

**Autonomia como um novo olhar sobre o sujeito:  
Uma análise da inserção da estratégia GAM em um Centro de Atenção  
Psicossocial em uma cidade do Norte de Minas.**

Emanuely Mendes Noronha<sup>1</sup>

Roberto Carlos Pires Júnior<sup>2</sup>

**RESUMO**

A Reforma Psiquiátrica possibilitou novas formas de cuidado para a pessoa com sofrimento mental, contudo esse não é um direito sempre garantido. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) proporcionou uma atenção especializada, entretanto, é percebido que os indivíduos ainda possuem uma posição de passividade e dependência no tratamento sendo necessário uma reatualização. A Gestão Autônoma da Medicação surge como uma estratégia que promove criticidade e informação diante desse cuidado. Assim, este artigo tem como objetivo investigar o processo de promoção da autonomia dos usuários de CAPS em uma cidade no Norte de Minas utilizando o dispositivo GAM. Foi realizada uma pesquisa-intervenção utilizando da observação participante, na inserção e desenvolvimento dos grupos GAM. Os dados organizados em diários de campos foram analisados seguindo a análise de conteúdo. Notou-se que, a partir dos princípios da GAM, o usuário se apropria do seu tratamento e, diante de um manejo cogestivo, reflete em relações fortalecedoras e promotoras de uma autonomia coletiva. Sendo assim, corrobora-se a promoção de autonomia a partir do dispositivo GAM.

**Palavras Chave:** Autonomia, sofrimento mental, GAM, saúde mental, CAPS.

**ABSTRACT**

The Psychiatric Reform has enabled new forms of care for people with mental suffering, but this is not a right that is always guaranteed. The creation of the Psychosocial Care Centers (CAPS) provided specialized care, however, it is noticed that individuals still have a position of passivity and dependence in the treatment, which requires an updating. The Autonomous Medication Management emerges as a strategy that promotes critical thinking and information about this care. Thus, this article aims to investigate the process of promoting the autonomy of CAPS users in a city in the North of Minas using the MAG device. A research-intervention was carried out using participant observation, in the insertion and development of MAG groups. The data organized in field diaries were analyzed following content analysis. It was noted that, from the principles of MAG, the user takes ownership of his treatment and, in the face of a co-management, reflects in strengthening relationships and promoters of a collective autonomy. Thus, the promotion of autonomy from the MAG device is corroborated.

**Keywords:** Autonomy, mental suffering, GAM, Mental Health, CAPS.

---

<sup>1</sup> Acadêmica da graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Janaúba- FACITEC

<sup>2</sup> Mestre do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Janaúba- FACITEC

## 1.INTRODUÇÃO

O advento da Reforma Psiquiátrica foi o grande marco para modificar a promoção de saúde mental pública no Brasil. É uma construção que se iniciou nas últimas décadas e ainda vivencia evoluções significativas na inserção de novas formas de cuidado. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os espaços de referência e tratamento criados para oferecer o serviço de saúde para a população com sofrimento mental. Sem a redução apenas ao acompanhamento clínico, tem ocorrido a construção do Projeto Terapêutico Singular<sup>1</sup> e na reinserção dele na comunidade, tentando superar os estigmas ainda persistentes (BRASIL, 2004). Contudo, na atual realidade, é percebida a necessidade de uma revisão dessa proposta de cuidado.

De acordo com Onocko-Campos (2013), uma problemática que é desenvolvida face à promoção de saúde é a medicalização da vida, que reverbera o discurso médico diante dos fenômenos cotidianos da vida. O olhar clínico, nessa perspectiva, transforma os “problemas” passíveis de serem resolvidos sob esse discurso e, como uma das formas de resolução, o uso de medicação. A questão se consolida com o fortalecimento da indústria farmacêutica, a qual percorre os dispositivos de saúde pública e avança para o âmbito da saúde mental, um campo que não possui uma concepção sólida e respostas objetivas para lidar com o sofrimento mental, e espaço onde a medicação que deveria ser uma parte dos cuidados torna-se foco de uma falsa “solução” diante dos transtornos mentais.

Por ser um serviço que passa por precarização, alta rotatividade e funcionários despreparados para um atendimento humanizado, como consequência o uso de psicofármacos se torna algo essencial nos tratamentos e que acabam solucionando parte dos problemas da área de saúde mental. A medicação costuma ser utilizada de forma impositiva, sem proporcionar o acesso a informações do porquê de seu uso, como atua e os efeitos. Parte disso se deve ao pouco tempo de atendimentos, estigmas em relação aos transtornos, e até mesmo, uma relação de submissão à figura do médico como detentor do saber (ONOCKO-CAMPOS, 2013). Nesse viés, é

---

<sup>1</sup> O Projeto Terapêutico Singular, segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização, se refere ao movimento de discussão e elaboração do caso clínico de forma única para cada usuário, integrando uma equipe interdisciplinar que lida com todos os âmbitos do cuidado com o indivíduo, para a promoção de uma saúde humanizada (BRASIL, 2007).

necessário promover informações e autonomia para a construção de um tratamento eficaz e ético.

A população com sofrimento mental é a mais atingida diante dessa questão, que, por muito tempo, não foi reconhecida como pertencente à sociedade e não possuía direitos. A Lei Nº10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), extinguiu o modelo de saúde manicomial usado por muitos anos alterando para uma oferta de saúde humanizada e que reconhece o sujeito. “Assim, a lei salienta os direitos de pessoas com sofrimento mental, para que obtenham junto ao Estado o acesso ao melhor tratamento e que seja digno com o objetivo exclusivo de beneficiar sua saúde para que possa ser reinserido socialmente” (DEL’OMO; CERVI, 2017, p. 214).

Dessa forma, é necessário trabalhar nos serviços de saúde mental através da perspectiva da Reabilitação Psicossocial que promove inúmeros aspectos, como: autonomia, reconhecimento das habilidades, das dificuldades e da sua identidade. É por meio da participação em mais atividades, valorização do sentimento de esperança entre outros aspectos internos e externos, que se possibilita à pessoa com sofrimento mental conviver bem, mesmo não havendo uma cura (COSTA, 2017). Todavia, ainda persistem dificuldades na promoção desse direito.

Segundo Kinoshita (1996), o conceito de autonomia é compreendido como o que o sujeito é capaz de estabelecer para si diante dos acontecimentos da vida. Pensando no âmbito do sofrimento mental, a possibilidade de autonomia se atualiza para relações que coexistam de forma a criar uma dinâmica em que ele consiga se apropriar. Portanto, podemos dizer de uma autonomia coletiva, a partir do momento em que ela é construída através das relações coexistentes e que colaboram para o sujeito lidar com as questões.

Assim, não se entende a autonomia individual como autossuficiência, mas como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar – é pela insuficiência que se ajuda e se busca apoio nos demais; é pela ajuda recebida que se torna suficiente, nunca autossuficiente, sempre suficiente pelo que se compartilha. (ZAMBILO; PALOMBINI, 2017, p. 84)

Diante disso, o atual modelo de saúde precisa promover uma autonomia possível não apenas para si, mas também com as situações de enfrentamento para o usuário. Um ponto a ser valorizado é o conhecimento experiencial, sendo o sujeito o personagem principal do tratamento, a sua experiência é um saber que permite uma apropriação diante seu cuidado (BONDÍA, 2002). Jorge e outros (2011) discorrem que

é por meio dessas condutas que os direitos da pessoa com sofrimento mental são exercidos. É trabalhando-se nos diversos aspectos da vida do sujeito de forma integral ampliando a visão e a compreensão sobre o diagnóstico, como também inseri-lo ativamente no seu tratamento.

A atuação correta dos dispositivos de saúde como o CAPS promove grandes avanços, mas é necessário, no atual momento, uma reatualização no espaço que necessita ser aberto e dialogado. Incentivar a autonomia do usuário não o leva à saída do serviço, mas coloca-o no papel de protagonista no tratamento. Autonomia não diz de uma independência completa da pessoa com sofrimento mental, mas de um contexto de produção de cuidado que permite a autonomia coletiva do usuário através da cogestão, que é o reconhecimento das relações que colaboram mutuamente para decisões que promovam uma qualidade de vida a ele, dentre delas: cuidadores, profissionais do espaço, familiares entre outros (PASSOS et.al, 2013).

Essas são práticas de manejo que ocorrem na Gestão Autônoma da Medicação (GAM), um dispositivo que promove um olhar de criticidade diante de tais questões. Essa estratégia foi criada no Canadá pelos próprios usuários, sendo traduzida e adaptada no Brasil a partir do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GUIA GAM-BR). É nesse espaço em que ocorre a GAM, questionando essas relações que estabelecem poder no tratamento de pessoas com sofrimento mental e orienta o usuário para uma participação ativa e até mesmo de decisões sob ele, através do diálogo e trocas de experiências entre os sujeitos que estão inseridos nesse processo (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012).

Assim, a GAM tem como características o apoio, a lateralidade e a grupalidade, visto ser um espaço em que há um suporte para os usuários e entre eles, o que acaba se consolidando como um grupo diante da participação e pertencimento, mas também por uma relação que sai do profissional acima do usuário para uma produção lado a lado em que todos podem expressar seu saber uns com os outros (MELO et.al, 2015).

Diante dessa perspectiva, o objetivo da pesquisa é investigar o processo de promoção de autonomia de usuários com sofrimento mental, utilizando o dispositivo GAM. Nas obras relacionadas a essa estratégia, é percebida uma dificuldade em compreender a capacidade de autonomia perante o sofrimento mental, do poder de participação dele próprio nesse processo e o impacto positivo diante dessas questões. Por essa razão, o direcionamento da pesquisa teve como objetivo investigar o

processo de promoção da autonomia de usuários com sofrimento mental utilizando o dispositivo GAM.

## **2. METODOLOGIA**

A pesquisa esteve vinculada a um Projeto de Extensão sobre “Práticas Inovadoras em Saúde Mental: Gestão Autônoma da Medicação”, da Faculdade de Ciências e Tecnologias de Janaúba- FACITEC, em parceria com o Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde-LabQuali, do programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros- PPGCS/Unimontes. Em concordância à temática de pesquisa, foi utilizada a fundamentação teórico-metodológica qualitativa. Seguindo a estruturação, foi utilizado a pesquisa-intervenção visando a participação dos pesquisadores com o método de investigar a vida coletiva e a diversidade qualitativa dos sujeitos (ROCHA, AGUIAR, 2003).

Além disso, no momento em que a pesquisa era executada havia a produção da teoria. Por esse motivo, foi possível inserir o primeiro grupo GAM no CAPS II, que também é o pioneiro inserido em todo Norte de Minas Gerais.

A pesquisa foi realizada no CAPS II, em uma cidade localizada no Norte do Estado de Minas Gerais, que atende a população com sofrimento mental grave ou persistente deste município. A realização da pesquisa seguiu as seguintes etapas: no primeiro momento do estudo ocorreu a apresentação do projeto e sensibilização aos gestores da cidade, a coordenação da Rede de Atenção Psicossocial e trabalhadores do serviço. Na segunda etapa ocorreu o processo de formação dos trabalhadores, como futuros moderadores do grupo GAM em que foram trabalhados a história da GAM, alguns princípios referentes à organização e funcionamento dos grupos. Por fim, deu-se inserção dos grupos GAM contando com a presença dos usuários e trabalhadores desse serviço.

Nesse processo, os participantes dessa pesquisa foram os usuários e trabalhadores desse serviço. Como critérios de inclusão dos usuários foram utilizados: 1) estar inserido no serviço de saúde mental; 2) concordar em participar da pesquisa e dos grupos GAM; 3) não apresentar prejuízo cognitivo grave que impossibilitasse a participação da pesquisa. Como critérios de exclusão dos usuários foram utilizados: 1) sujeitos que não fazem acompanhamento no CAPS II da cidade de Janaúba- MG; 2) sujeitos que não aceitaram participar da pesquisa; 3) sujeitos que apresentam

prejuízo cognitivo grave que impossibilite a participação da pesquisa. A decisão de escolha em relação aos usuários foi realizada pelos próprios trabalhadores do serviço.

Para os trabalhadores os critérios de inclusão foram: 1) ser trabalhador do serviço de saúde mental pretendido; 2) concordar em participar da pesquisa; 3) manifestação de interesse de participação como moderadores dos grupos GAM. Como critérios de exclusão dos trabalhadores: 1) não ser trabalhador do serviço CAPS; 2) não concordar em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante, que ocorreu pela participação do pesquisador, no ambiente natural dos sujeitos, e teve como objetivo desenvolver um entendimento científico daquele grupo. Na realização da pesquisa, durante as atividades, os investigadores além da observação, estavam inseridos nas ações realizadas (MAY, 2001). Os registros e atividades ocorreram por meio de diários de campo, com uma regularidade semanal, analisados conjuntamente com outros pesquisadores presentes nesse estudo.

A análise de dados foi feita pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2016). O processo foi organizado em três passos: 1) a pré-análise constituída por três momentos, sendo eles: a escolha de documentos, que nessa pesquisa foram os diários de campo, a formulação de hipóteses e objetivos utilizando da leitura flutuante e, por fim, o tratamento e interpretação dos resultados; 2) Exploração do material, em que há um aprofundamento mais sistemático do processo anterior; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que tudo que foi analisado passou por uma nova análise para chegar aos resultados finais. Nessa perspectiva adentrou-se a análise temática, que visa compreender os padrões diante dos dados qualitativos obtidos e organizados de forma detalhada (SOUZA, 2019).

Por fim, foram entregues um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes e Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa com a descrição da pesquisa e a informação de que a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética, de acordo com a resolução 466/12/CNS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Esse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), tendo o parecer nº 35505309, em 15 de setembro de 2021.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise das experiências no processo de formação dos trabalhadores e após, com os grupos de usuários, foi possível compreender os aspectos e relações que percorrem a promoção de autonomia a partir da GAM e construir três categorias: valorização do conhecimento experiencial do usuário; a construção de relações de apoio, lateralidade; e grupalidade e autonomia coletiva e cogestão.

#### **3.1 Valorização do conhecimento experiencial do usuário**

O conhecimento experiencial diz de uma participação do usuário no processo de cuidado a partir da vivência em seu tratamento. É através da expressão das suas experiências que ele pode participar ativamente das decisões e planejamento do cuidado diante do sofrimento (BONDÍA,2002). Partindo desse aspecto, no processo de formação dos trabalhadores, os participantes relataram não haver uma comunicação sobre o tratamento e medicação com os usuários e que poucos conhecem o nome de seus remédios ou as informações contidas nos prontuários. Dessa forma, o sujeito não tem acesso e, conseqüentemente, não possui abertura para expressar o seu saber diante do cuidado. Como reflexo disso, os usuários indicam dificuldades no tratamento conforme observado na extração:

*“Os usuários relatam que ao terem problemas com as medicações procuram outras formas de lidar com essas questões antes de procurar o médico, e sentem dificuldades para falar sobre os medicamentos.” (Diário de campo grupo com usuários dia 30 de março de 2022).*

Visto que o acesso a essas questões é um direito da pessoa com sofrimento mental, nos grupos GAM ocorreram questionamentos que promoveram rupturas do estigma de incapacidade do sujeito. Os usuários relatavam o que viviam diante seu tratamento, compartilhavam suas experiências pessoais e identificavam-se com experiências que eram levadas por outros participantes.

*“Ao serem questionados se os efeitos dos medicamentos foram explicados a eles, {os usuários} negam, mas percebem que cada*

*um tem um efeito diferente ao relatarem sobre um medicamento em comum nos seus tratamentos. ” (Diário de campo grupo com usuários dia 4 de maio de 2022).*

Conforme Nascimento (2012), do momento em que o uso dos medicamentos passa a fazer parte da vida dos usuários e atua em diversos aspectos, como a qualidade de vida, sono, emoções entre vários outros, é importante compreender os impactos que essa medicação possui para o sujeito, juntamente com os aspectos fisiológicos que também são vivenciados por ele. A contratualidade é um recurso que promove uma reforma diante esse aspecto (KINOSHITA, 1996).

Essa construção de oportunidades promovida pelos profissionais dentro do tratamento abre espaço para que o usuário participe com o saber advindo do seu conhecimento experiencial. É através disso que ocorre uma apreensão do seu processo e, conseqüentemente, o desenvolvimento da capacidade de estabelecer planejamentos e ações possíveis de realizar diante a sua subjetividade. Assim, possibilitamos a promoção da autonomia no cuidado com o sofrimento mental.

### **3.2 A construção de relações de apoio, lateralidade e grupalidade**

A construção de apoio, lateralidade e grupalidade emergem a partir das relações sociais que foram sendo estabelecidas no grupo, como também dos momentos em que os usuários compartilharam suas experiências e discutiram entre eles. O GUIA GAM-BR promove reflexões além da medicação, tornando-se um espaço de acolhimento e escuta, como reflexo disso, no dizer de duas usuárias é *“um espaço a mais para estar” (Diário de campo grupo com usuários dia 23 de março de 2022)* e *“estar em grupo é bom” (Diário de campo grupo com usuários dia 11 de abril de 2022)*. Sendo assim, é através do crescimento das relações e dos afetos que vão sendo criados, tanto nos pacientes como nos trabalhadores, que surge um sentimento de confiança, em que a medicação começa a perder o lugar de questão central diante do tratamento (PALOMBINI, 2020).

A relação com os profissionais é um ponto de relevância. Inicialmente era notada nas reuniões de formação dos trabalhadores uma posição mais hierárquica, em que apenas eles ofertavam um cuidado dentro do tratamento. Enquanto isso, os usuários estavam em um local de maior passividade diante do seu sofrimento. Uma

das causas disso se deve ao fato de possuírem um apego a um dos poucos (ou único) espaços que eles têm liberdade para ocupar, vistos os inúmeros estigmas da sociedade que ainda os acompanham. Exemplo de falas em que:

*“Eles {usuários} trazem o quanto amam o CAPS e o quanto se sentem acolhidos, cuidados no local, dizem que consideram o CAPS como uma família, que as pessoas ali têm paciência e cuidado com eles e a maioria tem desejo de receber alta, mas também há os que não querem alta de forma alguma do serviço.” (Diário de campo grupo com usuários dia 16 de março de 2022).*

Contudo, ao longo do processo, foi sendo desenvolvida uma relação de lateralidade, em que os usuários se reconheceram questionadores do processo junto com os profissionais. Melo *et.al* (2015) discorrem que é a partir desse manejo grupal que proporciona uma descentralização da posição do trabalhador, que surge o espaço para a construção de um cuidado compartilhado em que o usuário esteja inserido. Nessa perspectiva, aparecem questionamentos em que:

*“Uma usuária questionou os profissionais como eles lidam com o cuidar de pessoas com sofrimento como ela e é explicado como os mesmos vivenciam, através da preparação na graduação, mas sendo necessário fazer terapia pessoal e também serem cuidados.” (Diário de campo grupo com usuários dia 11 de abril de 2022).*

É a partir dessa posição do usuário de ter uma voz ativa no grupo e participar das discussões, lado a lado com outros participantes, que são atribuídos novos questionamentos e significados atrelados ao seu saber experiencial (PALOMBINI, 2020). Sendo assim, as relações sociais que surgem no grupo podem promover uma apreensão do tratamento e gerar autonomia para o indivíduo.

### 3.3 Autonomia coletiva e cogestão

A promoção de uma autonomia na Reabilitação Psicossocial defende o ideal em que o sujeito estabeleça uma posição diante sua vida e, a partir disso, uma apropriação de quanto mais coisas o usuário puder, por meio das relações coexistentes a ele (KINOSHITA, 1996). Diante disso, a GAM tem como resultado dos princípios que a norteiam o surgimento dessas relações que desenvolvem a promoção de uma autonomia.

A cogestão é o manejo que, de acordo Passos (2013), proporciona uma descentralização dos papéis dos trabalhadores e usuários dentro do grupo e, conseqüentemente, a abertura de um mesmo espaço para o compartilhamento das experiências. É assim que ocorre uma apropriação diante do tratamento. A partir do momento em que o usuário tem a consciência do que acontece em sua vida e pode expressar sua posição, busca, através da troca com os outros formas de lidar com o seu processo. Uma usuária traz:

*“Eu não me sinto eu mesma tomando o remédio” e outra responde a essa fala dizendo que é necessário o uso desses remédios para controlar os sintomas de sofrimento mesmo que não se sintam bem com eles” (diário de campo 11 de abril de 2022)*

O indivíduo, ao começa a elaborar e tomar consciência de que ele conduz o seu tratamento, abre e a possibilidade de definir o que é positivo e negativo para ele. Além disso, ele participa ativamente do processo de cuidado, diante de um sofrimento mental que é singular do usuário. Em um dos momentos do grupo uma usuária traz a reflexão:

*“Por que eu dependo do meu pai para tudo? ”. (diário de campo 06 de abril de 2022)*

Diante dessa perspectiva, é através de questionamentos sobre o seu cuidado que o usuário se coloca em processo de autonomia (ZAMBILLO, PALOMBINI, 2017). Estabelecer decisões compartilhadas é um reflexo da

situação, a partir do momento que se compreendem os limites possíveis do que é melhor para o indivíduo dentro do seu tratamento. Por fim, superar os estigmas de incapacidade, reabilitar o sujeito e promover sua autonomia, além de um direito, é um dever com o respeito à subjetividade da pessoa com sofrimento mental.

#### **4. Considerações Finais**

Tendo em vista o objetivo dessa pesquisa e os aspectos apresentados, nota-se que ocorre uma promoção de autonomia de usuários do CAPS com sofrimento mental através do dispositivo GAM. No processo de formação dos trabalhadores, era percebido que o cuidado oferecido até então, promovia uma dependência dos usuários com o espaço. Além disso não havia uma comunicação sobre as informações necessárias para o tratamento e medicação, o que promovia dificuldades na relação de cuidado.

Ao longo da implantação da estratégia, os usuários começaram a participar mais e compartilhar suas experiências, fortalecendo também os laços de grupalidade e se apropriando mais sobre o tratamento. Gerando assim, questionamentos e uma posição de mais consciência diante o seu sofrimento. Dessa forma podemos dizer que a GAM através do seu manejo cogestivo, proporciona uma autonomia para a pessoa com sofrimento mental.

Portanto percebe-se a o quanto a GAM pode somar no cuidado e corroborar para que seja obtido avanços no espaço do CAPS, e assim, mais próximo de oferecer o cuidado que é direito do usuário. Diante esta pesquisa, fica o desejo que a inserção dessa estratégia atinja mais lugares e seja incentivada em outros espaços, se consolidando como uma nova prática na promoção de saúde mental.

#### **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: **Edições 70**, 1995.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

BRASIL. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, M. N. **Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.01-16, 2017.

DEL'OLMO, F. S., CERVI, T. M. D. **Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Sequência (Florianópolis) [online]. 2017, n. 77 pp. 197-220.

JORGE, M. S. B. et al. **Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 7, pp. 3051-3060.

KINOSHITA, R. T. (1996). **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. Em Pitta A (Ed.), Reabilitação psicossocial no Brasil (p. 55-59). São Paulo: Hucitec.

MARTINHAGO, F. e OLIVEIRA, W. F. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina**. Saúde em Debate. 2012, v. 36, n. 95, pp. 583-594.

MAY, T. **Pesquisa social. Questões, métodos e processos**. 2001. Porto Alegre, Artemed.

MELO, J., SCHAEPI, P. B., SOARES, G., & PASSOS, E. (2015). **Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação: O manejo cogestivo**. Caderno Humaniza SUS, 5, 233-247.

NASCIMENTO, M. L. do. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 22, n. 1, pp. 275-290.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 10, pp. 2889-2898. Acesso em: 11de nov. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM: Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos**. Campinas: UNICAMP, 2012b.

PALOMBINI, A. de L. et al. Produção de Grupalidade e Exercícios de Autonomia na GAM: a Experiência do Rio Grande do Sul. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 53-75, ago. 2020.

PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; & MAGGI, P. M. de A. **Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação.** Pesquisas e Práticas psicossociais 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012.

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

ROCHA, M. L; AGUIAR, K. F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises.** **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2003, v. 23, n. 4, pp. 64-73.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A.de L. Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 22, n. 1, p. 78-88, mar. 2017.