

Os Efeitos na Formação de Residentes de Psiquiatria ao Experimentarem Grupos GAM

The Effects of AMM Group Participation on Psychiatric Resident Training

Thais Mikie de Carvalho Otanari^I
Erotildes Maria Leal^{II}
Rosana Teresa Onocko Campos^I
Analice de Lima Palombini^{III}
Eduardo Henrique Passos Pereira^{IV}

PALAVRAS-CHAVE

- Formação em Saúde Mental.
- Gestão Autônoma da Medicação.
- Experiência.

KEYWORDS

- Mental Health Training.
- Autonomous Management of Medication.
- Experience.

RESUMO

Trata-se de uma dissertação de mestrado que propôs conhecer e descrever os efeitos desencadeados na formação de residentes de psiquiatria ao participarem de grupos constituídos por pessoas diagnosticadas com transtorno mental que utilizaram a intervenção GAM (Gestão Autônoma da Medicação) como norteadora. A aposta foi que, ao participarem dos encontros, os residentes experienciariam uma nova situação em que a palavra do paciente passaria a ser ouvida de forma diferente da trabalhada no currículo da residência, construindo um dispositivo capaz de transformar suas práticas clínicas. Para verificar esses efeitos, utilizamos dois grupos focais, realizados antes e depois dos grupos de intervenção, além de entrevistas individuais conduzidas após o término dos grupos. A análise do material indicou efeitos principalmente quanto à escuta clínica desses profissionais, mostrando a necessidade de estudos mais aprofundados.

ABSTRACT

This work is a masters' dissertation that aimed to understand and describe the effects on the training of psychiatric residents when they participated in groups composed of mentally disturbed patients whose treatment was based on AMM (Autonomous Medication Management) intervention. The hypothesis was that upon participating in the meetings, the residents would experience a new situation in which the patient's word would begin to be interpreted in a different manner to in the residency curriculum, thus creating a mechanism capable of transforming their clinical practices. To verify these effects two focus groups were formed before and after the intervention groups, as well as individual interviews conducted after the group meetings. Analysis of the material indicated some effects mainly in relation to how these professionals listened to the patients, demonstrating the need for further studies.

Recebido em: 10/12/2010

Reencaminhado em: 27/05/2011

Aprovado em: 10/07/2011

^I Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

^{IV} Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A história da assistência em saúde mental é marcada por repressão moral e exclusão social, tendo como único local de tratamento o manicômio, onde predominava a relação de dominação/subordinação do profissional sobre o paciente¹. A pessoa com transtorno mental era considerada incapaz de intercâmbios racionais, isenta de responsabilidades, digna apenas de ser assistida e tutelada². Alguém que não sabe de si e nada tem a dizer, sua voz e seu saber silenciados³.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica nasce para apresentar uma nova maneira de lidar com o fenômeno do transtorno mental, em que o doente tem a chance de restabelecer a relação com seu próprio corpo e de reconstruir a capacidade e o direito à palavra e aos sentimentos, passando a ser como um protagonista na reinvenção da sua cidadania⁴. Esta nova compreensão possibilitou a definição das diferenças sem fazer uso do discurso do desvio, da incapacidade, da periculosidade e da anormalidade, em que a experiência psíquica diversa não poderia ser encarada como externalização do erro⁵.

Hoje, reconhecem-se novos transtornos ligados aos meios de vida da sociedade, e a saúde mental têm se mostrado uma das principais questões na agenda dos governos de vários países. Divulgado recentemente, um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) calcula que uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá um transtorno de saúde mental, representando 8,8% da carga de doenças em países de baixa renda e 16,6% em países de média renda⁶.

Como orientações para esse trabalho, a OMS destaca o reconhecimento da vulnerabilidade das pessoas diagnosticadas com transtornos e deficiências mentais, a ampliação dos serviços de saúde mental na atenção primária e a inclusão desta população específica na concepção de estratégias e programas públicos de assistência⁶.

Mas, para isso, é necessário entender que dar voz a um grupo vulnerável que hoje se encontra excluído dos espaços de decisão representa um dos grandes desafios de nossa sociedade. Entre outros elementos, pode-se atribuir parte desta exclusão a um modelo científico que ainda não é capaz de incluir uma subjetividade diversa – ou seja, aquele que recebe o cuidado – e que é responsável por orientar as políticas públicas, as práticas de assistência e os próprios cursos de saúde.

Para iluminar a questão, recorre-se a Fleck⁷ e à ideia de construção do saber através do que chamou de *círculos socio-cognitivos*, onde o conhecimento especializado, junto com os cientistas, estaria no centro do círculo, e o conhecimento leigo, assim como a maior parte da população, estaria na periferia do círculo. Segundo o autor, o saber é reconstruído e transformado pelos círculos progressivamente mais esotéricos (espe-

cializados) orientados pelos interesses, valores e técnicas desenvolvidos por esses segmentos, ganhando nova dimensão e gerando novos saberes e concepções, determinando, assim, novas práticas sociais que podem, agora, fazer o caminho de volta ao mundo exotérico (social geral). Durante o trajeto de volta, os saberes são modificados, tornando-se mais dogmáticos e esquemáticos, caracterizando-se por representar segurança subjetiva do evidente e pela omissão dos detalhes. Depois de se estabelecer na periferia circular, o saber retorna ao núcleo como um fundo cultural, perceptivo e cognitivo, compreendido como evidência impassível de transformação ou questionamento, sem poder ser pensado de outra maneira⁷.

Na representação dos círculos, os cientistas estariam nos centros, seguidos pelos profissionais da saúde, localizados em “extratos intermediários, já que iniciados no estilo de pensamento e habilitados como praticantes – portanto, social e estilisticamente especializados –, mas não tão especializados na produção de saber como os cientistas”⁸.

Ao excluírem o que sofre, nesse caso a pessoa diagnosticada com transtorno mental, as ciências da saúde produzem um conhecimento

“de terceira pessoa [...], cuja tradição reserva toda competência epistemológica e tecnológica para os polos esotéricos de si mesma; ou seja, ela é calcada na interpretação e intervenção heterônomas especializadas e superespecializadas, no controle heterônomo”⁸.

Respaldado por um saber distante de sua experiência, o sujeito, que se encontra no polo exotérico, incorpora a postura de quem apenas aceita ou rejeita o tratamento que lhe é indicado, deixando de questionar, inclusive, se as razões da eficácia ou ineficácia são de fundo epistemológico; ou seja, o problema pode estar no consumidor (ele) ou no prescritor (profissional de saúde), mas nunca na tecnologia.

Desse modo, reforça-se uma ciência em que a técnica, especializada, se afasta da realidade daqueles que vivem o sofrimento, respaldando uma prática orientada por um olhar fragmentado e reduzido, em que a lógica mecanicista e determinista sobressai em relação à interpretação e à criatividade⁹. Segundo Ayres¹⁰, essa tendência produz dois polos opostos: de um lado, um “messianismo científico insustentável”, que nega os valores humanistas da atenção à saúde; de outro, um “anticientificismo”, que ignora que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos¹⁰. Na rotina do serviço, a consequência é uma esterilidade mecânica que envolve profissionais com domínio técnico que sabem para o que serve tal tecnologia, mas não conseguem a resposta sobre

o sentido desse uso e o significado desses recursos para o dia a dia do outro¹⁰.

“Um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença”, e como resultado a assistência se faz no exercício cotidiano de um saber biomédico reducionista que segue uma lógica tecnicista de “medicalização” da vida e da sociedade¹¹, na qual os trabalhadores da saúde mental passam a valorizar atuações tidas como modernas e científicas, principalmente o uso de psicotrópicos¹². Os espaços de comunicação são restringidos, resumindo-se apenas à verificação da presença dos sintomas, onde o diálogo paciente/interventor é, então, totalmente contido na relação com a medicação, deixando de lado os múltiplos não ditos do sofrimento¹³:

Além de impor o tratamento farmacológico como resposta principal ou exclusiva e frequentemente como único tratamento acessível, essa tendência dominante nos discursos e nas práticas em saúde mental tem como consequência reduzir espaços de expressão e de elaboração pelo sujeito de sua experiência e de limitar sua capacidade de agir sobre si.

Tal lógica pode ser verificada, por exemplo, em uma ampliação global no consumo de psicofármacos¹⁴⁻¹⁷, atribuída, entre outras coisas, a uma dificuldade dos médicos em reconhecer uma doença que mereça prescrição medicamentosa e outra que possa ser administrada, ou complementada, com outras formas de intervenções^{18,19}.

Ao apresentarem a medicação como a principal resposta para o tratamento, entendendo que esta é um instrumento exclusivo do universo médico, distante do saber da população que recebe a intervenção, as ciências da saúde passam a incentivar uma dependência dos usuários em relação aos serviços de saúde, causando o que Illich²⁰ descreve como *iatrogenia médica*, ou seja, um fenômeno em que a medicina, além de efeitos benéficos, causa danos à sociedade, destituindo o sujeito de autonomia para lidar com seus problemas de saúde.

Essa baixa apropriação crítica do usuário reduz sua capacidade decisória no processo do cuidado, pois, por não possuir informações sobre os psicofármacos, como efeitos e alternativas de tratamento, não se sente habilitado a discutir a medicação, fazendo com que as escolhas sejam feitas apenas pelo médico. Assim, apesar dos inúmeros avanços conquistados no campo da saúde mental, mantêm-se resquícios da lógica do manicômio, em que há predomínio de uma relação marcada pela dominação/subordinação do profissional da saúde sobre o paciente.

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: COMO INCLUIR A EXPERIÊNCIA

Na formação dos profissionais da saúde mental – localizada no espaço intermediário do círculo, que faz a ligação entre o núcleo e a periferia –, tal modelo repercute em disciplinas de saúde mental centradas nos sintomas e nas doenças, que desvalorizam a experiência do outro. É o que Montgomery²¹ chamou na medicina de *escotoma epistemológico*, ou seja, um ponto cego que impede uma prática clínica que contenha, além dos conhecimentos técnicos, a habilidade de incluir contextos e valores dos sujeitos, fazendo com que as decisões de tratamento se baseiem em lógicas exclusivamente racionais. O exercício da escuta é abandonado e substituído por uma visão centrada apenas na doença, reduzindo a compreensão do sofrimento e ignorando a dimensão da vida e dos fatores que sustentam a saúde do sujeito, excluindo-o da interlocução do tratamento e tornando-o “mero objeto de captação de sinais-sintomas, comprovantes da sua não existência compartilhada”²².

Como contrapartida, apostamos em uma prática que amplie a intervenção exclusivamente técnica e que considere outros olhares, ainda raros, mas não inexistentes, nas escolas de saúde. Ao invés de rejeitar a subjetividade, a clínica deve fazer dela seu principal elemento, passando a lidar com a dimensão experiencial global do sujeito – tida como expressão deste com a alteridade e com o mundo –, tomada de forma holística e ocupando lugar central no cuidado médico²³.

A palavra do paciente deve ser valorizada, mesmo que não aparente coerência, tornando-se sabedoria à medida que seja escutada por um outro capaz de sustentar a palavra do sofredor. O papel do terapeuta seria o de se inclinar diante de alguém que porta uma voz única a respeito de sua história, “sempre objeto de transferência: de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência”²⁴.

Essa é uma prática em que as decisões clínicas abarcam um processo intuitivo que inclui a experiência do sujeito, fazendo com que o médico, ou psiquiatra, conte com habilidades de escuta e julgamento que considerem as narrativas construídas pelos próprios pacientes²¹.

Sendo assim, a formação dos profissionais de saúde mental exige mais do que apenas a transmissão de informações. É preciso que os docentes possibilitem a manutenção da tensão doente/doença, construindo com os estudantes uma prática interpretativa em um campo de significações de valores, remodelando a forma pela qual as disciplinas são ministradas atualmente²⁵.

Remetendo-nos a Gazinelli *et al.*²⁶, é fundamental que o aprendiz considerasse as experiências dos sujeitos e suas trajetórias de vida, enxergando o aprendiz como alguém ativo, sujeito de sua ação e que precisa participar de maneira influente na situação do aprendizado. Admite-se que o processo de aprender não é estático e envolve dois (ou mais) atores em constantes relações, em uma *construção compartilhada de conhecimento*, na qual tanto o aprendiz como o professor precisam *experenciar* novos fenômenos, culminando na transformação do comportamento.

Isto significa dizer que, para que as práticas se transformem de forma a incluir o sujeito, considerando-o de maneira integral e reconhecendo-o como detentor de saberes, devem-se oferecer aos estudantes possibilidades que lhes permitam experimentar novos olhares, diferentes daqueles reproduzidos pela ciência hegemônica. Assim, é necessário construir instrumentos e metodologias de ensino orientados por um saber científico que inclua a voz do outro – nesse caso, a pessoa diagnosticada com transtorno mental, em todas as suas etapas – do núcleo à periferia do círculo.

A EXPERIÊNCIA GAM E SUA POTÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO

Este texto descreve uma pesquisa de mestrado desenvolvida como subprojeto de um estudo multicêntrico, financiado pelo CNPq (processo 575.197/2008 – edital 332.008), intitulado “Pesquisa avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação para utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, com apoio da FAPERJ através da pesquisa associada “Autonomia e direitos humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)”. Realizada nos anos de 2009 e 2010, a dissertação teve como proposta conhecer e descrever os efeitos desencadeados na formação de residentes do primeiro ano de psiquiatria ao participarem de um grupo constituído por pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves. O grupo foi respaldado pela Gestão Autônoma da Medicação (GAM), ideia desenvolvida por uma parceria entre usuários e pesquisadores canadenses, que está sendo traduzida e adaptada para a realidade brasileira. Por meio de uma metodologia focada nas experiências dos participantes, a intervenção visa oferecer espaços reflexivos onde o usuário enxergue, a partir de suas próprias ferramentas, possibilidades que fortaleçam sua autonomia, construindo uma gestão compartilhada – entre médico e paciente – de seu tratamento medicamentoso.

METODOLOGIA

Os encontros foram norteados pela versão experimental brasileira – ainda não finalizada – do GGAM (Guia da Gestão Autônoma de Medicamentos Psiquiátricos). Divididos em cinco passos, os exercícios eram propostos de forma a disparar reflexão e debate

acerca de temas como *rede de apoio, direitos e medicação*, com base na leitura de textos e nas respostas dadas pelos próprios participantes. Cada um possuía um guia, o que possibilitou que este registrasse os produtos construídos individual e coletivamente.

Em seu texto introdutório, o GGAM apresenta os seguintes trechos:

Num contexto em que o tratamento farmacológico aparece amplamente privilegiado para enfrentar os problemas de saúde mental, a Gestão Autônoma da Medicação tem como objetivo possibilitar que as pessoas se aproximem de uma medicação que lhes convém e que os tratamentos em saúde mental levem em conta outros fatores que intervêm nos processos de melhoria (p. 6). A Gestão Autônoma da Medicação, em primeiro lugar e principalmente, é um processo de aprendizado sobre sua medicação e de seus efeitos em todos os aspectos da sua vida. É um processo de questionamento respeitoso das suas necessidades e das suas vontades em relação a sua medicação. Neste sentido, a GAM não é um fim em si mesmo, é apenas uma parte do caminho em direção a uma melhora no seu bem-estar. Você deve sentir-se à vontade para adaptá-la a sua própria situação e envolver as pessoas e recursos que irão lhe apoiar neste processo (p. 7-8).

No total, foram 20 encontros quinzenais em um grupo de 7 usuários, 3 pesquisadores/facilitadores e 4 residentes de psiquiatria que, por outras atividades da residência, se revezavam em 3 pós-graduandos por sessão.

Assim, ao incluir a participação de profissionais de saúde mental em formação, o objetivo do estudo era verificar se a GAM – proposta que contou com usuários em sua formulação – poderia ser caracterizada como um dispositivo de ensino que contribuísse para práticas que incluem a subjetividade e a narrativa da pessoa diagnosticada com transtorno mental.

Método

Os residentes participaram como observadores de cerca de seis encontros, cada, em um período de cinco meses (de agosto a dezembro de 2009). Realizou-se um grupo focal antes do início do grupo (T0) e outro ao final (T1), e entrevistas individuais seis meses após os encontros. O material obtido nos grupos focais embasou a construção das entrevistas, que tinham como propósito aprofundar o conhecimento acerca da experiência vivida pelos residentes nos grupos GAM.

Leitura do material

O material que será apresentado a seguir foi obtido por meio das transcrições dos grupos focais e das entrevistas. Utilizaremos

mos as siglas R1, R2, R3 e R4 para diferenciar as falas de cada um dos residentes; e a sigla GF quando o trecho destacado pertencer a um dos grupos focais.

Tanto no grupo focal, como nas entrevistas, os residentes descreveram o grupo GAM como um momento privilegiado e singular, pois, diferentemente do atendimento que realizam no consultório, era possível aprofundar as histórias de vida dos usuários, como se relacionavam e suas visões sobre o tratamento, a medicação e as instituições de saúde. Segundo eles, o espaço era constituído por troca de experiências, estando os médicos abertos para uma escuta qualificada.

Eles tinham frases fantásticas, por exemplo: 'ah, tem gente que fala: de médico e louco todo mundo tem um pouco, mas as pessoas não sabem o que é ser louco para falar que de louco todo mundo tem um pouco. Eu sou diferente dessas pessoas, só eu entendo porque eu que sou louco, sabe? Então não é para banalizar a minha condição, eu sou doente mental, isso é diferente, a gente precisa batalhar muito mais para ser o que a gente é'. (GF)

Eu achei uma experiência legal, é outro tipo de conversa, diferente daquela que você tem no consultório, em que as coisas são mais fechadas, com um tempo para acontecer em que você acaba se atendo mais a sintomas e às queixas do paciente e não vai tentar entender o que está acontecendo para ele do outro lado. Eu achei a experiência legal por isso. Por a gente ter [...] uma clareza maior na visão que eles têm do tratamento, das instituições que cuidam deles, das condutas, dos relacionamentos com as pessoas, dos relacionamentos que eles têm em casa... as relações que eles não têm... Achei interessante por causa disso. (R2)

Foi legal para saber da vida deles e como é que a doença influi na vida deles, porque eu acho que a gente tem noção, mas a gente não tem essa noção tão amplamente. Aí, você vai toda quarta-feira e fica ouvindo um grupo de dez pessoas, menos até, falarem de como é a vida, como é o casamento, que eu já fui pastor... isso aí é bem legal. (R1)

Era uma escuta, de certa forma, diferente da que a gente tem na consulta. Lá eles estavam contando livremente as experiências deles, não era uma coisa direcionada como às vezes na consulta, quando eles vêm com uma demanda da consulta. Lá não, parece que era um espaço que tinha outra abordagem, diferente da abordagem da consulta, então eu achei muito interessante. Às vezes, se você for consultar esses pacientes que participam do grupo, você não conseguiria escutar as mesmas coisas, as mesmas histórias, do que se você estivesse atendendo, lá é diferente. (R4)

Quando eu participei do grupo, acho que, pelo fato de ver aqueles pacientes, você começa a ver de um ângulo um pouco diferente a consulta psiquiátrica. Então, é o fato de você ver de uma outra forma, por exemplo, não são seus pacientes, são outros, outros médicos que estão ali, digamos 'em jogo', e ter uma visão de uma forma privilegiada, eu acho; porque, na consulta, às vezes você não percebe muitas coisas que seu paciente tem, apesar de você, de repente, fazer a melhor entrevista possível. Muitas coisas estão talvez implícitas, outras que você não consegue resgatar, às vezes num contexto de consulta psiquiátrica, de repente, num grupo onde a pessoa se sente mais à vontade, ela se sente mais à vontade de falar certos tipos de coisas que não na consulta. (R3)

Citaram como marcantes os encontros sobre *medicação e rede de apoio*, reforçando o fato de entrarem em contato com aspectos que não costumam conhecer na rotina do ambulatório, como o medo que impede os pacientes de questionar ou negociar elementos do tratamento com o médico, ou a visão de alguns usuários de que as condutas dos familiares nem sempre estão de acordo com as suas vontades, mesmo quando julgam que estão bem para tomar decisões.

Aí, os outros pacientes começaram a achar legal isso: 'ah, mas pode contar tudo para o médico?', e a gente: 'é para contar tudo!'. Porque eles têm essa ideia meio repressiva: 'não posso contar que eu bebo, não posso contar que eu... não posso ficar fazendo muita pergunta, não posso...' (R1)

Como o GAM tinha todo esse lance de discussão da medicação, eu acho que o que mais mudou era que eles queriam saber certos tipos de informação, mas não tinham coragem de perguntar para o médico. Tinham dúvidas de algumas coisas, mas se sentiam inibidos de perguntar, como se não tivessem direito de perguntar ou de saber. O próprio conhecimento, o autoconhecimento corporal, de saber, se conhecer, dizer: 'ah, não, ó, realmente, esse remédio eu percebo que está dando tal coisa'. E às vezes eles não falavam isso pro médico e chegavam e falavam no grupo. (R3)

Porque eu não sei, serve quando você é psiquiatra, tem paciente que fica psicótico e você conta muito com a família. Mas, às vezes, realmente você acaba passando por cima de certas coisas do paciente para ajudar a família a cuidar. Porque quando a coisa pegar, é a família que vai estar lá para segurar o rojão... A M. mesmo tinha uma certa revolta com essa questão da família querer impor coisas para ela: 'agora eu estou bem, né? Eu posso decidir, né?'. E não sei se às vezes o médico fica mais conivente com a família do que com o paciente... (R2)

Apontaram algumas mudanças na prática clínica, principalmente em relação à maneira como enxergam o usuário e à negociação da medicação. Um dos residentes disse que o grupo o ajudou a perceber que, muitas vezes, o psiquiatra fala sobre a medicação com a família nos primeiros encontros, quando o paciente está em surto, sem voltar a explicar a prescrição durante o tratamento, o que resulta em dúvidas na pessoa que utiliza os remédios.

Eu pensei: “esqueci de explicar para ele a medicação, eu expliquei para a irmã, que é quem traz ele sempre e não expliquei para ele”. Aí eu expliquei para ele: “olha, você viu que quando diminui a medicação você fica ruim, você começa a achar que está sendo perseguido de novo, então, pensa...” e aí, isso eu lembrei do GAM, porque no GAM eu já tinha pensado isso e agora, de novo, eu repeti esse erro. (R1)

Os residentes também apresentaram mudanças no momento de tomar decisões sobre a medicação, buscando diálogos mais abertos, que explorem as histórias e dúvidas dos pacientes.

Não sei se mudou, mas acrescentou bastante. Como eu tinha falado no começo, acrescentou essa questão de ter outra visão dos pacientes... Desse tipo de paciente... às vezes de ter uma relação um pouco mais asséptica no consultório. Você está mais preocupado em ver sintomas, evitar que ele fique psicótico, evitar que ele comece a delirar, tenha alucinações... E você não se abre tanto para uma escuta de vida, uma escuta de queixas pessoais, como você se abre para um paciente com depressão, com ansiedade, com TOC... E acho que de acrescentar, acho que mais isso, de valorizar mais os pacientes com esquizofrenia, as questões que eles trazem. (R2)

Eu tive um insight, assim... mais ou menos. Mas a questão continua sendo complexa. Mas talvez traga mais elementos na hora em que você toma uma decisão. Seguir ou não o conselho de uma família, ou uma requisição de um paciente. (R2)

[...] tinha alguns pacientes meus que começaram a tentar argumentar sobre a medicação, essas coisas comigo, e aí eu comecei a ter uma visão diferente da situação. É que às vezes, você informar um pouco mais, acho que assim seja o caminho, você tentar informar e explicar o porquê que você está dando aquela medicação talvez ajude um pouco mais. (R3)

[...] antes, eu acho que eu perguntava: ‘você usa drogas?’, mas eu perguntava de uma maneira muito... E aí, eu acho que como eles ficavam com medo de falar, ‘você bebe? Você...?’.

Agora eu falo: ‘olha, é muito importante saber se você bebe ou não. Eu não vou fazer juízo, nada disso, mas para eu não escolher a medicação que vai combinar mal com a bebida’ (GF).

Apesar dos efeitos no atendimento, os participantes concluíram não enxergar transformações significativas em sua prática, tanto por limitações do atendimento (por exemplo, o tempo), como por uma lógica, descrita por eles, que orienta a própria identidade do médico, baseada em técnicas diretivas e algorítmicas.

No atendimento não é um tempo dedicado a isso, é um tempo dedicado a perceber como é que o paciente está, a perguntar para a família como o paciente está, a correr, pegar, preencher papel, a pensar o que você vai fazer a partir disso, se isso é isso ou aquilo; então, eu acho que no atendimento já não tem tempo, quanto mais tempo para isso. (R1)

Então, essa parte da medicina – porque a psiquiatria também tem de medicina – é um raciocínio lógico, algoritmo lá, tal, fez, tem mais sintoma; se é, leva para tais diagnósticos, tal, tem tal e tal tratamento. Entendeu? E a medicação está incluída nesse tratamento. (GF)

Todos concordaram em que a frequência com que participaram dos encontros foi pequena. Dois residentes apontaram como um limite o fato de serem observadores, sugerindo que a experiência seria mais bem aproveitada se eles fossem os facilitadores do grupo.

DISCUSSÃO

Para que haja a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica, é fundamental a qualificação dos trabalhadores de saúde mental. Esta formação deve preparar profissionais que tenham uma postura aberta à experiência do outro, comprometidos com uma prática clínica que inclua o contexto do usuário no tratamento.

Ao tratar de temas tão centrais como a medicação e a gestão do tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, indagamo-nos sobre a potência da GAM como dispositivo de formação. Tendo em vista seus objetivos – que visam trabalhar a construção de autonomia dos sujeitos em relação aos seus tratamentos, de forma coletiva entre profissionais e usuários, em diálogos que privilegiem a experiência do doente –, seria o grupo GAM um espaço a favorecer a formação de profissionais do campo da saúde mental? Ao experienciarem encontros em que o médico se abre para a narrativa dos usuários, auxiliando-os a se tornarem capazes de, através de informações sobre o seu tratamento, assumirem

o protagonismo de suas vidas, os residentes têm sua prática afetada?

As narrativas mostraram que a experiência do grupo GAM foi vivida com entusiasmo pelos residentes de psiquiatria. Eles compreenderam o espaço como um momento singular, que os aproximou de aspectos dos usuários tidos como importantes pelos futuros psiquiatras, o que produziu tímidos efeitos em suas práticas. Os participantes foram unânimes ao dizerem que a escuta singularizada influenciou o modo de enxergar o paciente, fazendo com que considerassem outros elementos no momento da consulta. Afirmaram, porém, que não era possível transportar tal lógica para o atendimento médico, mostrando uma fragmentação entre a consulta clínica e o espaço que acolhe esses outros aspectos, como as relações e experiências do dia a dia.

Entretanto, é importante considerar que este foi apenas um momento dentro do currículo médico, admitindo-se, inclusive, os limites da pesquisa apontados pelos próprios residentes, como o número reduzido de participações e a função de observadores, que, para eles, constituiu um papel passivo dentro do grupo.

Assim, avaliamos ser preciso realizar estudos mais aprofundados acerca da potência da GAM como dispositivo de ensino, por entendermos que essa iniciativa aposta na direção de uma construção coletiva entre usuários, residentes e pesquisadores, reafirmando um modo de produzir conhecimento que se aproxima das reais necessidades dos que se beneficiarão com tal ciência: os cuidadores, os que estão se formando cuidadores e os que recebem esses cuidados.

REFERÊNCIAS

- Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1996.
- Filho JF. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Costa NR, editor. Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco; 1987. p. 75-102.
- Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1972.
- Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Cad Ciências Saúde Coletiva. 2001;6(1):73-85.
- Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E, Ommere MV, Kettaneh A. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Fleck L. La genesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
- Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface Comun Saúde Educação 2006;9(18):61-76.
- Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 2004;13(3):16-29.
- Rosemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. Ciência & Saúde Coletiva 2001;6(1):115-23.
- Onocko Campos R. Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos. Campinas: MS; 2008.
- Rodriguez del Barrio L, Perron N, Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos R, Pereira Furtado J, Passos E, Benevides R, eds. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Hull SA, Aquino P, Cotter S. Explaining variation in antidepressant prescribing rates in east London: a cross sectional study. Fam Pract. 2005;22(1):37-42.
- Mojtabai R. Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. Psychother Psychosom 2008;77(2):83-92.
- Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984;41(10):934-41.
- Robins CLN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. New York: Maxwell Macmillan International; 1991.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil]. Cad. Saúde Pública 2006;22(8):1639-48.
- Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. [A challenge for primary health care: mental health care implementation]. Cad Saude Publica 2006;22(9):1845-53.
- Illich I. A expropriação da saúde - nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Montgomery K. How doctors think: clinical judgment and practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2006.
- Ferreira AP. O ensino de psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental 2002;4:11-29.

23. Leal EM, Louzada RCR, Serpa JROD, Silva Filho JF. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2007;11(22):207-222.
24. Berlinck MT. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta; 2000.
25. Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001;6(1):87-96.
26. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CM. [Health education: knowledge, social representation, and illness]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):200-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Thais Mikie de C. Otanari, Erotildes Maria Leal, Rosana Teresa O. Campos, Analice de L. Palombini e Eduardo Henrique P. Pereira prestou contribuições substanciais para a concepção

e desenho do estudo, aquisição de dados e análise e interpretação de dados; contribuiu com elaboração de versão inicial e revisão crítica para conteúdo intelectual significativo; e realizou aprovação final da versão encaminhada para publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thais Mikie de Carvalho Otanari
École de Service Social – Université de Montréal
CP : 6128, succursale Centre-Ville
H3C3J7 – Montréal – QC – Canadá
E-mail: thais_ignis@yahoo.com.br