiva que descreve o caminho com a GAM junto a usuários e usuárias de um CAPS em um município de Porto Alegre. (Pereira, 2020).
A Noção de Experiência na GAM brasileira: Relações Raciais e Subalternidades.	Livia Zanchet Analice de Lima Palombini	2020	Artigo	O presente artigo é fruto da tese da mesma pesquisadora que em um dos capítulos, relaciona o termo experiência a partir da perspectiva decolonial, somando-se a essa discussão autores como Achille Mbembe, Gayatri Spivak e Conceição Evaristo. Observou-se que a produção com a GAM é uma estratégia antirracista e decolonial. (Zanchet; Palombini, 2020b).
O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial.	Daniel Dall’Igna Ecker	2020	Tese	A referida tese se debruçou sobre analisar materiais que aparecem ou não sobre Direitos Sociais em processos de subjetivação e vida de usuários e usuárias. (Ecker, 2020).
Guia da Gestão Autônoma da Medicação: articulações com a educação.	Sheyla Werner Cláudia Rodrigues de Freitas	2021	Capítulo de livro	Mesmo que a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tenha iniciado a partir da reivindicação de usuários e usuárias de saúde mental, sua articulação com a educação se torna de suma importância, por ser um campo que medicaliza sujeitos. (Werner; Freitas, 2021).
O que pode a Gestão Autônoma da	Analice de Lima Palombini Ana Luiza Ferrer	2021	Capítulo de livro	Traz três contextos que a Gestão Autônoma da Medicação afirma ser uma

Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde.	Douglas Casarotto de Oliveira Lígia Castegnaro Trevisan Paula Emília Adamy			experiência que se potencializa no coletivo, ao singularizar as subjetividades de cada sujeito participante. Palombini <i>et al.</i> (2021a).
Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa.	Analice Palombini Lourdes Rodriguez del Barrio	2021	Artigo	Artigo que apresenta as diferenças entre o modelo originário da Gestão Autônoma da Medicação de Québec, ao brasileiro, criado a partir de um projeto multicêntrico entre universidades brasileiras. (Palombini; Barrio, 2021b).
Cartografando com Crianças: Produção em Rede entre Educação e Saúde.	Sheyla Werner	2022	Tese	Tese que construiu cartografias entre educação e saúde, com crianças de 08 a 12 anos de idade. Utilizou como um dos instrumentos da pesquisa a GAM como tessitura para a construção de redes de cuidado para crianças. (Werner, 2022).
TOTAL DE PRODUÇÕES				Tese – 3 Dissertação – 6 Especialização – 2 Artigo – 12 Capítulo de livro – 4 Resumos (seminários e/ou congressos)- 10 Legislação – 1
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)				
TÍTULO DA PESQUISA	NOME DE AUTORES E AUTORAS	ANO DA PUBLICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	RESUMO DA PESQUISA
A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense.	Júlia Florêncio Carvalho Ramos	2012	Dissertação	Primeira pesquisa de Dissertação da UFF sobre GAM. A pesquisadora, pesquisou sobre os diferentes conceitos de autonomia presente em documentos brasileiros e, utilizando o Guia GAM como base fundamental do conceito. (Ramos, 2012).
Modulações de sentidos na experiência psicotrópica.	Sandro Eduardo Rodrigues	2014	Tese	Pesquisa única que apresenta a experiência psicodélica ao cuidado de usuários em utilização de medicamentos psicotrópicos, relacionado o Guia GAM como um modelo de cuidado. (Rodrigues, 2014).
Da prescrição à tradução: Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.	Lorena Rodrigues Guerini	2015	Dissertação	A Universidade Federal Fluminense (UFF) foi uma das universidades que participou do processo de adaptação, tradução e implementação do dispositivo da GAM em território brasileiro. De 2009 a 2014, a UFF participou por três passos: 1) tradução e adaptação do Guia GAM à realidade brasileira nos CAPS nos estados de RJ, SP e RS; 2) validação do Guia GAM no município de São Pedro da Aldeia (RJ) e 3) oferta de Apoio Institucional ao Fórum dos Trabalhadores da RAPS, além do apoio matricial a implementar o dispositivo GAM. A metodologia utilizada nesta dissertação foi pesquisa-intervenção participativa. (Guerini, 2015).
A análise em uma	Letícia Maria Renault de	2015	Tese	A pesquisadora aborda na tese a

pesquisa-intervenção participativa: o caso da Gestão Autônoma da Medicação.	Barros			experiência de usuários, trabalhadores e familiares com a GAM em um CAPS no interior da cidade do Rio de Janeiro em um grupo de familiares (Grupo de Intervenção com os Familiares – GIF). (Barros, 2015).
A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação.	Jorge José Maciel Melo	2015	Tese	O pesquisador relata em sua tese a experiência de trabalhar com a GAM e deixando-se intervir pelas produções de conhecimentos adquiridos durante a pesquisa. (Melo, 2015).
As experiências do portador de sofrimento psíquico grave em uso de haloperidol.	Bruna Feijó de Almeida	2016	Trabalho de Conclusão de curso (TCC)	Pesquisa que resulta da experiência da pesquisadora formada em enfermagem ao apresentar a importância de discutir o tratamento psicofarmacológico com usuário que possui algum diagnóstico de sofrimento mental. (Almeida, 2016).
A formação na Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental.	Marília Silveira	2016	Tese	A tese discute a experiência da pesquisadora enquanto gestora em um estado do Rio Grande do Sul, ao disseminar a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação como política pública. (Silveira, 2016).
A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio.	Eduardo Passos Letícia Renault Thais de Sá Mello Lorena Rodrigues Guerini	2020	Artigo	O autor e as autoras do artigo partem da experiência com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e criam uma etapa inovadora que chamaram de “Pesquisa apoio”. Junto a GAM, corroboram para a produção de autonomia e protagonismo de sujeitos participantes nos grupos. Passos <i>et al.</i> (2020).
A Formação Médica na Produção de Autonomia Através da Gestão Autônoma da Medicação.	Marcio Loyola de Araujo	2020	Tese	O pesquisador traz na tese a discussão sobre medicalização com estudantes de graduação de medicina da Universidade Federal Fluminense. A partir da intervenção com a GAM, se observa que o cuidado na saúde mental deve ser coletivo e priorizar o saber que o sujeito de medicação controlada traz consigo. (Araujo, 2020).
Reflexões sobre o manejo e autonomia a partir de um grupo GAM no Centro de Atenção Psicossocial Usina dos Sonhos.	Paula Parada Oliveira	2022	Trabalho de Conclusão de curso (TCC)	Trabalho de Conclusão de Curso fruto de uma experiência em estágio que a pesquisadora passou em um CAPS tipo II, no município de Volta Redonda, Rio de Janeiro. A escrita é sobre o contato com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) que acontecia no CAPS. (Oliveira, 2022).
A formação que dá trabalho: A pesquisa GAM como estratégia de desmedicalização da demanda inicial e a aposta na coletivização do trabalho.	Paula Marques Klier Monteiro	2022	Dissertação	A autora apresenta nesta dissertação a experiência da pesquisa-intervenção participativa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um território localizado na Zona Oeste do RJ. (Monteiro, 2022).
TOTAL DE PRODUÇÕES				Tese – 5 Dissertação – 3 Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) -2 Artigo – 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

TÍTULO DA PESQUISA	NOME DE AUTORES E AUTORAS	ANO DA PUBLICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	RESUMO DA PESQUISA
A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde Mental nos grupos de Gestão Autônoma Da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação.	Thais Mikie de Carvalho Otanari	2011	Dissertação	Primeira Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Campinas sobre a GAM. Objetivo foi tecer sobre efeitos sentidos na experiência com a GAM em residentes multiprofissionais e da Psiquiatria. (Otanari, 2011b).
“A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental”.	Laura Lamas Martins Gonçalves	2013	Tese	Pesquisa que se ancora no projeto multicêntrico que tornou possível a exportação do guia GAM do Canadá ao Brasil. Por um grupo de intervenção, foi proposto a realização da GAM com sete usuários com sofrimentos mentais graves e com história política de protagonismo em um dos municípios de São Paulo: Campinas. (Gonçalves, 2013).
A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta.	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	2014	Tese	A pesquisa de Doutorado teve a finalidade de discutir sobre a intervenção do Guia GAM em dez serviços de saúde de dois municípios de São Paulo: Campinas e Amparo. (Santos, 2014).
Sobre autonomias dirigidas e vestígios do passado: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica.	Luana Ribeiro Borges	2014	Dissertação	Pesquisa que discute as relações intrínsecas entre os segmentos trabalhadores, usuários e serviços de saúde, ao trabalhar com a Gestão Autônoma da Medicação, considerando os desafios da Política Nacional de Saúde Mental. (Borges, 2014).
Direitos, autonomia e liberdade: o que faz a gestão autônoma da medicação quando entra num CAPSad?	Ana Maria Thomé de Oliveira	2019	Dissertação	Dissertação que utiliza a metodologia qualitativa e através do grupo focal, introduz a GAM com usuários de álcool e outras drogas em um CAPS AD no município de Santos, São Paulo. (Oliveira, 2019).
Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde.	Deivisson Vianna Dantas dos Santos Rosana Onocko-Campos Daniele Basegio Sabrina Stefanello	2019	Artigo	Artigo que implementa a Gestão Autônoma da Medicação como uma prática de intervenção em dois níveis de atenção à saúde: primária e secundária. A pesquisa qualitativa aconteceu nos municípios de Campinas e Amparo, ambos da cidade de São Paulo. Santos <i>et al.</i> (2019).
TOTAL DE PRODUÇÕES				Tese – 2 Dissertação – 3 Artigo – 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

TÍTULO DA PESQUISA	NOME DE AUTORES E AUTORAS	ANO DA PUBLICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	RESUMO DA PESQUISA
Grupos de medicação	Carla Pinheiro Maciel	2018	Dissertação	Essa dissertação se propôs a tecer

como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial.				experiências narrativas com grupos de usuários que estivesse em uso de medicamentos controlados. É uma pesquisa qualitativa com realização de grupos focais e descritiva-observacional, além da técnica de áudio-gravação dos grupos realizados. (Maciel, 2018).
Psicofármacos no contexto de um CAPS AD: a experiência dos usuários.	Ana Lúcia Basílio Ferreira Togeiro	2018	Dissertação	Pesquisa que trabalha com o método qualitativo/descritivo e que traz a experiência de trabalhar com usuários de álcool e outras drogas que fazem uso de medicamentos psicofarmacológicos. A pesquisa foi realizada no CAPS AD de Macaé, município do Rio de Janeiro. (Togeiro, 2018).
TOTAL DE PRODUÇÕES				Dissertação – 2

Fonte: Tabela de elaboração própria do autor para essa pesquisa.

Entre os resultados encontrados, destaco que o repositório digital Lume/UFRGS é a plataforma digital que reúne a maior parte das publicações: trinta e oito, ao todo, considerando os anos indicados acima. O tipo de publicação que teve maior destaque foi a modalidade de artigo em periódicos, com doze publicações. Em seguida, vem a modalidade resumo, com publicações em anais de eventos científicos, com dez publicações. Depois, vem a defesa de dissertações, com seis produções. A modalidade de capítulos de livros aparece com quatro publicações, depois três defesas de tese realizadas. A penúltima modalidade de publicização ficou para trabalhos finalizados a fim de conseguir o título de Especialista, com duas publicações. Por fim, com uma publicação, mas de suma importância, é de Legislação, na qual a UFRGS em um Acordo Multilateral, se uniu a outras entidades a propagar o dispositivo da GAM em seu território, através da Decisão Nº 164/2017. É importante ressaltar que todas as trinta e oito publicações encontradas estão disponíveis para consulta no repositório.

Outro resultado que chama atenção ao ser realizado à busca de publicações na plataforma da UFRGS, é de um artigo, em 2010, com o título “*Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação*”, de autoria de Rosana Tereza Onocko-Campos, Analice de Lima Palombini, André de Eirado Silva, Eduardo Passos, Erotildes Maria Leal, Octávio Domont de Serpa Júnior, Cecília de Castro e Marques e Laura Lamas Martins Gonçalves, que traz a experiência do grupo multicêntrico que se formou entre as quatro Universidades brasileiras em 2009, com o objetivo de adaptar, traduzir e implementar o Guia GAM em solo brasileiro.

Esse produto atesta a produção conjunta realizada pelos pesquisadores e pesquisadoras, a partir do acordo do estudo multicêntrico, sendo um trabalho realizado entre as Universidades participantes do acordo. Desta forma, podemos considerar que é uma produção mais nacional, já que envolve outros Estados na adaptação do guia e, portanto, outras realidades e culturas locais. Levando em conta as dimensões territoriais do país, é um trabalho de fôlego desenvolvido entre as universidades UFRGS, UNICAMP, UFF e UFRJ entre diferentes territórios, mas centrado na realidade do *Sul e Sudeste*.

A publicação de um artigo chamado “*Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem Grupos GAM*” de autoria de Thais Mikie de Carvalho Otanari, Erotildes Maria Leal, Rosana Tereza Onocko-Campos, Analice de Lima Palombini e Eduardo Henrique Passos Pereira (2011a), traz o contato direto de residentes em psiquiatria ao participarem de grupos constituídos por pessoas diagnosticadas com transtorno mental que utilizavam Grupos GAM como prática de cuidado. É muito importante *(des)capsular* profissionais que são institucionalmente alocados como máquinas de prescrever, sem ouvir ou garantir a subjetividade de sujeitos que possuem algum transtorno mental. O contato de médicos (as) com a GAM permite que este dispositivo possa ser norteador de um cuidado mais aberto entre profissional e paciente, apostando em relações de afeto e não apenas prescritivo.

A residência é uma formação em serviço que tem como objetivo formar profissionais com ênfase em temas específicos. A formação psiquiátrica no país, de modo geral, pode estar muito marcada pelos saberes biomédicos, importantes sem dúvida para o exercício do profissional, mas reducionista, quando pensamos nos processos de cuidado na atenção psicossocial. Trabalhar na residência com o dispositivo da GAM é tensionar os saberes biomédicos, abrir a possibilidade de questionar e relativizar esse modelo explicativo ao mesmo tempo em que se oferta novos dispositivos de cuidado aos trabalhadores e trabalhadoras.

Por fim, destaco a criação do “*Núcleo Dispositivos Clínicos e Políticas Públicas*”, sob coordenação da Professora Dra. Analice de Lima Palombini, em 2013, que se deu através da ampliação do corpo docente do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia, na qual se permitiu a reunião de professores com atuação clínica voltada para o campo de políticas públicas. Uma das marcas de trabalho deste Núcleo é trabalhar na perspectiva da pesquisa-intervenção, com atividades de ensino, pesquisa e extensão. E uma dessas atividades, foi a articulação com a Rede Multicêntrica junto ao Grupo Travessias, que

originou a formulação do Guia da Gestão Autônoma da Medicação para usuários de saúde mental em tratamento medicamentoso.

Na UFF, foi publicado ao todo onze tipos de publicações, entre os anos indicados. O maior destaque é para as cinco defesas de Teses, seguida de três defesas de dissertações, a realização de dois Trabalhos de Conclusão de Curso e a publicação de um Artigo em periódicos. Destacamos a importância da realização de dois projetos de pesquisa na modalidade de TCC que se desenvolveram na perspectiva da GAM, o que mostra a importância do estudante ainda na graduação, estar em contato com esse dispositivo emancipatório de cuidado em saúde mental. A política de saúde mental no país é norteada pelos princípios da RP e da implementação de um modelo de atenção psicossocial com o qual o dispositivo da GAM está em consonância. Aproximar estudantes de graduação a essa lógica “fora-manicômios” pode ajudar na implementação de uma rede de serviços substitutivos e de base territorial realmente centrada no modelo de atenção psicossocial.

Pelos resultados encontrados nas publicações da UFF, nos chamou atenção alguns trabalhos. Como por exemplo, a dissertação de mestrado de Júlia Florêncio Carvalho Ramos, de 2012, com título “*A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS Fluminense*”. O termo autonomia é um dos conceitos mais trabalhados no Guia GAM, sendo peça fundamental para gerar criticidade e independência no tratamento de cada usuário e usuária. O presente trabalho tem como característica discutir esse termo, com uma perspectiva que contribua para as práticas de produção de saúde para a construção do SUS, através da discussão realizada em Grupos GAM.

Um dos trabalhos inéditos e único que encontrei durante a revisão bibliográfica nas quatro Universidades foi a tese de Doutorado de Sandro Eduardo Rodrigues, em 2014, com o título “*Modulações de sentidos na experiência psicotrópica*”, que traz para o debate acadêmico, ou como o autor prefere, o “fora-eixo”, a articulação da experiência psicodélica ao cuidado de usuários de psicotrópicos prescritos em saúde mental, utilizando a intervenção da GAM como uma valorização da experiência de usuários de psicotrópicos. *Mesclar* a experiência psicodélica com a GAM é ir além da discussão da ilegalidade e legalidade. É trazer para o debate a formação estética-política de trabalhadores e usuários da saúde mental, pela partilha de uma sensibilidade psicodélica.

Outro trabalho único e inédito que encontrei durante a revisão foi o TCC de Bruna Feijó de Almeida, em 2016, com o título “*As experiências do portador de sofrimento psíquico em uso de haloperidol*”, que trazia para o debate, a experiência com uma medicação

psicofarmacológica – Haloperidol – e a realização de Grupos GAM como proposta em ouvir a opinião do usuário sobre seu tratamento medicamentoso. Conclui-se neste trabalho que a medicação excessiva pode se tornar um fator agravante na vida do usuário, e por isso, efetivar Grupos GAM que discutem a medicalização excessiva e formas de *(des)capsular* são estratégias de cuidado.

Na UNICAMP, encontramos seis publicações no repositório entre os anos pesquisados. Encontramos três defesas de dissertações e duas defesas de teses. Por fim, teve uma publicação de artigo em periódico nesta Universidade.

Entre todas as plataformas que se buscaram os trabalhos: UFRGS, UFF e UNICAMP, encontramos, pelo menos, um trabalho desenvolvido por médicos (as) e/ou em especialização em Psiquiatria, o que corrobora com um dos princípios da GAM de se discutir o profanável ato de prescrever. Na UNICAMP, em um dos resultados encontrados na revisão foi a dissertação de Mestrado de Thais Mikie de Carvalho Otanari (2011b), com o título “*A experiência de participação dos residentes de psiquiatria e saúde mental nos grupos de gestão autônoma da medicação (GAM): possíveis efeitos na formação*”, que vai descrever a experiência de quatro residentes médicos em psiquiatria e dois residentes multiprofissionais ao participarem de grupos constituídos por pessoas com transtornos mentais e que participavam do Grupo GAM.

Em 2013, houve a publicação de uma Tese de Doutorado da autora Laura Lamas Martins Gonçalves, com o título “*A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental*”, que vai relatar a experiência da autora em usar o Guia GAM com sete usuários de saúde mental em um dos municípios de São Paulo, Campinas, que possuem transtorno mental grave e histórica participação no campo da saúde, com o objetivo de avaliar os efeitos da experimentação do Guia e suas ações na militância. Um trabalho único e potente, que além de discutir a importância da GAM como uma prática norteadora de cuidado, não desassocia essa prática a vida social e militante do usuário que participa do Grupo. A GAM parte desses laços de cuidado dentro e fora do serviço, sendo uma prática de vida.

Um trabalho mais recente, desenvolvido pela autora Ana Maria Thomé de Oliveira, publicado em 2019, traz em sua dissertação o título “*Direitos, autonomia e liberdade: o que faz a Gestão Autônoma da Medicação quando entra num CAPS ad?*”, que vem discutir, especificamente no campo álcool e outras drogas, temas de suma importância para a GAM, como direitos, cuidado compartilhado e poder decisório sobre o uso das medicações.

Performa-se o campo conservador logo após as eleições presidenciais de 2018 e a necropolítica como modelo criminalizante atualmente em voga no Brasil.

De todos os sítios buscados internamente nas Universidades destacadas, somente na UFRJ, obteve-se o número menor de trabalhos encontrados no repositório digital: são duas dissertações, de 2018, ambas do programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria (IPUB), da UFRJ, na área de concentração de Intervenções e Práticas na Atenção Psicossocial, sob orientação da professora Dra. Erotildes Maria Leal. Destaco que mesmo as publicações sendo oriundas de um espaço de psiquiatria, houve o interesse de uma psicóloga em escrever sobre a GAM.

O primeiro trabalho encontrado foi de uma psiquiatra que narrou suas experiências com grupos de medicação autônoma. A dissertação sob título “*Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial*”, de autoria de Carla Pinheiro Maciel, propõe buscar resultados horizontais na relação entre psiquiatras e participantes da pesquisa – usuários – centrada na pessoa. Através da metodologia qualitativa e descritiva-observacional, utilizaram como ferramenta metodológicas grupos focais para coleta de dados, assim como também áudio gravação de encontros que foram realizados nos grupos de medicação. Sua metodologia é de análise temática de conteúdo, com um roteiro pré-definido, para investigar dados encontrados na pesquisa. Além disso, se deixa emergir na experiência com grupos de medicação, pela leitura dos materiais que foram pesquisados e, a partir disso, deixar surgir às futuras categorias a serem analisadas: experiência de participação em grupos de pesquisa, relação terapêutica e compartilhamento do cuidado, uso e manejo de medicação, negociação dos medicamentos, experiência de adoecimento e diagnóstico, grupos de medicação e o cuidado no CAPS. (Maciel, 2018).

A segunda dissertação, com título “*Psicofármacos no contexto de um CAPS AD: a experiência dos usuários*”, de autoria de Ana Lúcia Basílio Ferreira Togeiro, traz a mesma metodologia utilizada no trabalho da psiquiatra Carla Pinheiro: um estudo qualitativo e descritivo, com ferramenta de grupos focais e analisar o material que iria surgir pela análise de conteúdo temática. Porém, nesta pesquisa, o campo de trabalho é o álcool e outras drogas, especificamente, o CAPS AD do Município de Macaé – Rio de Janeiro. (Togeiro, 2018).

A psicóloga trabalha com dez usuários que fazem uso regular de psicofármacos e são acompanhados no serviço. Assim que o material é analisado, surge seis eixos temáticos a serem discutidos: início do uso de psicofármacos, mudança da medicação, continuidade do

tratamento medicamentoso, relação com efeitos de medicamentos, psicofármacos e tratamento para o uso de álcool e outras drogas, pela relação com o médico prescritor.

Outro ineditismo que constatamos ao fazer o levantamento de experiências realizadas nas quatro Universidades brasileiras, mostrados no quadro 2, foi que nenhum trabalho teve como foco principal o racismo e a “*guerra às drogas*”. Porém, em um *único* trabalho, na tese de Doutorado de autoria de Livia Zanchet na UFRGS, sob título “*A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial*”, dividida em três capítulos, é possível observar no capítulo 3, a contextualização da autora sob a invisibilidade e silenciamento das questões étnico-raciais na estratégia GAM, mostrando possíveis desdobramentos da GAM ser um potencial ferramenta antirracista. (Zanchet, 2019).

Corroborando com o trabalho da pesquisadora Livia Zanchet, demonstro ao longo dessa pesquisa e das análises dos resultados encontrados, que a GAM foi um dispositivo que discutiu para além do objeto medicamento. O sujeito, que utiliza o medicamento, se fez presente nas discussões. Marcadores sociais como raça, gênero, sexo, território entre tantos outros, também estiveram presentes. A intervenção da GAM no CAPS AD se mostrou eficaz para *(des)capsular* um sistema manicomial fascista.

É importante destacar que além dessa revisão bibliográfica, existe um dossiê especial da Revista Polis e Psique³⁴, publicado em 2020, que reúne treze artigos, de diferentes autores e autoras, espalhados pelas regiões *Nordeste, Sudeste e Sul* do Brasil, além de trazer a experiência de Espanha e Canadá, que trazem resultados positivos e efeitos da implementação do Guia GAM ao longo de mais de dez anos da entrada desse dispositivo em solo brasileiro e europeu. É destaque que todas as experiências descritas nesse dossiê, apontam a:

Indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão, em uma perspectiva dialógica que envolve Universidade e Comunidade na produção e troca de conhecimentos, em benefício da formação tanto de novos profissionais e daqueles já inseridos no trabalho quanto dos usuários como sujeitos de direitos. Os dispositivos utilizados na GAM – como apoio institucional, apoio matricial, grupos e rodas de conversa – e sua maneira de operar – participativa e cogestiva – incidem sobre a micropolítica das relações, fortalecendo o sentido de termos como a democracia, cidadania e autonomia, cruciais para uma efetiva atenção psicossocial e para a vigência do Sistema Único de Saúde conforme os seus princípios. (Ferrer; Palombini; Azambuja, 2020, p. 5).

³⁴Disponível em: v. 10 n. 2 (2020): POLIS E PSIQUE | Revista Polis e Psique (ufrgs.br). Acesso em: 11 out. 2023.

A revisão bibliográfica levantada neste capítulo foi corpo importante para o desenvolvimento da pesquisa pois insere ainda mais o destaque da GAM como uma metodologia de cuidado participativa, coletiva e *(des)capsulada*. Os resultados mostrados no quadro 2 servem também para demarcar o território da GAM em solo brasileiro, mesmo direcionado ao eixo *Sudeste* e *Sul*. Sendo a implementação do Guia GAM acontecendo pela primeira vez no Norte, em solo Amazônica, destacaremos as singularidades e as vicissitudes da implementação do dispositivo GAM no CAPS AD II, junto com sujeitos participantes da pesquisa: usuários e usuárias do serviço de álcool e outras drogas.

Inclusive, uma das particularidades surgidas no decorrer da produção da pesquisa foi o pioneirismo de discutir a GAM em diálogo com o racismo, presente nas estruturas da sociedade. Além da discussão sobre os efeitos de uma sociedade racista, o pesquisador é um homem negro e periférico, que se permitiu trazer para o campo da pesquisa análise de implicações dessa violência presente diariamente, seja no campo psicossocial ou no trabalho, a exemplo da passagem sobre a *supervisão do trabalhador negro* no grupo GAM. A GAM rompeu fronteiras durante sua intervenção no campo álcool e outras drogas: seja pelo trabalho inédito em ser uma metodologia de cuidado, seja pela primeira vez em um território amazônica, ou pelo aprofundamento do marcador racial na pesquisa. Iremos observar que o dispositivo da GAM é em sua formação, uma prática que *(des)capsula* sujeitos e sistemas.

O capítulo a seguir discutiremos os efeitos da medicalização e como sua ideologia se modifica com o avançar do capitalismo como uma prática neoliberal. Destaque para manicômios e comunidades terapêuticas como instrumentos manicomialistas que possuem a lógica fundamental de aprisionar e individualizar sujeitos de suas subjetividades, objetificando-os em *doentes mentais* e *drogados*.

4 CAPÍTULO 2: A MEDICALIZAÇÃO COMO MÁQUINA DE FAZER CALAR

Teve uma vez que eu tomei xarope e fumei maconha, tudo junto. Minha pressão subia, eu ficava alucinado. O pessoal da rua dizia que eu tava tendo ataque buggy-io, que é um ataque epilético que te dá quando tu mistura alguma medicação com outra droga. (Informante A.C, 2023- homem branco).

A partir da redemocratização popular durante o pós-ditadura militar e com a regulamentação do SUS através da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 – lei que regulamenta e dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços que correspondem ao SUS (Brasil, 1990) –, um novo modelo de atenção à saúde começou a ser construído, dialogando e priorizando princípios norteadores do

SUS como equidade, universalidade e integralidade. Foi através da perspectiva da superação manicomial e asilar, de tratamentos psiquiátricos e de eletrochoques, que a RPB possibilitou novas condições de tratamento, inserção e proteção social do indivíduo historicamente marginalizado.

Um salto importante que se deu para a consolidação do capitalismo e o avançar da IF foi a descoberta, do que se considera, a primeira droga psiquiátrica. Em 1952, a Clorpromazina, um fármaco psicofarmacológico descoberto pelos psiquiatras Jean Delay e Pierre Deniker no Hospital Psiquiátrico Sainte-Anne, em Paris, iria revolucionar, ou melhor, tentaria moldar o *arsenal terapêutico* empregado a pessoas com sofrimentos mentais: foi um achado. O campo da psiquiatria se transformaria e se revolucionaria a partir dessa *droga*: haviam descoberto a *cura para doenças mentais*.

Porém, mesmo que houvesse a substituição, em tese, de intervenções físicas violentas no campo da saúde mental como a lobotomia e eletrochoques, a Clorpromazina foi utilizada como intervenção química. O *louco* antes da intervenção química, era preso, vigiado, controlado e punido. Com o advento do primeiro fármaco psicofarmacológico, além dos adjetivos que eram características do modelo manicomial, seria acrescentado outro. Além de preso, vigiado, controlado e punido, este agora, seria dopado. Com a consequência da medicação, não irá produzir falas. Será domado, marginalizado e, muito menos, ouvido. A professora Sandra Caponi (2021a), que trabalhou com os arquivos dos psiquiatras que descobriram a droga Clorpromazina no hospital psiquiátrico, revela que não houve ruptura em termos de efeito terapêutico, afinal, a indiferença em manter a ordem continuava a mesma:

Eu tive a oportunidade de trabalhar no arquivo do Hospital Sainte-Anne, em Paris, com os documentos dos psiquiatras que descobriram a clorpromazina, e comecei a observar que eles se referiam ao efeito terapêutico desejado da droga. Algumas perguntas surgiram inevitavelmente dos documentos. Para que servia essa droga? Controlava as alucinações? Não. A Equipe do Hospital Sainte Anne afirmava que as pessoas continuavam tendo alucinações. Controlava a angústia? Não. Então, qual era a função da droga? Os documentos diziam que as pessoas quando tomavam essa droga ficavam indiferentes ao mundo, indiferentes à dor, passavam a sentir-se separadas do mundo como se existisse um tabique invisível. Ficavam calmos, tranquilos, com os olhos baixos, perdiam a expressão e não tinham interesse no mundo. O que me impactou profundamente é que isso era visto como um efeito desejado, algo terapêuticamente bom, e até hoje parece ser o efeito procurado. (Caponi, 2021a)³⁵.

³⁵ Para mais detalhes e estudo minucioso sobre o tema, ver artigo de Sandra Caponi *Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura*. Disponível em: SciELO - Brasil - Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. Acesso em: 01 nov. 2023.

E será a partir desse histórico de marginalização e indiferença que usuárias (os), aqui em específico, caracterizadas (os) como indivíduos, serão nomeadas assim por entender que para o capitalismo “cada prática se torna um capital: o pensamento, os afetos e os saberes cotidianos e científicos, as maneiras de se conduzir em diferentes aspectos da vida ganham dimensão econômica” (Galindo; Lemos; Rodrigues, 2014, p. 2). É através do avançar do capitalismo que o maquinário da indústria farmacêutica vai aprimorar sua revolução biomédica e se descobrir como uma entidade que gera doenças e proporciona cura, ao mesmo tempo.

Whitaker (2017) mostra em seus estudos que a epidemia de doenças mentais é induzida por fármacos, estes, criados através da aceleração capitalista que induz a IF a ser uma máquina de medicalizar corpos. Não devemos impor o negacionismo e não enxergar benefícios que as medicações podem trazer para o corpo humano. O que deve ser feito é promover a *(des)capsulação* de tratamentos medicamentosos, que vão além de princípios ativos e esquemas posológicos. É devido a isso que a GAM é contra esse maquinário prescritivo imposto pelo modelo neoliberal: dialoga, pactua, acolhe, vincula, negocia e semeia a arte da autonomia e crítica em cada plano terapêutico individual.

A Farmácia é um campo desafiador e contraditório. Surgiu como uma das primeiras profissões descobertas pelo ser humano, através da botânica e da infusão de ervas medicinais que eram utilizadas para a cura, profilaxia e prevenção há muitos séculos. Não existiam bulas, comprimidos ou medicações injetáveis. A Medicina veio da terra e do cultivo de plantas que tinham um potencial terapêutico que poderia ajudar pessoas em processos de adoecimento do corpo e da mente. Foi com o avançar das Revoluções Industriais, que o profissional farmacêutico esqueceu suas origens com a terra e se concentrou em laboratórios, clínicas e comércio. Apesar de hoje o farmacêutico poder atuar em mais de 70 áreas de atuação e possuir mais de 130 possibilidades de especialização³⁶, o que é um ganho para a categoria, não podemos esquecer qual lugar a farmácia veio e como se deu nossa relação com a medicina: através da terra.

É por esse processo capitalista, produtivo e normativo que a saúde irá se transformar em um grande aparato social que dividirá pessoas em saudáveis ou doentes. A Medicina, mais precisamente quem há detém, instituições médicas como psiquiatras, irá constituir o poder vigente a classificar, doutrinar, comandar e criar espaços para os ditos *loucos* se instalarem, por não condizer com o padrão social da sociedade. É por não reconhecer esse mundo de

³⁶ Disponível em: <http://meufarmacutico.cff.org.br/areas/>. Acesso em: 26 mai. 2025.

terror, como diz Basaglia (2010), que habita em todos nós, que a psiquiatria irá criar formas de medicalizar nossas falas:

Analiseemos então o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão: se não o reconhecermos que esse mundo somos nós, pois somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as disposições e as organizações; se não reconhecermos que fazemos parte do mundo da ameaça e do abuso pelo qual o doente se sente assoberbado, não poderemos compreender que a crise do doente é a nossa crise. O doente sofre sobretudo por ser compelido a optar por viver de modo aproblemático e adialético, visto que as contradições e as violências da nossa realidade podem, frequentemente, ser insuportáveis. A psiquiatria não fez senão acentuar a opção aproblemática do doente, apontando-lhe que o único espaço que lhe era permitido: o espaço de uma só dimensão, criado para ele (Basaglia, 2010, p. 126).

Será nessa sociedade que normaliza pessoas através do efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida com muitas estratégias possíveis para atuação invisível de um poder normalizador (Foucault, 1999) que os manicômios serão figurados como lugar centralizador e localizador da loucura. É por esse subespaço que pessoas serão despejadas, alocadas e sujeitas a todos os processos de violência e vulnerabilidades existentes e criados.

No livro *Holocausto Brasileiro*, da autora e jornalista Daniela Arbex (2013) é documentado o genocídio de brasileiras (os) que morreram em um dos maiores manicômios que existiu no Brasil e o maior que teve na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, denominado Hospital Colônia. O tempo que isso ocorreu? Vinte anos depois da II Guerra Mundial. Quem era sujeito a internação? Quem não seguia as regras do “cidadão de bem”: alcóolatrás, prostitutas, mulheres que engravidavam de patrões, pessoas em situação de rua, autistas, negros, LGBTQIAPN³⁷ entre outros. Em um dos comentários feitos por um fotógrafo, que foi um dos responsáveis por documentar e expor a crueldade e denunciar esse espaço, ele relata a situação de como os manicômios eram naquela época:

Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. (...) um deles a se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio e inundava o chão do pavilhão feminino. Nas banheiras coletivas havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio (...) carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante. Dentro da cozinha, a ração do dia era feita em caldeirões industriais. (...) dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas a mercê da violência sexual. (Arbex, 2013, p. 170).

Franco Basaglia ao visitar o Hospital Colônia, comparou-o a um campo de concentração nazista, não existindo em nenhum outro lugar do mundo uma situação parecida

³⁷ O termo faz alusão a sigla de pessoas que não seguem o padrão da heteronormatividade, sendo L: lésbicas, G: gays, B: bissexuais, T: transgêneros/travestis, Q: queer; I: intersexuais; A: assexuais; P: pansexuais; N: não binárias e o sinal + em alusão a existir outras pessoas com identificação de gênero e/ou orientação sexual.

com a que viu no Brasil. Grande influenciador para a RP na Itália e inspirador para a luta antimanicomial brasileira, Basaglia não se acomodou em sua formação de psiquiatra. Ao contrário, era a favor da desospitalização e medidas sociais a cuidar do *doente, louco*. Para ele, o manicômio era:

Símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao apartheid do negro ou aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos “incompreensível” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos. (Basaglia, 2010, p. 117).

É por meio da RPB ter andado junto a Reforma Sanitária que novos instrumentos de cuidado foram criados em prol de uma saúde que não oferecesse apenas o medicamento como forma de *controlar* a loucura. Com a criação do SUS e organizado na CF/1988, o cuidado em liberdade, assim como a cidadania do dito *louco*, tornou-se prioridade para a saúde mental, aqui adotada como coletiva. O Brasil ao longo desse processo histórico foi criando a rede substitutiva de serviços, muito deles vieram a converter-se em CAPS a atender a todos os públicos, desde infanto-juvenil, adultos e/ou em uso de álcool e outras drogas, além de programas como o De Volta para a Casa e Centros de Convivência e Cultura, a utilizar a RD como uma filosofia do SUS a ser usado para quem deseja parar ou não de usar drogas, sendo ética ao cuidado e que priorizasse a pessoa e não as substâncias. Posteriormente, adotou e criou a concepção de RAS, sendo uma delas a RAPS.

Promover afetos e *(des)capsular* ações e medidas devem ser o norte para um cuidado que torne as pessoas protagonistas de suas próprias histórias e vidas. Redimensionar o modelo de atenção à saúde que não leve em conta a doença por práticas ambulatoriais e sim, de ações preventivas e promocionais com centralidade no sujeito e suas singularidades. Para Fagundes (1995) saúde mental coletiva deve ser pautada na construção e transformação de novos saberes de vida, dialogando com a sociedade para um cuidado que torne o outro, o sujeito de suas ações.

Entretanto, o Brasil vive uma escala exponencial de contras-reformas sanitárias e psiquiátricas, desde o golpe antidemocrático de 2016 que tirou a *primeira Presidenta Mulher* da história do Brasil, desde o processo de redemocratização ocorrida a partir da década de 80. A *onda* da direita ultraconservadora, na qual se elegeu nas eleições presidenciais de 2018, como *não presidente* – mas eleito democraticamente – um homem, heterossexual, branco, ex-militar, que tinha como medidas prioritárias a militarização do povo brasileiro, o aumento da escalada da venda de armas, de agrotóxicos e privatização do SUS, junto a RAPS e RAS.

Em suma, o ideário de um estado mínimo e a manutenção de privilégios de uma determinada camada social. Uma camada social de grupos brancos.

De 2016 a 2022 o Brasil viveu momentos de retrocessos gigantes em torno de todas as áreas, mas principalmente, a saúde, na qual foi afetada de modo avassalador. Pelo subfinanciamento aos CAPS e aos demais serviços da rede substitutiva e direcionamento de dinheiro e investimento para CT'S, ambulatórios e hospitais psiquiátricos. A *ex-gestão* federal de 2019 a 2022 apoiou a construção de espaços segregacionistas e manicomiais que tinham o objetivo de *capturar* o sujeito – aqui, tornando-se objeto, indivíduo – e colocá-los em espaços que supostamente alimentariam sua alma, sua fé e sua crença. Esse alimento, pela imposição da fé e impulsão de uma abstinência total, é propulsor de uma violência que ocorre em corpos, mentes e subjetividades.

Em relatório recente publicado pela Organização Mundial da Saúde³⁸ (OMS), é mostrado que atualmente os países investem somente 2% de sua renda na saúde mental, diminuindo recursos de atendimento humanizado e priorizando entidades de espaços segregacionistas com viés mercantilista, transformando a *loucura* em um espetáculo de ganhos financeiros. Além disso, ainda se vive um cenário pandêmico, ocasionado pela Covid-19, na qual o uso de álcool e outras drogas teve seu aumento, assim como questões relativas à saúde mental, que geraram um aumento de procura pelos serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS AD II.

Para Foucault (1999) as instituições de um determinado contexto social é o que detém o poder na chamada sociedade disciplinar, por ele denominado biopoder, o qual atua de duas formas principais. Uma delas é através do eixo disciplinar, centrado no corpo como se fosse uma máquina, para adestrá-lo e ampliar as suas aptidões, sua utilidade e docilidade. A outra forma de controle se dá pelo eixo biopolítico, também, centrando-se nos corpos, porém enquanto espécie, por meio de processos de regulação e duração da vida, nas condições de morte, nascimento, saúde-doença entre outras.

Pelos estudos de Foucault a partir da economia do biopoder, Achillé Mbembe (2018) vai introduzir o conceito de Necropolítica, que terá como base o racismo e as formas de matar do Estado direcionado a corpos selecionáveis: negros, pobres e periféricos. Com a “*guerra às drogas*”, um novo genocídio irá se construir, não a partir de um manicômio, a exemplo de Minas Gerais, mas sim, a partir de uma falsa guerra para *eliminar* substâncias psicoativas

³⁸Disponível em: Relatório da OMS destaca déficit global de investimentos em saúde mental - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em: 11 out. 2023.

proibidas pelo mundo. Veremos isso mais adiante em outros capítulos dessa pesquisa, trazendo mais detalhadamente no capítulo “A GAM entre: medicamentos, proibicionismo e redução de danos” sobre a *falsa política* da “*guerra às drogas*”, que chegamos à conclusão que é impossível falar de uma guerra contra drogas sem alinhar o racismo como principal causador de perseguição, sofrimento e morte a corpos selecionáveis. Assim sendo, alinhamos o dispositivo GAM como uma ferramenta que potencializa narrativas e coloca em questão a autonomia e cogestão de usuárias (os), conceitos chaves para fortalecer a GAM no território.

O capítulo 3 traz vicissitudes que tornam a pesquisa pioneira na Amazônia ser tão desafiadora e contundente. Como solução, resgatamos o movimento da Cabanagem que em 2025, completa 190 anos, para continuar resistindo a processos de *capsulamento* que ocorrem dentro do sistema e nos aliena a sujeitos para objetos. Nos três entes federativos: federal, estadual e municipal, ocorrem ações manicomiais que visam a propagação da *loucura* como algo a ser combatido. Porém, incluímos estratégias para ir contra esse processo de exclusão e divisão entre “normais” e “anormais”.

5 CAPÍTULO 3: A GAM EM TERRAS AMAZÔNIDAS

Ninguém vive isso aqui sem isso aqui. Eu me movimento em torno disso. (Informante S.C, 2023 – homem negro).

O ano era 2019 e o mês marcava o que deveria ser o término de um ano com vários incidentes em diferentes estruturas no Brasil. Dezembro, mês de comemorações e festas, chegava com um clima pesado e conflitante. Na política, víamos pessoas despreparadas à frente do poder *destrinchando*³⁹ políticas públicas que levaram anos para serem pensadas, construídas e socializadas com apenas uma canetada. Na saúde, tentativas de desconstrução do controle social participativo e favorecimento de repasse financeiro público a entidades manicomiais cujo objetivo era *capsular* e medicalizar a *loucura*.

Contudo, notícias chegavam de diferentes meios virtuais na qual alertavam para uma possível doença que estava chamando atenção mundial. Afinal, a doença, cujo nome seria futuramente *SARS-Cov-2*, comumente chamada de Coronavírus ou Covid-19, avançava sobre um dos principais países do Continente Oriental do mundo, sendo destaque em vários outros Continentes para uma possível prevenção de contaminação da doença. Porém, é notório analisar a “rapidez” de se preocupar com a tal doença. Será que devido ao país – China – ser

³⁹Do verbo destrinchar, que significa separar em partes, desfazer. No sentido da nossa pesquisa, é direcionado a quem reparte a maconha, tabaco ou outra droga para uso.

um dos mais desenvolvidos e possuir uma das maiores populações do mundo? Ou pelo seu caráter de contaminação e possibilidade de óbito?

Em África, existem vários conflitos nacionais que se prolongam por décadas e que não chamam a atenção e agilidade de outros países para “ajudar” o Continente africano. Um destes conflitos, que envolvem principalmente a saúde de crianças, é relacionado a mortes destas pelo parasita *Plasmodium falciparum*, causador da doença Malária: “anualmente a morte de pessoas relacionadas à Malária é em torno de 410 mil pessoas, sendo 260 mil ocorrendo em crianças africanas com menos de cinco anos de idade. Isso é, 95% de óbitos por Malária, ocorrem em África”.⁴⁰ Desta forma podemos perceber que existem problemas de saúde negligenciados no mundo, o que nos reporta a pensar em um racismo territorial e na necropolítica em relação a algumas populações que habitam o planeta.

Mesmo com várias notificações e casos de Covid-19 pelo mundo, o Brasil somente adotou algumas medidas – diga-se de passagem, por pressão democrática – e “assumiu” a pandemia adotando medidas para conter o avanço dessa doença em 26 de fevereiro de 2020. Tal doença iria fatalizar, até o término da pandemia, em abril de 2022, mais de 500 mil brasileiros (as) mortos (as). O que África e Brasil possuem em comum ao ficarem “abaixo” de países europeus e asiáticos?

Ambos os países possuem em sua população majoritariamente pessoas negras que vivem sob condições de vulnerabilidade e são expostas a violências institucionais e estruturais.

Tanto em África como no Brasil, a população negra é marcada como alvo a ser perseguida, fiscalizada e morta pelo Estado, pela exclusão de políticas sociais e públicas que deveriam proteger essa população. Além disso, possui-se a imagem de que esses países ao terem sido colônias de vários países europeus, foram harmoniosamente pacíficos em sua recepção e que era necessário o processo colonizador em suas terras.

Qual é a utilidade de camuflar a verdade? No início, a colonização não foi um ato de civilização, nem havia um desejo de civilizar. Era um ato de força motivado por interesses. Um episódio da competição vital que, de homem para homem, de grupo para grupo, foi sempre aumentando; os povos que se propuseram a colonizar terras distantes pensavam principalmente em si mesmos, e estavam trabalhando para seus próprios lucros, e conquistando para o seu próprio poder. (Nkrumah, 1963, p. 40).

⁴⁰Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/vacina-contr-a-malaria-recomendada-pela-oms-para-criancas-da-africa-e-a-primeira-que-protege-humanos-de-um-parasita/>. Acesso em: 21 set. 2024.

A citação do ex-secretário colonial francês, Albert Sarraut, exemplificado por Kwane Nkrumah deixa muito *escuro*⁴¹ o que pensavam os países colonizadores sobre colonizar novas terras. Era um favor que esses países “desenvolvidos” estavam fazendo com Brasil e África, “subdesenvolvidos”. Enquanto perdurar esse pensamento de agradecimento e docilização a quem massacrou, exterminou e escravizou nossos (as) ancestrais, estaremos falhando com nosso povo, estaremos falhando em avançar em pautas secularmente tão caras. Como relatado por Kwane Ture (2021, p. 212): “não procuramos ser meros receptores do processo de tomada de decisão, mas participantes nele”.

Ser parte integrante do movimento é necessário para produzir cisões que são mantidas estruturalmente em nossa sociedade. Minha história como farmacêutico-pesquisador-militante começou a partir de minha entrada na UFPA, em 2019. Como relatado acima, um ano que pautava o final de uma década para se iniciar uma nova. O ano de 2020 foi marcado por inseguranças, tristezas e angústias, devido ao convívio com uma pandemia que iria continuar em terras brasileiras (e no mundo) por mais dois anos. Uma pandemia que deixou marcas profundas internamente: a perda de tios e tias próximos, que por negligência e falta de medidas farmacológicas e não farmacológicas, vieram a morrer pela Covid-19.

Correlacionar esse fator importantíssimo com a minha pesquisa é de fundamental relevância pois acreditamos que a subjetividade é marcada pelo contexto em que vivemos. A nossa construção como sujeito acontece com diferentes valores e aprendizados que vamos aprendendo durante a vida, afinal, “o saber se constrói ali e aqui, nas mais peripécias situações da vida”. (Ramos, 2021, p. 313). Durante a pandemia, eu terminaria o curso que, naturalmente, seria uma mudança em minha vida.

Ser farmacêutico é além de tudo, respeitar a vida de outra pessoa que necessita de cuidados e atenção. Sujeitos que se constituem de *div3rsas* formas e possuem características e definições de vida que se diferem uma da outra. Ser *div3rso* é andar contra a lógica racional da vida, se *(des)capsulando* e se reinventando diariamente. Por isso, ser um profissional da saúde, farmacêutico, é respeitar os valores e direitos que cada pessoa tem, divergindo do ser “normal”.

A Resolução Nº 596 de 21 de fevereiro de 2014 dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica e em seu artigo onze, inciso um, traz como um dos direitos da profissão farmacêutica “exercer a sua profissão sem qualquer discriminação, seja por motivo de

⁴¹ Ao invés de utilizar o termo “claro”, usa-se escuro ao evidenciar a representatividade e lugar de fala que tenho dentro da militância negra. Ao invés de clarear as ideias, é preciso escurecer ainda mais.

religião, etnia, orientação sexual, raça, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza vedada por lei”. (Conselho Federal de Farmácia, 2014, p. 3).

Respeitar as diferentes formas de ser é também respeitar a vida. Ao experienciar o cargo de farmacêutico no CAPS AD II tive uma perspectiva diferente de como posso ser o profissional a “salvaguardar a saúde e promover educações dirigidas à coletividade da saúde” (Conselho Federal de Farmácia, 2014, p. 2) dirigidas a pessoas que estão em condição de rua e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ao trabalhar em um serviço antimanicomial é necessário se *(des)capsular* dos modos burocráticos de atendimento e se aprofundar em relações de cuidado que sejam leves. É buscar dar sentido a novas práticas farmacêuticas pouco documentadas e valorizadas. Ser farmacêutico de um CAPS AD II foi uma experiência de *(des)formação*.

Ser farmacêutico de grupos que são socialmente violentados e estão no processo de alienação e avanço do capitalismo frente a eliminá-los como PSR, povos indígenas, LGBTQIAPN+, negros (a) entre outros, é construir uma profissão que seja abertamente desconstruída e decolonizada para ir além da discussão de medicamentos. Esses, objetos de desejo imenso e pela voracidade do capitalismo, promovem esperança de curas e tratamentos para aqueles (as) que, frente à *capsulação* do cuidado, se sentem inseguros (as) e/ou incapazes de buscar novas alternativas de tratamentos.

Por outro lado, veremos que medicamento também é uma droga e como tal, é necessário ter acesso a informações sobre uso correto e possíveis efeitos adversos que podem ocorrer. Em qualquer uso de droga, seja lícita ou ilícita, é necessário ter acesso a informações. Em uma das atividades realizadas no Grupo GAM, uma usuária, mulher negra, acompanhada pelo CAPS AD, relatou que se afastou do serviço porque estava usando muito medicamento e, para ela, aquilo não era tratamento. Vejamos:

teve uma vez que olharam minha mochila e tinha muito remédio. Falaram ‘égua tu saiu do álcool para entrar em outra droga’. Eu me assustei com isso e por isso larguei o CAPS. Eu não acho que o medicamento é droga. Droga para mim é quando tu fica em uso abusivo. Eu quero ter liberdade, eu não sou diferente de ninguém, só porque eu fumo, bebo. (Informante T.M, 2023).

Percebemos que o sentido do que é droga ou não depende de como o sujeito percebe a substância que utiliza. Para o Ministério da Saúde (MS) droga é “substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária” (Brasil, 1998b, p. 2). Ou seja, todo e

qualquer medicamento comercializado, produzido e fabricado com a intenção profilática, cura, paliativa ou fins de diagnóstico é uma droga. Porém, para *Informante T.M.*, não é.

Nossa intenção aqui é trazer para o debate o conceito de droga e como isso é alimentado pelo capitalismo ao ter um efeito diferente em cada corpo. Cada sujeito, em meio ao território que vive e por acesso ou não a informação, vai ter um conhecimento sobre uso de drogas. Ao trazer a informação de que um dos principais motivos da *informante T.M.* se afastar do CAPS AD foi o número excessivo de medicamentos psicotrópicos, não queremos negar o conhecimento que naquele momento, a usuária trouxe para o grupo. Ao contrário, é pela experiência de cada sujeito que podemos ter um diálogo aberto e coletivo, como propõe o Guia GAM Moderador. Passos e Kastrup (2013b, p. 402) relatam:

O que se coloca como horizonte, e mesmo como desafio, não é o conhecimento “sobre” a experiência, mas um conhecimento que seja capaz de entrar em contato direto com a experiência. O que se visa não é falar da experiência, mas falar dentro dela. Em outras palavras, deixar falar a experiência que nos atravessa. Não se trata de observação no sentido tradicional – um sujeito observa um objeto – nem de reflexão intelectual. Não se espera uma consciência metapositionada nem uma consciência que, por meio de métodos e estratégias de controle, se desdobre em consciência observadora e consciência observada. No lugar do controle, o contrato. E, paradoxalmente, é aí que se encontram todas as dificuldades.

No filme *Tempos Modernos*⁴², Charlie Chaplin mostra uma crítica contundente ao modelo nazifascista, imperialista e capitalista, ao introduzir o homem na luta e sobrevivência em um molde industrial, tornando-o uma máquina de produzir. E mesmo que essa *máquina* necessite de instrumentos para continuar a produzir, ela não deve parar. Ela deve continuar a qualquer custo. *Capsulados* pelo sistema excluem processos de subjetividade e integram uma operacionalidade baseada em objetividade: a racionalidade como *modus operandi*.

É necessário criar formas para se *(des)capsular* e produzir novas oportunidades de criação de vida além do capitalismo. Ture (2021, p. 228) resgata que “é absolutamente nítido (...) em todo o mundo que o capitalismo não pode ser reformado; ele deve ser destruído”. Com isso, se torna importante instituir os espaços do CAPS AD II como um local que promova a destituição do poder hierárquico em sua estrutura social e promova cuidados antimanicomial pautados na autonomia, protagonismo e liberdade do (a) usuário (a).

Observamos que a “prática(s) clínica(s) dos CAPS não provém da química nem da elaboração, importantes e necessárias, mas parte do conjunto de estratégias típicas da reabilitação psicossocial, que evidenciam a ausência de direitos” (Conselho Federal de

⁴² 1 vídeo (1h 27min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CCZolIO8BfQ>. Acesso em: 21 set. 2024.

Psicologia, 2022, p. 100). Iremos notar a importância, para além da medicação, de estar no CAPS AD II em uma fala de um usuário, homem negro, que mesmo não fazendo uso de nenhuma medicação controlada, vê no CAPS AD II seu vínculo além do medicamento: “*eu não uso medicamentos há anos e venho para o CAPS todos os dias, não para me consultar com psiquiatra, mas para participar dos grupos, interagir em outras atividades*”. (Informante R.G, 2023).

O CAPS AD II deve estar atento a vários determinantes sociais que fazem parte da relação do (a) usuário (a) em seu tratamento, como habitação, moradia, alimentação, emprego, renda, segurança, território entre outros. Todavia, enquanto o CAPS AD II não for sensível em se aproximar a esses determinantes e não promover interseccionalidade em suas ações entrará em contradição com sua função, configurando-se “políticas que governam para a vida, mas que também governam a morte quando permitem não implementação e a violação dos direitos desses sujeitos” (Scisleski *et al.*, 2016, p. 92).

Por isso, é de suma importância a caracterização do território nos PTS dos (as) usuários (as) como um espaço que pode promover acesso e ser potente horizontalmente em suas relações sociais. Um território que é marcado por ondulações territoriais negras e que resgata a ancestralidade em usuários e usuárias que estão no serviço. É necessário que a gestão do CAPS AD note que a discussão de raça, sexo e gênero perpassa também pelo território:

As equipes dos CAPS, quando atentas às dimensões étnico-raciais, reconhecem os territórios como racializados, fomentando intervenções terapêuticas que privilegiam o território como espaço de convívio entre diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais, enfim, lugares e práticas que desconstroem, em seu fazer cotidiano, uma arraigada cultura de exclusão, invalidação e silenciamento dos ditos loucos, ao promover intervenções no território que revelam possibilidades de encontro, geram conexões e questionam os preconceitos. (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 93).

Resgatar a potência de um território cabano, em terras Amazônidadas, é de super importância para *(des)capsular* sistemas homogêneos que se produzem a partir da lógica do capitalismo e biomédica. Portanto, produzir e implementar a GAM em terras cabanas onde ocorreu o movimento da Cabanagem é processar ações que se movam a *(des)capsulação* de um sistema que produz para poucos, enquanto muitos passam fome⁴³.

⁴³ Em Relatório das Nações Unidas sobre Estado da Insegurança Alimentar Mundial (SOFI) de 2024, estima-se que 733 milhões de pessoas no mundo estavam em situação de fome em 2023. No Brasil, mostraram-se avanços importantes no combate à fome. A insegurança alimentar severa caiu de 8,5% no triênio 2020-2022, para 6,6% no período 2021-2023, correspondendo a uma redução de 18,3 milhões para 14,3 milhões de brasileiros. Mesmo que a fome do Brasil esteja diminuindo, é importante ressaltar que ainda milhões de

A Cabanagem foi um movimento acontecido entre 1835-1840, na então província do Grão-Pará, no Norte do Brasil, sendo de maior destaque o Estado do Pará e a cidade de Belém, local onde o movimento iniciou. É considerada o maior movimento popular da história do Brasil, que tinha como principal característica a insatisfação de camadas populares mais pobres chamadas de “despossuídos” (Souza, 2022, p. 14): indígenas, negros mestiços e homens brancos pobres, que lutavam contra a opressão e exploração colonial imposta pela coroa portuguesa.

É de interesse colonial que ao falar sobre a Cabanagem, se mostre que foi um movimento rebelde e que não teve tanta força no Brasil, além de descaracterizar sua participação na história desse país. É interessante para o capitalismo que se enfraqueça movimentos sociais e apague a história que foi construída com muito sangue e suor. A Cabanagem foi um movimento social que teve influência em várias partes do Brasil e nas Américas, ecoando vozes de resistência e luta armada: de Norte a Sul, o Brasil foi influenciado pelo movimento cabano, chegando com mais força no Norte e Nordeste. Sua importância atravessou o mar atlântico e chegou no Caribe, influenciando outros povos a se rebelar contra sistemas colonialistas e escravistas.

Quem participava do movimento cabano era chamado de “patriota”, mas não necessariamente era um sinal de ser brasileiro. Ser patriota, para o movimento cabano, era perceber que existiam problemas comuns entre diferentes povos, compostos por indígenas, africanos, negros, ribeirinhos, quilombolas entre outros. Ser patriota era constituir uma identidade comum nessas populações que mesmo divergentes, se encontravam como resistentes e fundadoras do Brasil. O que é contrário à ideia de patriotismo fomentada pela *ex-gestão* presidencial, que limitava a um grupo seleto de representações e disseminava ódio justamente a quem participou do movimento cabano: povos indígenas, negros escravizados e outras populações tradicionais.

Notamos que o papel da colonização persiste em eliminar o passado de um povo para deliberadamente, garantir força e poder em sua construção de Estado soberano. Ao se recusar em aceitar que o Brasil é composto por indígenas, africanos e negros, suas ações tinham como objetivo oprimir e reduzir suas culturas, suas religiosidades e suas tradições. O Estado colonialista via o Brasil como um vasto continente formado por “antro de selvagens, um país

infestado de superstições e de fanatismo, destinado ao desprezo, carregado pela maldição de Deus, país de antropófagos, país de negros”. (Fanon, 2022, p. 212).

Porém, a Cabanagem é uma prova de que um movimento social pode ser revolucionário e fomentar mudanças nos modos ditos “normais” de civilização. Assim como a Cabanagem foi organizada e realizada por grupos originários da terra, das florestas e das águas, a GAM se tornou um instrumento intervencionista para retomar direitos de também grupos historicamente subalternizados: usuários e usuárias de álcool e outras drogas. A GAM, em território cabano e dentro da Amazônia, traz o fogo da reivindicação histórica e mantém vivo a chama de uma identidade inventada, uma identidade *(des)capsulada*:

É preciso não só combater em prol da liberdade de seu povo. É preciso também, ao longo de todo o tempo que dura o combate, ensinar novamente a esse povo, e em primeiro lugar a si mesmo, a dimensão do homem. É preciso percorrer de novo os caminhos da história, da história do homem condenado pelos homens, e provocar, tornar possível o encontro de seu povo e dos outros homens. (Fanon, 2022, p. 303).

É necessário resgatar as histórias que constituem a formação de um povo, histórias traçadas por resistência e luta contra o projeto colonialista ainda em curso. Para os colonizadores, é uma lógica racional simples: elimina-se qualquer traço que ligue o passado ancestral com os povos do presente para não ter histórias a serem contadas, para não fortalecer lutas armadas. Porém, os povos originários, como indígenas, negros, ribeirinhos, quilombolas e tantos outros sempre resistiram contra avanços colonialistas. É necessário que estes povos e tantos outros sempre trabalhem para resgatar sua ancestralidade pois, “um povo que desconhece sua própria história, a sua própria formação, é incapaz de construir o futuro para si mesmo”. (Gonzalez, 2020, p. 255).

Mesmo que o Brasil esteja caminhando para sair de uma zona devastada pela antiga gestão presidencial (2019 a 2022), é importante continuar atento e atenta para setores que ainda continuam a fragilizar e retroceder em políticas sociais e públicas em alguns espaços da sociedade. É notório lógicas antimanicomiais presentes nas relações cotidianas, nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. Em nível federal, observamos que desde o golpe antidemocrático de 2016 e com a vitória democrática da *ex-gestão* presidencial (2019-2022), se fortificou a falta de financiamento para a saúde mental e aumento de repasses financeiros exuberantes a entidades não assistenciais que promoviam um *capsulamento* de pessoas em uso de álcool e outras drogas⁴⁴.

44

Disponível em:
<https://www.metropoles.com/distrito-federal/unb-identifica-251-violacoes-em-comunidades-terapeuticas-pais-afora>. Acesso em: 10 out. 2025.

Importante destacar que tais entidades já estavam em território exercendo suas práticas com financiamento de governos nos três níveis de gestão, com certa aceitação social, embora os movimentos de luta antimanicomial⁴⁵ bem como algumas entidades de classe⁴⁶ tenham apontado a iatrogenia, as violações e o modelo manicomial praticado nestes ambientes. É importante esse destaque pois, a política de saúde mental é um campo em disputa por diferentes modelos em que pese à legislação define que o modelo é de atenção psicossocial. Mesmo que a saúde mental na atual gestão presidencial (2023 – em andamento) esteja se reconstruindo, como a criação de um Departamento⁴⁷, é ainda mínimo por muitas coisas que precisam ser construídas e reconstruídas.

Em nível estadual, veremos que a partir da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) Nº 487 de 15 de fevereiro de 2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei Nº 10.216⁴⁸ de 2001, no âmbito processo penal e da execução de medidas de segurança para:

o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população. (Brasil, 2023, p. 5)

⁴⁵ Em carta aberta e com assinatura de mais de 600 entidades, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) se posicionou à frente contra o Projeto de Lei Nº 551/2024 que em sua redação redige a alteração da Lei Nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da saúde mental e/ou Paulo Delgado, para propor a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medidas de segurança. Mesmo com a grande mobilização das entidades, o Projeto de Lei não foi arquivado, aguardando relator para prosseguir na Comissão de Saúde. Porém, é de suma importância caracterizar a organização, amplitude e protagonismo de movimentos sociais da saúde e não contra a violação de direitos. Disponível em: <https://site.abrapso.org.br/carta-aberta-renila/>. Acesso em: 25 set. 2024.

⁴⁶ Através da iniciativa conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) foi publicada em outubro de 2017 um relatório que denuncia violações de direitos humanos em 28 Comunidades Terapêuticas nas cinco regiões do Brasil, sendo um documento norteador para comprovar a ineficácia das Comunidades Terapêuticas ao tratamento de pessoas em uso de álcool e outras drogas e/ou sofrimento mental. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 25 set. 2024.

⁴⁷ O Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas integra a Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES) e dentre muitas ações, se destaca pelo incentivo e a habilitação de serviços de saúde mental, ampliação de leitos em saúde mental em hospitais gerais, habilitação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) entre outros. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad>. Acesso em: 22 set. 2024.

⁴⁸ Também conhecida como Lei da Saúde Mental, Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei da Luta Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, traz em seus artigos a importância do cuidado em liberdade e principalmente os direitos das pessoas com transtornos mentais. Mesmo com a demora de doze anos para ser promulgada, a Lei foi um marco para a Reforma Psiquiátrica para destituir manicômios e/ou hospitais psiquiátricos no país.

Ou seja, essa Resolução contempla usuários (as) que possuem algum sofrimento mental e/ou fazem uso problemático de álcool e outras drogas e, com isso, terão seu cuidado direcionado a RAPS do território, cumprindo o que a Lei Nº 10.216 ordenou em 2001. Mesmo após um processo judicial histórico, demorou-se mais de duas décadas para fazer cumprir o que a Lei 10.216 faz prevalecer: o acesso do *louco* e seu direito de cuidado pela sua área de circulação e vivência.

Com isso, as pessoas com sofrimento mental e/ou em uso de álcool e outras drogas que estiverem sob custódia deverão ser encaminhadas e vinculadas às RAPS e RAS de seus respectivos municípios, utilizando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁴⁹ como importante instrumento de ligação de cuidado. Contudo, em Belém, o Estado do Pará distribuiu a gerência dos SRT para uma comunidade terapêutica^{50,51}, cujo histórico é de violência contra os direitos humanos e que possui, uma instituição psiquiátrica operando a quem possui sofrimentos mentais e/ou estão em uso prejudicial de álcool e outras drogas. A existência de um hospital psiquiátrico em Belém é contrária a uma Lei Municipal⁵² que proíbe a construção de entidades manicomiais.

A oferta de cuidado a pessoas que são consideradas *loucas* ou *drogadas* não é condicionada ao aprisionamento em instituições que violam os direitos humanos e que não deveriam fazer parte da rede de atenção à saúde. Uma das soluções está em aprimorar, construir e fortalecer mais CAPS em todas suas funcionalidades – infante juvenil, adultos e álcool e outras drogas –, além de fortalecer a atenção básica para o atendimento inicial de saúde mental, bem como outros dispositivos de cuidado. Um dos princípios e diretrizes da Resolução Nº 487 relata o direito:

⁴⁹ Criado pela Portaria Nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 os Serviços Residenciais Terapêuticos são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”. (Brasil, 2000, p. 1).

⁵⁰ No Diário Oficial do Estado do Pará Nº 35.442, no dia 01 de junho de 2023, foi publicado que a Clínica Médica Voo da Liberdade foi a empresa contratada em “administração para a implantação/implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, incluindo estrutura física, mobiliários, utensílios domésticos, roupas de cama, mesa e banho e serviços de cuidadores e enfermagem voltados para o gerenciamento de Serviço Residencial Terapêutico — SRT que visam atender aos usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos” (Brasil, 2023a, p. 31).

⁵¹ No Diário Oficial do Estado do Pará posterior, nº 35.443 de 21 de junho de 2023, a Voo da Liberdade mais uma outra associação é contratada pela Secretaria de Estado de saúde do Pará (SESPA) para o “o suporte de 40 (quarenta) leitos/1.200 diárias/mês de Psiquiatria, e as mesmas servirão de retaguarda para a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), e eventuais demandas oriundas da saúde mental no âmbito da SESPA/PA”. (Brasil, 2023b, p. 35).

⁵² A Lei Nº 7892 de 07 de julho de 1998 dispõe sobre a Assistência Psiquiátrica e a Regulamentação dos serviços de saúde mental que fica “proibido no Município de Belém a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e instituições manicomiais de atenção em saúde mental, público, privados e filantrópicos e contratação e financiamento pelo Setor Público de leitos nesses estabelecimentos”. (Brasil, 1998a, p. 1).

À saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos. (Brasil, 2023, p. 7)

Em nível municipal, em alguns momentos no serviço do CAPS AD II, tivemos problemas de várias naturezas: operacionais, estruturais, empregatícios e financeiros. Como exemplo, em um dos grupos realizados pela GAM, vamos perceber a relação de vínculo dos (as) participantes no grupo, após uma “intervenção” ocorrida pelo *nível central*, SESMA, em uma das realizações do Grupo GAM. Com a participação de usuários (as) e trabalhadoras do serviço, próximo ao Carnaval de 2023, um usuário, homem branco, estava relatando sobre o que significa *Saúde Mental* e como começou a usar drogas. Assuntos que merecem atenção do grupo participante e respeito e sigilo pelas suas vivências. Inesperadamente, sua fala é interrompida por uma pessoa da SESMA que entrou na sala em que estava acontecendo o grupo, acompanhada de várias pessoas caracterizadas com símbolos carnavalescos e fantasiadas.

Traziam em um estandarte a frase “*Carna Mental*” e com danças e apetrechos, nos pediam para começarmos uma oficina para produção de roupas para o desfile de Carnaval que iria acontecer em um evento da SESMA. Ao acontecer isso, todos (as) que estavam participando do grupo se retiraram da sala imediatamente e ao caminhar em direção a saída, um outro usuário, homem negro, comenta: “*eu não vou participar desta oficina, eu vim para a GAM*” (*Informante E.C., 2023*).

Inicialmente, ninguém havia se negado meramente a participar da oficina que estava prestes a acontecer. A questão não foi essa. Não houve negociação e diálogo de quem pactuou a iniciação da oficina justamente no horário do Grupo GAM. Possivelmente foi uma oficina orquestrada há dias e não houve comunicação horizontal. Percebemos que houveram comunicações verticais: quem manda ordenou a realização da oficina e quem participava no grupo deveria obedecer.

O movimento de fala do usuário é questionar a lógica que por muito ainda se busca quebrar no sistema capitalista: ser meros observadores de um processo que nos envolve. Para isso, é preciso haver contratação e contato entre as pessoas participantes, como mostra o Guia GAM para moderadores:

Contratação é diferente de contrato. O Grupo GAM parte, não de um contrato cujas cláusulas estão previamente definidas, mas de um processo de contratação. Com a contratação queremos valorizar e dar qualidade a construção de um contrato como produto de um processo coletivo e progressivo. Ela difere do estabelecimento de cláusulas determinadas, que impõem um sentido único e fixo às regras do contrato. A contratação é importante porque ela contribui para promover a participação, de forma gradual. (Campos *et al.*, 2014, p. 18).

A GAM é uma experiência imersiva em um contexto interno de medicalização, *capsulamento* e alienação. Discutir métodos alternativos e promover a *(des)capsulação* é obrigatório para romper ciclos de violências estruturais e institucionais. Mesmo que seja de suma importância à discussão técnica sobre usos de medicamentos e seus impactos em nossa vida, a prioridade não é o objeto – medicamento –, mas sim, o sujeito, usuário (a), que vive no território.

Vincular a GAM em um espaço da saúde que nasce a partir de lutas democráticas, de atores e atrizes que buscavam novos modelos de cuidado na saúde mental que não fossem manicômios, como o CAPS AD, é proporcionar lateralidades de cuidado, como as assembleias. Em uma das participações no grupo GAM, um usuário solicita o retorno das assembleias, como demarcar um espaço de pertencimento: *“aproveitando o momento do grupo, eu quero dizer para solicitarmos uma assembleia. Não podemos se prejudicar por pessoas que não querem ser tratadas. Isso aqui é para nós.”* (Informante R.G, 2023- homem negro).

Como parte da redemocratização e pela RP, as assembleias fazem parte de um modelo democrático e antimanicomial de cuidado em liberdade, sendo um espaço em que participa ativamente quem está no serviço, como equipe multiprofissional e principalmente, usuários (as) e familiares: *“Assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares”*. (Brasil, 2015, p. 13).

Logo depois, outro usuário relembra que antigamente no CAPS AD *“existiam grupos autônomos conduzidos por usuários do serviço e que estes coordenavam o andamento e a realização das atividades”* (Informante P.H, 2023- homem branco). Isso permitia uma sociabilidade coletiva entre diferentes sujeitos, garantindo seu protagonismo e vinculação ao serviço. Reviver a realização de assembleias é fortalecer pertencimentos a sujeitos que historicamente são marginalizados pelo Estado, fortalecendo o território do CAPS AD como um espaço plural e *div3rsificado*. Nesse caminho seremos fiéis ao que preconiza a Política Nacional de Humanização:

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos. (Brasil, 2004, p. 7).

A partir disso, é de suma importância que faça valer as vozes de usuários e usuárias que estão *capsulados* ou *(des)capsulados* pelo sistema, a fim de favorecer a troca de saberes – entre profissionais e familiares –, constituindo a Humanização⁵³ como “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios”. (Brasil, 2004, p. 8).

Ao propor a GAM como uma pesquisa-intervenção em um serviço de álcool e outras drogas no Município de Belém, terra cabana e de origem Amazônida, introduzimos novas formas de cuidado com “o *louco*, o *drogado* e o *viciado*”. *Destrinchando* essas palavras estigmatizantes para destacar que somos antes de tudo pessoas, cidadãos e cidadãs com direitos e deveres e que merecem ser tratados com respeito e dignidade. Merecem também um tratamento adequado e um caminho assistencial seguro para a construção de projetos de vida, fazendo uso ou não de drogas, pois o que importa é o sujeito.

É restabelecer o CAPS AD como um serviço antimanicomial de portas abertas a quem necessita de tratamento, promoção e recuperação da saúde, ao perceber que “*O CAPS AD é além de medicamentos*”. (Informante R.G, 2023- homem branco).

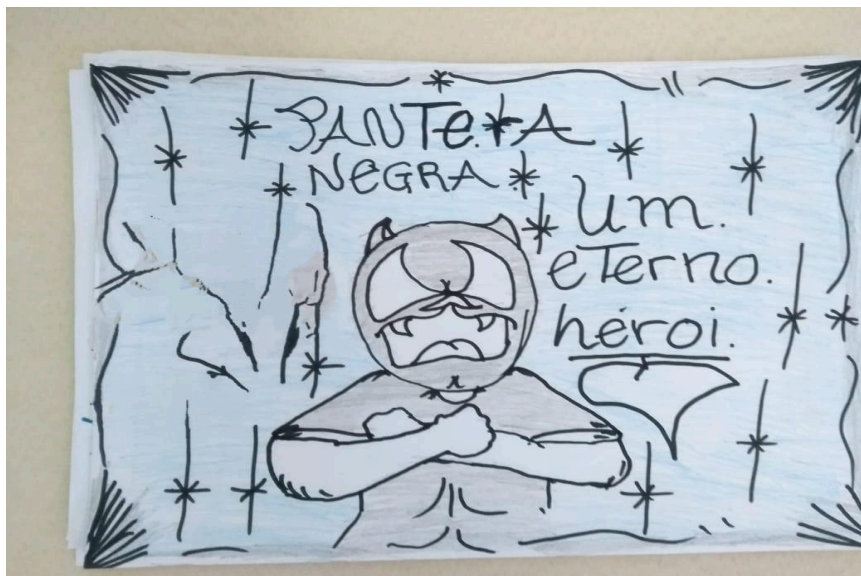
No último capítulo, iremos analisar os dados encontrados durante a pesquisa realizada no CAPS AD. Emprestamos a música *Princípio*, do rapper brasileiro Emicida, para confluir com nossas análises. Os resultados encontrados foram divididos em quatro seções: 1) a GAM entre: luta antimanicomial, territorialidade e assistência farmacêutica; 2) a GAM entre: medicamentos, proibicionismo e redução de danos; 3) a GAM na encruzilhada com o SUS; 4) arte *marginalizada*.

6 CAPÍTULO 4: “TUDO QUE NÓIS TEM É NÓIS”⁵⁴

⁵³ Para saber mais sobre a Política Nacional de Humanização, foi criado a Rede HumanizaSUS! com o objetivo de aproximar e compartilhar narrativas sobre modos *div3rsos* de fazer acontecer o SUS. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/>. Acesso em: 22 mar. 2025.

⁵⁴ 1 vídeo (5 min 55seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kjggvv0xM8Q>. Acesso em: 10 out. 2024.

Figura 2 – Pantera negra



Fonte: arquivo pessoal

DISFARCES

Alisar os cabelos, tirar a sobrancelha, curvar os cílios, clarear os dentes, fazer marquinhos na laje.

Todas as semanas passamos horas, olhando para o espelho, e nos preparando, para a escola, trabalho ou quem sabe um encontro.

Não há absolutamente nada de errado, em realçar a beleza, mais estamos apenas valorizando, o que vemos no reflexo.

Estamos construindo, uma máscara, que possa cobrir o que, achamos que não será, aceito pelo mundo lá fora ou seja as pessoas.

Assim como um palhaço, usamos a maquiagem para nos tornar outra pessoa, muito distante de se usar um batom, ou tingir os cabelos, nossas máscaras tentam, encobrir quem somos de verdade.

Maquiagem cobre aquilo que ainda, não superamos, que sabemos ou achamos ser importante, o que temos medos de contar para os outros.

Nossa máscara encobrem, nossas vergonhas, nossas fraquezas e abafa o nosso potencial, encobre tudo o que, nos somos, esconde o brilho que podemos oferecer.

Oculto a luz que podemos, mostrar ao mundo, censura a história, que nos individualiza, a qual se compartilha e nos conecta intimamente com os outros.

A minha máscara abafa, o meu comportamento, depois de me afastar das drogas, encontrei coragem para terminar o ensino fundamental e médio no período de um ano.

Então escolhi usar uma nova máscara, uma máscara que cobre as minhas cicatrizes, me aproxima dos outros, me liberta para alcançar a superação e foco.

Eu não só tentei, como eu consegui, não sou mais imatura, não sou mais perigosa, não sou mais uma idiota, ler e meu mecanismo para combater, as dificuldades.

Desejo ser aceita, viver intensamente, ser vista como uma grande escritora, e ser amada por Deus. (Informante N.B, 2023- mulher negra).

Começar esse novo capítulo traz para a minha pesquisa o ponto máximo da realização das atividades com o Grupo GAM, realizado desde 2022, em um espaço contra a lógica manicomial do Estado e que resiste em meios a violências institucionais e estruturais.

Utilizamos a imagem feita por um dos participantes da pesquisa, homem branco, que desenha e identifica o Pantera Negra como um eterno herói, seja pela sua representatividade, seja pela sua força. O protagonismo de usuários (as) na pesquisa terá bastante destaque neste capítulo, na qual dividimos em quatro seções, para contemplar nossas análises. Em especial, a última seção denominada *arte marginaliza* trazemos desenhos construídos pelos principais protagonistas dessa pesquisa: usuários e usuárias de álcool e outras drogas. Suas artes foram construídas ao longo da implementação da pesquisa com a GAM no CAPS AD II.

Em seguida, trazemos o poema de uma outra participante do grupo, intitulado “Disfarces”. A autora, que é poeta, mãe preta, artista, usuária de drogas e escritora, possui um compilado de obras escritas e durante a pesquisa no CAPS AD, em que a usuária participava como informante, foi programado o lançamento de seu livro de poesias, que a autora queria lançar dentro do serviço, para inspirar outros usuários (as) a perceber suas potencialidades para além do uso das drogas. Considero que o vínculo criado com a usuária, como trabalhador outrora como pesquisador, possibilitou a organização para esse lançamento, que por intempéries da vida, acabou não se realizando. O *disfarce* intitulado pela autora é decorrente de um passado que foi marcado por violências físicas e mentais e mesmo assim, isso não a definiu. Não impõe a paralisação da vida. São marcas que ficarão para sempre, porém, isso não a interrompe de prosseguir. Pros-se-guir além de uma usuária de drogas: escritora, poeta, percussionista e musicista.

Invocar a música do rapper brasileiro Emicida para compor este capítulo, subdividido em quatro seções, contextualiza inicialmente os resultados que irão aparecer a partir de nossas análises críticas nas atividades desenvolvidas com usuários e usuárias, familiares, servidores e gestão (as) do CAPS AD II. Escolhemos algumas notas referentes a música *Principia* do rapper Emicida ao desenlace com nossa pesquisa, a partir de nossos resultados encontrados no grupo GAM: “*tudo que nós tem é nós*”, “*Deus, por que a vida é tão amarga na terra da cana-de-açúcar?*”, “*cale o cansaço, refaça o laço, e ofereça um abraço quente*”, “*Paz não se constrói com tiro mas eu miro, de frente a minha fragilidade*”, “*já não está mais perdido o elo, o amor é o segredo de tudo e eu pinto tudo em amarelo*”, estrofes com significados que foram cuidadosamente analisadas, considerando além da criticidade, a subjetividade e as narrativas presente nas rodas de atividades do grupo GAM, ao dizer que “*todo mundo é um*”.

A maioria dos participantes do Grupo GAM com o qual trabalhamos no CAPS AD II durante esta pesquisa foram homens, com idade superior a 30 e inferior a 60 anos, constituindo-se pela maioria da cor negra. Durante a realização da pesquisa tivemos pouca

vinculação de mulheres, sendo formadas por no mínimo cinco, sendo a maioria da cor negra. Sobre a condição socioeconômica, a grande maioria estava em situação de vulnerabilidade, tendo a rua como espaço de moradia temporária. Tivemos pouca adesão de servidores (as) do CAPS AD, com pouca participação destes e da gestão. A presença de familiares durante a realização da pesquisa ocorreu com frequência, sendo de destaque a presença de esposas, irmãos e pais. Aqui destaco a participação do *Informante S.S*, homem negro, *que* sempre trazia sua esposa para o grupo e ambos participavam ativamente de sua realização.

Dividimos esse capítulo em seções para contemplar alguns recortes das falas, sentimentos, sentidos e pertencimentos dos participantes da pesquisa, entendendo que essa dissertação não teria espaço e tempo suficiente para englobar todas as falas e atividades desenvolvidas durante a pesquisa. Assim sendo, as seguintes seções dizem respeito com os nossos objetivos específicos descritos em nossa pesquisa, a saber: 1) buscar novas alternativas para desmedicalização através da implementação do Grupo GAM; 2) promover o debate sobre as múltiplas substâncias utilizadas pelos participantes do Grupo GAM; 3) trabalhar a perspectiva de uma lógica antirreducionista e autônoma para promover crítica à medicalização da vida e, 4) disseminar o Guia GAM.

Tendo como base nossos objetivos específicos, nossas análises irão se debruçar sobre temas que envolvem a Redução de Danos e a GAM como uma alternativa terapêutica a *capsulação* de drogas psicotrópicas, além do aparecimento de violências como racismo, *abuso sexual* e machismo, fortalecimento da Reforma Psiquiátrica com autonomia dos sujeitos no CAPS AD e, a criminalização de usuários e usuárias que fazem uso de álcool e outras drogas de forma prejudicial.

Temos com isso a importância da fala, coletividade e vínculo que irão aparecer constantemente em nossos resultados, a partir de saberes compartilhados entre diferentes atores e atrizes, condizente com um dos princípios da luta antimanicomial: “*Reforma Psiquiátrica não é para reformar as pessoas e, sim, o sistema*”. (*Informante S.A, 2022-homem negro*).

6.1 A GAM ENTRE: LUTA ANTIMANICOMIAL, TERRITORIALIDADE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Figura 3 – Marcha em defesa da luta antimanicomial em Belém do Pará pela Liga de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental (LAFASM).



Fonte: arquivo pessoal (2019).

Hoje eu to um luxo, antes era um lixo. Agradeço a luta antimanicomial por acreditar em mim e não desistir. (Informante H.T, 2023- homem branco.).

Iniciamos essa seção com a informação do Conselho Federal de Farmácia⁵⁵ (CFF) sobre o aumento expressivo de medicamentos psicotrópicos no Brasil, como antidepressivos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes e antiepiléticos. Ao comparar os anos de 2019 a 2022, houve um aumento de 36% de consumo destas medicações, que tiveram, entre outros fatores, sua relação com a crise sanitária mundial da Covid-19. Mesmo com um fator agravante que era conviver com a pandemia mundial em um contexto de inseguranças, falta de assistência e iniciativas governamentais, a população brasileira se viu direcionada a apostar em alternativas farmacológicas, seja diretamente pelas ações federais em utilizar

⁵⁵ Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psi-quiatricos-disparam-na-pandemia>. Acesso em: 17 mar. 2025.

medicamentos ineficazes contra a Covid-19⁵⁶ ou indiretamente como uma alternativa à sobrevivência, que pudesse passar por essa fase que geraria adoecimentos, tensões e insalubridade.

Em abril do ano de 2024, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicou uma Resolução que dispõe sobre o não reconhecimento de CT'S como forma de atendimento a demandas assistenciais de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas como organizações e entidades não presentes no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, por isso, não deveriam receber verbas governamentais. A Resolução Nº 151 de 23 de abril de 2024 traz em sua redação: (Escola Livre de Redução de Danos, 2024, p. 1):

- Art. 1º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e/ou assessoramento e/ou atuam na defesa e garantia de direitos aos beneficiários abrangidos pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

- Art. 2º O reconhecimento das entidades e organizações de assistência social como integrantes da Rede Socioassistencial do SUAS ocorre em dois níveis obrigatórios:

I - Inscrição nos conselhos de assistência social dos Municípios e Distrito Federal;

II - Cadastro concluído no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (CNEAS).

- Art. 3º As ofertas do SUAS são regulamentadas pela:

I - Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais;

II - Resolução CNAS nº 27, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o assessoramento e a defesa e garantia de direitos;

III - Resolução CNAS nº 33, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre a promoção da integração ao mundo de trabalho;

IV - Resolução CNAS nº 34, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiências e a promoção de sua integração à vida comunitária.

⁵⁶ Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55747043>. Acesso em: 17 mar. 2025.

Devido as CT'S não respeitarem os artigos 1º, 2º e 3º da referida Resolução, elas não deveriam ter seu credenciamento em Conselhos de Assistência Social nos Municípios e Distrito, impedindo o recebimento de investimento e financiamento de verbas públicas, por não respeitarem a legislação e não serem entidades de cuidado e/ou recuperação da saúde à sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Diante disso, nos perguntamos: o que o aumento de uso de medicamentos psicotrópicos e o posicionamento do CNAS sobre não reconhecimento de CT'S como entidades doravante de recursos públicos a usuários (as) de álcool e outras drogas se relaciona com essa seção? Qual a relação entre esses atravessamentos com as atividades realizadas no Grupo GAM? Qual ou quais suas implicações? Analisaremos a partir de então, através de vidas narradas aqui, como se deu esse processo de dialogar com as questões da luta antimanicomial, territorialidade e assistência farmacêutica.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial produzem cisões no modelo biomédico neoliberal e medicalizante desde a década de 70, consolidando como força principal o protagonismo de sujeitos com sofrimentos mentais que estivessem institucionalizados em manicômios, destituindo-os de seus direitos e deveres como cidadãos e cidadãs. Um dos exemplos disso é quando Franco Basaglia, um dos principais nomes da reforma de saúde mental da Itália, visitou um dos hospitais psiquiátricos que ainda operavam no Brasil na década de 70: “estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. (Arbex, 2013, p. 15).

Basaglia estava se referindo ao Hospital Colônia, que ficava em Barbacena, Minas Gerais, local que foi depositário para aqueles e aquelas que eram considerados depravados (as), doentes ou, simplesmente, não condizentes com a dita “normalidade”: prostitutas, negros, pessoas com deficiência, mulheres, usuários (as) de drogas entre outras. Estima-se que houve mais de 60 mil mortes internamente nesse hospital, internados à força devido a certas “desobediências” contra o Estado regulamentador, fascista e criminalista que, naquele tempo, estava sob uma Ditadura Militar:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (Arbex, 2013, p. 13-14).

O manicômio se expressa como ator principal em um modelo que exclui, inviabiliza, separa e medicaliza, atuando com ações punitivas a quem desobedece a norma regulamentadora de se viver. Um viver ilusório pois, o capitalismo não nasceu para unir os povos e sim, se desenvolveu para garantir a sobrevivência a quem se adaptasse a “normalidade” de viver em uma sociedade consumista em que o mote é a disputa entre indivíduos. Temos então que “a violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequências da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da ‘culpa’ e da ‘doença’, no das outras”. (Basaglia, 2005, p. 94).

Um dos principais nomes que contribuíram para o nascimento da luta antimanicomial brasileira é o martinicano Frantz Fanon, que em 20 de julho de 2025, completa 100 anos de seu nascimento. Fanon, homem africano e nascido em uma antiga colônia francesa em um país chamado Martinica, foi um dos responsáveis a liderar o movimento revolucionário na Argélia, país que atuou como médico chefe em um hospital psiquiátrico.

Fanon foi um importante intelectual negro que pelas suas escritas denunciou a perversidade do colonialismo perante sua dominação a povos colonizados, trazendo toda a miséria e violência que caracterizava esse regime excludente. Como psiquiatra, revolucionou o modelo de cuidado aos *loucos* internados no Hospital Psiquiátrico Blida-Joinville como a retirada da camisa de força, a liberdade para sair e entrar nas alas e “substituiu a separação racial das alas por outra que considerasse o grau de sofrimento psíquico do paciente, aglutinando árabes, berberes e franceses nas mesmas alas”. (Faustino, 2018, p. 69).

Porém, passados três anos no cargo de médico chefe, Fanon, como revolucionário, escreve sua própria carta de demissão e enviou ao então Ministro Residente Governador Geral da Argélia, denunciando o modelo psiquiátrico atuante como uma ferramenta de controle, desumanização e violência:

Sr. Ministro,

A meu pedido e por portaria datada de 22 de outubro de 1953, o Sr. Ministro da Saúde Pública e da População quis pôr-me à disposição do Sr. Governador-Geral da Argélia para ser afetado a um hospital psiquiátrico da Argélia.

Colocado no Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville a 23 de Novembro de 1953, desde essa data exerço aí as funções de médico-chefe de serviço.

Embora as condições objetivas da prática psiquiátrica na Argélia constituíssem já um desafio ao bom senso, pareceu-me que se deviam envidar esforços para tornar menos vicioso um sistema cujas bases doutrinárias se opunham quotidianamente a uma perspectiva humana autêntica.

Durante quase três anos dediquei-me totalmente ao serviço deste país e dos homens que o habitam. Não poupei nem os meus esforços nem o meu entusiasmo. Nada houve na minha ação que não exigisse como horizonte a emergência unanimemente desejada de um mundo válido.

Mas que significam o entusiasmo e o cuidado pelo homem, se diariamente a realidade é tecida de mentiras, de covardias, de desprezo pelo homem?

De que servem as intenções, se a sua encarnação é tornada impossível pela indigência do coração, pela esterilidade do espírito, pelo ódio aos autóctones deste país?

A loucura é um dos meios que o homem tem de perder a sua liberdade. E posso dizer que, colocado nesta intersecção, medi com horror a amplitude da alienação dos habitantes deste país.

Se a psiquiatria é a técnica médica que se propõem permitir ao homem deixar de ser estranho ao que o rodeia, devo afirmar que o Árabe, alienado permanente no seu país, vive num estado de despersonalização absoluta. (Fanon, 2020, p. 292-293).

Observemos que mesmo Fanon exercendo poder em um cargo de Médico Chefe em um Hospital Psiquiátrico isso não o impediu de deixar o cargo e, escrever uma carta de cunho próprio ao Ministro Governador Geral da Argélia *executando* sua demissão e exacerbando o modelo manicomial do Hospital Psiquiátrico com grande função do Psiquiatra: “o psiquiatra é o auxiliar da polícia, o protetor da sociedade contra (...). Quando o doente deixa o estabelecimento psiquiátrico sem a anuência do médico, há uma série de consequências a enfrentar”. (Fanon, 2020, p. 276).

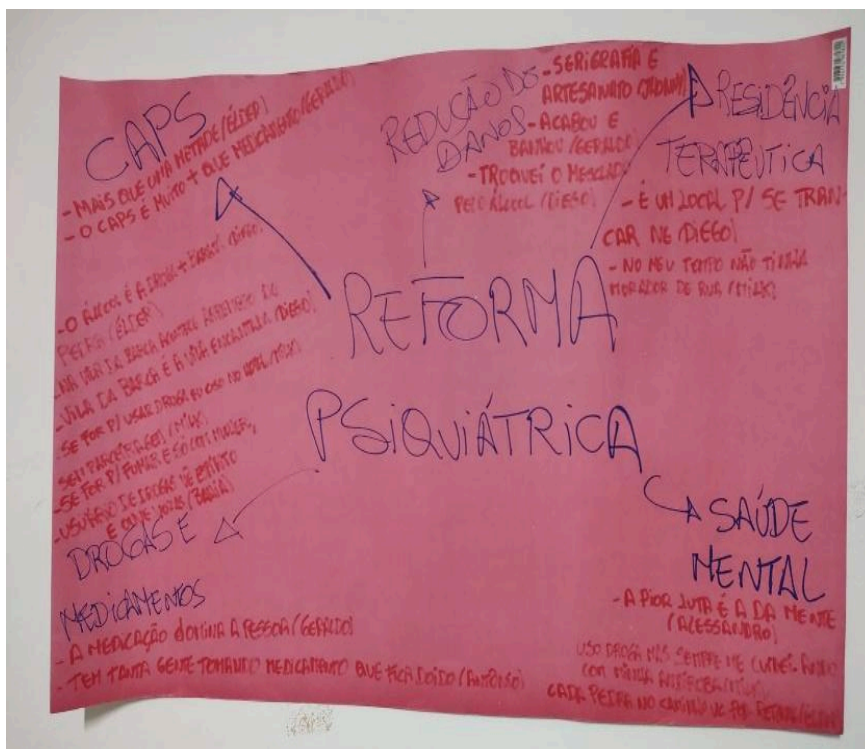
Em uma das atividades no Grupo GAM, ao discutirmos sobre Reforma Psiquiátrica e qual seu significado para cada participante, um usuário comenta: “*Reforma Psiquiátrica é todo o cuidado que não gera violências. O medicamento só tem efeito devido à consciência que cada um tem*”. (Informante S.A, 2022- homem negro). Para o usuário S.A, a RP é um movimento que se articula no social e que em nenhuma hipótese deve gerar violências. Não deve existir nenhum tipo de violência a quem está sob cuidados em um espaço de saúde mental. O medicamento é eficaz no corpo de cada pessoa a partir da não violência e da “consciência” de cada um.

Durante a realização desse encontro, foi realizada uma atividade interativa para quem participava do grupo GAM. A primeira parte do Guia GAM para usuários (as) é perceber se os (as) participantes conhecem os diferentes dispositivos da RAPS presentes em seus territórios. A pergunta que surge é se conhecem sobre a Reforma Psiquiátrica, os CAPS, Residências Terapêuticas entre outras (Campos, 2012a). Nos aperfeiçoamos nessa pergunta e construímos uma cartolina presente a seguir, na figura 4.

Nessa cartolina, colocamos na parte central “Reforma Psiquiátrica” que se ramificou em cinco instrumentos e ferramentas importantes da RP: “Saúde Mental”, “Redução de Danos”, “Residência Terapêutica”, “CAPS” e “Drogas e Medicamentos”. Pedimos que os participantes escrevessem em cada ramificação, o que entendiam sobre cada frase. Uma

palavra. Uma experiência sentida nesses espaços. Ao final da iniciativa se percebeu uma grande rede formada, unindo todos os dispositivos ancorados pela Reforma Psiquiátrica.

Figura 4 – Reforma Psiquiátrica



Fonte: arquivo pessoal (2023).

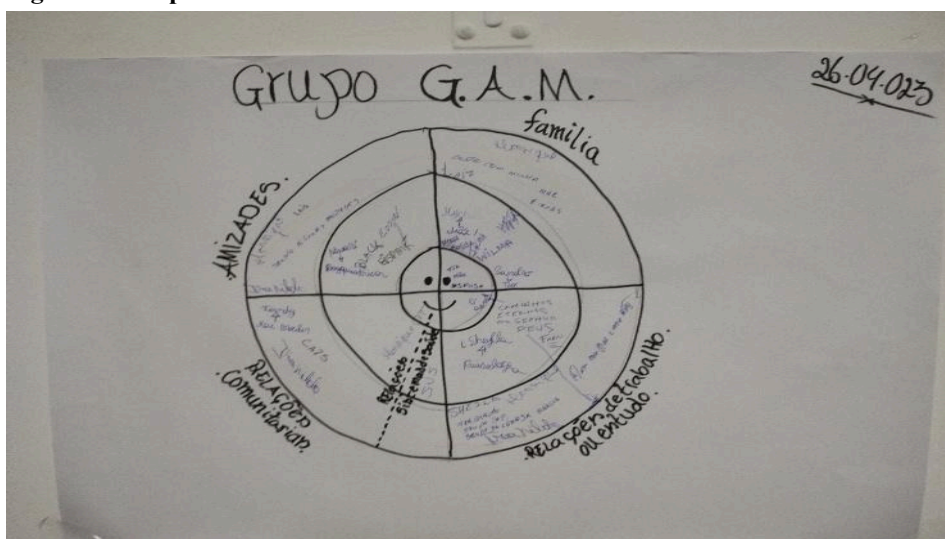
No final dessa atividade, um usuário que havia levado seu violão para o grupo GAM, começou a dedilhar o instrumento e cantar para quem estava na atividade. Imediatamente, todos que participavam do grupo começaram a cantar. Não estávamos em sintonia. Cada um cantava à sua maneira e como sabia. Alguns batiam palmas. Outros, olhavam atentamente para aquele usuário ao tocar o violão como se estivesse imaginando tocando o mesmo instrumento. Ao terminar o grupo, um usuário sugeriu que fizéssemos um calendário de aniversariantes e que ao final de cada mês, o grupo comemorasse e partilhasse a felicidade em coletivo.

Esse recorte demonstra o potencial do dispositivo GAM que é de unir, de permitir um espaço para a grupalidade, para o pertencimento, para a palavra e para a escuta, sem hierarquia entre quem profere o discurso. Na verdade, não é preciso nem estarmos afinados no mesmo tom, como no momento da cantoria, mas respeitarmos a pluralidade de sonoridades possíveis.

Em uma outra atividade da semana posterior, avançamos com o Guia GAM e demos o início com o “segundo passo”. Como a GAM é uma proposta *rebelde e revolucionária*, ela não se encaixa burocraticamente organizada e construída. Ela é projetada para ser *(des)capsulada* e refeita no coletivo, a partir de sujeitos que possuem particularidades *div3rsas*. Nesse passo, os participantes responderam perguntas direcionadas a si mesmos: quais eram as atividades no dia a dia, o que gostavam de fazer, o que gostaria de mudar em sua rotina, o que gostaria de fazer, mas não faziam entre outras (Campos, 2012a).

Neste passo, montamos uma outra cartolina. Como mostrado na figura 5 a seguir, é a construção de um mapa da rede social que é ilustrado no Guia GAM para usuários (as). Nesse mapa, desenhamos quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho e/ou estudo e relações comunitárias. No centro da cartolina, uma carinha feliz. Orientamos os participantes que quanto mais chegasse perto da carinha feliz, mas a pessoa tinha proximidade com o serviço.

Figura 5 – Mapa de minha rede social



Fonte: arquivo pessoal (2023).

Cada participante pôde colocar o seu grau de proximidade com o serviço e de vínculos que possuem com pessoas, sejam elas profissionais do próprio CAPS AD ou externas ao serviço. A proximidade do grupo com usuários (as) ao abordar a GAM como uma estratégia não para interromper o uso de medicamentos, mas para valorizar a autonomia que cada sujeito deve ter consigo mesmo, para além do tratamento, permitiu que os vínculos se fortalecerem. Um usuário, ao identificar na roda GAM outro usuário que estava temporariamente em uma residência terapêutica, na qual este já passou algumas vezes – Unidade de Acolhimento

Adulto – relata: “A UAA e o CAPS AD servem para retornar a autonomia dos usuários na sociedade”. (Informante S.A, 2023 – homem negro). Autonomia. Um conceito muito importante para ser antimanicomial e ofertar o cuidado em liberdade.

Em uma frase o usuário S.A uniu dois serviços extremamente importantes resultados da efetivação do cuidado em liberdade no Brasil: UAA e CAPS AD. Dois serviços que fizeram/fazem parte de sua relação social de vida. Entender um dos princípios da GAM – autonomia – é garantir a plena efetivação dessa ferramenta ao promover o cuidado em liberdade. A autonomia não é ligada a práticas singulares e individualistas. Está associada ao coletivo, ao compartilhamento da expertise que cada sujeito possui, o que é unicamente vivido, mas coletivamente sentido:

Para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar, umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos: para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Por isso, os usuários devem ser considerados protagonistas e *corresponsáveis* (responsáveis junto com os profissionais) pelo tratamento que seguem. Eles devem ser considerados capazes de compartilhar as decisões sobre o próprio tratamento, inclusive sobre o uso de seus medicamentos. (Campos *et al.*, 2014, p. 10).

Autonomia também é garantia ao direito de usar ou não o medicamento, uma decisão que deve ser primordialmente do sujeito e apoiada pela equipe multiprofissional. Veremos na seção seguinte “A GAM entre: medicamentos, proibicionismo e redução de danos”, experiências de usuários (as) que interagiram medicações psicotrópicas com outras drogas ilícitas e resultou em acidentes pessoais e, como a GAM, se tornou um instrumento de Redução de Danos para a interação entre medicamentos e drogas.

Essa autonomia produzida em um espaço de saúde mental e que resiste aos manicômios é um modelo que potencializa a permanência desses sujeitos que estão além do uso de drogas. Em uma sala ocorrendo o grupo de Gestão Autônoma da Medicação, uma vez na semana, é suficiente para provocar cisões entre saberes “soberanos” normalizados em uma sociedade manicomial. Entretanto, como podemos *enegrecer*⁵⁷ a autonomia de usuários e usuárias em um CAPS AD, majoritariamente formado por pessoas negras, perante o desejo do Estado em marginalizar sujeitos? Como podemos superar essa tendência segregacionista e criminalista do Estado?

Uma solução é apostar no território. Um território além da dimensão geográfica. Um espaço que pluraliza sujeitos e se move a partir de sua ancestralidade. Para David (2023) é

⁵⁷ Ao invés de *esCLAREcer*, é preciso *ENEGRECER* ideias.

indissociável pensar a questão racial separado da composição espacial. Mais do que um compilado de limites geográficos é importante reconhecer o território como um fator primordial para a garantia de direitos.

Santos (2002) afirma que os territórios precisam ser pensados a partir de nossas heranças do passado que se manifestam na vida material das pessoas, influenciando, subjetivamente, a relação de organização do espaço geográfico. É necessário a efetivação de territórios vivos que estabeleçam relações sociais e suas dinâmicas se operem a partir de subjetividades de cada sujeito presente no território. Pode se fazer presente em um território vivo o CAPS AD, a panificadora que o usuário toma café todo dia, as linhas de ônibus e onde vive.

Para Guattari (1990) existe a concepção da ideia de territórios existenciais, que são espaços individuais ou coletivos em que a subjetividade de cada sujeito vai circular a partir da relação que cada um possui com o outro: “são territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si”. (Brasil, 2013, p. 35). Trabalhar nessa concepção existencial é se deslocar de um cuidado prescritivo e produtor de procedimentos para um cuidado que integre vínculo, acolhimento, liberdade, protagonismo e autonomia para o usuário e a usuária em seu tratamento.

Assim, podemos afirmar que a GAM participa desse território existencial pois se reconfigurou a cada reunião com usuários (as), familiares, trabalhadores (as) e gestão. Mesmo que o Guia GAM seja de fundamental importância para nortear os passos da Gestão Autônoma da Medicação, é no território-vivo, território-existencial que a GAM será pensada, organizada e realizada. Escutando esse território e os saberes que dele emanam, para de forma coletiva organizar as formas de luta por uma vida digna e mais plena, potencializando assim, o poder da fala e da escuta.

Participar de um coletivo de usuários (as) *insurgentes* para o Estado em um CAPS AD é resistir diariamente ao modelo de morte que este ente federativo opera: uma morte prescritiva e *capsulada*.

Na prática, não há grande diferença entre gestões de esquerda e direita. O Estado é um ambiente colonialista. Um ambiente colonialista e abstrato. Não existe governo bom para Estado ruim (...) qualquer Governo que governar este Estado será um governo colonialista, porque o Estado é colonialista. (Santos, 2023, p. 74).

Em uma atividade com a GAM, um usuário comenta que passou por outro dispositivo de álcool e outras drogas em Belém e ao saber dessa informação, outro usuário também

comenta que esteve no mesmo espaço. Vejamos o que diz o *Informante M.A.*: “*eu estou nesse CAPS AD há 01 ano e 4 meses e quando mais novo, passei pelo CAPS AD Marajoara*”⁵⁸ (*Informante M.A, 2023- homem branco*). Ao ouvir essa informação, outro usuário comenta: “*também já fui atendido quando criança no Marajoara também*” (*Informante M.B, 2023- homem branco*). Quando o usuário M.A escutou essa fala, o grupo se tornou mais dinâmico, fluido, como uma água escorrendo no seu curso. Mesmo que os usuários tivessem seu tratamento vinculado ao CAPS AD, este não foi o vínculo que serviu para os dois se aproximarem. Não foi a experiência e o desejo de iniciar o tratamento contra o uso *problemático* das drogas. Não foram as violências que sofreram durante a vida. O que aproximou os dois usuários foi o território que ocuparam. Um território que demarca a vivência singular de cada um, mas compartilhado no Grupo GAM.

Quando falamos de território-vivo, território cabano, território amazônico, é essencial falarmos que neste território, ocupa-se majoritariamente, a população negra. E uma das alternativas para que haja confluência entre território e população negra é adotar mecanismos de fusão entre esses dois marcadores. Uma alternativa, é apostar no aquilombamento (David, 2023). Em um serviço de saúde mental que é radicalmente contra os manicômios e direciona seu serviço a usuários de álcool e outras drogas – uma população criminalizada e estigmatizada pelo Estado – composta em sua grande maioria por pessoas negras, pobres e periféricas, é necessário que uma das linhas de cuidado seja em direção ao enfrentamento do racismo e marginalização.

Se a dimensão ético-política da luta antimanicomial pode acolher os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência, pode-se dizer também que para a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial ou, dito de outro modo, para uma desinstitucionalização racializada, faz-se necessário o que aqui se denominou de “aquilombação” dos CAPS, de um convite a aquilombar-se. Afinal, um dos primeiros territórios do Brasil a acolher os ditos revoltos, escravos, fugitivos, selvagens, perigosos, anormais, loucos, prostitutas (os) e alcoólatras, entre outros indesejáveis, foram os quilombos, com princípios já reformistas (para a época e para a contemporaneidade), que visavam (e ainda visam) liberdade, luta, emancipação, dignidade humana, direitos culturais, demarcações de terra para moradia, entre outros princípios igualitários e de cidadania. (David, 2023, p. 146).

Fundamentar o conceito de território junto à emancipação negra é uma das formas de se aquilombar. É necessário *enegrecer* as linhas de cuidado que circulam pelo serviço de

⁵⁸ Como dito anteriormente, O CAPS AD Marajoara é um serviço de álcool e outras drogas com funcionamento 24 horas, possuindo acolhimento noturno para casos que demandem observação de uma equipe multiprofissional. A responsabilidade do cuidado deste serviço é doravante do Estado, na qual junto ao CAPS AD – local da pesquisa – são os dois únicos serviços para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas para uma população de quase 1 milhão e meio de pessoas.

álcool e outras drogas, tendo consciência étnico-racial para *(des)capsular* práticas terapêuticas homogeneizadas no saber biomédico e eurocêntrico. Aquilombar-se, como princípio, é “resistir em busca libertária, abolicionista e antirracista, valorizando os aspectos territoriais e culturais da população que predominantemente tem sido vítima a lógica manicomial”. (David, 2023, p. 147).

Para finalizar essa seção, iniciaremos uma breve discussão sobre Assistência Farmacêutica (AF) e, especificamente, como esse tema atravessou uma das atividades no Grupo GAM.

A Resolução Nº 338 de 06 de maio de 2004 dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo integrante da Política Nacional de Saúde (PNS) a garantir promoção, proteção e recuperação da saúde. Por isso, a AF deve ser compreendida como “política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras”. (Brasil, 2004, p. 1). Por definição, AF é um:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2004, p.1).

Além disso:

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica⁵⁹, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (Brasil, 2004, p.1)

Ao discutir sobre uso de medicamentos e a disponibilidade destes na farmácia do CAPS AD II, um usuário pergunta se a medicação *Carbamazepina* (medicação

⁵⁹ Atenção farmacêutica é um molde de cuidado que visa a interação direta do profissional farmacêutico com usuário (a) na hora do atendimento. É o momento clínico, subjetivo e pessoal que farmacêutico (a) e usuário (a) podem se debruçar sobre o processo saúde-doença e ir além, ao discutir novas opções terapêuticas e não farmacológicas.

anticonvulsivante) chegou. Minha inserção no grupo GAM como moderador não é apenas como pesquisador-ouvinte pois, estou ali como trabalhador-observador-militante-pesquisador. Ao dizer que a medicação estava em falta, o usuário diz: “*por que eu não tô surpreso que não tem Carbamazepina?*” (risos. Informante S.A, 2024- homem negro).

O primeiro eixo estratégico que a PNAF refuta é a acessibilidade do usuário e usuária a receber a medicação. Sem esse acesso, sem a garantia da medicação gratuita, como dar continuidade em seu tratamento? Aqui não queremos trazer para a discussão o objeto medicamento a *capsular* o sujeito. E sim, a efetivação e seguridade social que qualquer brasileiro e brasileira possui por utilizar o SUS.

O acesso a medicamentos é garantia de qualquer cidadão e cidadã que reside em qualquer território do Brasil, inclusive, estando respaldado na Constituição Federal de 1988 e na Portaria Nº 1.820 de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Em um de seus parágrafos, a portaria descreve que um dos direitos de a pessoa ter atendimento adequado deve-se assegurar o “recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde”. (Brasil, 2009, p. 2)

Mesmo que a farmácia do CAPS AD II não seja de nível básico⁶⁰, qualquer medicação solicitada e dispensada é gratuita, devido ao serviço do CAPS AD ser 100% *susiano*⁶¹ e fazer parte da RAPS. Ao interromper o acesso gratuito do medicamento, o usuário ou a usuária se vê na necessidade de garantir a medicação de uma outra maneira, através de seus *corres*⁶². Estes *corres* que na próxima seção, iremos *destrinchar* como são feitos pelos usuários.

Para encerrar essa primeira análise que encontramos nesta primeira seção, iremos utilizar o primeiro estribilho da música *Principia* do Emicida, que pese pelas narrativas obtidas, na qual podemos dizer ‘*tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós*’. A declaração afetuosa do usuário ao conceituar a RP como todo cuidado que não gera violências; a coragem de outro usuário ao informar que passou por dois serviços de álcool e outras drogas distintos e a sensibilidade de outro sujeito ao afirmar que também passou pelos mesmos serviços nos direciona para um movimento de encontro: a partida que se iniciou, isoladamente, mas

⁶⁰ Para saber mais: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 15 out. 2024.

⁶¹ Carinhosamente chamado assim para descrever o SUS.

⁶² Termo utilizado na rua para conseguir comida, dinheiro, local seguro para dormir, se proteger do frio e/ou do calor entre outros.

unificou todos (as) na chegada, neste caso o grupo GAM, gerando esta possibilidade de compartilhamento e de encontro.

Construir a GAM em um território de álcool e outras drogas é resistir a processos manicomiais presentes em nossas estruturas funcionais e institucionais. O melhor método para persistir na trilha antimanicomial é efetivar a autonomia e protagonismo dos principais sujeitos do CAPS AD: usuários e usuárias.

6.2 A GAM ENTRE: MEDICAMENTOS, PROIBICIONISMO E REDUÇÃO DE DANOS

olha aqui, essa aqui é minha droga: (retira da mochila dois frascos): um frasco de copaíba⁶³ e um frasco de andiroba⁶⁷. Antes de fumar, eu tomo isso. Ela limpa todo o teu corpo, pulmão. Teve uma vez que fui na UPA e bateram raio x do meu pulmão, tava todo seco. Mostrei pra doutora que eu uso andiroba e ela me parabenizou. Tem que tomar 3x ao dia, só uma colher. Pode misturar mel de abelha, mas tem que ter cuidado para não deixar doce. (Informante A.L, 2023- homem negro).

Nesta seção nos debruçamos a analisar narrativas que surgiram nas rodas de conversa da GAM sobre o uso de medicamentos e suas interações. Veremos que pela *div3rsidade*⁶⁴ do grupo as experiências irão tomar norte de encontro ao comunicar as peripécias com o uso de medicamentos associados a drogas ilícitas e lícitas.

Discutiremos também sobre como o Estado brasileiro segue apostando em uma política proibicionista de “guerra às drogas” e como os principais efeitos dessa guerra recaem na população preta, pobre e periférica. Ainda, expressaremos a importância de políticas públicas direcionadas a mulheres, visto que, são as mais suscetíveis a sofrerem violências em uso de drogas. Em uma passagem, uma usuária expõe um depoimento comovente de sua jornada em ser mulher negra em situação de rua e usuária de drogas.

O uso de medicamentos acontece há milhares de séculos, em que alternativas para cura e tratamento de doenças eram realizadas principalmente pelo uso de plantas medicinais e outros produtos naturais. O Papiro de Ebers, no Egito Antigo, de 1500 A.C, continha mais de 700 substâncias diferentes descritas para alcançar a profilaxia. Em *div3rsos* continentes teremos o surgimento de alternativas terapêuticas contra doenças e outros agravos no corpo e na mente.

⁶³ Copaíba e Andiroba são alternativas terapêuticas comumente utilizadas no território paraense, principalmente em Belém. É utilizada para áreas inflamadas no corpo, tosse, problemas respiratórios, cicatrizante de feridas, entre outras. São plantas usadas culturalmente em nossa terra cabana sendo fruto da ancestralidade indígena.

⁶⁴ Apologia ao grupo *Div3rso* da UNIFESP.

No Brasil, por exemplo, as plantas tinham várias finalidades como por exemplo: servir para alimentos, tratamentos, curativos, estados de prazeres entre outros. Quem irá dominar esse cultivo será principalmente os povos originários do Brasil. Entretanto, devido ao processo de colonização, sofrerá diferentes violências que culminaram no extermínio de muitas etnias. Extermínio também da cultura, língua, arte e hábitos.

Em Belém, não será diferente. A utilização de partes anatômicas de animais e líquidos orgânicos de plantas medicinais por povos indígenas esteve direcionada para o tratamento de agravos físicos. Como relatado em trabalho de Mesquita; Anijar; Soler (2021, p. 2) sobre A História da Farmácia em Belém do Pará entre os períodos pré-colonial ao governo da nova república, o cultivo e uso de plantas medicinais eram *div3rsas*:

[...] Chifre queimado no qual se desenvolve amônio, serve-lhes, como se afirma, não raro com bom resultado, tal qual entre nós a Água de Luce ou amônia. Assim, emprega-se às vezes, no litoral, a ponta córnea, que arma a cauda da arraia, como antídoto, nos ferimentos feitos por esse peixe ou por picada de cobra. Com os chifres de veado, o índio⁶⁵ prepara outro remédio de valor análogo, assando alguns pedaços ao fogo e juntando-lhes pingos do almíscar que os jacarés segregam em duas glândulas sob o pescoço. Toma-se reduzido a pó e o osso inteiro é amarrado sobre a ferida, para chupar o veneno. Este último produto, de forte cheiro almíscarado, parece ser de extraordinária eficácia, quando deitado no ouvido para curar a surdez.

Porém, o uso de muitos saberes tradicionais se extraviou e conhecimentos próprios, que datava de cada aldeia ou etnia indígena específica sobre caça, pesca, território e remédios não pertenceriam mais a essas comunidades. O homem branco as tomou, violentamente, e usou-as, exportando e importando em seu benefício comum, saberes que não o pertencia. O movimento colonialista foi impiedoso para quem já morava em terras americanas, ou melhor, em terras *Abya Yala*⁶⁶.

Fanon (2023) analisa que para o mundo colonial existe uma bússola que direciona os variados mundos em dualidades: simbólico e material, feitiçaria e ciência, “normal” e “anormal”, cultura e selvageria, branco e negro e assim por diante. Para as expedições portuguesas e europeias que dizimaram milhares de povos indígenas, a criação do “indígena

⁶⁵ É percebido que o termo índio não se utiliza mais para nomear nenhum indígena. O correto é indígena pois amplia o conceito para além do corpo: é cultural, é simbólico, é étnico e é político.

⁶⁶ Abya Yala é um termo que organizações e instituições de povos indígenas adotaram para se referir ao continente americano. Esse nome foi dado pelo povo Kuna (conhecido como Guna ou Cuna), originários do Panamá e da Colômbia, antes da chegada da expedição assassina de Cristóvão Colombo e dos europeus no século XV. Para saber mais: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/historia/2023/08/o-que-e-abya-yala-o-nome-dado-ao-continente-americano>. Acesso em: 29 out. 2024.

mau”, “indígena incomum” vai ser a base para seu genocídio e etnocídio, ou no termo utilizado pela doutora indígena Geni Núñez, *etnogenocídio*.

Não há como um genocídio indígena não ser também etnocida, assim como não há como o etnocídio não fazer parte do genocídio, justamente porque nossa cultura, línguas, costumes e modos de vida não são apenas nossa cultura apartada de quem somos, mas é nossa própria identidade, é nossa vida. (...). Etnogenocídio é um tipo de violência colonial assente no esforço de homogeneização. Ele incide precisamente sobre a multiplicidade e singularidade de cada povo, cada etnia, cada nação nativa de determinado território. Perpetrado sobretudo pelo próprio Estado, vem acompanhado de violência policial, obstétrica, de produção de fome (como consequência da retirada das terras indígenas) e de epistemicídio, já que os saberes se produzem também a partir do modo de vida e assim por diante. (Longhini, 2022, p. 56)

Justamente porque “a colonialidade mata e ensina a matar” (Machado, 2019, p. 63) é importante considerar vozes e movimentos que resistem há séculos nessa terra americana, nessa terra *Abya Yala*. Ao promover e aperfeiçoar práticas higienistas e etnogenocidas contra populações indígenas, o Estado pratica sua soberania e exercício de poder em eliminar povos originários de sua constituição. Uma constituição marcada com sangue de corpos indígenas. Porém, mesmo que este ente federativo estabeleça políticas de morte e controle contra populações que construíram o Brasil com suas mãos e suor derramado, é necessário afirmar que tanto povos indígenas quanto população negra, não permaneceram no hiato da escravização e da colonização. Como exemplo, a população negra constituiu um dos mais importantes movimentos de resistência contra o processo da escravização: os Quilombos.

O Quilombo se estrutura a partir das condições específicas do processo de escravização brasileira (Moura, 2013b) e a partir disso, condicionou e aglomerou resistências a variados povos, desde negros, indígenas, mulheres a brancos pobres, constituindo um espaço de luta igualitário e democrático. Um dos mais importantes quilombos criados no Brasil foi a República de Palmares, que resistiu a cem anos contra o poder colonial. Sua gerência foi gerida pela intersecção harmônica entre “negros, índios, brancos e mestiços, que vivia do trabalho livre cujos benefícios revertiam para todos, sem exceção. Na verdade, Palmares foi berço da nacionalidade brasileira”. (Gonzalez, 2020, p. 51).

Mesmo que o Brasil se firme como um país cujas formações do inconsciente sejam predominantemente brancas (Gonzalez, 2020) é necessário *(des)capsular* conceitos que foram inconscientemente gravados e estruturados por antigos colonos e decolonizar o pensamento. Por isso é fundamental essa pequena introdução sobre a importância do conhecimento indígena que continua vivo até hoje em nossas terras até a resistência de Palmares contra a escravização e colonização. Vimos no começo desta seção que o *usuário A.L* utiliza, antes do

uso da droga, copaíba e andiroba e, inconscientemente ou conscientemente, utiliza uma medicina indígena durante o uso da substância química, acarretando elogios da médica e consequentemente, melhora da sua saúde física. Este uso combinado também pode ser considerado uma forma de redução de danos produzida no autocuidado do usuário em seu itinerário terapêutico, ainda que ele não tenha conhecimento da origem da copaíba e andiroba e mesmo do conceito de redução de danos.

Cabe destacar que em dezembro de 2024 ocorreu no Pará a alteração da lei do magistério superior, reduzindo salários de professores do ensino educacional e alterando outras modalidades de ensino, como a extinção do Sistema de Organização Modular de Ensino (SOME), que era uma categoria de ensino educacional direcionado a populações indígenas e quilombolas. Uma das alterações realizadas foi a substituição do modelo de ensino presencial para o modelo virtual. A efetivação da Lei Nº 10.820 marcou um retrocesso profundo que se iniciaria com mais um avanço colonialista para povos originários: sem a consulta prévia da sociedade e em uma votação rápida, a lei aprovada já entraria em vigor.

Porém, o Estado do Pará sob a autoridade de um governo fascista e que é conhecido por sua ação agressora a professores⁶⁷ não esperava uma resposta de quem é colonizado por séculos. Assim como aconteceu na Cabanagem, indígenas se uniram a quilombolas e foram à luta por seus direitos para colocar um fim às práticas colonialistas. Inspirados pelo movimento da Cabanagem, ocuparam prédios e se organizaram em várias frentes: alimentação, mídia e moradia. Foram trinta e dois dias de ocupação na Secretaria de Educação (SEDUC) que iniciou em janeiro de 2025 e terminou em fevereiro do mesmo ano. A ocupação pacífica manteve mais de 500 indígenas, de diferentes etnias e com a participação de quilombolas e professores da educação. Passado um mês da ocupação pacífica, a lei que ameaçou, por pouco tempo, a integridade e *div3rsidade* cultural e oral presente em cada aldeia indígena foi revogada.

O movimento de ocupação na sede da SEDUC mostrou ao Brasil que ainda é possível esperar. Uma esperança que nasce de forma singular, mas é fortalecida coletivamente. Foi a união de vários povos indígenas do Pará, professores, sociedade civil e movimentos sociais que garantiram a revogação da lei contra o ensino *div3rso*. Se unir contra um Estado autoritário e ditatorial, constituiu o sangue cabano presente no povo paraense. Foi pela formação *div3rsa* de indígenas, quilombolas, ribeirinhos e negros, que se fez, novamente, a

67

Disponível

em:

<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2024/12/18/dia-de-votacao-na-alepa-tem-spray-de-pimenta-e-balas-de-borracha-contra-professores-em-belem.ghml>. Acesso em: 17 mar. 2025.

Cabanagem. A vitória contra a revogação da Lei Nº 10.820 de 19 de dezembro de 2024 foi uma vitória cabana.

Essa vitória foi contra o racismo institucional valorizado e realizado pelo Estado. Essa vitória foi contra o etnogenocídio que fundamenta a política de morte do Estado a povos indígenas. A união de povos originários devolveu o sentimento de esperar ao povo paraense, ao lembrar que a Cabanagem se fez de novo.

Figura 6 – projeção indígena na sede da SEDUC.



Fonte: Internet⁶⁸

A partir de um território cabano e ancestral indígena, o farmacêutico em sua atuação profissional necessita criar métodos para integrar todos os saberes existentes em diferentes povos. A profissão farmacêutica é datada há muito tempo, sendo uma das primeiras profissões descobertas na humanidade. A presença do (a) farmacêutico (a) – alquimista ou boticário, como era conhecido (a) – surge a partir da criação das Boticas, no século X, que eram espaços

⁶⁸ Disponível em: https://www.instagram.com/p/DGDpQ_Upcae/?img_index=1. Acesso em: 18 mar. 2025.

para a fabricação, produção, comercialização e venda de produtos terapêuticos feitos através de plantas medicinais para a população. Medicina e Farmácia trabalhavam juntas e eram responsáveis por curar doenças.

Quando o movimento da industrialização começa a ter influência expoente da Indústria Farmacêutica na Revolução Industrial, muitos medicamentos químicos surgem e a partir disso, ocorre o *boom* de medicamentos. O poderio da Indústria Farmacêutica é capitalizar recursos para produção massiva de novos medicamentos, controlando quem deve prescrever e quem deve divulgar ou não pareceres científicos sobre a descoberta de novos medicamentos. As indústrias criam patentes e os medicamentos viram mercadorias que só podem ser acessadas mediante o pagamento, ou seja, os saberes ancestrais sobre as curas que eram passados de geração em geração, agora são mercadorias patenteadas e de propriedade da indústria farmacêutica.

Com essa passagem não temos a intenção de retirar a importância da criação de medicamentos químicos, que surgiram a partir do século XVIII pois, estes foram e são fundamentais para a mitigação e controle de várias doenças. O que queremos enfatizar é o poder do capitalismo ao frear conhecimentos empíricos que existiam antigamente, muitas vezes se apropriar deste conhecimento ou mesmo de tentar apagá-lo da história.

A partir disso, um dos problemas da industrialização medicamentosa é a lógica neoliberal criada em um universo que utiliza o capital como principal instrumento. Corroborando a esse sistema neoliberal, surge uma crescente medicalização de corpos a utilização de práticas biomédicas e neoliberais para o controle da dor:

Mais do que processos verticais e assimétricos de controle, podemos compreender os processos de medicalização como um dispositivo constituído de linhas que transitam, se conectam e se relacionam, inventando modos de viver, e sustentado por práticas que conduzem, movimentam, se espalham e funcionam como uma maquinaria social que não está situada em um lugar e se dissemina por toda a estrutura social. (Christofari; Freitas; Baptista, 2015).

Um dos efeitos da indústria medicamentosa tem um resultado manicomial. A medicalização é utilizada como fator para patologizar, domesticar, dopar, enclausurar, alienar e *capsular* a população brasileira. Constitui-se não um modelo de tratamento, mas uma “máscara manicomial que materializa a contenção e impõem os efeitos perversos gerados pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico”. (Passos, 2023, p. 14).

Essa máscara manicomial, conceito desenvolvido pelo escritor negro Emiliano de Camargo David (2022) reforça o debate de inferiorização da raça, manicomializando

subjetividades negras e corpos negros, tornando a Luta Antimanicomial um mártir para a libertação de processos de colonialidades. Para David (2022, p. 39) a luta antimanicomial pode se tornar uma “ferramenta libertária de desvinculação do significante negro (a) da loucura, periculosidade, animosidade, inferioridade, linguagem de saber-poder ancorada na colonialidade”.

Em um dos encontros no Grupo GAM, trouxemos para o debate a questão se existia relação entre drogas e medicamentos. O que o grupo entendia sobre esses dois termos, se possuíam o mesmo significado ou não. Um dos participantes afirmou: *“eu tomava uma medicação vermelha, né, 03 comprimidos, não funcionava. Eu acordava todo travado na rede”*. (Informante J, 2023- homem negro).

Ao ouvir essa informação, outro usuário faz um questionamento importante: *“A GAM é a mesma coisa que os AA?”* (Informante E.F, 2023- homem branco). Surpreendido pela pergunta, notei que o Guia GAM para usuários (as) possuem seis passos, que não necessariamente, precisam ser seguidos à risca. Ao perguntar se seria esse o motivo de tal pergunta, o usuário confirmou. Esse questionamento fez com que quem estivesse participando do grupo ficasse mais atento (a). Será que a GAM se baseia nos mesmos passos que os Alcoólicos Anônimos (AA)? Ambos possuem alguma similaridade ou funcionam diferente?

A organização dos Alcoólicos Anônimos é formada por ex-usuários de álcool e que seguem específicos códigos e/ou passos. Prezam pelo tratamento em abstinência total, compartilhando suas fraquezas e se renovando no grupo. Ao surgir essa pergunta, discutimos diferentes tipos de organizações que existem, como os AA e NA (Narcóticos Anônimos) e como essas organizações podem ser ou não inseridas no PTS de cada usuário (a), visto que Belém possui vários pontos dessas organizações. Inclusive, a divulgação para a participação desses grupos está inserida em dispositivos da RAS como postos de saúde e, contam com uma ampla divulgação pelos territórios através do auxílio de mídia social.

Diferente de como acontece no CAPS AD, o serviço não é tão divulgado ou fomentado pelos profissionais de saúde presentes nas RAS. A participação e aceitação de gerentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para promover encontros de AA e/ou NA e não divulgar tanto informações sobre CAPS ou outro serviço antimanicomial presente no território, identifica características manicomiais presentes em nossa formação social. Herança trágica de um colonialismo que *capsulava* e identificava que quem fosse “louco”, deveria ter seu tratamento longe do meio urbano.

Um integrante do Movimento da Luta Antimanicomial e ex-usuário da saúde mental comenta: *“uma das diferenças entre NA e AA é que o NA recebe usuários que fazem uso de outras drogas. O termo “narcótico” engloba maconha, oxi, pasta etc. Enquanto os AA recebe apenas quem faz uso de álcool. Porém, tanto o NA quanto AA possui os 12 passos para seguir e como se diz no NA: sozinho, se entrega a doença, no grupo não. (Informante L.G, 2023- homem branco).*

Além das duas organizações seguirem os mesmos doze passos, ambas possuem o mesmo código *“sozinho, se entrega a doença, no grupo não”*. Mesmo que a GAM tenha apenas metade dos passos dos AA e NA, ela se diverge no modo de produzir, fazer e acessar. Porém, concordamos com o “código” não com o sentido de senha como se estivesse querendo adentrar em um determinado espaço. A GAM não precisa de código, senha ou passos. Ela traz para o debate a importância da autonomia de cada sujeito, observando seu território e reafirmando o cuidado em liberdade. Os “passos” que compõem o Guia GAM são seis, a saber: 1) conhecendo um pouco sobre você; 2) observando a si mesmo; 3) ampliando a sua autonomia; 4) conversando sobre os medicamentos psiquiátricos; 5) por onde andamos; 6) planejando nossas ações. (Campos, 2014).

Mesmo que o Guia GAM seja dividido em seis passos, estes não são utilizados de forma hierárquica. Uma das características dos encontros com a GAM é que sua dinâmica torna a prática fluida a partir das experiências e subjetividades sentidas entre os participantes. Cada sujeito é tocado singularmente no Grupo GAM, mas é no coletivo que ela será efetuada. Por isso concordamos que o “código” dos NA e AA traz para o ensejo a participação coletiva e não individual. Além disso, a abstinência é um dos caminhos possíveis para o tratamento, mas ela não deve ser imposta e nem a única opção, mas, pactuada junto ao usuário ou usuária. Com isso, a GAM incide sobre um núcleo importante de saber, fazer e poder: a medicalização, reconhecida como uma prática ainda não reformada da Reforma psiquiátrica brasileira. (Campos, 2013).

Em outro momento no grupo GAM, outro usuário comentou: *“eu usava um frasco de Benzitrat (medicamento anti-inflamatório) + Coca-Cola (refrigerante). Eu sentia que tava jogando laser pelos braços, eu era imbatível”*. (Informante J, 2023- homem branco). Para o usuário J, a interação entre o refrigerante Coca-Cola mais a medicação anti-inflamatória Benzitrat ocasionava um efeito muito bom em seu corpo, tornando-o imbatível.

Corroborando com essa afirmação, um usuário comentou: *“a gente se sente invencível misturando medicamentos e drogas”*. (Informante E.C, 2023- homem branco). Tanto usuário

J quanto *usuário E.C* se sentem insubmissos aos efeitos negativos, se ocasionar, a interação entre drogas. O sentimento sentido pelos dois usuários é sentir o prazer da droga ao misturar com outra.

Um dos problemas que isso pode ocasionar é vulnerabilizar ainda mais usuários (as) que utilizam o uso cruzado entre medicamentos, drogas ilícitas ou lícitas e/ou outras bebidas. A falta de acesso a informações sobre essas interações, a falta de tomar a Redução de Danos como uma diretriz de cuidado e a condição social de estar em situação de rua, pode levar o uso de variadas drogas: “o mal-estar social deriva, portanto, daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais”. (Brazzabeni; Pussetti, 2011, p. 469).

No que cerne o cuidado para quem usa substâncias psicoativas ao se tornar prejudicial a si e ao coletivo, o CAPS AD é um espaço que quebra hegemonias e pode se tornar *viciado*⁶⁹ em cuidar, aproximar e interagir entre sujeitos, comunidade e família. Adotamos a GAM como uma estratégia de alterar relações de poder/saber e alertar que o cuidado deve partir também do usuário através do compartilhamento de experiências na dimensão grupal, solidariedade, ajuda mútua e conhecimento em relação às medicações. (Campos, 2013). O dispositivo GAM trabalha na lógica da corresponsabilização do cuidado, tomando o usuário e a usuária como sujeito ativo do seu processo de tratamento e de vida.

Ao ouvir que o *usuário J* se sentia imbatível interagindo com o medicamento mais refrigerante, outro usuário comentou: “*eu tenho medo das interações. Têm as reações a medicamentos. Eu bugo tudo quando misturo*” (Informante A.C, 2023- homem branco)”. Importante analisarmos que em diferentes momentos, um usuário pode sentir-se invencível ao usar medicamento combinado com outra substância como refrigerante e, outro usuário, não se sentir à vontade nas interações e revelar medo, já que, por possível interação no passado ou presente, alguma experiência possa ter afetado sua saúde estando na rua.

Para Sandra Fagundes (1995) o conceito de saúde mental coletiva foca na transformação da identidade do sujeito. Uma identidade que antes (modelo manicomial) era baseada em receitas prescritas e formalizadas, mas, a partir desta transformação, esse sujeito

⁶⁹ No Seminário Internacional de Redução de Danos ocorrido em Santos, em novembro de 2024, o Cofundador da Iniciativa Negra por uma nova política sobre Drogas, Dudu Ribeiro, em sua fala na mesa sobre Criminalização, Descriminalização e Regulamentação trouxe a importância da identidade verbal em nosso dia a dia, principalmente, a quem é negro, pobre e periférico. Ao invés de dizer “é *claro* que concordo”, diz “é *escuro* que concordo”. Devemos afirmar e reafirmar nossa *pretitude* em todos os campos, inclusive, na linguagem. Assim, ao associar o CAPS AD com o adjetivo *viciado* não tenho a intenção de criminalizar o serviço que trabalha com sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas, mas sim, a utilização é propositalmente para fomentar um novo significado sobre o termo drogas.

consegue se construir com uma nova perspectiva, que vai além das estruturas de normalidades.

Para a autora, é importante que haja o “processo construtor de sujeitos” (Fagundes, 2020, p. 63) pois com e a partir do coletivo, as identidades irão ser moldadas rotineiramente. E no Grupo GAM o que observamos é a grande *div3rsidade* de experiências e vivências que são singulares, mas plurais no coletivo. Em um encontro, temos convergências: os *usuários J e E.C* apreciam os efeitos das drogas ao interagirem com refrigerante e medicamentos, enquanto o *usuário A.C* possui medo ao fazer essa interação.

Mesmo com essa contradição entre os participantes, o grupo não deixa de acontecer ou ser acolhido para novas narrativas de vida, muito pelo contrário, novas histórias que com o acontecer do grupo, vão se tornando partes do cuidado, partes de seus Projeto Terapêutico Singular⁷⁰. Em uma outra interação, vamos observar que um usuário cuida de um amigo seu, que vive na rua e toma medicação em associação com álcool: *“tem um amigo meu lá perto de casa que tem os braços todo preto. Ele mistura álcool com medicamento, por isso fica assim né? Eu falei ‘ei mano tem que parar de tomar tudo junto’.* (Informante L.C, 2023- homem branco)”.

Aqui, o *usuário L.C* mesmo não possuindo o conhecimento técnico da academia sobre os sinais de interações entre medicamentos x álcool, sinaliza seu amigo, para que não possa fazer junto o uso de ambas as drogas pois, pode ser um fator que ocasionaria os braços ficarem ‘pretos’. Relatos como este demonstram que existe processo de cuidado entre usuários, e que a GAM tem grupalidade e compromisso ético entre seus participantes no que diz respeito aos cuidados com a vida. Essas “interações de substâncias” também revelam interações entre humanos, nas relações de cuidado e autocuidado percebidas.

Outro usuário, ao ouvir que *usuário L.C* relatou um caso de cuidado com seu amigo que bebia álcool junto com medicamentos, comentou: *“a droga misturada com álcool queima o sangue, a pessoa pode pegar o farelo, dizendo o português falado”.* (Informante J, 2023- homem negro). Para usuário J, de acordo com suas experiências, não se pode misturar, em nenhuma hipótese, álcool com medicamentos, pois pode pegar o *farelo*⁷¹. Em um grupo com vários participantes, essa experiência narrada, impreterivelmente, ocasiona algum efeito a

⁷⁰ Para a rede de saúde mental, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que irá ajudar a construir um plano de cuidado para o sujeito, que vai em busca do tratamento. Para cada usuário (a), existe um PTS diferente, pois cada um é singular em sua história. Para cada usuário (a), vai existir um profissional que juntamente ao sujeito, se responsabilizarão pelo tratamento no serviço. Para cada usuário (a) vai existir um projeto que considera ações micro e macropolíticas no cuidado. Para cada usuário (a) vai existir o acesso aos medicamentos. E todos (as) que participavam do Grupo GAM tinham em seus PTS a participação no grupo.

⁷¹ Faz parte dos dialetos paraenses. Possui o significado de perder, morrer ou se dar mal.

quem está participando do grupo. Efeitos esses que são sentidos e demonstrados em seus tratamentos.

Um desses efeitos podemos notar com o *usuário S.S*, que todas as vezes que ia ao CAPS AD para uma consulta, conversar ou participar de atividades, estava com seu Guia GAM impresso de baixo dos braços. Demonstrava abertura ao falar sobre suas experiências com drogas pois tinha um *“laboratório de drogas”* e fazia vários experimentos: *“eu gosto da sensação de observar os fenômenos das relações da natureza”*. (Informante S.S, 2023-homem branco). Uma dessas observações, no Grupo GAM, contou-nos sobre a experiência que teve ao misturar a *Pregabalina* (medicação anticonvulsivante) com álcool:

Cara, eu tomava um comprimido de Quetiapina (medicamento antipsicótico) passava vinte e quatro horas por dia chapado, mano. Com esse Guia que o Vitor me deu, eu comecei a dar uma olhada e vi que as coisas erradas que eu fazia no passado estavam descrito lá. Teve uma vez que eu misturei Pregabalina e Álcool e lembro de ter acordado no hospital, todo machucado. Ao olhar o Guia, eu vi que uma das possíveis interações entre álcool é a Pregabalina. (Informante S.S, 2023).

Mesmo que o Grupo GAM ainda não tivesse chegado na parte sobre interações medicamentosas – alguns usuários tinham seus Guias GAM guardados na farmácia do CAPS AD comigo, devido estarem em situações de vulnerabilidades na qual poderiam perder o guia – o *usuário S.S* leu todo o Guia e trouxe essa experiência que teve. Suas subjetividades estavam ali sendo narradas enquanto tecnicamente observava no Guia que os sintomas que sentiu estavam descritos. Assim, a GAM cumpre um papel especial na vida do sujeito: o direito ao conhecimento, a uma informação segura e sem cunho moral sobre o uso de drogas.

Esse direito que torna o usuário e a usuária autônoma e corresponsável em seu tratamento: *“eu tenho pressão alta e logo no começo, era muito alta a minha pressão, fazia uso de Captopril (medicamento anti-hipertensivo). Com o passar do tempo, mudei para Losartana (medicamento anti-hipertensivo). Eu lembro que quando estava na UAA, perguntei para médica se tinha algum problema tomar as medicações todas juntas (naquele tempo usuário usava além da Losartana, Carbamazepina – medicamento anticonvulsivante – e Fluoxetina – medicamento ansiolítico). A médica me disse que precisava dar um tempo de 30 minutos para tomar as medicações”*. (Informante S.C, 2023- homem negro).

Importante analisarmos que naturalmente o *usuário L.C* praticou um cuidado que foi além das substâncias químicas. Olhou para seu amigo e observou que ele precisava de cuidados, um apoio, uma fala que talvez nunca tivesse ouvido. O *usuário L.C* mesmo não sabendo o significado do seu ato, praticou uma ação de redução de danos. Outro usuário

comenta sua experiência com medicamentos: “*eu tinha depressão, me sentia opaco, vazio. Agora com o Clonazepam (medicamento utilizado em crises de ansiedade) e Fluoxetina eu me sinto bem, com mais energia*”. (Informante H.T, 2023- homem branco).

A utilização de medicamentos psicotrópicos quando orientado o uso racional de forma a evitar reações adversas, é uma alternativa para diminuir os sintomas e sinais de algum adoecimento. No caso de usuários de álcool e outras drogas, é importante a prescrição correta do uso de psicotrópicos pelo psiquiatra e a orientação do farmacêutico para otimizar o uso racional. Acessar o medicamento na farmácia e começar a terapia medicamentosa, é um direito de qualquer usuário e usuária que utiliza o serviço público de saúde brasileiro. Em nossa pesquisa, a GAM foi um instrumento a *(des)capsular* o sistema e a quem participasse do grupo que estivesse *capsulado* por práticas duras e manicomiais do Estado. A GAM se aliou a redução de danos como métodos fronteiriços de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

A redução de danos é uma estratégia ética-política que aproxima pessoas através de relações de cuidado que não são pautadas em uma hierarquia social. É uma política de cuidado que não quantifica e analisa o uso de drogas que cada sujeito utiliza. É uma política, pois necessita da intersetorialidade e de determinantes sociais para pensar a saúde de quem usa drogas. É uma política pois precisa de financiamento para investir em estratégias de cuidados para o uso de drogas seguros e sem danos.

No SUS, ela ganhou uma portaria exclusiva que dispusesse sobre sua importância em toda a rede assistencial de saúde. A Portaria Nº 1028 de 01 de julho de 2005 torna *legalizada* a redução de danos em todo o território brasileiro. Para a Portaria, redução de danos são atitudes que devem se desenvolver por “meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso”. (Brasil, 2005a, p. 1).

É importante frisar que na própria Portaria mostra o significado de respeitar a decisão do outro ou da outra, que utiliza a droga. Um uso que necessariamente não precisa ser interrompido, mas que precisa ser informado sobre possíveis danos e interações entre outras drogas. Ações que pela portaria se baseiam em três medidas: 1. Informação, educação e aconselhamento; 2. Assistência social e à saúde; 3. Disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites. (Brasil, 2005).

Corroborando com a Portaria de redução de danos, três dias depois da aprovação, outra Portaria foi legalizada. A Portaria Nº 1059 de 04 de julho de 2005 determina o repasse

financeiro às ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Como ações para efetivar a RD no campo álcool e outras drogas, temos (Brasil, 2005b, p. 1):

- I - Ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo;
- II - Distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas;
- III - Elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas;
- IV - Ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas;
- V - Outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o autocontrole.

Como disposto na alternativa V ‘sobre medidas de apoio e orientação’ observemos que o Grupo GAM cumpre fielmente a elaboração dessa prática. Não com a intenção de modificar hábitos de consumo – mesmo que isso possa acontecer não somente pelo Grupo GAM, mas no PTS de cada usuário (a) e, na convivência com outros sujeitos que poderiam/podem ter passado por situações indigestas com uso de drogas – em ser uma estratégia de cuidado que além de discutir os efeitos das drogas, discute também autonomia e liberdade que cada sujeito deve ter com seu próprio corpo.

Porém, a RD é também um “fora-política” (Siqueira, 2021) ao relacionar relações sociais durante o uso das drogas: qual o ambiente que o sujeito está usando a droga? Tem apoio social de pessoas próximas que sejam confiáveis? O território ocupado pelo sujeito possui alguma vulnerabilidade que torne o uso perigoso?

A Redução de Danos cuida de pessoas em que a sociedade foca a atenção para estes sujeitos e os classifica como marginais, criminosos e doentes (Siqueira, 2021). É por isso que o que torna a RD um “fora-política” é ser esse “iluminar com várias luzes” (Siqueira, 2021, p. 25) pois quem a sociedade exclui, elimina e mata, a RD inclui, cuida e compartilha saberes.

Não foi difícil para mim perceber que, para trabalhar com Redução de Danos é preciso despir-se do “jaleco branco” e ir para o trabalho de campo, cara a cara, frente a frente com os usuários de drogas em seus bretes, disposto a ouvir e aprender com eles. Sem devaneios românticos pois, com uma alta “dose” de respeito às pessoas

com as quais estabelecemos vínculo, é preciso depois produzir saúde. De nada vale o meu saber sem o saber do outro com o qual estabeleço interação. O saber dos usuários de drogas, em especial, as injetáveis, tem ficado perdido, escondido sob o véu da marginalidade e da criminalidade que a nossa sociedade impositivamente lhe cobre. Como pretender trabalhar junto com essa população sem compreender e vivenciar essa realidade de mão dupla? (Siqueira, 2021, p. 25-26).

E continua

As estratégias de Redução de Danos possibilitam que os usuários de drogas sejam os protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas e possibilitam que os redutores de danos compreendam seu vocabulário e o saber a cerca de sua própria vida. Não é mais aceito que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhe quem são, quais as suas necessidades e o que devem pedir ou não. A Redução de Danos é, antes de mais nada, um estímulo a autoanálise e, consequentemente, uma possibilidade de auto-organização. (Siqueira, 2021, p. 26).⁷²

Domiciano Siqueira considera de suma importância o entendimento de que usuário de droga também é gente. Gente que possui direitos e que o usar droga é uma de suas especificidades. Além disso, estar no território que aquele sujeito ocupa é fator primordial para acontecer o vínculo, ação essencial para acontecer o cuidado. No livro *Estado e Sujeito*, o pesquisador e psicólogo negro Tadeu de Paula invoca uma cena de Redução de Danos que corrobora com a afirmativa de Domiciano: ficar cara a cara com os usuários de drogas.

Logo em frente, encontramos um grupo de pessoas dentro de um pequeno barraco feito de lonas, papelões e madeira. Os redutores (danos) se aproximaram e eles disseram: ‘entrem, fiquem à vontade’. Ao calor de aproximadamente quarenta graus nos sentamos à porta do barraquinho e nos apresentamos às cinco pessoas que estavam ali, conversando e usando crack (...) um deles disse ter sessenta anos (...) as quatro pessoas que estavam do lado de dentro eram mais velhas (...) em pé, zanzando, meio dentro e meio fora, tinha um rapaz mais novo (...) inquieto, a fissura era visível. Os outros pareciam ignorá-los. Quando seguimos a caminhada, falei com os redutores de danos que me chamara a atenção a calma da maioria das pessoas, com exceção do jovem rapaz. Os redutores de danos explicaram-me que (...) usuários antigos e que jeito sereno era assim mesmo. ‘Essa agitação costuma ser mais comum com os jovens iniciantes’. (Souza, 2018, p. 229).

Podemos observar rapidamente nessa passagem vários cenários que se encontram e reencontram: 1) uma imagem alienada de cenários das “*cracolândias*”⁷³ em territórios brasileiros; 2) a simplicidade de usuários de crack em serem amigáveis e acolhedores; 3) a

⁷² Em agosto de 2024, Domiciano Siqueira, um dos pioneiros do movimento da Redução de Danos no Brasil se encantou para sempre e foi se encontrar com seus ancestrais. Aqui, respeitosamente, deixo saudação a um mestre que tanto se *armou* de cuidado e amor a quem usasse drogas.

⁷³ Nome estigmatizante que define um específico território onde se utiliza crack. É nas *cracolândias* que os sujeitos têm seus direitos roubados e/ou violados constantemente, por uma política de Estado proibicionista fundamentada na moral e religiosidade cristã. A *Cracolândia* é sobre ir além das drogas. É sobre a falta de dignidade humana. O Coletivo Craco Resiste é um movimento social que direciona suas atividades sociais, jurídicas e assistenciais com usuários (as) de drogas nas *Cracolândias* de São Paulo. Instagram: @cracoresiste. Disponível em: <https://www.instagram.com/cracoresiste/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

faixa etária entre usuários de crack; 4) ação e atividades de redutores de danos em campo entre outras. A intenção não é analisar fio a fio o que observamos nessa passagem, mas sim, tensionar as análises com nossa dissertação.

No primeiro momento, temos uma imagem deteriorada de usos de crack em territórios brasileiros. Utilizo a expressão alienação por ser uma ferramenta importante para a construção desse imaginário social. A mídia, juntamente com a pequena classe capitalista do Brasil e uma parte de governos conservadores, expõe uma imagem de terror, caos e violência nas cracolândias do Brasil, mas especificamente, em São Paulo e Rio de Janeiro, por serem as cidades da região *Sudeste* que concentram os maiores investimentos e movimentação de capital. Primeiro, instaura um cenário de desordem. Segundo, alimenta-se mais ainda a imaginação de periculosidade que “cidadãos de bens” passam diariamente com usuários de drogas.

É necessário que algum motivo ou alguém, seja responsável pelo caos. Um corpo. Uma imagem. Um culpado. E esse alguém deve ser de pele escura, retinto ou não, viver na rua, descalço, sujo, pedindo dinheiro. Esse corpo, esse indivíduo, será o culpado. Um corpo negro, *libertado* da escravidão, mas *escravizado* pela miséria, pelo ódio, pelo negacionismo e pelo proibicionismo.

A pesquisa “a Cracolândia pelos usuários: como as pessoas que vivem nas ruas do território percebem as políticas públicas” organizado por Magri e Amparo (2024) condensa um relatório realizado em oito territórios de São Paulo com cerca de noventa entrevistados, realizado no segundo semestre de 2022, entre julho e agosto, respectivamente. Esse relatório foi publicado pelo Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getúlio Vargas (NEB-FGV), pelo Centro de Estudos da Metrópole (CEM) e pelo Grupo de Estudos (in)disciplinares do corpo e do território (CÓCCIX).

Os resultados encontrados foram divididos em quatro partes, sendo: a primeira, o perfil de pessoas que vivem no fluxo da Cracolândia; o segundo, a interação desses respondentes com políticas públicas de assistência social e saúde, especificamente no que se refere a internação; a terceira, a relação dos entrevistados com as forças de segurança e violência que sofrem nas cenas de *fluxo*; e quarta, quais as expectativas desses sujeitos com as intervenções de suporte do Estado. No que se refere ao perfil, 80% dos entrevistados eram homens e tinham a cor negra. Sobre o uso de crack, 90% disseram que utilizava a droga e 69% dormiam na rua (Magri; Amparo, 2024).

Dos entrevistados, 69% relataram ter sido internado em alguma instituição médica devido ao uso de drogas. Porém, a conclusão que tiveram é que o modelo de internação não é efetivo para o uso problemático de droga pois, além do modelo de *pregação* da abstinência, faltava encaminhamento para outros dispositivos de saúde mental, falta de ressocialização com os laços sociais e insalubridade presente nas clínicas. Outros resultados encontrados foram a intensa força policial que suários comentaram que já sofreram: agressões físicas e verbais, inatividade em trabalhos como reciclagem e venda de objetos, prisões forjadas, perseguição, retirada abrupta dos locais do *fluxo* entre outras. Além disso, a construção de um muro de quarenta metros que separa “cidadãos de bens” de usuários drogas que foi erguido⁷⁴.

Estabelecer controle sobre corpos negros é uma obra orquestrada há centenas de séculos pelos colonizadores que começaram a traficar negros africanos para o Brasil. Não bastasse o tráfico de africanos imigrantes e o traslado de meses em navios insalubres e em condições desumanas, iniciaram o movimento de etnogenocídio contra indígenas que habitavam terras brasileiras. Existe uma relação direta do tráfico negreiro a eliminação de povos indígenas para a construção de um muro de quarenta metros de comprimento por dois metros e meio de altura. Essa relação é a operação tática do Estado em continuar a perseguição a corpos negros, pobres e periféricos. A política de drogas alimentada pelo proibicionismo e a “guerra às drogas” intensificam o holocausto e o navio negreiro (Passos, 2018).

O movimento proibicionista ganha força no Brasil a partir da década de 70, liderado pelo Estados Unidos com o ex-presidente Richard Nixon ao declarar publicamente a “*guerra às drogas*”, que tinha como objetivo tolerância zero a quem usasse qualquer tipo de droga, eliminando as substâncias psicoativas de todo o território americano e consequentemente, mundial. No entanto, a guerra iniciada contra as drogas, que completou quarenta e três anos em 2024, fracassou. Um fracasso, em parte, pois, não combateu diretamente às drogas. Combateu diretamente a quem as usava, ou melhor, a quem o governo americano disse que usava. E combateu apenas as drogas que eram consideradas nocivas por eles e manutenção do seu sistema.

Em entrevista recente, John Ehrlichman, ex-conselheiro do ex-presidente Richard Nixon, afirmou o seguinte sobre as guerras às drogas:

⁷⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2025/01/15/prefeitura-de-sp-constroi-muro-de-40-metros-de-extensao-e-confina-cracolandia.ghtml>. Acesso em: 19 mar. 2025.

Você quer saber do que se trata realmente? A campanha de Nixon em 1968, e a Casa Branca de Nixon depois disso, tiveram dois inimigos: a esquerda antiguerra e os negros. Você entende o que estou dizendo? Sabíamos que não podíamos tornar ilegal ser contra a guerra ou contra os negros, mas fazendo com que o público associasse os hippies à maconha e os negros a heroína, e depois criminalizando ambos fortemente, poderíamos desorganizar essas comunidades. Poderíamos prender seus líderes, invadir suas casas, interromper suas reuniões e difamá-los noite após noite ao noticiário noturno. Sabíamos que estávamos mentindo sobre as drogas? Claro que sim⁷⁵.

Declaradamente o governo americano de Nixon iniciou uma guerra. Não a nenhuma droga, plantação ou cultivo. Iniciou uma guerra a grupos minoritários e que se espalhou por outras partes do mundo e desembocou no Brasil, que naquele tempo, estava sob a Ditadura Militar. Mesmo que haja imagens e formações deterioradas sobre como são as cracolândias, é necessário afirmar o princípio de liberdade que a luta antimanicomial protagonizou a partir de novos cuidados para quem estivesse em sofrimentos mentais e/ou uso de drogas: “a conquista do direito de expressão pública para quem foi silenciado tanto tempo é revolucionária. A circulação nas ruas, nas cidades é uma das principais conquistas ético-políticas e estéticas do Movimento Antimanicomial. (Fagundes, 2020, p. 66-67).

Direito às cidades. Direito as ruas. Direito à alimentação. Direito ao trabalho. Direito à educação. Direito de viver. Direitos inegavelmente retirados da população negra durante a escravidão e logo depois de seu ilusório *fim*. Porém, mesmo com tanta violência, o povo negro resiste. Não unilateralmente, mas coletivamente. Movimentos como o *Alo Blocolandia*⁷⁶ e *Pagode na Lata*⁷⁷ expressam suas artes em territórios marginalizados, criminalizados e estigmatizados, levando autonomia, diversão e liberdade para quem usa droga. No livro ‘Se a Cidade fosse nossa’, a escritora negra Joice Berth traz para o debate sobre pensar as cidades como espaços historicamente imaginados e construídos para habitação de pequenos grupos minoritários (classe média alta, brancos) excluindo a grande maioria que vive além das cidades, nas periferias. Contudo, existem formas de (re)pensar em modos de contribuição das cidades para envolvimento de todas as populações:

As questões mais importantes que devemos ter em mente para pensarmos em como as cidades podem contribuir ativamente com o trabalho de empoderamento de grupos que foram marginalizados são: 1) política, que no caso das cidades implica participação e decisão sobre rumos das políticas públicas urbanas; 2) psicológica,

⁷⁵ Disponível em: <https://elastica.abril.com.br/especiais/maconha-negros-historia-ancestralidade-cannabis/>. Acesso em: 22 dez. 2024

⁷⁶ Instagram: @alo_blocolandia. Disponível em: https://www.instagram.com/alo_blocolandia/. Acesso em 22 dez. 2024.

⁷⁷ Instagram: @pagodenalata. Disponível em: <https://www.instagram.com/pagodenalata/>. Acesso em 22 dez. 2024.

que implica contribuir para o resgate da autoestima e do sentimento de pertencimento de quem ocupa dado espaço, bem como a valorização das histórias individuais e coletivas no espaço; 3) cognitivo, que é a consciência profunda sobre a construção do espaço urbano como resultado dos processos de fortalecimento e autonomia que podem ser promovidos nesses espaços. (Berth, 2023, p. 263).

Com isso, os coletivos não governamentais relatados acima constituem um *modus operandi* de intervir em espaços públicos em que a violência começa primeiramente com iniciativas do Estado de inibir ou proibir a utilização de drogas. Esses movimentos e fora outros que atuam nos territórios das cracolândias possui um “potencial de resgatar o sentimento de pertencimento das pessoas que vivem em um determinado espaço, mediante a composição de táticas de atuação coletiva para intervenções temporárias em problemas diagnosticados nos espaços por aqueles que o ocupam”. (Berth, 2023, p. 262).

Essa análise também pode ser direcionada a segunda passagem: a humildade de quem usa crack. Assim como acontece com o imaginário de violência por usuários (as) de drogas nas cracolândias, pensamos, tipicamente, que quem usa droga e está em situação de rua é obrigatoriamente um *zumbi*, *favelado* ou *traficante*. Adjetivos que foram oferecidos a população brasileira e aceitos em sua grande maioria, por não conseguirem ou não quererem ver as consequências do proibicionismo das drogas.

No que pese a surpresa de usuários antigos de crack serem “sereno mesmo” e usuários mais novos serem “inquietos” podemos nos perguntar: a violência instituída pelo governo brasileiro da “*guerra às drogas*” tornou que usuários (as) de drogas vivessem em áreas marginalizadas e utilizando drogas sem nenhuma informação do que utiliza? Quais compostos químicos estão presentes nas drogas comercializadas pelo tráfico? Como foram feitas? Onde foram produzidas? A violência estrutural cresce verticalizando quem vive à margem das cidades.

O mesmo pensamento podemos ter na terceira passagem: idosos (as) também usam drogas. Mesmo que a grande parte da maioria de pessoas que estejam em situação de rua sejam homens e adultos, uma parte considerável de idosos (as) vivem nas ruas e utilizam drogas. Um levantamento utilizado pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua, grupo ligado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Programa Polos de Cidadania, mostrou que houve um crescimento da população idosa nos últimos dez anos: o número de idosos aumentou sete vezes e hoje consta com um

quantitativo de 23.639 idosos vivendo nas ruas, o que corresponde 10% dessa população que vive nas ruas⁷⁸.

Em uma roda no Grupo GAM, um homem negro, de meia idade, cantor e poeta, relatou: “*compro medicação no clandestinol (traficantes)*” (Informante E.F, 2023). Essa fala do usuário E.F mostra vários gargalos da proibição de drogas: não é apenas o tráfico de drogas ilícitas, mas sim, drogas lícitas (medicamentos controlados) que usuários de drogas adquirem, compram ou utilizam como moeda de troca para garantir o uso de uma droga ilícita.

O que levou o usuário E.F a comprar uma medicação controlada no tráfico? Ao imaginar que é uma ação distinta, no grupo GAM e nas atividades farmacêuticas no CAPS AD, percebo ser um movimento comum: se no espaço de tratamento para álcool e outras drogas não possui medicamentos para iniciar o tratamento de usuários(as) e consequentemente esse acesso é negado, como iniciar o tratamento farmacológico? Como *caminhar pela rede* se os serviços das Redes de Atenção à Saúde também constam sem o acesso de medicamentos? O que fazer?

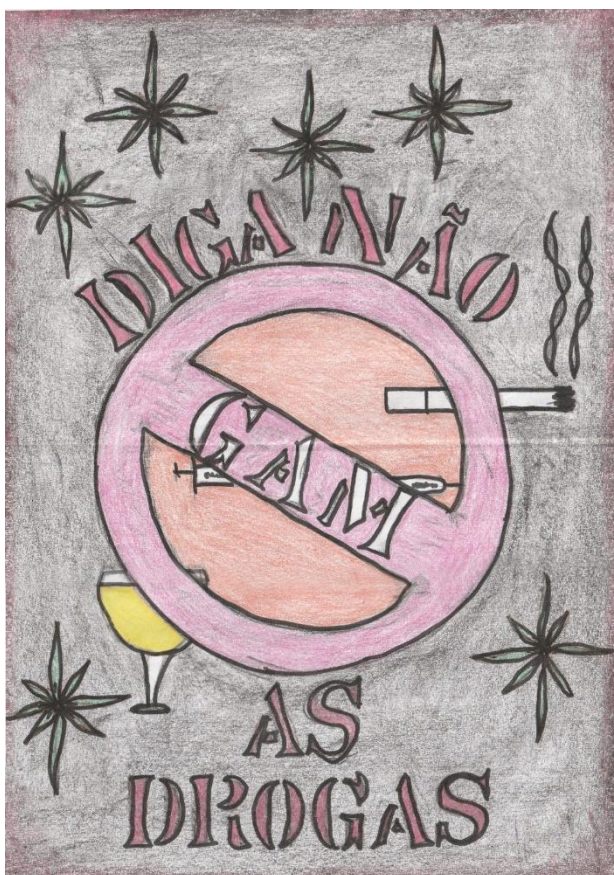
Corroborando com a informação do usuário E.F sobre adquirir medicamentos controlados no “clandestinol”, outro usuário pede a palavra para se pronunciar. Em sua fala, traz consigo várias artes que fez enquanto estava residindo temporariamente no serviço da UAA, com seu cuidado pactuado ao serviço do CAPS AD. Uma dessas imagens é o seu retrato sobre o uso de drogas, como podemos ver na imagem 7 mais adiante. A imagem retrata um cenário de várias drogas lícitas e ilícitas: cigarro de tabaco, plantas que significam maconha, um copo contendo bebida alcoólica, uma seringa representando o uso de medicamentos injetáveis e ao meio, uma frase: “diga não às drogas”.

Aqui o usuário toma o seu lugar de fala como usuário de droga e, em algum momento de sua vida, esse uso se tornou prejudicial. Não temos a intenção de moralizar o usuário por dizer “não às drogas” e inconsequentemente, adotar medidas proibicionistas. O grupo GAM acolheu *div3rsas* experiências de usuários em seus respectivos lugares de fala, tornando possível o diálogo sobre uso de drogas, proibicionismo, criminalização e inclusive, sendo protagonista de uma mobilização em favor da redução de danos. Isso só foi possível graças ao grupo interventor pioneiro da GAM em terras amazônidas. A frase do usuário com o desenho, juntando drogas lícitas prescritas e drogas ilícitas nos leva novamente a refletir o que é droga? E o que de fato ele quer evitar no seu processo de tratamento.

⁷⁸ Disponível em: <https://obpoprua.direito.ufmg.br/>. Acesso em 23 dez. 2024.

Foi também pelo grupo GAM que tornamos possível a legalização de dizer sobre drogas. Mesmo trabalhando em um serviço álcool e outras drogas e que o público de atendimento seja constituído em sua grande maioria por pessoas que fizessem uso prejudicial de drogas, o conceito da palavra era reprimido. Mesmo que a equipe no serviço tivesse obrigatoriamente ter em sua abordagem a redução de danos como norte para o cuidado, esse conceito não era muito utilizado. O CAPS AD, em sua essência, deve pautar que seu cuidado seja descriminalizante em uma perspectiva de acolher a *div3rsidade* e se afetar pela diferença. É *(des)capsulando* o proibicionismo e *legalizando* o cuidado que o CAPS AD se torna referência no cuidado de usuário de álcool e outras drogas no SUS.

Figura 7 – ilustração de usuário “Diga não às drogas”



Fonte: arquivo pessoal (2023).

Lembramos quando o *usuário S.C* perguntou se já tinha no CAPS AD a medicação Carbamazepina e ao dizer que estava em falta, falou que “não estava surpreso”. A inacessibilidade para o medicamento leva o usuário a adquirir o medicamento de uma outra forma, irregular, e que pode gerar dano. Entretanto, uma das formas de diagnosticar esses

movimentos é a ação da redução de danos, que é uma estratégia de cuidado a ser utilizada nos PTS de todos os usuários e usuárias do serviço. Isso nos leva para a última passagem: ação e atividades de redutores de danos.

Na perspectiva da redução de danos, a noção de acesso implica uma atitude em que o profissional de saúde se encontra com o modo de vida deste usuário. Disso extraem-se duas inversões, uma de direção e outra de sentido: i) a primeira inversão é na mudança de direção, segundo a qual o serviço vai até o usuário; ii) a segunda é uma mudança de sentido, em que acesso implica acessar não apenas o usuário, mas acessar a experiência vivida. (Souza, 2018, p. 247).

“Acessar a experiência vivida” é uma frase que se desenvolveu durante as atividades no grupo GAM. Acessar a vulnerabilidade de cada sujeito, cada experiência, cada atitude de estar no grupo. Em um espaço de um serviço antimanicomial que traz diariamente resistências ao modelo biomédico e centralizador de cuidado. Se vulnerabilizar, se deixar afetar pelas rodas e afetos que eram gerados em cada grupo. A importância da interseccionalidade no Grupo GAM se fez presente desde o primeiro grupo, em 2022, com temas sobre gêneros, classes, raças e territórios.

Mesmo com a predominância de homens negros, adultos e em situação de vulnerabilidade nas ruas, existiam (re)existências e participações de mulheres negras. Em umas das participações, uma mulher, negra, usuária de álcool e outras drogas e em situação de vulnerabilidade, trouxe o seguinte relato: *“eu não posso tomar medicação para dormir, eu sou mulher. Já dei entrada em vários CAPS por tentativa de abuso sexual. Eu acordava e tinha homem em cima de mim”*. (Informante T.M, 2023).

O relato da usuária T.M nos redireciona para o cuidar de mulheres usuárias de drogas: ao construir o PTS junto com a usuária, levamos a interseccionalidade constituída de gênero, raça e classe? As várias tentativas de *estupro* que a usuária sofreu nas ruas que foi motivada também pelo uso de medicamentos – que em tese, deveria ser para o seu tratamento – mas ao tomá-los o efeito destes causavam sono e consequentemente as tentativas de violência sexual aumentavam, colocando a usuária em maior vulnerabilidade. Como o debate sobre mulheres que usam drogas pode fortalecer a luta antimanicomial?

O capitalismo produz cisões sobre um paradoxo de normalidade a ser alcançado. Essas cisões rompem com quem diverge para um outro movimento. Movimento de vida. Movimento de sentir. Para quem não deseja ser “normal”, o capitalismo não irá servir e consequentemente, seus sentires e devires serão negados pela sociedade. Assim como o

capitalismo moldou e estruturou um pensamento que as mulheres deveriam ser submissas aos homens e, por serem mulheres, não poderiam se insubordinar.

Ao impor direitos (in)constitucionais para o sentir de mulheres, caminhamos para o desejo da normalidade. É *dever* da mulher domesticar. É *dever* da mulher amar o homem ao chegar em casa depois do trabalho. É *dever* da mulher silenciar: “o trabalho feminino de cuidar e limpar constitui um trabalho gratuito”. (Vergès, 2020, p. 25). Há séculos que mulheres, invariavelmente, são colocadas como objetos e não sujeitas que possuem direitos e deveres. Coloquemos a culpa disso no capitalismo, no machismo e no patriarcado estruturais em nossa sociedade e em um modelo heteronormativo que molda um único relacionamento possível: homem e mulher. Não que estes elementos sejam únicos para a alienação do corpo feminino ao *modus* do capitalismo, mas para iniciar uma crítica a esse modelo falido, é essencial mencioná-los.

Ao tencionar que o capitalismo é fator primordial para o adoecimento, silenciamento e morte de várias mulheres que lutaram e lutam por seus direitos legítimos, sobretudo, de lugar de fala, queremos, obrigatoriamente, reiterar o *modus operandi* que o capitalismo é um serviço industrial que “produz inevitavelmente trabalhos invisíveis e vidas descartáveis”. (Vergès, 2020, p. 25). E uma das alternativas para esse *bem bolado*⁷⁹ é o *feminismo de quilombagem* proposto pela autora e feminista negra François Vergès.

Para a autora, essa ação faz parte de um feminismo decolonial que desenha uma nova trajetória de socialização em um mundo que se orienta somente pelo capitalismo. É pela quilombagem que movimentos sociais e o feminismo negro e decolonial irão assegurar direitos a mulheres negras:

O feminismo de quilombagem oferece ao feminismo decolonial uma ancoragem histórica nas lutas de resistência ao tráfico e à escravidão. Chamo aqui de quilombagem (*marronnage*) e de quilombolas todas as iniciativas, todas as ações, todos os gestos, cantos e rituais que noite e dia, escondidos ou visíveis, representam uma promessa radical. A quilombagem afirmava a possibilidade de um futuro mesmo quando ele era negado pela lei, pela Igreja, pelo Estado e pela cultura, os quais proclamavam que não havia alternativa à escravidão – considerada tão natural quanto o dia e a noite – e afirmavam que a exclusão dos/as negros/as da humanidade era algo natural. Os/As quilombolas tornaram visível o aspecto fictício dessa naturalização e, ao quebrarem os códigos, elas/eles desenharam territórios soberanos no próprio coração do sistema escravocrata e proclamaram a liberdade. Seus sonhos, suas esperanças, suas utopias, e mesmo os motivos de suas derrotas, permanecem espaços de onde se pode tirar um pensamento de ação. Portanto, é uma utopia, no sentido de uma promessa radical, que se coloca como uma via contrária ao capitalismo, que também proclama que não há alternativa à sua ideologia, que ele é tão natural quanto o dia e a noite, e chega a prometer soluções tecnológicas e

⁷⁹ Termo em referência a de quem “bola” maconha para fumar.

científicas que transformam suas ruínas em espaços de felicidade. (...) afirmando-se quilombola, o feminismo se ancora nesse questionamento da naturalização da opressão; afirmando-se decolonial, ele combate a colonialidade do poder. (Vergès, 2020, p. 49-50).

No entanto, e as mulheres negras que usam drogas? Como interseccionalizar seus cuidados? O movimento da luta antimanicomial traz a importância desses debates e de outros para se pensar um cuidado em liberdade que priorize afetos e repense as variadas disputas que ocorrem na Reforma Psiquiátrica “para não permitirmos a reprodução da morte física e subjetiva daqueles/as que sempre ocuparam/ocupam os manicômios brasileiros: a população negra”. (Passos, 2023, p. 98). Na primeira manifestação pública realizada no Brasil e organizada por trabalhadores de saúde mental, ocorrida em Bauru, São Paulo, em 1987, surgiu o Primeiro Manifesto de Bauru.

Nesse documento, os mais de 350 trabalhadores (as) participantes do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (CNTSM) elaboraram um documento que priorizava o cuidado ser em liberdade e o fim imediato de qualquer tipo de manicômio. *Ser manicomial* constituía violências que reverberavam em outros aspectos da sociedade: opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, indígenas e mulheres. O movimento se manifestava contra a mercantilização da loucura e doença, contra uma reforma sanitária privatizante, autoritária e entre outros⁸⁰.

Mas afinal, o que é ser antimanicomial? (...) questiona as bases da psiquiatria tradicional e seu aparato (institucional, legislativo, social, cultural, ético, econômico) instituídos como saber-fazer. Ocorre a crítica que compreende a lógica manicomial como fruto da exploração/opressões da sociedade capitalista e cumpre a função de controlar, subalternizar e subjugar corpos e subjetividade através da patologização, medicalização, internação e isolamento, não deixando de considerar o sofrimento e adoecimento psicossocial. (...) no Brasil, a luta antimanicomial nasce no bojo das lutas sociais que emergiram no cenário da ditadura militar, denunciando as violências, violações e as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos. Durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido na cidade de Bauru (SP), em 1987, assumiu-se o direcionamento radical pela extinção dos manicômios, tendo como fruto a Carta de Bauru, a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. (Passos, 2023, p. 94).

Em 2017, houve um novo encontro na mesma Cidade de São Paulo, Bauru, local do ineditismo documento de trabalhadores (as) da saúde mental, que marcou trinta anos desse encontro. A confluência marcava os trinta anos de luta por uma sociedade sem manicômios e

⁸⁰ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em 26 dez. 2024.

que também teve uma carta. Nela, faziam um retrospecto de ganhos primordiais para o campo da saúde mental no Brasil desde 1987: efetivar uma política de saúde mental para quem possui sofrimentos mentais, construção de serviços contrários a lógica manicomial como CAPS e suas *div3rsas* organizações, iniciar uma rede de atenção psicossocial para o campo de álcool e outras drogas e saúde mental, combater novos manicômios como Comunidades Terapêuticas entre outras.

Porém, a carta apontava além dos ganhos, vários retrocessos que o Brasil teve: a hegemonia do campo neoliberal – poucos ricos governam para muitos em situação de pobreza –, golpe na *primeira ex-presidenta mulher* que o Brasil teve em 2016 e consequentemente, as privatizações e desigualdades aumentariam em vários setores. No entanto, o encontro se atualizou e fortaleceu suas lutas, defendendo a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas e a igualdade racial. Radicalmente se posicionaram contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontaram a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQIA+, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros⁸¹.

Recentemente, a Escola Livre de Redução de Danos⁸² lançou uma cartilha com o tema “Mulheres que usam drogas e o direito ao cuidado: experiências de Redução de Danos com abordagem de gênero e raça em Pernambuco”, na qual, traz para o debate social a importância de efetivar políticas públicas para mulheres e garantir que a redução de danos chegue a mulheres cis, trans e travestis. No documento, a escola relata a trajetória que teve com esse público no Centro de Convivência e, elabora algumas recomendações para o cuidado ser direcionado a quem principalmente está em situação de vulnerabilidade, como mulheres negras, transgêneras, travestis e indígenas.

A escola recomenda dez pontos (Escola Livre sobre Redução de Danos, 2024, p. 58-60) que podem ajudar organizações, instituições e poderes públicos a estabelecer práticas de cuidado e acolhimento para *div3rsos* contextos que as mulheres possam vivenciar, priorizando o acesso, a segurança e atenção há quem usa droga:

⁸¹ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2024.

⁸² Instagram: @escolalivrerd. Disponível em: <https://www.instagram.com/escolalivrerd/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

- 1) **Baixa exigência** - Uma das principais causas da não adesão das mulheres aos serviços de cuidado são as altas exigências para acessar o cuidado, desde pedidos de mudanças de comportamento até burocratização desse acesso. A política de cuidado deve ser oferecida de forma aberta, ampla e contando sempre com a construção dos acordos coletivos para acesso aos serviços e às políticas;
- 2) **Acolhimento sem estigma e punição** - As pessoas que fazem uso de drogas vivenciam, desde o início das políticas de proibição, um estigma violento que as impede de serem reconhecidas como cidadãs. As políticas de cuidado, portanto, não podem reproduzir os modelos punitivistas baseados em preconceitos morais e individuais. A política pública representa a construção de uma estratégia para todas e todos. Há mais de 10 anos a Campanha Internacional Acolha Não Puna tem centrado energia em dar apoio à redução de danos e políticas de drogas que priorizam a saúde pública e os direitos humanos;
- 3) **Escuta ativa** - A escuta, com certeza, é uma das principais chaves para criação do vínculo e estabelecimento de processos de tratamento, mudança de comportamentos e fortalecimento da cidadania das mulheres usuárias de drogas;
- 4) **Cuidado em Liberdade** - É um modelo de atendimento que visa garantir o acolhimento, tratamento e acompanhamento dessas pessoas de forma humanizada e inseridas na sociedade;
- 5) **Acolhimento específico** - É preciso que os serviços sejam capazes de propiciar espaços e turnos específicos para mulheres, como forma de proteção a mecanismos e esquemas sociais de funcionamento de homens héteros que promovem o constrangimento, a coerção, a dominância e a regulação corporal e postural de mulheres;
- 6) **Fortalecimento da cidadania** - Explorar o desenvolvimento e fortalecimento social e pessoal de mulheres para que possam ampliar a autonomia e autoestima, como formas de promover a inclusão social, autoconhecimento e acesso a direitos por meio de aprendizagens;
- 7) **Acesso à formação** - Promover a formação política, crítica e histórica, para ampliação do conhecimento acerca dos direitos humanos e fatores sociais e opressões que atravessam a vida das mulheres, tornando-as mais conscientes de tais processos institucionais e instrumentando-as para melhor capacitação ao acesso a direitos de saúde e sociais;
- 8) **Equipes preparadas e com qualidade de trabalho** - Garantia dos direitos dos trabalhadores, estrutura física adequada e treinamentos com as equipes dos serviços como forma de melhorar o acolhimento de mulheres cis e trans usuárias de drogas nos serviços;

9) **Redução de danos entre pares** - Contratação de mulheres, pessoas trans, negras e usuárias de drogas para realização do trabalho entre pares nos serviços e nos territórios de redução de danos e acolhimento para pessoas que usam drogas;

10) **Abordagem interseccional** - Um olhar para as mulheres usuárias em suas diversidades e, assim, reconhecer as suas necessidades, construindo assim uma política de drogas pautada nos compromissos com a reparação histórica de pessoas afetadas pela guerra às drogas, antirracismo, igualdade de gênero e o fim da pobreza;

Depois do relato da *usuária T.M* sobre as várias violências que sofria nas ruas trazidas no Grupo GAM e pelo grupo ser um espaço que vai além de um Grupo Terapêutico, me reuni com sua técnica de referência para discutir novas propostas de cuidado para usuária e informar também sobre seu relato. Depois de discutirmos, observamos a necessidade de fazer a discussão no coletivo, com outros profissionais do serviço.

Analizamos que esse relato era algo que incidia rotineiramente e que nos mostravam sinais de que precisávamos agir o mais rápido possível. A usuária comentava com mais frequência essas violências a outros profissionais como em consultas individuais na psicologia, psiquiatria e em atividades em outros grupos. Depois de um atendimento individual, a sua técnica trouxe para a conversa em equipe que o CAPS AD precisava intervir na vivência da usuária para que não acontecesse uma fatalidade muito maior.

Devido a agressões sexuais e físicas de seu atual companheiro e pela usuária ser uma mulher em uso de drogas e estar em situação de vulnerabilidade social, constatamos que uma moradia protegida poderia lhe assegurar proteção e ressalva de sua saúde. Em conversa com a usuária, disse que gostaria de vincular seu PTS a UAA, para ficar longe um pouco das ruas. Com pactuações entre gestão e serviço, conseguimos garantir moradia temporária para a usuária, alimentação, higiene pessoal e segurança diariamente.

Mesmo que o sistema e as ruas sejam espaços construídos para o não pertencimento e lugar de mulheres, é necessário que façamos acontecer. Que organizemos e nos movimentemos em torno de nossa ancestralidade que além de tudo, é feminina⁸³. Uma

⁸³Na aula inaugural do curso de Especialização e Aprimoramento em Equidade na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde, ofertado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, a psicóloga e doutora Jeane Tavares trouxe para o debate a importância da equidade no campo da saúde pública. Afirmou que o “SUS é feminino” pois a maioria das trabalhadoras existentes no serviço do SUS é feminina. E apesar de ser a maioria no serviço de saúde público, são essas mulheres que sofrem mais marginalização, racismo, classismo, patriarcado, LGBTQIAPN+fobia entre outras. É importante demarcar a importância e resistência feminina em todos os setores, principalmente, no campo da saúde, ao confluir com a nossa pesquisa. Ao demarcar esse campo, estamos resistindo ao capitalismo que ainda tenta alienar o corpo feminino a submissões. 1 vídeo (1h 33min). Disponível em: <https://www.youtube.com/live/dKCUqPDRfeI>. Acesso em: 19 mar. 2025.

ancestralidade negra, africana e feminina: “a racialização dos corpos acontece há séculos em que se perpetuou a escravização, a desumanização e o genocídio das primeiras nações africanas que tiveram seus povos comercializados e traficados violentamente para outro continente”. (Melo, 2024, p. 113).

Os colonizadores chegaram em nossas terras indígenas trazidos pelas forças dos ventos e dos oceanos e iniciaram o processo de escravização, etnogenocídio e perseguição contra quem aqui já habitava. Porém, esse mesmo vento que trouxe as embarcações, não é o mesmo vento que vai resistir e repassar mensagens a nossa ancestralidade. Interpretamos aqui a unidade do vento como força motriz e que possui diferentes trajetórias que se modificam pelo ar. Cada balanceamento do vento gera vibrações que se apresentam em variadas direções.

O vento que trouxe as embarcações não é o mesmo vento que soprou ao ouvido de mulheres que lutaram contra a escravidão. Mulheres que preferiram à morte ao invés de se entregar ao movimento escravocrata. Mulheres grávidas que fugiam das plantações de café, algodão e tantas outras para que seus filhos não nascessem escravos. Mulheres que organizavam quilombos como territórios de resistência à escravatura. Mulheres que inspiraram a ancestralidade a ser também feminina e negra.

Em uma atividade realizada no grupo GAM, uma outra mulher, negra, usuária de drogas e mãe, comenta uma experiência de quase morte que teve. Se passara anos atrás, quando ela era *informante do tráfico* e frequentava poucas vezes o serviço do CAPS AD. Como sua atividade de informar ao tráfico era cercada por intensa vigilância, em um dos momentos que servia como vigilante, ela foi pega por policiais que a trancafiaram no camburão e a levaram para longe da cidade.

A usuária não conseguia identificar os nomes dos dois policiais em seus uniformes. Na verdade, não lembra se existiam nomes costurados em seus coletes. Não conseguia identificar quem tinha a pele clara ou escura. O que pensava é que ali, longe da cidade, da sua casa e no meio do mato, perderia sua vida. Perderia o desejo de brincar com seus filhos que deixava para trás. Não andaria mais pela cidade. Não iria para a igreja para renovar sua fé. Só pensava que aqueles momentos que estava de costas para os policiais, de joelhos, seriam seus últimos momentos de vida.

Nesse momento que a usuária estava de joelhos, percebeu que um dos policiais havia retirado a arma do coldre e ao apertar o gatilho, a arma não funcionou, mesmo com bala. Nesse momento, o policial comentou: “*tô sabendo que tu é macumbeira. Teu Exu é muito*

forte”. (Informante N.B, 2023). A dispensaram, fizeram-na correr sem olhar para trás e como se não existisse o amanhã, a usuária correu. Correu para sua liberdade.

Essa passagem nos remete a vários sentidos: em primeiro, a religião, pois sendo a usuária praticante ou não da religião de matriz africana, seu *Exu* a salvou de uma morte iminente. *Exu* é uma divindade afro-religiosa e é chamado de orixá da comunicação. Exerce a função de enviar mensagens entre os seres humanos e outros orixás. Sem *Exu*, não existe linguagem, não existe nada. A palavra é inventada por *Exu*. Ele orienta o caminho e ao mesmo tempo, distrai. Sua figuração é construída a partir dos “princípios da mobilidade, dos caminhos, da imprevisibilidade, das possibilidades, das comunicações, das linguagens, das trocas, dos corpos, das individualidades, das sexualidades, do crescimento”. (Rufino, 2019, p. 51).

A mobilidade da usuária ao correr de volta para seus filhos. Os caminhos que se abriram para usuária pela última vez sendo informante do tráfico. A imprevisibilidade da arma do policial mesmo carregada não ter sido disparada. A possibilidade da usuária ser liberada para seguir sua vida. A comunicação de *Exu* com usuária a libertando de ser assassinada. O corpo negro da usuária ao não virar estatística.

Exu encarnado nas práticas da afro-diáspora mantém vigorosamente o seu poder inventivo e multifacetado. A sua vitalidade nos indica que a redenção colonial, em certa perspectiva, fracassou, e que as travessias dos tumbeiros codificaram o oceano enquanto encruzilhada. Porém, as significações de *Exu* nos cotidianos dessa margem também evidenciam as batalhas, as violências, as negociações, os autoritarismos, os regimes de poder, as transgressões, os silenciamentos e as alianças experienciadas na dinâmica colonial. A encruzilhada colonial nos apresenta, de um lado, *Exu* mantenedor vital das sabedorias negro-africanas transladadas e, de outro, *Exu* marcado pelos investimentos coloniais/racistas, que se esforçam em transfigurá-lo no Diabo judaico-cristão. (Rufino, 2019, p. 52).

Em segundo, valor econômico, pois devido à falta de oportunidade de emprego e mãe sozinha de dois filhos, não conseguia manter a casa, assim o tráfico surgia como uma possibilidade de trabalho remunerado; em terceiro, cunho social, expondo a vulnerabilidade da usuária, em que residia com seus filhos e a falta da rede social para suporte; e por último, identidade ancestral, o mesmo vento que direcionou mulheres a fugirem da escravidão, foi o mesmo vento que levou a usuária correr para sua liberdade.

Por isso, sigamos. Mas sigamos garantindo que quem anda *com nós* (mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiência, LGBTQIAPN+ e outros povos do campo, florestas e águas) tenham espaços garantidos de falas e oportunidades. Que sejam espaços pulsantes e explorem suas subjetividades de vida.

E para que sigamos, não apenas sobrevivendo, mas vivendo e elaborando os sofrimentos impingidos pelo mal-estar da nossa cultura, falemos. Contudo, não apenas sobre aquilo que aqueles tidos como representantes dos discursos do mestre nos autorizam a dizer, falemos sobre o que nos causa questão, angústia e sobre o que não é dito, tudo aquilo que parece denegado socialmente. Desamordacemos Anastácia! (Melo, 2024, p. 114).

Assim, em meio a processos que se constrói e reconstrói diariamente, notamos que nesta seção os versos que aparecem da música *Princípio*, do cantor *Emicida* são “*Deus, por que a vida é tão amarga na terra da cana-de-açúcar?*” e “*cale o cansaço, refaça o laço, e ofereça um abraço quente*” pois falam diretamente o que discutimos nessa seção: nossas relações com medicamentos, efeitos da proibição e violências em corpos negros e femininos. Sobretudo, vimos formas de (re)existir frente a uma sociedade que não nos quer vivos. Seja pelo fortalecimento da prática da redução de danos ou pelos caminhos que *Exu* abre.

A construção da GAM se efetiva em um campo de existências que divergem no modo de produzir, mas se encontra no modo de (re)existir. Trazer para o cume a importância de falas negras, femininas, usuárias(os) de drogas e que estão em tratamento em um serviço contra os manicômios, é abrir campo para novos atores e atrizes que fazem a nossa *brasilidade* ser tão *div3rsa*.

6.3 A GAM NA ENCRUZILHADA COM O SUS

O meu irmão S.S (usuário) bebe todo dia desde 05 da manhã, mas quando é tratamento, ele para. Hoje, por exemplo, ele começou a beber desde cedo e voltou sozinho para casa, às 12:00. Ele voltou cedo porque lembrou que tinha o Grupo GAM (mulher negra, informante O, irmã de usuário S.S, 2023)⁸⁴.

Não podíamos começar a penúltima seção dessa Dissertação sem fazer uma menção honrosa ao *usuário S.S*, homem branco, que acompanhava o Grupo GAM desde os primeiros movimentos para organização e realização do grupo. Lembro-me que sempre chegava acompanhado, na maioria das vezes de sua mulher e, em outras vezes, de sua irmã, além de em alguns momentos as duas terem participado juntas com ele no grupo. Falava e se expressava pouco, mas todas às vezes que comentava algo, o grupo expressava uma grande admiração pelas suas falas e conhecimentos.

⁸⁴ Essa seção é especialmente dedicada ao *usuário S.S*, que infelizmente, se juntou à ancestralidade. Em novembro de 2024, sua irmã, que lhe acompanhava junto a esposa no Grupo GAM, me informou sobre seu falecimento através de um aplicativo de mensagens. *Usuário S.S* foi um grande companheiro e participante ativo no grupo, colaborando com suas experiências de vida, mas, acima de tudo, sendo um ator principal em seu tratamento. Seu vínculo ao Grupo GAM era admirável e sua falta será sentida nesse plano. Um grande abraço, amigo!

Em outras vezes, sem a necessária atividade no Grupo GAM, mas entre outras ações micropolíticas no CAPS AD, a irmã do usuário me procurava, preocupada com sua saúde, dizendo que ele não conseguia interromper o uso do álcool e que a droga estava ocasionando problemas fisiológicos, além de fragilizar as relações sociais em seu entorno. Mesmo que o usuário participasse ativamente do Grupo GAM e não faltasse em suas consultas médicas e de referência com sua técnica no CAPS AD, os sintomas e sinais do uso prejudicial de álcool estavam se tornando cada dia mais visíveis.

Sua família então tentou as alternativas que estavam a seu dispor: procuraram o serviço do CAPS AD Marajoara para acolhimento noturno, conversaram com a médica psiquiatria sobre seu tratamento medicamentoso e se tinha a possibilidade de modificar por outros com menos efeitos adversos, dialogaram com sua técnica de referência para modificação de seu PTS entre outros. Entretanto, uma alternativa me chamou atenção. A família dispunha de um sítio que ficava a quilômetros de distância da região metropolitana de Belém. É um sítio que tinha a interação direta com elementos da natureza: rios, canto dos pássaros, natureza, terra batida e sol no horizonte. Esse sítio foi, por um grande momento, o alívio, o cuidado e a redução de danos do *usuário S.S.*

Assim como a sua partida precoce para a ancestralidade, deixo a necessária intervenção do que mais precisamos atualmente: relações sociais. Com uma *sindemia* de Covid-19 que deixou marcas profundas em nossos círculos sociais, tivemos que nos reinventar no modo de produzir cuidados e afetos. Com a militância do movimento social para a construção de uma Reforma Sanitária que fosse em tese, democraticamente escrita e coletivamente aplicada, o SUS surge como um resultado político que foi construído para a efetiva participação de todos e todas.

A sua presença na Constituição Cidadã de 1988⁸⁵ nos artigos 196 e 200 compele a importância da saúde para a cidadania e como o SUS viria a ser implementado nos próximos anos. É uma das leis fundamentais para a criação do SUS, já que os preceitos regidos pela Constituição de 1988 serão os primeiros passos para a consolidação da Lei Orgânica da Saúde, também conhecida como Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que vai dispor sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da sua organização e funcionamento em outros serviços.

⁸⁵ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 jan. 2025.

Logo nos primeiros artigos, especificamente o artigo 3º vai apontar a importância do contexto da saúde ser acompanhada de determinantes e condicionantes sociais como moradia, alimentação, renda, saneamento básico, emprego, educação, meio ambiente, lazer, esporte entre outras (Brasil, 1990). Garantir que o usuário e a usuária consigam acessar o serviço e de todas outras atividades que nele compõem é essencial para acontecer o cuidado, mas, alinhado a isso, deve vir acompanhado de todo o *fluxo* de direitos que esse mesmo usuário ou usuária carrega consigo. O cuidado é potencializado através de uma rede que se retroalimenta diariamente.

Nos primeiros grupos GAM que aconteceram no CAPS AD, um usuário pegou o Guia que fora distribuído para cada um presente e depois de pequenas discussões e folheadas na página, disse no final do grupo: *“este livro pertence a sociedade”* (Informante J.S, 2022-homem negro). Mesmo que a GAM não esteja presente na Constituição Magna de 1988, ela está eticamente associada há alguns artigos, como no artigo 196, que enfatiza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 120), além de fazer parte de uma das diretrizes do SUS que é a participação da comunidade presente no artigo 198 (Brasil, 1988).

Dois anos mais tarde essa diretriz ganhava novos acréscimos na Lei Nº 8080 e passaria a vigorar com mais quinze incisos que são fundamentais para efetiva consolidação do SUS como uma política social democraticamente escrita e coletivamente aplicada. Vejamos quais são essas diretrizes (Brasil, 1990, p. 3-4):

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - Participação da comunidade;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - Conjuação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

XIV – Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013⁸⁶. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)⁸⁷;

XV – Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)⁸⁸.

Percebemos que a GAM é alinhada às diretrizes do SUS pois foi um dos principais pontos quando ela começou o processo de implementação no Brasil em 2009, trabalhando na direção da garantia de direitos e de cidadania. Essas diretrizes são importantes pois fundamentam o processo de trabalho da GAM e garantem que usuários e usuárias tenham ações políticas em seus tratamentos. Uma dessas ações é garantir a plena comunicação entre usuários (as) e equipe.

Na micropolítica de cuidado no CAPS AD e no vínculo criado nas relações sociais, um usuário que frequentava vez ou outra o grupo, ao me ver pelos corredores do serviço, gritou: *“Ei Vitor, tem mais livro GAM aí? Aquele lá (o guia) eu já li tudinho”*. (Informante A.D, 2022- homem branco). Mesmo que usuário não participasse ativamente do grupo devido aos

⁸⁶ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

⁸⁷ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113427.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

⁸⁸ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Lei/L14679.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

seus *corres*, o *informante A.D* não deixava de ler o Guia, mantendo-se desta forma, conectado com a temática para colocar em prática ou trazer para o grupo possíveis indagações, quando participasse.

Esses *corres* que traz o sujeito para o CAPS AD ou para uma Residência Terapêutica (RT) integram também seu PTS e evidencia a necessidade de garantir que seu tratamento seja *executado* por uma rede. Uma rede de cuidados que se comunique, que busque a integralidade e o compartilhamento intersetorial entre as equipes dos serviços. Nessa rede que tende a criar brechas para tensionar seus fios – como “choque de gestão” (Cecílio, 2010, p. 2278) – ao mesmo tempo se fortifica e fortalece com o apoio do controle social e de organizações civis para que essa rede continue a produzir fios mais fortes e potentes. Uma das fortificações criadas foi a Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS para pessoas que possuem sofrimentos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Essa rede é de extrema importância ao garantir que as diretrizes do SUS presentes na Lei Nº 8080 sejam integradas horizontalmente a quem possui sofrimento mental e/ou faz uso problemático de álcool e outras drogas. Nesta portaria, identificamos as diferentes modalidades de tratamento psicossocial que existem no Brasil e como estão definidas territorialmente. Não é apenas o CAPS que constitui a RAPS. Serviços de saúde de todos os níveis – atenção básica e atenção secundária: média e alta complexidade – tanto quanto assistencial e social são constitucionalmente presentes nessa rede de cuidados. Entre os pontos presentes estão (Brasil, 2011, p. 2-3):

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Acolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Reabilitação psicossocial.

Uma rede complexa formada que se fortalece pelo protagonismo do sujeito que “caminha” por diferentes fios. Fios que por vezes tendem a quebrar, mas são refeitos por exercícios da clínica que não prescrevem, que não *capsulam*, mas que produzem falas, atos de cuidado e escrita, em que o diagnóstico se modifica e se transforma em um ato de *(des)capsular*.

Tensionamentos que o processo de metamorfose entre *capsular* e *(des)capsular* é acontecimento primeiramente dentro do serviço, que visa discutir novos processos de cuidado não medicamentoso e medicamentoso. Não medicamentoso pois garante informações, comunicações, autonomia e liberdade no tratamento. Medicamentoso pois discute os efeitos de psicofármacos e usos de outras drogas no dia a dia. Essa transformação leva tempo e está ligada estruturalmente e institucionalmente aos efeitos que a rede de cuidados sofre. Mesmo que a luta antimanicomial e a RP buscassem garantir a destruição total de manicômios e criassem um modelo de cuidado, os *loucos* só tiveram seus direitos democraticamente garantidos neste século, com a criação da Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2011.

Essa Lei, que tramitou por mais de uma década para ser aprovada, foi o resultado de vários segmentos sociais que acreditavam em um modelo de cuidado de saúde mental direcionado à liberdade, aos direitos humanos e à humanização. É a Lei da “Saúde Mental”, “Paulo Delgado”, “Reforma Psiquiátrica” pois são tantos sinônimos que levam para um único

produto: proteção e direitos de pessoas que possuem transtornos mentais. Entre os direitos de quem possui sofrimento mental, a Lei diz (Brasil, 2001, p. 1):

- I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – Ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – Ter acesso aos meios de comunicações possíveis;
- VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Em um dos últimos grupos de 2024 que aconteceram no CAPS AD com a GAM, um usuário comenta: *“é a segunda vez que venho ao CAPS AD, a primeira foi em 2015 e ontem (domingo), eu preferi não usar OXI porque viria hoje para o CAPS”*. (Informante D, 2024-homem negro). E finaliza: *“estando 20-30 minutos aqui no grupo, acho que o CAPS é isso, um ombro amigo”*. (Informante D, 2024).

O CAPS AD funciona integralmente entre as redes de cuidado, presentes nas RAPS como vimos anteriormente. Sua dinâmica de trabalho é dividida pela territorialidade de cada distrito sanitário, constituindo um espaço vivo que potencializa ações e significados para usuários (as) de sofrimento mental graves e/ou persistentes ou quem faz uso problemático de álcool e outras drogas. Porém, o CAPS AD não é somente isso. É também um *“ombro amigo”*.

Um *“ombro amigo”* pois não julga, apoia. Cuida e não abandona. (Des)capsula e não capsula. Está lado a lado com o usuário, respeitando o seu ritmo, não se antecipando a ele para conduzi-lo, nem ficando para trás e promovendo sensação de abandono, mas justamente ao lado do usuário nos momentos de necessidade. O CAPS AD é um dispositivo de cuidado antimanicomial, pois afirma que o cuidado é em liberdade. E uma das práticas para efetivamente garantir a liberdade do outro ou da outra, é fortalecer a relação de cuidado entre usuários (as), trabalhadores e gestão. Um dos movimentos internacionais que intensifica o

valor do protagonismo e do não proibicionismo com o usuário de drogas é o ‘Acolha, não puna’.

É uma campanha internacional criada em 2012 que integra o projeto *Community Action on Harm Reduction* (CAHR) financiado pelo governo da Holanda. Essa campanha global celebrada anualmente em 26 de junho, é realizada no Brasil por movimentos sociais da redução de danos e direitos humanos e tem como um dos objetivos aumentar a conscientização sobre os danos causados pela criminalização de pessoas que usam drogas, mobilizando ações públicas para mudanças na política de drogas para que os direitos humanos das pessoas que usam drogas sejam plenamente respeitados⁸⁹.

Às vésperas da realização da celebração da 11ª campanha sobre acolher e não punir, em 2023, a Escola Livre de Redução de Danos (ELRD) sofreu ataques e teve sua sede invadida em Pernambuco. Sem mandado de busca e por “denúncias” de tráfico de drogas e apologia ao uso, a Escola foi vasculhada por policiais civis que trabalhavam em prol da “população”.

Durante a ação truculenta e violenta do Estado em tentar criminalizar a redução de danos, a equipe da Escola Livre atuava no Carnaval de Pernambuco pela “*Ação fique suave*” que juntamente com a população, orientava o uso correto de drogas, interações químicas com o uso cruzado de outras drogas, dicas para garantir segurança na folia e reforçando a hidratação como fator primordial para reduzir danos com drogas. Em nenhum momento da ação realizada pela ELRD foi de apologia ao uso e tráfico de drogas. A apologia que teve foi ao cuidado e ao conhecimento de quem iria aproveitar o carnaval nas ruas de Pernambuco.

Pelo ocorrido e em solidariedade a Escola Livre, o grupo GAM organizou uma mobilização sobre redução de danos no CAPS AD e convocou toda a sociedade civil a estar presente, para discutir sobre marginalização e criminalização contra as drogas. Durante a ação que se juntou a outras que aconteciam pelo Brasil, tivemos a oportunidade de assistir ao filme “*O bicho de sete cabeças*”⁹⁰ que conta a história real do militante da luta antimanicomial Austregésilo Carrano, vítima do sistema manicomial que torturava e silenciava o *louco*. Sua história é contada no filme e também no livro de sua autoria, chamado Canto dos Malditos.

⁸⁹ Disponível em: <https://girlsingreen.net/acolha-nao-puna-entenda-a-iniciativa/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

⁹⁰ 1 vídeo (1h 24min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=F6Yky54edpo&t=35s>. Acesso em: 12 jan. 2025.

Figura 8 – Mobilização pela Redução de Danos no CAPS AD



Fonte: arquivo pessoal (2023).

Nesse dia, o Grupo GAM não seguiu a trilha do Guia. Pegou-se um outro caminho e a partir dele, foram sendo construídas outras narrativas. Importante destacar que o Grupo GAM fez essa pactuação e quem esteve participando concordou com essa ação de mobilização da redução de danos. Quem estava participando no dia da mobilização foram usuários (as), profissionais da saúde e participantes de movimentos sociais.

Durante as falas, usuários(as) começaram a se organizar para quem iria iniciar. Um usuário, que já foi acolhido no CAPS AD, mas teve seu tratamento matriciado a Casa Saúde Mental Marisa Santos⁹¹, comentou que através do esporte conseguiu diminuir o uso do tabaco: “O esporte salva. Eu negocie as drogas pelo esporte. Troquei o cigarro pelo esporte”. (Informante M.C, 2023- homem negro). Durante sua fala, destacou que onde faz seu

⁹¹ CAPS III que possui acolhimento noturno, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém.

tratamento atualmente, Casa Saúde Mental Marisa Santos, sofre racismo devido sua pele ser negra retinta e possuir cabelo afro. Comentou que durante seus atendimentos no CAPS AD, o mesmo não identificava sofrer violências raciais. Porém, quando iniciou seu tratamento em outro serviço de saúde mental, notou que sua cor incomodava muitos profissionais.

Outro usuário comentou sua experiência com uso de drogas: *“antes eu usava uma pedra gigante para fumar crack. Hoje, peço para o cara cortar ao meio e me entregar. (Informante M.B, 2023- homem branco).* Depois de seu comentário, ele se dirigiu às pessoas que estavam presentes e perguntou o que considerava ser um usuário de drogas. Eu respondi que todos que estavam presentes, usavam drogas, mas não necessariamente as proibidas, mas sim, as legalizadas, como açúcar, refrigerante, medicamentos. O usuário M.B perguntou se eu escutava vozes, eu disse que nunca escutei. Foi quando ele comentou: *“pra mim usuário de droga é só quem escuta vozes”.* (Informante M.B, 2023).

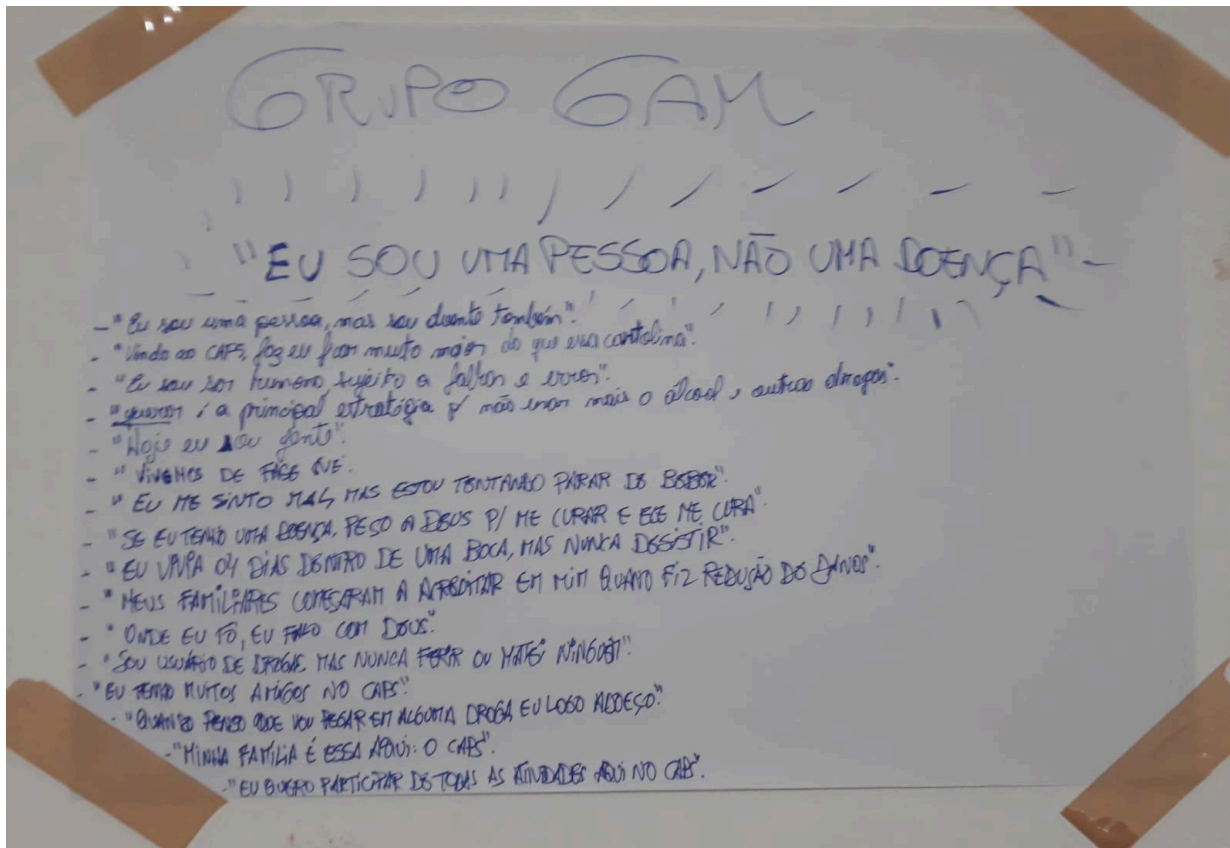
Porém, para o Estado, usuário de drogas é “considerado, antes de tudo, um doente que, assim como os enfermos de outras doenças, ameaçava a saúde, o bem-estar e a integridade”. (Saad, 2018, p. 89). O Estado ao invés de incluir a discussão sobre a regulamentação e regularização de todas as drogas ilegais, prioriza a ação que detém mais apoio social de algumas partes da população: investimento em segurança pública e destinação de verbas federais, estaduais e municipais para entidades que cometem crimes contra quem usa drogas.

Em uma atividade no grupo GAM utilizando o guia para usuários (as), estávamos discutindo as relações sociais e a nossa afetação por esse meio. O debate continuou no parágrafo com a seguinte afirmativa: “eu sou uma pessoa, não uma doença” (Campos, p. 18, 2012a, p. 18). Essa frase foi retirada do Guia original do Québec e se manteve durante a adaptação para o contexto brasileiro. Durante a discussão, um usuário deu a sugestão para que essa frase pudesse, de alguma forma, ficar identificada e ser uma “marca” do grupo. Sugeri que essa frase pudesse ser escrita em uma cartolina e ficasse pregada na parede da sala onde ocorriam as reuniões do grupo GAM.

Todos os participantes que estavam no grupo concordaram. Ao escrever a frase na cartolina, sugeri que refletissem mais sobre essa frase: qual o impacto dessa frase para minha vida? Eu concordava ou não com essa frase? Eu estou doente? O que é ser doente? Alguns participantes escreveram suas sensações na cartolina, como podemos ver na imagem 8 mais adiante. Com significados *div3rsos*, que levam do religioso ao pedir a *Deus* para interromper o uso da droga até a prática da redução de danos fortalecendo laços familiares, não tivemos a

intenção de analisar cada frase. Cada usuário (a) foi impactado de alguma forma e, pelas produções de subjetividades em suas vidas e pelo vínculo criado no grupo, compartilharam.

Figura 9 – “eu sou uma pessoa, não uma doença”.



Fonte: arquivo pessoal (2024).

Com essa atividade realizada no encontro com a GAM, não tivemos a intenção de querer classificar o grau de uso de droga de cada pessoa ou o que determina quem é usuário(a) de droga ou não. A produção não foi sobre isso. Cada pessoa possui sua singularidade e experiência de vida e trouxe consigo suas verdades. Ao retomar o pensamento do usuário M.B sobre ser usuário de drogas somente quem escuta vozes, outro usuário pôde discordar ou concordar, mas é no coletivo que podemos criar novas narrativas de sujeitos que são silenciados continuamente.

Cada usuário foi contando sua experiência com a redução de danos. Um trabalhador do CAPS AD e usuário do CAPS Marajoara começou a dar dicas de redução de danos: “Ao comprar água, bloqueamos o neurotransmissor da felicidade que é liberado durante o uso. O sorriso é uma forma de você fazer redução de danos”. (Informante A.S, 2023- homem negro). Esse comentário fez o grupo notar a importância de nos mantermos hidratados, mesmo quem

esteja no *fluxo*. A importância de tomar uma água e comer algum alimento antes de usar a droga, são excelentes práticas de reduzir danos que as drogas podem ocasionar.

Outro usuário comentou que se fosse membro da liga da justiça, já saberia qual nome utilizar: *“se eu fosse da liga da justiça, eu seria o Capitão Química. Já usei de tudo. Fumei até granel (bombril + pedra de crack). Eu fico parece mosquito da dengue, não gostei disso não”*. (Informante P, 2023- homem negro). Ao ouvir essa experiência, um outro usuário, que estava do outro lado da sala, comentou: *“conheço um brother que chamam ele de bombril. Ele fuma crack em volta de um bombril, sem cachimbo e nem nada. Quer dizer, tu acaba fumando droga, fumaça e o bombril. Aquilo ali vai para tua garganta, conheço pessoas que ficaram sem voz, por tanto usar”*. (Informante A. L, 2023- homem negro).

O grupo foi acolhendo as experiências de cada usuário. Outro comentou sua vivência que teve com crack enrolado ao bombril: *“eu já tive que fazer tratamento de Tuberculose porque fumava crack com bombril. Minha experiência em fumar crack no bombril foi assim: sabe Nárnia? Pois é, eu via gnomos, cavalos. Foi uma experiência muito boa. Mas depois vinham as dores. Eu sentia meus ossos do peito quebrarem, não conseguia respirar”*. (Informante M.P, 2023- homem negro).

Cada usuário trouxe uma experiência que teve ao relacionar a droga crack com o bombril. Experiências que divergiam no modo de uso, mas que se encontravam no final por compartilharem o que sabiam, o que tinham presenciado. Isso é SUS. É ir além de organizações que medicalizam e *capsulam*. Devemos “politizar o SUS” (Cecílio, 2010, p. 2276) pois só assim, conseguiremos construir um modelo de saúde que seja afetado pelas relações pessoais e não por máquinas, instrumentos e procedimentos. Construir um SUS com parâmetros socialistas é direcionar o seu modelo para inclusão, *div3rsidade*, acessibilidade e participação social. Politizar o SUS é incluir em seu funcionamento a regulamentação das drogas, como a maconha.

Em um comentário realizado por um usuário que estava em uma residência terapêutica da Prefeitura de Belém, a UAA, sobre outras alternativas de tratamento sem ser o medicamento, ele relata: *“eu sou preconceituoso com o tratamento farmacológico. Por experiência pessoal, minha mesmo. Eu acho que tem que ter humildade mesmo. Eu tive uma experiência com o chá de Ayahuasca⁹²: não é só curtir o barato, saca? É terapêutico e fez*

⁹² O nome Ayahuasca significa ‘liana (cipó) dos espíritos’. É uma bebida que possui efeitos para além do fisiológico e psicossocial. Tem estudos que comprovam seu uso por centenas de séculos e, inclusive, sendo utilizado por populações indígenas. É conhecida por nomes como daime, vegetal, yagé, caapi, hoasca, vinho da

com que eu ficasse três anos sem usar medicamentos controlados. Porém, hoje estou em situação de rua, né, então eu tive que voltar a usar medicamentos. Já usei também gotas de Canabidiol (CBD) e me ajudou em não fazer uso de drogas intensamente”. (Informante H.J, 2023- homem negro).

Recentemente, o Brasil reacendeu a discussão sobre a constitucionalidade de descriminalizar o uso da maconha, distinguindo usuários e traficantes. Pela Lei de Drogas Nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, quem nota a diferença é quem faz a abordagem, ou seja, os órgãos de repressão que, muitas vezes, agem com violência. Na referida Lei, o artigo 28 data a seguinte redação: “quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (Brasil, 2006, p. 11) sofrerá penas como: 1) advertência sobre efeitos das drogas; 2) prestação de serviços para comunidade; 3) medidas educativas para si próprio ou curso direcionado a diminuição do uso de drogas.

O retorno da discussão no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2024 é sobre a inconstitucionalidade do artigo 28 em não ser mais um ato penal a quem fosse parado com maconha, mas que fossem adotadas medidas administrativas. Estabeleceu-se também métodos para distinguir quem é traficante e usuário: quarenta gramas de *cannabis sativa* ou seis plantas fêmeas para usuários (as). Uma discussão que ficou paralisada desde 2015 e quase completou uma década para ser retomada. Felizmente, a maioria de Ministros e Ministras foram favoráveis em considerar inconstitucional o artigo 28 da Lei de Drogas e com isso, há uma certa esperança de diminuir o aprisionamento de corpos negros que carregam quantidades ínfimas de maconha.

Essa decisão não torna o uso legal da maconha no Brasil pois ela continua sendo uma droga ilícita, porém, a discussão de descriminalizar uma droga que é *proibida* desde a escravidão para os dias atuais é atentar para a construção de um país que seja democrático em todos os seus níveis. Não temos o objetivo de legalizar todas as drogas sem a divulgação de estudos científicos e o aparato da sociedade civil. O tráfico de drogas surge a partir da criminalização e da “guerra às drogas” que o Brasil pavimenta há muitas décadas. Uma guerra fundamentada na violência e eliminação da raça negra. Queremos garantir que todas as pessoas possam ter a liberdade de usar drogas, mas que saibam informações sobre seus benefícios e malefícios.

A pesquisadora Luísa Saad (2018) no livro “fumo de negro: a criminalização da maconha no pós-abolição” comenta e analisa através de seus estudos que a maconha data de origens milenares, ajudando o homem na agricultura e no bem-estar de plantações, por exemplo. As plantas que possuíam substâncias alucinógenas eram chamadas de “segredo divino” ou “profecia”, possuindo caráter de “anjos”. Quem detinha o conhecimento sobre essas plantas possuía um certo poder. Na hora das colheitas, era necessário chamar por seus nomes para ter uma boa colheita nas plantações. A influência da maconha vai passar pela Ásia, Europa, Oriente Médio e África. Em África, a planta vai ter total importância para as comunidades, sendo utilizadas em rituais religiosos e até utilizada como moeda de troca por outros produtos.

Uma das formas de se fumar a maconha era ficando em círculo e inalando a fumaça queimada: “a prática observada inicialmente foi a queima de grande quantidade da erva em brasa quente ou em equipamentos de defumação”. (Saad, 2018, p. 113). Esses rituais foram trazidos pelos africanos quando vieram nos navios negreiros na qual foram violentamente colocados a escravidão. Ao *fumarem* a maconha depois de horas no trabalho escravo, em círculo e em uma grande fogueira, estavam assim, resistindo a escravidão imposta pelos colonizadores. Por isso, o retorno para a descriminalização da maconha pelo STF é uma vitória ancestral e uma reparação histórica.

Mesmo que haja alteração na Lei de Drogas sobre a tipificação entre usuário e traficante, é necessário propor outros caminhos para o fim do proibicionismo e consequentemente, o aumento de negros e negras em celas de cadeias, em leitos de manicômios – comunidades terapêuticas –, em situação de rua, fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo maioria em “cracolândias”. A demarcação de um Brasil livre da “guerra às drogas” é caminhar para um “internacionalismo revolucionário” (Fanon, 2022, p. 360), ou seja, um Brasil que seja livre de status imperialistas, colonialistas, capitalistas, patriarcalistas e supremacistas brancos.

Um Brasil que seja grande produtor de *cannabis sativa* para a produção de fins medicinais, terapêuticos e uso próprio. Um Brasil que possa ter salas de uso de drogas supervisionadas para pessoas que queiram usar drogas, sem julgamentos, com apoio de uma equipe multiprofissional. Um Brasil que apoie e incentive a realização em todas as cidades a iniciativa de Moradia Primeiro, para pessoas que estão em situação de vulnerabilidade. Um Brasil por mais Consultórios na Rua e CAPS AD. Um Brasil que distribua kits de redução de

danos para a população. Um Brasil que seja democraticamente para todos, todas e *todes*. Um Brasil que esteja na *encruzilhada*.

A relação da GAM propositalmente com a palavra encruzihar é assertiva para nossa pesquisa. Encruzilhada não é apenas a união ou aglomerado de duas ou mais ruas. Não é apenas traçar os pontos de uma rua a outra. Encruzihar é poder se conectar ao novo e ao mesmo tempo, as diferenças. É poder ampliar novas possibilidades de cuidado, combatendo violências coloniais e políticas de morte que insistem em cavar buracos em nossos territórios. A GAM ao se encantar na encruzilhada abre caminhos, desvela os buracos criados pelo colonialismo e mantém a sabedoria da população negra ao aceitar os diferentes, os *anormais*, os perseguidos, os colonizados.

A partir do saber em encruzilhadas, a transgressão da colonização das mentalidades emerge como um ato de libertação, que produz o arrebatamento tanto dos mercados pela condição de subalternidade (colono) quanto dos montados pela condição de exploradores (colonizadores). A prática das encruzilhadas como um ato descolonial não mira a subversão, a mera troca de posições, mas sim a transgressão. Assim, responde eticamente a todos os envolvidos nessa trama, os envolve, os “*emacumba*” (encanta), os cruza e os lança a outros caminhos enquanto possibilidades para o tratamento da tragédia chamada colonialismo. (Rufino, 2019, pp- 82-83).

Nessa penúltima seção, vimos que dentro do SUS perpassa várias políticas públicas internas e sociais, que se *div3rsificam*. A importância de resgatar o cuidado em redes e como a redução de danos deve caminhar horizontalmente dentro do sistema público de saúde. Como na música *AmarELO*, o verso que observamos e faz sintonia com as narrativas descritas aqui foi “*Paz não se constrói com tiro, mas eu miro, de frente a minha fragilidade*”.

Ao expor as diferenças e se afetar pelas vulnerabilidades aqui narradas, pensamos que o SUS pode ser o dispositivo necessário a fazer valer a democracia e potencializar narrativas de sujeitos que são marginalizados e criminalizados pelo Estado. Emancipar o cuidado a quem faz uso de álcool e outras drogas em liberdade é garantir que quem mais precisa, o SUS vai cuidar, mesmo sendo *div3rso*. As diferenças são *normais* e é esse fator que irá construir um modelo de cuidado mais justo, igualitário e intransigente as violências, desrespeito e silenciamentos. Devemos transgredir e ser radicalmente contra narrativas manicomiais que sejam em formas de aprisionamentos e punições.

A tão buscada *Paz* é garantida através da nossa fragilidade. Não existe nada de ruim em sermos quem somos. *Div3rsos*, *anormais*, *loucos* e *drogados*. Como todo o desenvolvimento dessa dissertação se deu exclusivamente devido a participação de usuários(as), a partir das suas narrativas de viver, trago na última seção artes que foram

construídos pelos próprios atores e atrizes desse trabalho, como uma arte *marginalizada*, a fim de pautar o campo de álcool e outras drogas para além das drogas: um campo de pessoas, sentimentos, desejos e afetos. A GAM é uma metodologia de cuidado que nos torna mais insubmissos e *(des)capsulados* a um mundo que prescreve, medicaliza, capitaliza e *capsula* o sofrimento.

6.4 ARTE MARGINALIZADA

A última seção da nossa pesquisa está relacionada às produções artísticas das subjetividades de usuários e usuárias que participaram dos encontros com a GAM. Em todos os encontros que aconteceram, além da utilização do Guia GAM para usuários (as), era utilizado outros materiais para confecção de atividades, como cartolinas, papéis A4, lápis de cor, canetinhas, barbantes etc. Antes de começar as atividades no grupo, era reforçado aos participantes que ficassem à vontade para construção de memórias expressas em desenhos, cartas, poemas ou outras formas.

Percebemos a criatividade dos participantes quando receberam o Guia GAM inicialmente e, que na primeira e segunda página, respectivamente, era dedicado que o participante colocasse seu nome e outros símbolos que quisesse. Alguns, escreveram apenas seu nome e sobrenome, de forma simples. Outros, além de escrever seus respectivos nomes, também colocavam algum símbolo que se identificasse.

As atividades com o grupo GAM sempre eram conduzidas no coletivo a partir da lógica da redução de danos. Em alguns momentos, alguns usuários que eram acompanhados pelo CAPS AD e participavam do grupo GAM, traziam seus violões e no final de cada encontro, o grupo cantava algumas músicas. Esses momentos para além da integração do coletivo no grupo, permitiu que a GAM cumprisse um dos seus objetivos: a ocupação de um território por sujeitos *marginalizados*.

Ocupar o CAPS AD com usuários de álcool e outras drogas é *dar o barato* que o SUS deve se atentar a demandas para além da “normalidade”. Que o SUS deve ser ocupado também por pessoas *loucas e drogadas*. Por um público que pela sociedade racista estrutural é “minoría”, mas coletivamente é maioria. Trazemos essas *artes marginalizadas* para confluir com uma nova percepção para o conceito de drogas. A intervenção com a GAM no CAPS AD se conectou ao protagonismo de usuários e usuárias de drogas e intensificou suas autonomias.

Por isso, o último verso que tomamos emprestado da música *Princípio*, do rapper brasileiro Emicida, se encaixa perfeitamente nesse capítulo *marginal* – mesmo que a pesquisa

inteira possa ser uma obra *marginal* –. Quando ele canta “*já não está mais perdido o elo, o amor é o segredo de tudo e eu pinto tudo em amarelo*”. A cor amarela aqui simboliza a união do amor ao elo. Amor por se afetar pelas vulnerabilidades existentes e elo, pelo vínculo criado.

Obras *marginais*, sujeitos *marginais*. O amarelo evidencia o impacto do vínculo e amor com usuários de álcool e outras drogas a uma vida *(des)capsulada*. O amarelo identifica o problema racial estrutural em uma sociedade *capsulada* pelo capitalismo. O amarelo é uma das soluções para esse *capsulamento*.

Figura 10 – arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 11– arte marginal



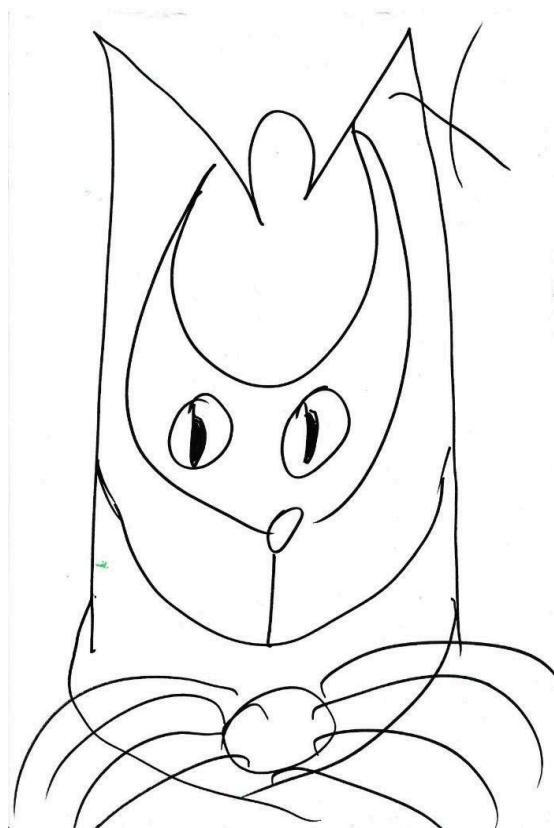
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 12– arte marginal



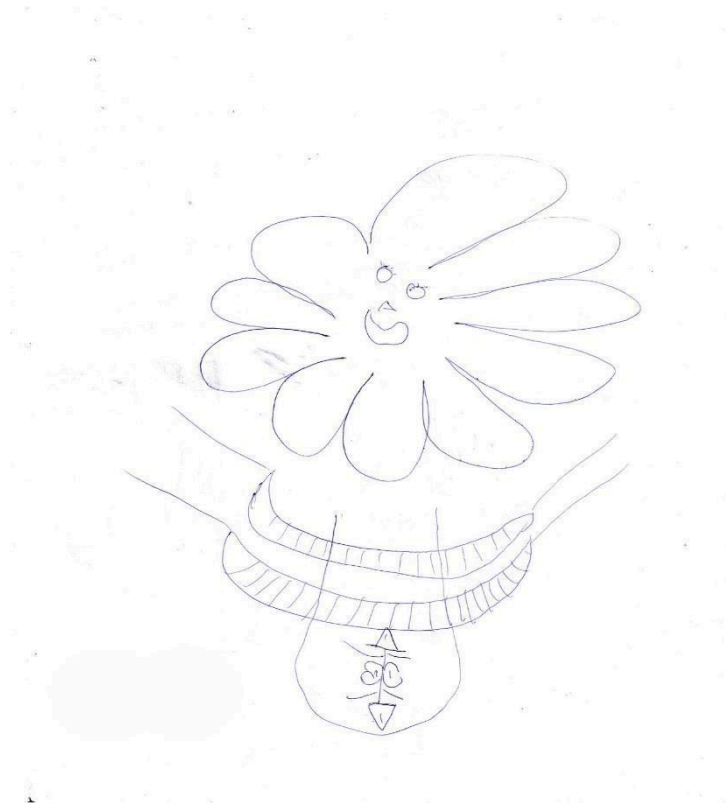
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 13– arte marginal



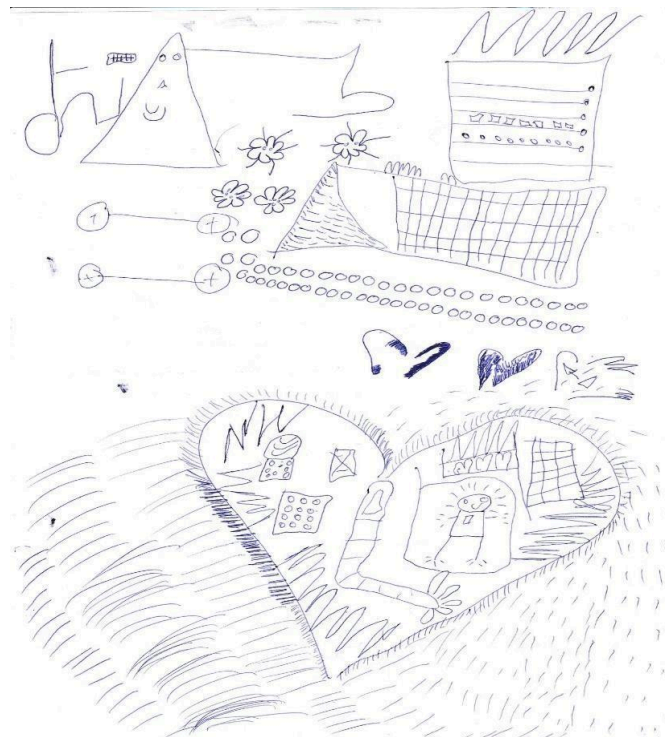
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 14— arte marginal



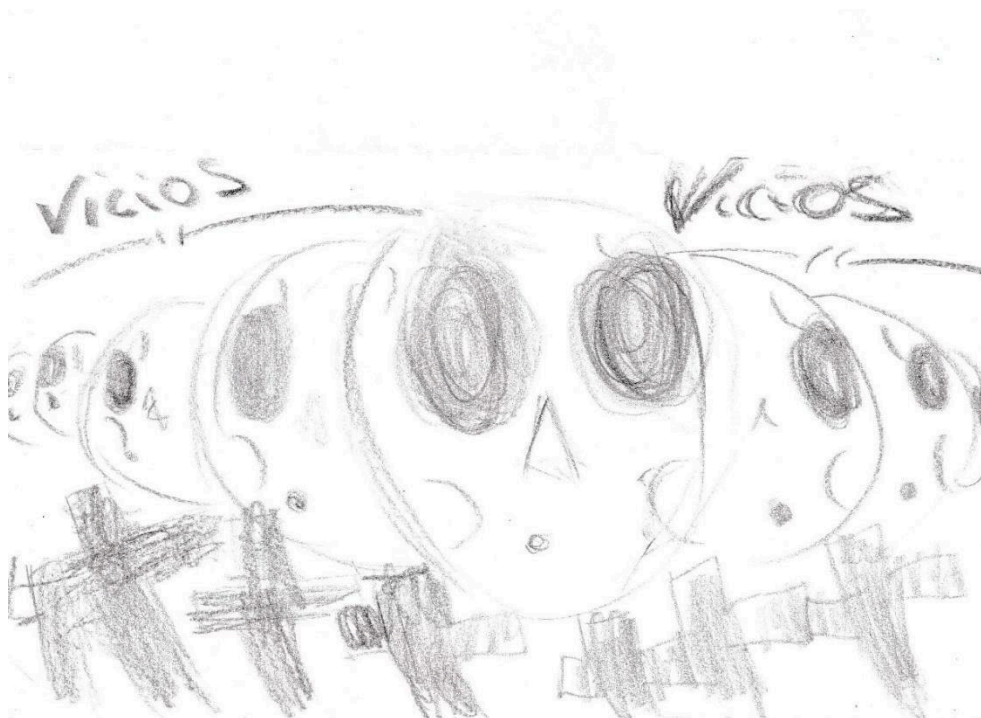
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 15— arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 16– arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 17– arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 18– arte marginal



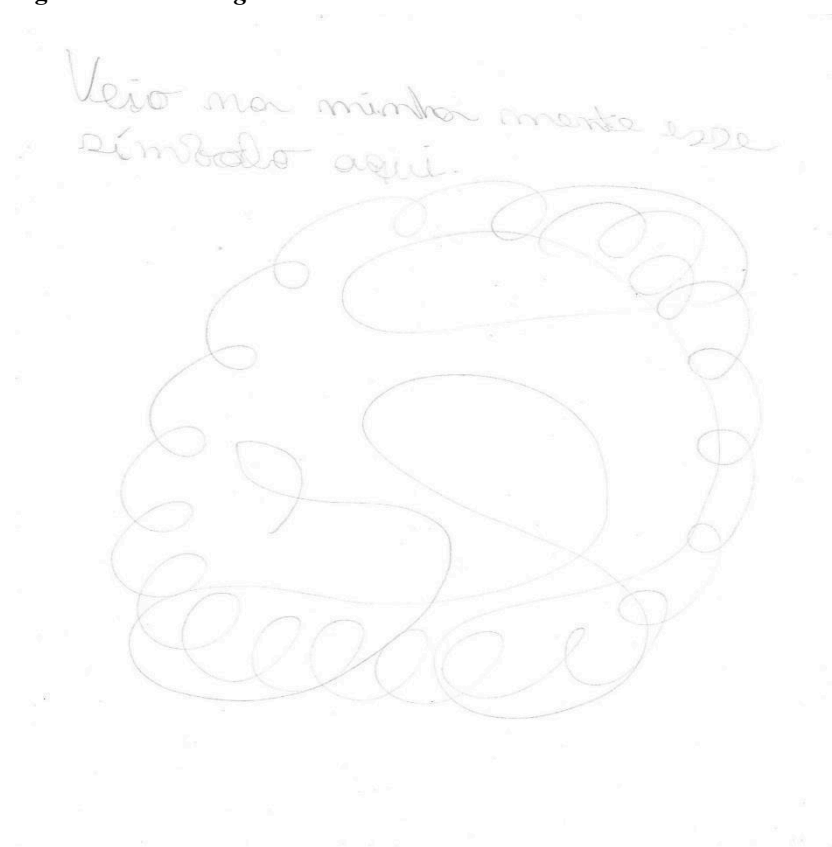
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 19– arte marginal



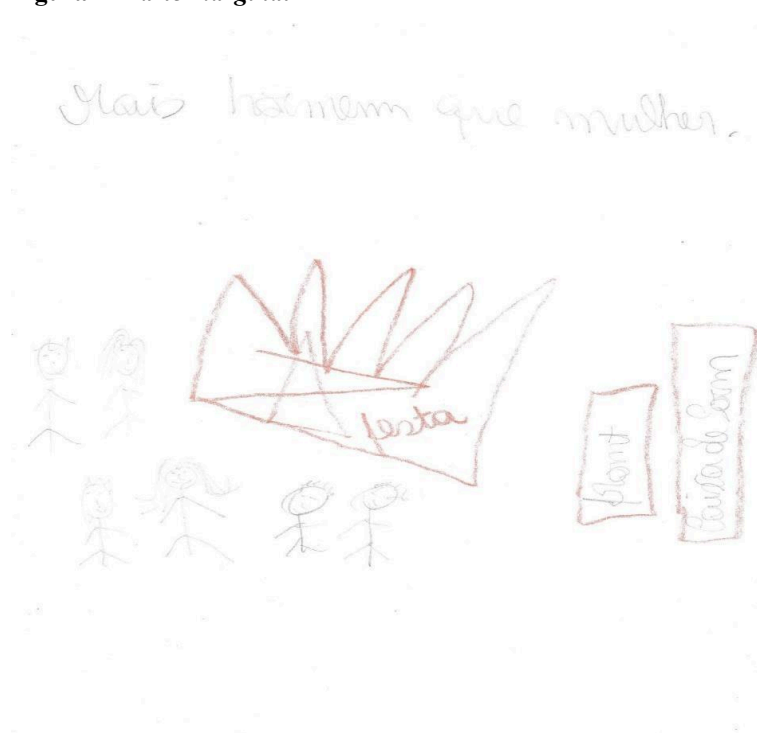
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 20– arte marginal



Fonte: arquivo pessoal

Figura 21– arte marginal



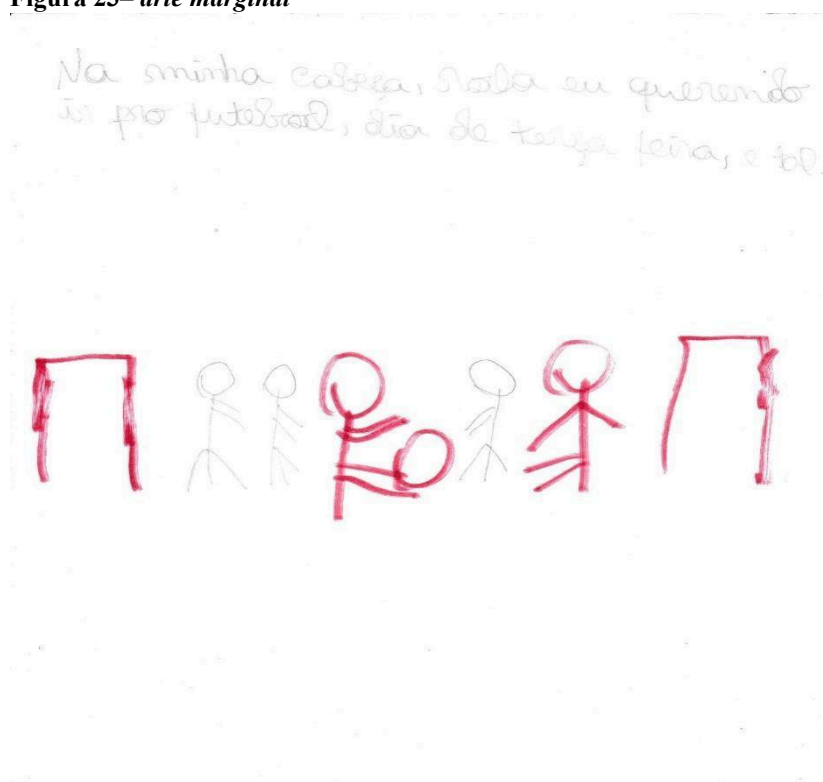
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 22– arte marginal



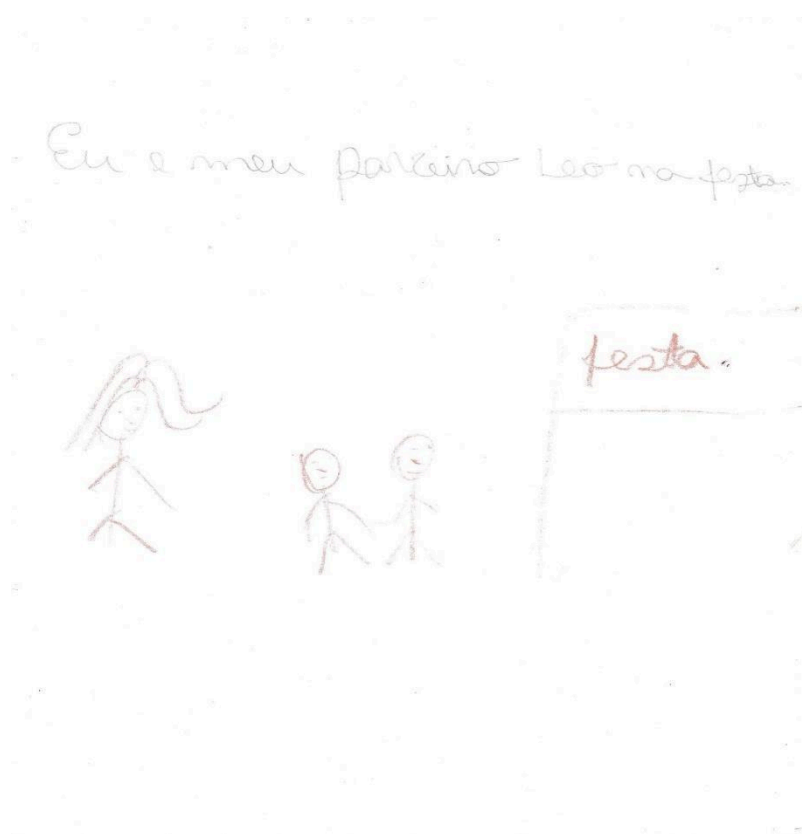
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 23– arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 24– arte marginal



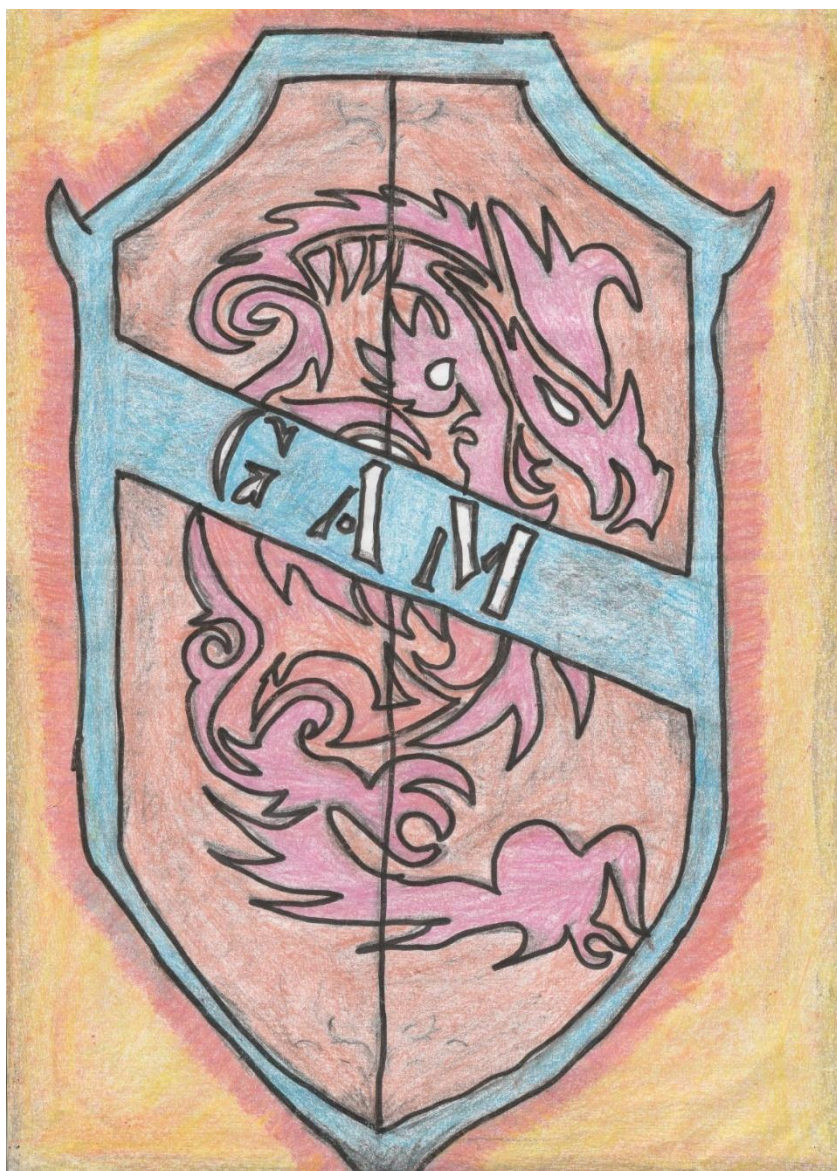
Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 25– arte marginal



Fonte: arquivo pessoal (2023)

Figura 26— *arte marginal*



Fonte: arquivo pessoal (2023)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecer a GAM no campo álcool e outras drogas foi apostar em encontros e desencontros que aconteceram durante a pesquisa. Encontros com sujeitos ainda desconhecidos. Encontros com saberes que se moldaram a cada partilha. Encontros com a ética e diversidade de existir. Ao contrário, desencontros também aconteceram. Desencontros com sujeitos que pensam unicamente e não coletivamente. Desencontros em não conseguir executar como “planejado” o grupo GAM. Desencontros com o desgaste psicossocial com a RAPS de Belém. Desencontros com violências institucionais que o coletivo GAM e eu como farmacêutico-pesquisador-trabalhador-militante passamos por esses dois anos trabalhando com a GAM em terras amazônicas.

Porém, como evidenciado durante a pesquisa, a GAM nasceu como uma resistência em meio ao campo biomédico que insistia em silenciar e *capsular* pessoas transformadas em objetos para ser cobaias em “tratamentos revolucionários”. Ser cobaia é ter sua voz retirada. É ter seu corpo pertencendo não mais a você, mas a um outro. Um desconhecido. Um “salvador”. O “complexo-industrial-prisional-manicomial-farmacêutico” (Passos, 2023, p. 14) criou o status da loucura para ser combatido. Esse sistema cuidou dos muros que protegiam as cidades, ao invés de cuidar da sua própria população. Financiou comunidades terapêuticas (manicômios), retirou investimento das RAPS e estigmatizou a política de redução de danos como alternativas ao cuidado. Esse sistema se utilizou de tecnologias duras ao invés de tecnologias leves (Merhy, 2002).

O fato pioneiro da GAM pela primeira vez ser discutida e utilizada na região Norte do Brasil, na cidade de Belém, do Estado do Pará, mostrou as várias vicissitudes que ocorreram durante seu caminhar. Influenciada pelo movimento da cabanagem, nos tornamos sujeitos de nossas próprias histórias, e assim como os cabanos em 1835, resistimos a modelos opressores que insistem em silenciar nossas vozes. As vozes de quem é *louco* e usuário (a) de álcool e outras drogas. Porém, como diz a banda BaianaSystem, na música “A vida é curta para viver depois”⁹³: tem que ter fé na favela.

Favelas que foram construídas ao longo da formação do Brasil colonial que após a ilusória abolição da escravidão, deu ao negro e a negra *ex-excravizados* uma solução de sobrevivência. O negro e a negra saíram do trabalho escravo forçado para outra violência: a marginalização, a criminalização e a medicalização de seus corpos. Ao conquistarem sua

⁹³ 1 vídeo (3min 51seg). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=IPld_w04NcM. Acesso em: 22 mar. 2025.

“liberdade” depois de quase quatro séculos de regime escravagista, era necessário eliminar esse negro. Mas a sociedade colonial esquece que “mesmo depois de abolida a escravidão, negra é a mão de quem faz a limpeza. Lavando roupa encardida, esfregando o chão, negra é a mão, é a mão da pureza”⁹⁴, retratada na canção de Gilberto Gil em “a mão da limpeza”.

Resgatar a categoria de amefricanidade (Gonzalez, 2020) em um Brasil *div3rso* é conectar nossas ancestralidades aos passos que vieram de longe. A formação de variedades brasilidades existentes foi graças a centenas de povos indígenas que viveram no Brasil antes da expedição europeia branca chegar nas terras *Abya Yala*. Indígenas que, assim como ocuparam todo o Brasil antes das navegações assassinas, ocuparam cinco séculos depois, em 2025, a SEDUC, em Belém. Uma ocupação que fez ecoar gritos e armar flechas para dizer para o Estado colonialista: resistiremos!

Não foi só na escrita que os encontros com o grupo GAM se fizeram. A escrita não é universal. Ela é a união com outros instrumentos verbais e não verbais para acontecer a educação, como: a oralização, a performance, a *ginga*, o cantar e o escutar. A todos e todas que participaram no grupo GAM se fez não somente ser antimanicomial, mas antimanicolonial (Gomes, 2019). O grupo GAM se preocupou em dar voz aos corpos que diariamente são marginalizados pelo racismo, pela xenofobia, pelo machismo, pela estigmatização e por tantos outros. Esses corpos que ocupam *div3rsos* territórios ancestrais e constituem um signo negro cabano.

O grupo GAM além da discussão sobre a medicalização presente em nossos corpos, também se fez presente ao “tocar o outro, sentir o outro, revelar-me o outro” (Fanon, 2020, p. 242). Nos encontros se permitirmos ouvir novas histórias e novas produções de vida e, a partir das diferenças, se fez equidade. Equidade de sujeitos em resistir a opressão do sistema em seus corpos. Equidade em se permitir serem suas próprias vozes. Equidade ao confiarem no grupo ao perceber que o “CAPS AD é um ombro amigo”.

Confluir nossos resultados junto a música *Princípio*, de Emicida, é apostar que uma das formas de *(SUS)tentar* as violências neoliberais e racistas do Estado é pela coletividade. Com ela, podemos fortalecer nossos pares contra estratégias manicomiais que modernizam a escravidão. O corpo negro não pertence ao outro. O corpo negro não pertence ao sistema capitalista. O corpo negro pertence a ele mesmo. O corpo negro deve ser capaz de falar e atuar

⁹⁴ 1 vídeo (3min 16seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tzFxd4gxbpQ>. Acesso em: 22 mar. 2025.

por ele mesmo. Devemos apostar nas insubmissões e resistir a modelos que oprimem e aprisionam.

Associar a loucura a GAM é um *bolar* certo. Uma contribuição que veio de uma província do Québec, no Canadá, pensada e realizada por usuários e usuárias de saúde mental. Apostar no protagonismo de usuários e usuárias com sofrimentos mentais e de álcool e outras drogas. Apostar em modelos de cuidado que priorizem o cuidado em liberdade. Apostar nas relações de afeto como promotoras do bem-viver. Apostar na redução de danos como política que faz apologia ao cuidado.

Pela GAM, *(des)capsulamos* o sistema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Bruna Feijó de. **As experiências do portador de sofrimento psíquico grave em uso de haloperidol**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- ARAUJO, Marcio Loyola de. **A Formação Médica na Produção de Autonomia Através da Gestão Autônoma da Medicação**. 2020. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AVARCA, Camila Aleixo de Campos. **Drogas e autonomia em tempos de contrafissura**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.
- AVARCA, Camila Aleixo de Campos *et al.* O modelo GAM (Gestão Autônoma de Medicamentos) como gerador de autonomia em saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**: São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4wGRTxnpfjGn88qcHkKMVYB/?lang=es>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- BARBOSA, Welligton Araujo. **Uma nova Esperança pra Saúde Mental**. Tinho Barbosa Poeta da Marambaia do Estado do Pará, Belém, 2023.
- BARROS, Letícia Maria Renault. **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da Gestão Autônoma da Medicação**. 2015. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MORSCHER, Aline. Conhecer. In: FONSECA, Tania Mara Gali; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, Cleci. (org.). **Pesquisar na Diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Meridional, 2012. cap. 13.
- BARROS, Regina Duarte Benevides. Dispositivos em ação: O grupo. In: SILVA, André do Eirado *et al.* (org.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, p.183-191. 1997.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BERTH, Joice. **Se a cidade fosse nossa**: racismo, falocentrismos e opressões nas Cidades. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2023.
- BOKANY, Vilma. Drogas no Brasil – Entre a saúde e a justiça. In: BOKANY, Vilma. (org.). **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 7-27. 2015.
- BORGES, Luana Ribeiro. **Sobre autonomias dirigidas e vestígios do passado**: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica. 2014. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.
- BRASIL. Conselho Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – CONSUN –. **Decisão Nº 164/2017**. Acordo de Cooperação Multilateral para desenvolver o projeto “Observatório Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção, conhecimento, apoio e fomento”. 07 jul. 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/163977?locale-attribute=pt_BR. Acesso em: 14 mai. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 13 mai. 2025.
- BRASIL. Contratação de empresa especializada em administração para implantação/implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, incluindo estrutura física, mobiliários, utensílios domésticos, roupas de

cama, mesa e banho e serviços de cuidadores e enfermagem voltados para o gerenciamento de Serviço Residencial Terapêutico — SRT que visam atender aos usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos, nos termos e condições do Edital e seus anexos. **Diário Oficial do Estado**: n 35.442, 31 de mai. 2023a.

BRASIL. Contratação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde especializados em transtorno mental, doença psiquiátrica, álcool e outras drogas para o suporte de 40 (quarenta) leitos/ 1.200 diárias/mês de Psiquiatria, e as mesmas servirão de retaguarda para o Hospital FHCGV (Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna), e eventuais demandas oriundas da saúde mental no âmbito da SESPA/PA. **Diário Oficial do Estado**: n 35.443, 20 de jun. 2023b.

BRASIL. **HUMANIZASUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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**. 06 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad**; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. 24 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 7892, de 07 de julho de 1998. **Dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Belém e dá outras providências**. 07 de jul. 1998a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 20 set. 1990.

BRASIL. **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E UNIDADES DE ACOLHIMENTO COMO LUGARES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS TERRITÓRIOS**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria**. 1 jul. 2005a.

BRASIL, Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. **Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências**. 04 jul. 2005b.

BRASIL. Portaria nº 106, de 11 fevereiro de 2000. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais**. seção 1, 24 de fev. 2000.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes ao uso de Crack, Álcool e outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório na Rede de Atenção Psicossocial**. 25 de jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 3.088, 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 crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. 12 mai. 1998b.

BRASIL. Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos CAPS**. 19 de fev. 2002.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. 06 mai. 2004.

BRASIL. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. **Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216, no âmbito do Processo Penal e da execução das medidas de segurança**. 15 fev. 2023.

BRASIL. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 34**. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZZABENI, Micol; PUSSETTI, Chiara. **Sofrimento social**: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. Lisboa: Etnográfica, 2011.

CABRAL, Károl Veiga. O momento atual da sindemia. *In*: CABRAL, Károl Veiga. **Curso Nacional de Saúde Mental Atenção Psicossocial na Covid-19: Reconstrução Pós-Desastres e Emergências em Saúde Pública**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília. 2. ed. Módulo 1, p. 01-29. 2022. Disponível em: Cartilha-01_Curso-Saude-Mental-Fiocruz_Modulo-1_.pdf. Acesso em: 23 dez. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda -. 2000. Tese (Tese apresentada para Concurso de livre docência em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2000.

CAMPOS, Rosana Tereza Onocko *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889 – 2898. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/?lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2025.

CAMPOS, Rosana Tereza Onocko *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação**: Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CAMPOS, Rosana Tereza Onocko *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CAMPOS, Rosana Tereza Onocko *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 16, n. 43, p. 967-980, out/dez. 2010.

CAPONI, Sandra. **A medicalização do que não é doença**. Entrevista ao *Blog de HCS-Manguinhos*, por Vivian Mannheimer. Publicada em 9/11/2021a. Disponível em: <http://www.revistahesm.coc.fiocruz.br/a-medicalizacao-do-que-nao-e-doenca/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CAPONI, Sandra. Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 661-683. 2021b.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil**: a governamentalidade da criminalização, 2011. Disponível em: NEIP - Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Acesso em: 12 jun. 2023.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É preciso politizar o SUS. *In*: **Ciência e Saúde Coletiva**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), v. 15, n. 5. p. 2276-2278. 2010.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 345-351. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues de; BAPTISTA, Cláudio Roberto. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out/dez. 2015.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 52 – 80. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. **Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares**. 21 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/ Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2022.

DA ROCHA, Marisa Lopes; DE AGUIAR, Katia Faria. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 64-73. 2003.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial**. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 28. ed. 2009.

ECKER, Daniel Dall'Igna. **O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial**. 2020. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

EHLERS, Leticia Presser; PALOMBINI, Analice de Lima. Experiência do narrar-se: uma de nós, pesquisadora e seus (des)locamentos possíveis na relação com a GAM. *In: SALÃO UFRGS 2017: SIC – XXIX SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS*, 2017, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2017.

EHLERS, Leticia Presser; PALOMBINI, Analice de Lima. Gestão Autônoma da Medicação e a lógica do cuidado. *In: SALÃO UFRGS 2016: SIC – XXVIII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS*, 2016, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2016.

ESCOLA LIVRE DE REDUÇÃO DE DANOS. **Mulheres que usam drogas e o direito ao cuidado: experiências de Redução de Danos com abordagem de gênero e raça em Pernambuco**. Apoio: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Ministério da Justiça / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD, através do Edital “BRA/15/009 – Aprimoramento da Gestão Nacional das Políticas sobre Drogas e Desenvolvimento Humano, Recife, 2024.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da pedagogia da implicação: intersecções da educação para políticas públicas de saúde**. (Saúde Mental Coletiva). 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**. **Bagé**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 2-4. 1995.

FERRER, Ana Luiza; PALOMBINI, Analice de Lima; AZAMBUJA, Marcos Adegas de. Gestão autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 1-8. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

GALINDO, Dolores; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; RODRIGUES, Renata Vilela. Do Poder Psiquiátrico: uma Analítica das Práticas de Farmacologização da Vida. **Departamento de Psicologia Social e Institucional/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 98 – 113. 2014.

GUERINI, Lorena Rodrigues. **Da prescrição à tradução**: Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação. 2015. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

GUERRA, Sandra Zanatta; PALOMBINI, Analice de Lima. Percepções acerca da Gestão Autônoma da Medicação através da análise de narrativas. *In*: SALÃO UFRGS 2014: SIC – XXVI SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2014, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2014.

GUERRA, Sandra Zanatta; PALOMBINI, Analice de Lima. Percepções da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Rio Grande do Sul. *In*: SALÃO UFRGS 2016: SIC – XXVIII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2016, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2016.

GUERRA, Sandra Zanatta; PALOMBINI, Analice de Lima. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana na disseminação de modos de pensar a saúde. *In*: SALÃO UFRGS 2013: SIC – XXV SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2013, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre, 2013.

GOMES, Bárbara dos Santos. **Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas**. 2019. Trabalho de Conclusão de Residência (Trabalho de Conclusão Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins. **“A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental”**. 2013. Tese (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

GONZALEZ, Lelia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Flávia Rios e Márcia Lima (org.). 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. 13. ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1990.

KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. *In*: CASTRO, Lucia Rabello de; BESSET, Vera Lopes. (org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, p. 465- 489. 2008.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LAURIA, Beatriz Cesar. **Eu Não Sou Uma Droga**: Um diálogo hermenêutico sobre a GAM no CAPS AD. 2020. Dissertação (Trabalho de Pós-Graduação em Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2020.

LONGHINI, Geni Daniela Núñez. **Nhande ayvu é da cor da terra**: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude. 2022. Tese (Doutorado no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

LOURAU, René. **Análise Institucional e práticas de psicologia**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

MACHADO, Adilbênia Freire. Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética de encantamento. **Problemata – Revista Internacional de Filosofia**, vol. 10, n. 2, p. 56-75. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/problemata/article/view/49118>. Acesso em: 13 mai. 2025.

MACIEL, Carla Pinheiro. **Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial**. 2018. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Atenção Psicossocial) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MAGRI, Giordano; AMPARO, Amanda Gabriela; EIRÓ, Flávio; LOTTA, Gabriela. **A “cracolândia” pelos usuários**: como as pessoas que vivem nas ruas do território percebem as políticas públicas. Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getúlio Vargas (NEB-FGV); Centro de Estudos da Metrópole (CEM); Grupo de Estudos (in)disciplinares do corpo e do território (CÓCCIX). 2024. Disponível em: https://centrodametropole.fflch.usp.br/sites/centrodametropole.fflch.usp.br/files/user_files/publicacoes/arquivo/a-cracolandia-pelos-usuarios.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

MARQUES, Cecília de Castro e. **Entre nós**: sobre mudar de lugar e produzir diferenças. 2012. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MEDEIROS, Rafael Gil. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade**: Pesquisa, Experiência e Gestão Autônoma. 2013. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MELO, Anna Carolina Fonseca de. **Desamordaçando Anastácia**: um estudo sobre a produção psicanalítica relativa ao racismo no Brasil. 1. ed. Curitiba: Appris, 2024.

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

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIGUEL, Luciana Vieira *et al.* Guia da Gestão Autônoma da Medicação: uma ferramenta para a produção de autonomia e (re)afirmação de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. *In*: 31ª SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 31., 2011, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: Rev HCPA, 2011. p. 249.

MONTEIRO, Paula Marques Klier. **A formação que dá trabalho**: A pesquisa GAM como estratégia de desmedicalização da demanda inicial e a aposta na coletivização do trabalho. 2022. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia Subjetividade e Clínica) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

MOURA, Clóvis. **Quilombo**. Dicionário da Escravidão Negra no Brasil. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013.

MUHAMMAD, Adriana Hashem. **Narrativa-crítica do grupo de intervenção**: Gestão Autônoma da Medicação. 2010. Especialização (Especialização em educação e saúde mental coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Leopoldo, 2010.

NASCIMENTO, Maria Livia; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 57, p. 239-253. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14675>. Acesso em: 13 mai. 2025.

NETO, Antonio Bolis de Oliveira. **Saúde mental entre direitos e cuidados: conversações**. 2016. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

NKRUMAH, Kwame. **Africa Must Unite**. Londres: Heinemann Educational Books, Ltd., 1963.

OLIVEIRA, Ana Maria Thomé de. **Direitos, autonomia e liberdade: o que faz a gestão autônoma da medicação quando entra num CAPSad?** 2019. Dissertação (Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, Paula Parada. **Reflexões sobre o manejo e autonomia a partir de um grupo GAM no Centro de Atenção Psicossocial Usina dos Sonhos**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2022.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso de Ribeiro. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

ORNELAS, Pablo. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

OTANARI, Thais Mikie de Carvalho. **A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde Mental nos grupos de Gestão Autônoma Da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação**. 2011b. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011b.

OTANARI, Thais Mikie de Carvalho *et al.* Os Efeitos na Formação de Residentes de Psiquiatria ao Experimentarem Grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 460-467. 2011a.

PALOMBINI, Analice; BARRIO, Lourdes Rodriguez del. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 203-215, jan/mar. 2021b.

PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação**. EDITAL UNIVERSAL MCTI/CNPQ No 14/2014, 2014a.

PALOMBINI, Analice de Lima. Núcleo Dispositivos Clínicos e Políticas Públicas. In: PICCININI, Augusto *et al.* (org.). **Curso de Psicologia da UFRGS 40 anos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014b. p. 250.

PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* O que pode a Gestão Autônoma da Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Cláudia Rodrigues de. (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021a. cap. 6.

PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* Produção de Grupalidade e Exercícios de Autonomia na GAM: a Experiência do Rio Grande do Sul. **Revista Polis Psique**, Porto Alegre, n. 2, v. 10, p. 53-75. 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/104142>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Redução ou retirada de medicamentos na lógica da Gestão Autônoma da Medicação: por um cuidado compartilhado entre usuários e profissionais da saúde mental**. Projeto Multicêntrico de Pesquisa: Chamada Universal MCTI/CNPQ 28/2018, 2018.

PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 10, p. 2899-2908. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MVGCMjKXZdQZBxgR9TnB6qz/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

PASSOS, Eduardo *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio. **Revista Polis & Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 143-165. 2020.

PASSOS, Eduardo *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Rio Grande do Sul, n. 41, p. 24-38, maio/ago. 2013a.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia. Sobre validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 391-414, maio/ago. 2013b.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Argum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“Na mira do fuzil”**: a saúde mental das mulheres negras em questão. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 85-102. 2010.

PEREIRA, Eduarda Bandeira. **“Sou uma pessoa não uma doença”**: produzindo subjetividades em um grupo de Gestão Autônoma da Medicação. 2020. Especialização (Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

RADKE, Mariane Brusque. **Das reformas sanitária e psiquiátrica à educação em saúde mental**: saber técnico e compromisso ético com a saúde mental coletiva. 2017. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

RAMOS, Júlia Florêncio Carvalho. **A autonomia como um problema**: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense. 2012. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

RAMOS, Vitor Igor Fernandes. “Além de negro, é drogado”: implicações sobre o proibicionismo e criminalização em corpos negros em Belém do Pará. In: **Ciências Criminais pelo Desencarceramento**. Editora Dom Modesto: Santa Catarina, 2023. cap. 33.

RAMOS, Vitor Igor Fernandes; FURTADO, Samuel Freire; REIS, José de Arimatéia Rodrigues. Experiência do Grupo “Se Liga aí” de suporte entre pares durante a pandemia do COVID-19 na perspectiva da Redução de Danos em uma Unidade de Acolhimento Adulto em Belém do Pará. In: SILVA, Eroy Aparecida da *et al.* (org.). **II Encontro Intercambiantes Brasil**: práticas nacionais sobre saúde mental em tempos de necropolítica e Covid-19. 1. ed. São Paulo: Oxente, 2021. cap. 4.

RAMOS, Vitor Igor Fernandes. 60 dias de isolamento: uma interpretação sobre o viver e sentir durante a pandemia. **Gato Ed**: Belém, 2021. p. 309.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Apontamentos metodológicos da pesquisa-intervenção no contexto da assistência social: conexões entre universidade e equipe. **Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 10, n. 1, p. 129-139, janeiro/jun. 2015.

RODRIGUES, Sandro Eduardo. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica**. 2014. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

ROMBALDI, Júlia Arnhold; PALOMBINI, Analice de Lima. Efeitos de disseminação da estratégia GAM: O que resiste e o que insiste. In: SALÃO UFRGS 2017: SIC – XXIX SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2017, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2017.

RUFINO, Luiz. **Pedagogia das encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

SAAD, Luísa. **“Fumo de negro”**: a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. **A gestão autônoma da medicação**: da prescrição à escuta. 2014. Tese (Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos *et al.* Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 261-271. 2019.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho *et al.* Racismo de Estado e tanopolítica: reflexões sobre jovens e lei. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, vol. 28, n. 1, p. 84-93, jan./abr. 2016.

SENA, Antônio. **Metanozes**. 1. ed. Belém, 2019.

SILVEIRA, Marília. **A formação na Gestão Autônoma da Medicação**: políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental. 2016. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

SILVEIRA, Marília; CABRAL, Károl Veiga. A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul. *In*: MÁRCIO, Mariath Belloc *et al.* (org.). **Saúde mental em campo**: da lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. cap. 6.

SILVEIRA, Marília. **Vozes no corpo, territórios na mão**: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM. 2013. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVEIRA, Marília; MORAES, Marcia. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. **Ecos: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1. 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078/1538>. Acesso em: 13 mai. 2025.

SIMONI, Ana Carolina Rios *et al.* Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. *In*: FAGUNDES, Sandra *et al.* (org.). **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. cap. 12.

SIQUEIRA, Domiciano José Ribeiro. **As (Bem) ditas Amizades**: numa sociedade com drogas. São Paulo: Pluralidades, 2021.

SOUZA, Junior José Alves de. **Cabanagem**: revolução amazônica: 1835-1840. São Paulo: Fundação Lauro Campos, 2022.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Estado e sujeito**: a saúde entre a macro e a micropolítica de drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

TOGEIRO, Ana Lúcia Basílio Ferreira. **Psicofármacos no contexto de um CAPS AD**: a experiência dos usuários. 2018. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Atenção Psicossocial) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

TORRES, Luisa Barros; PALOMBINI, Analice de Lima. Efeitos de disseminação da estratégia GAM – Gestão Autônoma da Medicação. *In*: SALÃO UFRGS 2019: SIC – XXXI SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2019, Campus do Vale. **Anais [...]**. Campus do Vale, 2019.

TURE, Kwane; HAMILTON, Charles Vernon. **Black Power**: a Política de Libertação nos Estados Unidos. Tradução Arivaldo Santos de Souza. São Paulo: Jandaíra, 2021.

VERGÈS, Françoise. **Um feminino decolonial**. Traduzido por Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

WERNER, Sheyla. **Cartografando com Crianças**: Produção em Rede entre Educação e Saúde. 2022. Tese (Programa de Pós-graduação em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

WERNER, Sheyla; FREITAS, Cláudia Rodrigues de. Guia da Gestão Autônoma da Medicação: articulações com a educação. *In*: CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Cláudia Rodrigues de. (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a Educação tem com isso? 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. cap. 9.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZANCHET, Livia. **A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil**: uma travessia rumo ao pensamento decolonial. 2019. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ZANCHET, Livia. Os diferentes empregos da palavra experiência nas publicações sobre a Gestão Autônoma da Medicação no Brasil. **Mnemosine**: Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 256-275. 2020a.

ZANCHET, Livia; PALOMBINI, Analice de Lima. A Noção de Experiência na GAM brasileira: Relações Raciais e Subalternidades. **Revista Polis & Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 33-52. 2020b.

ZANCHET, Livia; PALOMBINI, Analice de Lima; YASUI, Sílvia. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 1039-1050. 2015.

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

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima. Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 1, p. 78-88, jan/mar. 2017.

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima. Laboratório *in vita*: autonomias em ato em saúde mental. *In*: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 18. 2016.

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima; ECKER, Daniel Dall'Igna. Paradoxos nos “benefícios” aos incapacitados: biopolítica e saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 4, p. 416-426, out/dez. 2018.



ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntária (o), na pesquisa intitulada “**(Des) capsula” ai! Tecendo a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará.** Após ser esclarecida (o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar sua participação no estudo, assine ao final deste documento, que será em duas vias. Uma delas é sua e a outra será entregue ao pesquisador responsável.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

O objetivo dessa pesquisa consiste em iniciar o Grupo de Gestão Autônoma da Medicação com usuárias (os), familiares e trabalhadoras (es) deste serviço, contribuindo para autonomia e participação social sobre processos de medicalização, através de um Guia específico do uso de medicamentos psicofármacos. Para isso, cada participante assinará um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e se compromete a participar das rodas de conversa. A participação no estudo não acarretará custos a você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. A identidade das (os) participantes será mantida sob sigilo e o pesquisador se compromete a guardar por 5 (cinco) anos o material das narrativas coletadas na pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos serão respeitadas as normativas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012), ainda que os riscos sejam mínimos, é possível que surjam alguns desconfortos ao falar sobre questões relacionadas às suas vivências e desta forma você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. A sua participação poderá trazer como benefícios o compartilhamento de estratégias no coletivo, propostas para formulações de projetos e programas acadêmicos e/ou políticas públicas e novas formas de cuidado no serviço sob uma perspectiva antiprobicionista e de protagonismo para pessoas em acompanhamento neste serviço.

DECLARAÇÃO DO (a) PARTICIPANTE:

Eu, _____, _____
usuária(o)/familiar/trabalhadora (o) do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD II), concordo em participar da referida pesquisa. Fui informada (o) pelo responsável da pesquisa a respeito dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como dos riscos e benefícios. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento, sem que isso leve a qualquer prejuízo, assim como desistir de participar a qualquer momento. Autorizo a publicação dos dados para o uso específico na divulgação dos resultados dessa pesquisa através de artigos científicos e apresentação em congressos e seminários.

Assinatura da (o) participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone do pesquisador responsável: (91) 98122-615
E-mail do pesquisador responsável: vitor.ramos@ifch.ufpa.br

Belém, ____ de _____ de 2023.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, Faculdade de Enfermagem/ ICS, sala 13, 2º andar. Campus Universitário do Guamá, nº 01- Guamá. CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA SESMA



ESCOLA MUNICIPAL
DO SUS DE BELÉM

SESMA
Secretaria
de Saúde



PREFEITURA
MUNICIPAL
DE BELÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM
ESCOLA DO SUS DO MUNICÍPIO DE BELÉM
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA, aceita a realização do Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Da Universidade Federal Do Pará (UFPA) intitulado: **"(DES) CAPSULA" AI! TECENDO A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM) EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD) EM BELÉM DO PARÁ**", de autoria do pesquisador **Vitor Igor Fernandes Ramos**, sob orientação da **Károl Veiga Cabral**. A ser realizada nos Distritos Administrativos: **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD II)**.

Entretanto, é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA**, mediante parecer de aprovação do Projeto pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**.

Belém, 30 de Setembro de 2024.

RAIMUNDA SILVIA GATTI
NORTE:45090742200

Assinado de forma
digital por RAIMUNDA
SILVIA GATTI
NORTE:45090742200

Raimunda Silvia Gatti Norte
Coordenadora do Núcleo Educação Permanente e
Escola do SUS do Município de Belém

Av.Generalíssimo Deodoro, 01 – Umarizal, Belém – PA, 66050-160
Tel: (91) 984131388/31846111
E-mail: pesquisaextensaosesma@gmail.com

ANEXO C – PARECER PLATAFORMA BRASIL

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A implementação de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em Belém do Pará.

Pesquisador: VITOR IGOR FERNANDES RAMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80522524.0.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.063.499

Apresentação do Projeto:

A Gestão Autônoma da Medicação é um dispositivo utilizado desde 2009 no Brasil, através de um estudo de pesquisa multicêntrico entre quatro Universidades públicas que se uniram para adaptar, traduzir, estudar e aprimorá-la, envolvendo gestões e serviços de saúde, mas tendo usuárias e usuários como protagonistas. A Gestão Autônoma da Medicação foi iniciada na Cidade de Québec, no Canadá, no ano de 1990, na qual ocorreu uma transformação de conceitos antimanicomiais e se reestruturou o processo de Reforma Psiquiátrica, dando espaço para a coletivização, autonomia, cogestão e tratamentos desmedicalizantes a usuários e usuárias do sistema de saúde mental deste país. Estudar a Gestão Autônoma da Medicação no contexto brasileiro é ressaltar a importância de problematizar dualidades entre: normal e patológico, moral e imoral, saúde e doença, legalidades e ilegalidades, através de uma metodologia emancipatória e que também possa ser transformadoras de vida, que dialogue com uma política antimanicomial descriminalizante, anticolonial, antimperalista e anticapitalista. O objetivo é implementar a discussão do Guia da Gestão

Autônoma da Medicação pela primeira vez na Região Norte, sendo o Estado do Pará, o primeiro Estado do Norte a discutir sobre esse dispositivo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. O local da pesquisa é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas tipo II, que possui atividades e logística de cuidado em prol da Redução de Danos e aprimora discursos

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.063.499

ético-políticos sobre protagonismo e autonomia de usuáries e usuáries nesse serviço de saúde mental, localizado no Município de Belém. Através do desenho metodológico da Pesquisa Intervenção, tendo a saúde mental coletiva como norte, pretende-se implementar esta ferramenta em coletivo, com usuáries e usuáries, familiares e servidoras/es aproximando-se de suas histórias e de seus saberes de vida, utilizando ferramentas teórico-conceituais como diário de Campo, observações e trabalho em grupo, além da áudio-gravação. Promover a Gestão Autônoma da Medicação em espaços de saúde mental é combater conceitos biomédicos e (des) normalizar o poder psiquiátrico, através da despatologização da vida e desmedicalização da experiência humana, apostando em relações horizontais de afeto, cuidado e protagonismo de histórias de usuáries e usuáries.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implementar o dispositivo da GAM em território paraense com usuáries/os, familiares e trabalhadoras/es de um CAPS AD II da Cidade de Belém do Estado do Pará (PA). o.

Objetivo Secundário:

Buscar novas alternativas para a (des) medicalização do uso abusivo Álcool e outras Drogas através da implementação de grupos GAM no CAPS AD;

Promover o debate sobre as múltiplas substâncias utilizadas pelos participantes dos grupos GAM (drogas lícitas, ilícitas, psicotrópicas e proscritas);

Trabalhar a perspectiva de uma lógica antirreducionista e autônoma para promover crítica à medicalização da vida; Disseminar o Guia GAM com vistas a sua adoção, tornando-se referência para outros serviços da RAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente projeto possui fator de risco mínimo, visto que, ao trabalhar com pessoas em uso de substâncias psicoativas, já com diagnósticos e em acompanhamento no serviço, é possível que as histórias e vivências acessadas no trabalho possam trazer algum grau de sofrimento. Neste caso os (as) usuáries (as) serão atendidos pela equipe técnica do serviço. Podem ocorrer obstáculos de vínculo entre profissionais do CAPS AD II e usuáries (as), devido ao tema drogas e suas experiências com a mesma. Contudo, o Grupo GAM possui como um dos objetivos eliminar estereótipos e estigmas frente a este tema.

Benefícios:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: oepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.063.499

A implementação da GAM visa trabalhar a autonomia, o protagonismo e o lugar de fala do (a) usuário (a), trabalhando na perspectiva do cuidado em liberdade, o que vai na mesma lógica do modelo de atenção psicossocial preconizado na RAPS e pelo SUS. O uso correto da medicação, indo a favor de uma Assistência Farmacêutica (AF) sem danos em seus corpos, utilizando as medicações de forma coerente e correta, se co-responsabilizando pelo seu tratamento. O fim de preconceitos de trabalhadores (as) do CAPS com os (as) usuários (as), na qual a GAM se alinha a estratégias de Redução de Danos (RD) e ética do cuidado, se aproximando mais da vivência dos (as) usuários (as) que fazem uso de substâncias psicoativas. Outro benefício esperado com a implementação da GAM em território belenense, é que a posteriori, o Guia GAM seja levado para outros serviços da RAPS do Pará, fortalecendo e contribuindo para uma prática de saúde mais humanizada, levando em consideração o território e as especificidades de cada cultura e lugar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução nº466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2112051.pdf	29/04/2024 18:03:35		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	29/04/2024 18:02:43	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Outros	Declaracao_onus_financeiro.pdf	15/03/2024 00:07:44	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	15/03/2024 00:00:33	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.063.499

Cronograma	cronograma.pdf	14/03/2024 23:58:38	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Outros	cartaCEP.pdf	14/03/2024 23:57:49	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	14/03/2024 23:56:42	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	14/03/2024 23:45:36	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Outros	termo_de_aceite_da_orientadora.pdf	30/01/2024 22:24:54	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Outros	declaracaodeonusfinanceiro.pdf	30/01/2024 22:23:48	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	30/01/2024 22:22:12	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	30/01/2024 22:19:04	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/01/2024 22:17:50	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	30/01/2024 22:16:23	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/01/2024 22:14:56	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Declaração de concordância	declaracaoconcordancia.pdf	30/01/2024 22:13:38	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/01/2024 22:11:06	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	cartaCEP.pdf	30/01/2024 22:10:00	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.docx	30/01/2024 21:41:35	VITOR IGOR FERNANDES RAMOS	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 7.063.499

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 09 de Setembro de 2024

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 68.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br

