

# GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM CAPS-AD: FRONTEIRAS E BORRAGENS ENTRE DROGAS PRESCRITAS E PROSCRITAS

*Autonomous medication management in caps-ad: borders and blurs between prescribed and proscribed drugs*

Indianara Maria Fernandes Ferreira<sup>1</sup>

Camila Aleixo de Campos Avarca<sup>2</sup>

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim<sup>3</sup>

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

---

Artigo encaminhado: 30/08/2020

Aceito para publicação: 04/03/2021

**RESUMO:** O presente artigo tem por objetivo apresentar duas experiências distintas de pesquisas-intervenção, com a Gestão Autônoma de Medicação (GAM) que ocorreram nas cidades de São Paulo (SP) e Natal (RN), ambas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). A GAM é uma metodologia e estratégia de cuidado participativa que visa promover reflexão crítica acerca do lugar dos psicofármacos na atenção à saúde, principalmente no campo da saúde mental, problematizando a lógica do cuidado centrada na medicalização. Nos CAPS-AD, essa problemática é evidenciada pelo excesso de prescrições de psicotrópicos concomitante ao uso que as pessoas fazem de substâncias psicoativas, ditas ilícitas, ou mesmo lícitas, como é o caso do álcool. Essas composições intensificam os riscos à saúde e evidenciam as fragilidades da rede no cuidado às pessoas que fazem uso de diferentes drogas. Frente a isso, organizamos as análises aqui empreendidas a partir de duas linhas: 1) Contexto e consumo de múltiplas substâncias: borragens entre o prescrito e o proscrito; e 2) Efeitos da GAM nas relações e fronteiras entre substâncias prescritas e proscritas. Concluímos o estudo com a possibilidade de uma gestão autônoma de múltiplas substâncias que nos permite apostar na ampliação da autonomia frente à vida e o viver no campo da saúde mental.

**Palavras-chave:** Psicotrópicos. Drogas ilícitas. Saúde Mental. Medicalização. Atenção à saúde.

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Programa de Pós-graduação em Psicologia. E-mail: [indianarafdes@gmail.com](mailto:indianarafdes@gmail.com))

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social). E-mail: [camilaavarca@hotmail.com](mailto:camilaavarca@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Programa de Pós-graduação em Psicologia). E-mail: [akarraes@gmail.com](mailto:akarraes@gmail.com)

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. E-mail: [cristinavicentin@gmail.com](mailto:cristinavicentin@gmail.com)

**ABSTRACT:** This article aims to present two different experiences of intervention research based on Autonomous Medication Management (GAM) that took place in the cities of São Paulo (SP) and Natal (RN), both in Centers for Psychosocial Care for Alcohol and Drugs (CAPS-AD). GAM is a participatory care methodology and strategy that aims to promote critical reflection about the place of psychotropic drugs in health care, especially in the field of mental health, problematizing the logic of medicalization centered care. In CAPS-AD, this problem is highlighted by the excessive prescriptions of psychotropic drugs concomitant with the use that people make of psychoactive substances, called illegal, or even legal, as is the case of alcohol. Such compositions intensify health risks and show the network's weaknesses in caring for people who use different drugs. In view of this, we have organized the analyzes undertaken here along two lines: 1) Context and consumption of multiple substances: blurs between the prescribed and the proscribed; and 2) Effects of GAM on the relationships and boundaries between prescribed and proscribed substances. The possibility of an autonomous management of multiple substances allows us to expansion of autonomy in the face of life and living in the field of mental health.

**Keywords:** Psychotropic Drugs. Illicit Drugs. Mental Health. Medicalization. Health Care.

“A droga mudou o problema da percepção, mesmo para os não-drogados”.

(DELEUZE, 1978, p. 159)

## 1 TENSÕES HISTÓRICAS E DESAFIOS ATUAIS

A saúde mental é reconhecida institucionalmente, no contexto brasileiro da última década, como campo responsável pelo cuidado relativo ao sofrimento psíquico decorrente do consumo de substâncias psicoativas, conhecidas popularmente como “drogas”. Articulam-se saúde, justiça, assistência social, educação, habitação e segurança para a composição de uma rede intersetorial de atenção às demandas dessa população. Esta rede, de acordo com Junqueira (1997), deveria constituir um todo complexo, composto por diferentes políticas sociais que buscam promover ações que tenham como base os princípios de integralidade da atenção e equidade de direitos.

Essa composição das políticas é fruto de um processo histórico de vários deslocamentos das perspectivas sobre o tema produzindo tensões entre paradigmas distintos. Petuco (2019) sublinha que a questão das “drogas” emerge na saúde mental apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental quando, simultaneamente, se realizava o II Fórum Nacional Antidrogas,

possibilitando analisar criticamente a questão das “drogas” no país. Configurava-se um campo de forças e tensões entre disputas com a psiquiatria asilar no tocante ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e a outros processos de desinstitucionalização.

A partir do ano de 2017, o campo sofre alterações significativas com o fortalecimento de paradigmas e modelos institucionalizantes, manicomiais, biomédicos e proibicionistas com a chamada “nova” política de saúde mental em 2017 e, em 2019, com a “nova” Política Nacional sobre Drogas que investe explicitamente em instituições asilares, privadas, fundadas no cuidado em isolamento social e na abstinência como princípio de tratamento.

Segundo Ornelas (2012) a noção de uso “nocivo” de drogas, tomada como um problema médico, pode ser pensada a partir da noção foucaultiana de 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” (ORNELAS, 2012, p. 210).

De acordo com Caponi (2012, p. 104), há na medicalização um dispositivo biopolítico que se faz possível deduzir pelos usos das estatísticas para “demarcar fronteira entre normalidade e desvios que devem ser corrigidos e antecipados”.

É nesse sentido que a autora afirma um deslocamento de questões éticas e políticas para um campo estritamente biológico: as dimensões macro e micropolíticas da vida passam a ser mediadas “por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas e psiquiátricas, interessadas em classificar todos os assuntos próprios da condição humana em termos de normalidade ou patologia” (CAPONI, 2012, p. 112).

A biopolítica contemporânea opera como uma lógica, evidenciando os modelos biomédico e asilar, também presente em espaços institucionais produzidos a partir das críticas a este mesmo modelo. Como apontam Barbosa, Caponi e Machado (2016), “à medida que o modelo asilar entrou em declínio, no processo de constituição de uma rede de cuidados em saúde mental territorializada e comunitária, emergiram as discursividades sobre os riscos” (p.

917), elementos centrais dos mecanismos de segurança, no âmbito do dispositivo biopolítico. Neste contexto, prosseguem as autoras (p. 925), o conceito de cuidado tende a operar de uma forma “fluida, flexível, assumindo distintas configurações, conforme precise se aproximar, se distanciar ou, ainda, reconciliar vertentes políticas e teóricas, em princípio, antagônicas”.

Como dispositivo, a biopolítica funciona como uma “máquina de modos de ver e dizer” que está na vida social de modo difuso e, não raro, imperceptível (DELEUZE, 1996). Como efeitos, percebemos a patologização e medicalização do consumo de drogas, em detrimento de práticas de inserção social, produção e fortalecimento de cidadania e autonomia, com enfoque amplo nos determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos em jogo.

Ademais, é importante mencionar que, no caso das estratégias de governo dos corpos que usam drogas, além das estratégias biopolíticas de controle dos corpos indesejáveis por meio da bioregulamentação pelo Estado (FOUCAULT, 2005), conforme supracitado, vemos operar uma nova configuração biopolítica: o poder de matar, a partir da separação entre as vidas viventes e as vidas matáveis, balizada pela noção de raça, chamada de necropolítica (MBEMBE, 2018). Manifestações necropolíticas se deram no período da escravidão, a partir do direito de punir e matar as pessoas escravizadas, destituindo-as do direito ao seu próprio corpo e de seu estatuto político. Hoje, por meio das políticas de drogas, vemos a reatualização da necropolítica tanto no sistema penal brasileiro (na forma do encarceramento em massa da população negra), quanto na violência de Estado e suas práticas de extermínio, e também nas práticas de medicalização da pobreza, incidindo sobre a população negra, a mais pobre e vulnerável no Brasil.

A lógica biopolítica, que patologiza, medicaliza, mata e deixa morrer, evidencia uma relação de consumo intensificado e protagonizado por outro tipo de drogas: os medicamentos, sobretudo os psicotrópicos. Vemos que o chamado controle do uso “nocivo” de drogas se faz, frequentemente, com abuso ou uso irracional de medicamentos no interior do próprio sistema de saúde. Assim, não obstante os avanços no campo da saúde mental, decorrentes do desenvolvimento científico e político comprometido com a construção de uma nova ética do cuidado, em grande parte do território nacional é possível encontrar problemas relativos à prescrição e fornecimento de drogas psicotrópicas.

Essa constatação é corroborada por estudos recentes que apontam para excessiva medicalização; falta de informações sobre medicamentos prescritos; nenhuma discussão de seus efeitos indesejáveis; pouca comunicação entre profissionais de saúde e as pessoas que têm seu cuidado dos serviços de saúde sobre o tratamento (SANTOS, 2009); falta de compreensão da equipe interdisciplinar sobre medicamentos em geral (SANTOS, 2009; OTANARI et al., 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; CALIMAN et. al., 2016). Outros estudos indicam ainda que muitas pessoas se automedicam e que, na maioria dos casos, a redução ou retirada total ou abrupta da medicação, leva a consequente piora e aumento das doses anteriormente utilizadas (ONOCKO-CAMPOS, 2008; CASTRO et al., 2013).

Nesse quadro, encontramos uma série de desafios científicos e tecnológicos e a necessidade de desenvolvimento de meios e métodos para superá-los, fazendo avançar o cenário da saúde mental no contexto nacional e internacional. Dentre as tecnologias mais recentes desenvolvidas, está a Gestão Autônoma de Medicação (GAM) sobre a qual este artigo se debruça a partir de duas experiências em cidades distintas (Natal/RN e São Paulo/SP) em contextos de CAPS AD.

### **1.1 Gestão autônoma de medicação**

A Gestão Autônoma de Medicação (GAM) é uma estratégia e metodologia, possuindo como materialidade um caderno-guia (Guia-GAM) para uso individual, surgida no início dos anos 90 no Canadá, em Quebec, fruto da articulação de movimentos sociais e do protagonismo de pessoas em crise/ou sofrimento psíquico em busca de alternativas de tratamento com foco na descentralização do consumo de medicamentos psiquiátricos, na construção de diálogos entre participantes, familiares e trabalhadores, na qualidade de vida subjetiva, na garantia de direitos e decisões dos usuários acerca do tratamento(BARRIO et al., 2013).

Em 2010, a GAM canadense é traduzida e adaptada ao contexto brasileiro, considerando as especificidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS, surgindo o Guia GAM-BR e a GAM-BR (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012). Algumas diferenças se fazem importantes sublinhar: enquanto a GAM canadense é uma metodologia trabalhada individualmente com cada pessoa, no

Brasil a GAM-BR pressupõe experiências em grupos e coletivos, produzindo efeitos clínico-ético-políticos, a partir dos princípios que a sustentam: promoção de autonomia, participação social e cogestão.

O princípio de cogestão implica na dissolução e descentralização do lugar do moderador no grupo, que passa a ser exercido por todos os participantes (PASSOS, 2013), fomentando a autonomia como exercício coletivo na medida em que se liga às experiências coletivamente vividas (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013) viabilizando a construção de redes de apoio. Assim, a concepção de autonomia se distancia da individualidade e se aproxima, cada vez mais, de um campo coletivo e compartilhado (JORGE et al., 2012).

No entanto, ainda são poucas as experiências desenvolvidas em contexto de cuidado às pessoas atendidas em serviços tipo CAPSAD. Diante do contexto macropolítico que vivemos, a problemática do consumo de medicamentos psicotrópicos merece atenção, visto que as pautas conservadoras das políticas públicas avançam e com elas a medicalização, a patologização e a culpabilização - produzindo tensões e, muitas vezes, impasses entre as pessoas atendidas, familiares e trabalhadores.

## **2 CAMINHOS DE INVESTIGAÇÃO NOS DOIS CONTEXTOS DE ESTUDO**

As experiências com a estratégia e metodologia GAM foram implantadas em dois CAPSAD (Natal/RN e São Paulo/SP) a partir de pesquisas-intervenção, baseadas nos pressupostos da análise institucional socioanalítica e esquizoanalítica. Reconhecemos que o campo de pensamento e prática institucionalista possibilita um modo de intervenção e construção de conhecimento considerando as dimensões ética e política intrínsecas ao ato de pesquisar, as forças instituídas e os movimentos instituintes de criação, transformação e a processualidade inerente às transformações sociais e políticas. Essas experiências emergiram dos desafios colocados pela centralidade dos psicofármacos no tratamento, num contexto em que a problemática envolve substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com questões e inquietações evidenciadas pelos trabalhadores e pelos próprios participantes dos serviços. As perguntas em comum que nos orientaram nas experiências foram: como a GAM constitui-se como estratégia de cuidado em cenários AD? Quais os desafios colocados para o cuidado na atenção psicossocial?

Ao afirmar a pesquisa como um processo, não queremos dizer com isso que este é marcado por etapas pré-definidas e estáticas de começo, meio e fim. O processo, ao olhar institucionalista da pesquisa-intervenção, é um processo vivo e contínuo, que deriva constantemente dos encontros entre quem pesquisa e o campo no qual pesquisa: ambos se constituem em ato.

Assim, há uma ruptura com modelos científicos hegemônicos e dicotômicos de perceber a relação sujeito-objeto, na qual a afirmação da dimensão política e de sua indissociabilidade no processo de pesquisa constrói uma "atitude de pesquisa" (ROCHA; AGUIAR, 2003). Barros e Morschel (2012, p. 61) sublinham que, na pesquisa-intervenção, "o que se afirma é a inseparabilidade entre ser-existir-viver-conhecer-pesquisar-fazer intervenção". Essa inseparabilidade, condição da pesquisa-intervenção, altera o que está instituído como "conhecer para transformar" para "transformar para conhecer" (COIMBRA, 1995). Ou seja, esse descolamento supõe uma segunda ruptura com a dicotomia teoria-prática: ambas se constituem e se produzem no próprio ato de pesquisa. Esta perspectiva metodológica, portanto, ao investir na inseparabilidade entre pesquisa e intervenção, com foco na mudança social - não se pesquisa sobre outro, pesquisa-se com ele -, fortalece o protagonismo e autonomia dos participantes (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012).

## **2.1 No contexto de Natal (RN)**

Em Natal (RN), a pesquisa-intervenção iniciou em 2017 quando a GAM-BR foi apresentada como proposta de intervenção no Fórum Estadual de Direitos Humanos e Saúde Mental. Este espaço congregava diferentes atores da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) do município (pessoas atendidas, trabalhadores, familiares e estudantes), permitindo uma experiência orientada pela participação e construção coletiva, em coerência com os pressupostos metodológicos institucionalistas e também da GAM-BR. Neste espaço, recebemos um convite do CAPSAD III para dialogar sobre a estratégia no serviço culminando nas primeiras contratualizações para a implantação do dispositivo GAM que ocorreram em fevereiro de 2018.

O planejamento da pesquisa-intervenção contou com a construção de um cronograma, discutindo também questões éticas da pesquisa e da participação de trabalhadores e pessoas atendidas no serviço. Posteriormente, realizamos

encontros de sensibilização e formação que tiveram como eixos os princípios norteadores e o material Guia-GAM.

As pessoas atendidas no serviço foram acessadas pelos trabalhadores em espaços grupais do serviço, sem interferência do coletivo de pesquisa no tocante à participação mas, enfatizou-se a importância de considerar: 1) o desejo das pessoas em participar; 2) o tempo de acompanhamento no serviço; 3) a construção de outros critérios a partir das demandas e desafios vividos no cotidiano de trabalho. Como critério de participação dos trabalhadores, a equipe elegeu: 1) vínculo empregatício efetivo<sup>5</sup> com o município; 2) o desejo de participar da experiência.

Após o mapeamento realizado pelos trabalhadores do serviço, foi realizado um encontro geral com as pessoas que se cuidam no CAPS que demonstraram interesse no grupo GAM para a apresentação do guia, contratualização da participação, leitura e assinatura do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O grupo GAM foi realizado de março à dezembro de 2018 e contou com a participação, ao longo da experiência de pesquisa, de 12 pessoas atendidas no serviço, 5 trabalhadores (enfermeira, técnica em enfermagem, psicóloga, psiquiatra e terapeuta ocupacional), e 6 estudantes-pesquisadores da UFRN (3 graduandos, 2 mestrandos e 1 doutorando). A participação dos trabalhadores e estudantes alternavam a partir da agenda do serviço e da agenda de campo construída nas supervisões do grupo de pesquisa que ocorreriam semanalmente. Ao longo desses meses, foram realizados encontros semanais do grupo GAM, com duração de 60 a 90 minutos. Utilizamos como recursos e materiais de registros: diários de campo, audiogravações e transcrições dos áudios. Esses registros subsidiaram a composição de narrativas de cada encontro, construídas pelo coletivo de pesquisa, mas validada por todo o grupo GAM no encontro seguinte a partir de leituras e alterações, sustentando um espaço de avaliação coletiva da experiência, análise de implicações e fortalecimento cogestivo durante o processo.

---

<sup>5</sup>Com assinatura em carteira de trabalho, conforme as leis do Ministério do Trabalho. Nesse sentido, não participaram trabalhadores com contrários temporários que atuavam no serviço, de modo que a experiência pudesse ter perspectiva de continuidade com a presença desses profissionais.

## 2.2 No contexto de São Paulo

No âmbito de uma experiência de integração ensino-serviço, realizada entre a PUC-SP e um território sanitário da região Norte da cidade, desde 2008, desenvolvemos ações com foco na complexificação das respostas ofertadas às demandas em saúde mental e em reabilitação, com especial atenção à articulação das ações e estratégias dos diversos serviços, privilegiando a perspectiva territorial e em rede (BRASIL, 2011). Neste âmbito passamos a introduzir a estratégia GAM tanto como cogestão do cuidado em saúde mental, mas, principalmente, como experiência capaz de alterar processos de trabalho em saúde mental no território. Tal experiência foi iniciada em 2016, com a oferta de processos formativos sobre a metodologia da *Gestão Autônoma da Medicação*, convidando a rede de serviços a iniciarem as experiências. Posteriormente, desde 2017, passamos a fazer – docentes, estagiários e pesquisadores da PUC-SP- o apoio sistemático às equipes que vinham experimentando a estratégia, de forma a adensar as experiências, na forma de encontros semanais pré-grupo GAM e pós-grupo GAM e, ainda, na forma de uma reunião geral mensal de todos os grupos GAM do território, entendendo que a construção da experiência GAM exige processualidade e trabalho coletivo, sempre na forma cogestionária de reflexão e tomada de decisões, envolvendo todos os participantes (CARON, 2019; ROSA et al.; 2020). O CAPSAD aderiu desde o início à experimentação da estratégia que se estendeu de maio de 2017 até o início da quarentena, em função do coronavírus, em março de 2020.

Sua implantação se caracterizou por: a) contratualização da experiência junto ao serviço, levantamento dos problemas e caminhos para a implementação da estratégia com um subgrupo (farmacêutica, técnica de farmácia, psicólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, redutora de danos e gestora) (de maio a setembro/2017); b) início da experiência com amplo convite a todas as pessoas realizada pela própria equipe em diversos contextos grupais do serviço, seguido de um encontro com as pessoas que têm seu cuidado no CAPS e que demonstraram interesse para apresentação da proposta e para sua co-construção, em novembro de 2017. Desde então, o grupo GAM AD realizou encontros semanais, de forma aberta, com duração de 90 minutos, com ampla participação: uma média de 20 pessoas por grupo, em sua maioria homens)

O processo de pesquisa-intervenção(AVARCA, 2019) acompanhou a experiência de 2017 a dezembro de 2019, além de outra pesquisa-apoio concomitante (CARON,2019), de 2017 a 2018, visando pensar com o grupo a implantação da GAM e seus efeitos, mas incidindo principalmente na análise dos processos de trabalho, realizada de forma sistemática sempre no encontro pré e pós GAM. Durante os encontros, as pesquisas utilizaram como recursos e materiais de registro, o diário de campo dos pesquisadores, e o registro em fotos dos materiais produzidos pelo grupo.

### **3 DAS ANÁLISES EMPREENDIDAS**

A partir das análises realizadas, focalizamos nossas reflexões sobre a experiência GAM naquilo em que operou, nos contextos de CAPSAD, como um dispositivo de gestão autônoma de múltiplas substâncias (psiquiátricas, líticas e ilícitas). Para tanto, empreendemos duas linhas de análise e discussão das experiências que aqui serão discutidas, a saber: 1) Contexto e consumo de múltiplas substâncias: borragens entre prescrito e proscrito e 2) Efeitos GAM nas relações e fronteiras entre substâncias prescritas e proscritas.

Essas linhas de discussão foram mapeadas a partir de um exercício de visibilização de atitudes normatizadoras e de atitudes reconhecedoras e acolhedora de diferenças. A primeira atitude, de acordo com Guattari e Rolnik (2017, p. 59) é aquela que “se traduz de duas maneiras diferentes, mas complementares: ignorar sistematicamente tais agenciamentos, considerando meros problemas secundários ou arcaísmos, ou então resgatá-los e integrá-los”. Por outro lado, a atitude reconhecedora, “considera tais agenciamentos em seu caráter específico e em seu traço comum, de modo a possibilitar sua articulação. Só essa articulação é que vai permitir uma mudança efetiva da situação (GUATTARI; ROLNIK, 2017, p. 59).

Desse modo, consideramos que reconhecer em cada um dos eixos as atitudes normatizadoras e reconhecedoras da diferença coincide com o movimento de visibilizar as instituições e as forças instituintes que se engendram e se efetivam durante o processo de pesquisa-intervenção e seus movimentos de transformação micropolítica da realidade pesquisada.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Linha 1 – Contexto e consumo de múltiplas substâncias: borragens entre prescrito e proscrito

Durante a reunião com a equipe, o psiquiatra compartilhou que sentia que estava “trocando uma droga por outra” e comentou que também já chegou a pensar se estava ali apenas para “passar drogas”. As questões colocadas por ele me atravessam profundamente visto que é justamente pela questão das “drogas” que aposto na GAM nesse contexto... (Diário de campo, novembro de 2017)

Dentre os impasses vividos no cotidiano de um CAPSAD está a sensação, já conhecida, de “trocar uma droga por outra”. Segundo Vargas e Campos (2019), esta problemática está associada à substituição de substâncias ilícitas por substâncias prescritas tendo como eixo de tensão o limiar entre o que se entende como consumo terapêutico ou abusivo.

A sensação de “trocar uma droga por outra”, emergiu como um tema analisador permitindo vias de desnaturalização dentro do coletivo para o que midiaticamente entende-se como “droga” - saindo do âmbito do saber do especialista, ela passa a ser analisada transversalmente entre todos: trabalhadores, pessoas que frequentam o CAPS e pesquisadores. O diálogo sobre o prescrito, o lícito e o ilícito, permanecia no coletivo como uma inquietação ao longo dos encontros.

É droga, porque tudo que é manipulado ou que age no corpo, é droga. Pronto, quando a gente passa uma coisa para vocês, eu estou passando uma droga, mas eu estou passando uma droga lícita né (...), mas se você tomar aquela coisa que eu passei demais, você também vai ter vários efeitos né? (Fala de L., trabalhador do serviço).

Na medida em que o debate ganhava cada vez mais espaço no grupo, foram possíveis reconhecer fronteiras entre o prescrito, lícito e ilícito, comumente edificadas, naturalizadas e reproduzidas por discursos e práticas não apenas provenientes do campo médico, mas também dos campos jurídicos, políticos, criminais, morais, etc. No nível macropolítico, embasam a maioria das políticas e práticas de cuidado direcionadas a essa população tendo por base a categorização de substâncias. Porém, no nível micropolítico, nem sempre essas

fronteiras permanecem inertes, produzindo assim tensões entre o que está posto nos campos macro e micro, visto que:

Toda sociedade, mas também todo indivíduo, são, pois, atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: um molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não tem os mesmos termos nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra, segundo diferentes figuras como nos primitivos ou em nós – mas sempre uma pressupondo a outra. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 99).

No CAPS AD de São Paulo, um dos problemas centrais levantados pela equipe e pelos participantes da GAM dizia respeito à prescrição e uso da medicação na relação com o uso de álcool e outras substâncias psicoativas, colocando uma diversidade de questões, sejam as relativas à autonomia das pessoas que frequentam o CAPS, sejam as relativas aos riscos derivados da associação de múltiplas drogas. Tal situação-problema ganha maior visibilidade em dois contextos: por meio da “hospitalidade noturna”, quando os frequentadores do CAPS ficam 24h no serviço, por curto período de tempo (em “abstinência” das drogas ilícitas e consumo intenso das lícitas) e que, via de regra, resulta em ciclos de alternância entre fases de “abstinência” e cuidado intensivo e fases de uso; e, pela morte de uma das pessoas que estava em situação de rua, que fez uma crise abstinência e misturou diversas substâncias, incluindo medicação prescrita.

Tais analisadores produziram diversos relatos dos frequentadores do serviço que interrompiam a medicação devido ao medo do uso simultâneo de psicofármacos e outras substâncias, quando não experimentavam várias formas de uso da medicação em combinação com outras drogas; ou ainda quando usavam o medicamento psiquiátrico como droga. Sem contar o aparecimento dos medicamentos nos circuitos do uso e distribuição de substâncias psicoativas, que coloca em questão os efeitos iatrogênicos da medicamentação (AVARCA, 2019; CARON, 2019).

No grupo, cerca de 80% das pessoas fazem uso de medicação psicotrópica, levando em consideração sua rotatividade. Nos momentos em que essa discussão apareceu no grupo, houve a possibilidade de enunciação dos diferentes arranjos produzidos pelos frequentadores do CAPS em relação à

gestão de seu próprio uso de drogas: desde receios, medo, incompreensões e prazeres envolvidos nessas relações (ROSA et al., 2020), conforme alguns relatos abaixo:

Eles nos entregam o saco com os remédios, todos sem bula, e a gente não sabe bem pra que serve. Tomo o comprimido laranjinha pra dormir e um outro branquinho que eu não sei para que serve. Acho que é para tirar a 'deliração'. A gente sabe que não pode usar medicação e usar substância junto, mas a gente usa. Um dia desses eu quase morri. (Fala de J., frequentador do serviço)

Eu vi a morte de perto. Mas eu gosto de misturar. Se alguém me ofereceu eu não recuso não. Tomo o remédio a noite e já durmo com o meu corote no lado da cama. (Fala de I., frequentador do serviço.)

Há também narrativas que contam com a sabedoria popular a respeito de práticas de redução de danos em relação ao uso de drogas, que escapam às orientações dos profissionais de saúde e das prescrições médicas, por meio da gestão dos riscos e dos prazeres, a partir do conhecimento de si:

Eu entendi que pra mim faz bem parar de usar a medicação dois dias antes de eu ir beber com os meus amigos. De sexta eu gosto de estar com meus colegas depois do trabalho. Eu paro de usar remédio na quarta, na sexta eu tomo dois litros de cerveja com eles, como umas duas coxinhas e chego suave em casa, sem vontade de usar cocaína. (Fala de R.).

A GAM configurou-se como espaço de enunciação destas questões em geral segredadas, isto é, tornadas segredos, e, deste modo, tornadas ilegítimas e, portanto, segregadas nos serviços. Entre segredo e segregação, a exclusão dos modos de vida, a desconsideração das condições de existência e a análise da participação do próprio serviço na produção da deslegitimação segue operando novas fronteiras entre o lícito e o ilícito.

Na GAM, as relações profissionais-usuários não se orientam pelo diagrama do saber especialista- terapêutico, medicalizante - mas privilegiam: a horizontalidade entre os participantes, a acolhida dos modos de vida dos participantes, a perspectiva de afirmação de direitos e cidadania; a “distribuição coletiva de enunciação e protagonismo” (Caron, 2019) pela disposição cogestionária do grupo. Deste modo, produzem efeitos analíticos que fazem frente à invisibilidade e estigmatização do usuário de substância na própria rede de saúde.

Os espaços de encontro GAM, no decorrer da pesquisa-intervenção, foram se tornando, para alguns participantes, espaços de legitimação também de análise de diferentes experiências, efeitos e modos de consumo de múltiplas substâncias que não passam pelas gramáticas prescritivas e por modelos dominantes de tratamento, como a abstinência. Havia também outras substâncias “além da medicação” utilizadas para cuidar do estresse, da ansiedade e da insônia como a maconha, por exemplo: uma substância ilícita utilizada complementarmente aos psicofármacos com finalidade de alívio de sintomas. Entre fronteiras de categorização de substâncias e suas controvérsias, o dispositivo GAM, como uma “máquina de fazer ver e fazer falar” (DELEUZE, 1996), conduzia o movimento de conhecer, construir e direcionar práticas e estratégias de cuidado e ampliação de qualidade de vida de modo coerente e contextualizado com necessidades das pessoas acompanhadas em serviços tipo CAPSAD.

#### **4.2 Linha 2 – Efeitos GAM nas relações e fronteiras entre substâncias prescritas e proscritas**

Nas narrativas dos encontros observamos diferentes efeitos relacionados ao consumo de medicamentos psiquiátricos e outras substâncias lícitas e ilícitas. No cotidiano das pessoas que compõem do grupo GAM, essas substâncias assumiam um sentido recreativo, festivo, prazeroso, terapêutico, entre outros, em algum momento de suas trajetórias de vidas. No contexto do CAPSAD Natal, para alguns participantes o consumo de psicofármacos não iniciou através do acompanhamento no serviço –visto que já havia o acesso, sem prescrições médicas, colocando em questão o acesso às substâncias prescritas para outros fins que não de tratamento.

No entanto, vários efeitos adversos e colaterais dos medicamentos psiquiátricos ganhavam espaço e visibilidade ao longo dos encontros:

Mas a outra coisa que tenho sentido, tomando medicamento, no mais tardar às 20h da noite, e traz sofrimento é quando, de manhã, acordo com duas coisas: sintoma de asma, que persiste. Eu tenho sintoma de asma com certas drogas. A outra coisa é, não todos os dias, mas quase todos os dias, [áudio prejudicado], me sinto como se tivesse tomando álcool no dia anterior. Sinto uma ressaca, dor na minha cabeça. (Fala de P.).

E, em várias experiências narradas, os efeitos colaterais dos psicofármacos prescritos se confundem com os efeitos de substâncias proscritas:

Eu acho que estou me adaptando à medicação, porque me dá aquele...Eu fico normal, mas só que... fico muito lento, parece que eu fumei um baseado. (Fala de C. referindo-se ao uso de Clonazepam).

O espaço GAM possibilita a emergência de diálogos que não se produzem, muitas vezes, nas consultas clínicas devido ao tempo curto de atendimentos, tal como também indicaram os estudos de Jorge et al. (2012) e Onocko-Campos et al. (2013).

Os efeitos colaterais e adversos, intensamente presentes nas falas dos participantes da GAM, atravessam diferentes dimensões de suas vidas e de seus modos de viver. A troca de experiências e saberes, ancorados na experiências de cada um dos participantes, sobre múltiplas substâncias, amplia, de um lado, o acesso a informações sobre psicofármacos que comumente apenas as autoridades médicas detém e, por outro, o acesso a informações sobre experiências com substâncias proscritas que os trabalhadores participantes não conhecem ou não tem acesso, emergindo a possibilidade de desnaturalização de diversos tabus presentes no campo e com isso ampliando as possibilidades de cuidado.

Quando eu vou pro médico, eu abro logo: já fumei crack, já fiz isso. Fumo maconha, faço isso e isso. Deixo-o ciente de tudo pra passar uma medicação que não me deixe do jeito que eu fico né... daquele jeito! E não passar mal né? (Fala de G)

No Guia-GAM há uma sessão com informações exclusivamente sobre substâncias prescritas (princípios ativos, dosagens, indicações, meia-vida, tempo para iniciar efeitos, interações medicamentosas, etc.). No entanto, num cenário em que as pessoas não consomem apenas substâncias prescritas, há uma escassez de informações em relação às substâncias proscritas e sobre a interação delas com outras substâncias, devido a criminalização e a não regulamentação. Assim, o “quadro de interações” entre substâncias prescritas e proscritas precisava ser construído ali no diálogo e a partir das necessidades e saberes dos participantes, aspecto que se verificou nas duas experiências.

A visibilidade do tema no GAM e os impactos destas experiências como a morte de pessoas do grupo, não apenas pela suposta overdose da substância proscrita, mas pela associação da intervenção medicamentosa em saúde aos modos singulares de vida, levou em São Paulo, os participantes do CAPS a pautarem o tema no encontro geral da GAM (encontro de todas as equipes), quando o testemunho das pessoas do GAM AD, franquearam a todos os demais a conversa sobre este tema proscrito, que não se circunscreve somente ao equipamento do CAPS-AD: o tema das drogas e suas interações atravessam todos os pontos da rede.

Um participante da GAM de uma UBS leva, para este dia, um vinho na mochila e tira a garrafa colocando-a no centro da roda, e brinca: “é para animar a conversa” mas também para aproveitar e eu vender aqui...”.

Ele de fato, também ex-participante de CAPS AD, agora sob cuidado na UBS, trabalhava como representante de uma distribuidora de vinhos e produzia neste ato o deslocamento de muitas fronteiras- o do poder falar do consumo como questão que não é individual, mas ao contrário, conecta muitas redes (a de saúde, a do mercado, a do consumo, a do trabalho). De fato, poder enunciar os diferentes arranjos produzidos em relação ao uso de drogas prescritas junto às proscritas, em um grupo do qual participavam diferentes profissionais de saúde, além dos coordenadores e representantes da gestão local, produz efeitos de cuidado importantes, pois convida todos a repensarem seus fluxos de atendimento e reorganização das linhas de cuidado (ROSA et al, 2020). Delocar as drogas do campo moral é possibilitar a construção de um circuito de cuidado que consiga incluir os diferentes modos de vida, tornando-se, de fato, um cuidado integral.

Os participantes sinalizaram nos grupos que mentem no acolhimento do pronto socorro, quando precisam de cuidado médico emergencial, com medo de serem hostilizados, ou mesmo enviados para internações em hospitais, contra vontade. Omitir o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, além das implicações nos procedimentos médicos (pela interação das drogas prescritas), podem levar a óbito, quando se trata de um procedimento cirúrgico, como por exemplo:

Eu nunca falo para o médico do hospital que faço uso de farinha (cocaína), mas na semana passada já estava na mesa de cirurgia, prestes a tomar anestesia geral, quando resolvi falar que algumas horas antes eu tinha feito uso de cocaína. Decepcionei minha família que tinha me levado até o hospital, mas resolvi falar por que fiquei com medo de morrer. Agora já não sei quando vou conseguir fazer a cirurgia de novo. (Fala de M.).

Nesse sentido, essas enunciações permitiram um falar verdadeiro de pessoas que outrora sequer se posicionavam, produzindo autonomia e vinculação com os profissionais de saúde (Rosa et al, 2020), além da possibilidade de transversalizar essa discussão em diferentes pontos da rede.

Os efeitos deste espaço coletivo, cogestionário, participativo e transversalizante, ao longo dos encontros, apontam para a GAM enquanto um dispositivo que, possibilita a gestão autônoma de múltiplas substâncias e abre caminhos possíveis para a formulação de práticas e estratégias de cuidado alinhadas e coerentes com as necessidades de cuidado de cada pessoa que compõe esse coletivo.

Meu pai ficou viciado. Aí um dia ele disse a mim “tu é viciado em maconha!”. Eu disse: “e tu é viciado em Anador!” (Fala de C.)

No decorrer da experiência, coletivamente mapeamos elementos que emergiam no dispositivo grupal e que faziam “ver” discursos que operam como barreiras entre diferentes substâncias psicoativas ao mesmo tempo em que põe a “dizer” o esfumaçamento e a não sustentação dessas barreiras nas experiências micropolíticas. Como desdobramento, visualizamos, nos engendramentos entre o ver e o dizer, uma possibilidade de afirmação radical da redução de danos em suas dimensões ético-políticas de ampliação e afirmação da vida (LANCETTI, 2006), no tocante aos diferentes modos, sentidos, efeitos e gestões compartilhadas de múltiplas substâncias que emergiam no espaço grupal.

Tais borragens fizeram também com que utilizássemos o Guia-GAM introduzindo não apenas a discussão sobre a medicação mas sobre “outras substâncias”. Percebemos que tal ampliação tem permitido maior circulação dos participantes entre os dois temas, produzindo conversas no grupo sobre usos, abusos e prazeres advindos dessas composições que evidenciam o que nos referimos como uma borragem das fronteiras entre o prescrito e o proscrito:

o meio não é uma média; ao contrário; é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. *Entre* as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 36)

A borragem a qual nos referimos é esse “meio” - uma zona de passagem, um espaço “entre” que em seu movimento transversal produz o que aqui chamamos de singularizações nas experiências de consumo de múltiplas substâncias e que, por isso mesmo, se faz zona potente para produções de cuidado também singulares nesse contexto.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em ambas as experiências em CAPS-AD, no contexto paulista e potiguar, a GAM constitui-se como um dispositivo por meio do qual foi possível conhecer e analisar coletivamente experiências singulares de consumo de múltiplas substâncias, nas quais se produziram borragens nas fronteiras que distinguem substâncias prescritas, proscritas e lícitas na lógica do cuidado em saúde, produzindo diferentes práticas e modelos de atenção no contexto AD.

As borragens as quais nos referimos ganham visibilidade a partir das experiências cotidianas e dos saberes dos participantes dos serviços que tensionam as narrativas hegemônicas sobre drogas e a extensiva utilização de psicofármacos na saúde mental: ambas discussões que não aparecem nas gramáticas prescritivas, tampouco nas intervenções que se balizam pelo paradigma da abstinência.

Como desafio, está a escassez de informações acerca das substâncias proscritas e as possíveis interações com as medicações, produzida pelo próprio processo de criminalização do uso de drogas. A gestão autônoma de múltiplas substâncias, enunciada nos grupos GAM, não aparece na atual versão do Guia-GAM, fazendo com que as especificidades desse campo sejam trazidas pelos próprios participantes do serviço, incluindo os trabalhadores. Aponta-se, portanto, para a necessidade de ampliação do guia, sobretudo no que tange às interações entre as múltiplas drogas e estratégias de redução de danos.

Apostamos, por fim, que as reflexões e experiências aqui compartilhadas possam contribuir para a qualificação e formulação de práticas GAM no contexto

de álcool e outras drogas, assim como permitem situar a GAM em relação ao *recovery*. O conceito de *recovery*, adotado pela Organização Mundial da Saúde, traz em sua construção, a inflexão trabalhada por movimentos de ex-pacientes na década de 70, quanto às estratégias para permitir que pessoas com uma experiência de vida pessoal de um transtorno mental pudessem viver uma vida digna, autônoma, e em segurança, independente da intensidade e recorrência destas experiências (Costa, 2017). Além desta vizinhança com a experiência GAM (formulada por pacientes como demanda por direitos de participação em relação ao cuidado medicamentoso) cabe pensar também que tal dimensão se radicaliza com a experiência GAM AD.

As análises aqui empreendidas nos direcionam a reconhecer a produção de experiências aqui compartilhadas situando-as numa perspectiva de *recovery* a partir de três pontos: 1) O dispositivo GAM como espaço de debate e produção de autonomia, cogestão, valorização das experiências (pessoais e coletivas) bem como a reivindicação de direitos e de cuidados coerentes em diálogo com as necessidades dos participantes; 2) O questionamento da centralidade do uso de medicamentos e da lógica coercitiva, proibicionista e estigmatizante que atravessam suas experiências de vida, causando mais danos; 3) A produção de redes de apoio e de novos modos de se relacionar com os serviços e equipamentos de assistência.

A experiência GAM AD é também a partilha entre quem pode ou não estar de fato incluído como capaz de enunciar um testemunho legítimo e pertinente da sua relação aos medicamentos-drogas que ganha lugar reafirmando a perspectiva do *recovery*. Enfatizamos aqui o uso da palavra *recovery* não numa perspectiva de cura e reabilitação como constantemente é também utilizado na literatura, mas sim na perspectiva da ampliação de vida e do viver. Enfatizamos a necessidade de um olhar crítico relacionado a utilização do termo de modo que nos permita avançar numa concepção de *recovery* de modo coerente com as especificidades do contexto brasileiro e com os desafios que hoje se travam no processo de reforma psiquiátrica e das políticas públicas de assistência e da saúde direcionadas a esta população. Neste sentido, situamos a GAM numa perspectiva de *recovery* reconhecendo a importância de mais estudos e debates aprofundados.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## REFERÊNCIAS

AVARCA, CAC. **Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura**. Relatório de qualificação de tese de doutoramento. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, 2019.

BACCARI, IOP.; ONOCKO-CAMPOS, RT.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 125-136, 2015.

BARBOSA, VFB.; CAPONI, SNC.; VERDI, MIM. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface (Botucatu)**, v. 20(59), p. 917-928, 2016. Available from [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=en&nrm=iso) Access on: 09 Aug. 2020.

BAREMBLIT, FG. Sociedade e instituições. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática** Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, p. 25-37, 2002

BARRIO, LR.; et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18(10), pp. 2879-2887, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000012) Acesso em: 13 mar. 2021.

BARROS, MEB.; & MORSCHEL, A. Conhecer. In: FONSECA, TMG.; NASCIMENTO, ML.; Marashin, C., (Orgs.). **Pesquisar na Diferença – um abecedário**. Porto Alegre: Meridional. p. 59-61, 2015.

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. Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

CALIMAN, LV.; PASSOS, E.; MACHADO, AM. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação** [S.l.: s.n.], 2016.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v.9(2), p.101–122, jul./dez. 2012. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2012v9n2p101/23517> Acesso em: 6 jun. 2020.

CARON, E. Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2019

CASTRO, GLG.; et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Resvista Interdisciplinar**, v (6)1, p. 112-123, jan./fev./mar. 2013. Disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21> Acesso em: 6 jun. 2020.

COIMBRA, CMB. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, 7(1), p. 52 – 80, 1995. Disponível em <https://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-10963> Acesso em: 21 ago 2020.

COSTA, MN. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, p. 01-16, 2017.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? In G. DELEUZE, Gilles. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja – Passagen, p. 83-96, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia v.3**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. **Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FURTADO, JP.; ONOCKO-CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, v(24)11, p. 2771-2780, nov. 2013. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001100022](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100022) Acesso em: 20 mar. 2020.

GUATTARI, Felix.; ROLNIK, Suelly. **Micropolítica: cartografias do desejo**. (12ª ed.). Petrópolis: Vozes. 2017

JUNQUEIRA, LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, p. 31-46, ago./dez. 1997. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901997000200005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005) Acesso em: 21 ago. 2020.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, RT.; et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 967-980, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 13 mar. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, RT. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18(10), p. 2889-2899, 2013. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000013&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 12 mar. 2020.

OTARANI, TMC. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35(4), p. 460-467, 2011. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400004&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 2 jun. 2020.

ORNELAS, Pablo. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo., 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3436> Acesso em: 12 mar. 2020.

PASSOS, Eduardo et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma de medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, maio./ago. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-03942013000200003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942013000200003&lng=es&nrm=iso) Acesso em: 21 ago. 2020.

PASSOS, E.; CARVALHO, SV.; MAGGI, PMA. **Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: O “Manejo Cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação**. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 7(2), p. 268-278, 2012. Disponível em <[https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7\\_n2/Passos%2C Eduardo%3B Carvalho%2C Silvia Vasconcelos %26 Maggi%2C Paula Milward de Andrade.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos%2C%20Eduardo%3B%20Carvalho%2C%20Silvia%20Vasconcelos%26%20Maggi%2C%20Paula%20Milward%20de%20Andrade.pdf)>

PASSOS, E., PALOMBINI, AL&ONOCKO-CAMPOS, R. Estratégia cogestiva na pesquisa em clínica em saúde mental. **ECOS - Estudos Contemporâneos Da Subjetividade**, v. 3(1), 4–17, 2013. Disponível em <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110> Acesso em: 20 mar. 2020.

PETUCO, Denis. **O pomo da discórdia?** *Drogas, saúde, poder*. Curitiba. Editora CRV, 2019.

ROCHA, ML.;AGUIAR, KF.Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23(4), p. 64–73, 2003.

Disponível em

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em:20 mai. 2020.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26(1), p. 44-52, 2014. Disponível em

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 20 mai. 2020.

ROSA, E. Z. et al. **Gestão Autônoma da Medicação:** estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 2, p. 76-98, jul. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em:

<https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103447> . Acesso em: 23 ago. 2020. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103447>.

SANTOS, DVD. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada.**

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009. Disponível em

<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311882/1/Santos\\_Deivisson\\_ViannaDantasdos\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311882/1/Santos_Deivisson_ViannaDantasdos_M.pdf)> Acesso em: 21 ago2020.

VARGAS, ADFM., & Campos, MM. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia-RBS**, 7(15), p. 81-103, 2019.

VASCONCELOS, EM. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação história e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, p. 31-47, 2017.