



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
RENASF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO NORDESTE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**



ANTONIO HENRIQUE BRAGA DA COSTA

**“EU SOU UMA PESSOA E NÃO UMA DOENÇA”:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

**NATAL
2019**

ANTONIO HENRIQUE BRAGA DA COSTA

**“EU SOU UMA PESSOA E NÃO UMA DOENÇA”:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Karenina de Melo Amorim

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Gestão e Atenção da Saúde

Natal

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Costa, Antonio Henrique Braga da.

"Eu sou uma pessoa e não uma doença": a gestão da autonomia da medicação na estratégia saúde da família de um município do interior do Rio Grande do Norte / Antonio Henrique Braga da Costa. - 2019.

127f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Ana Karenina de Melo Amorim.

1. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. 2. Saúde mental - Dissertação. 3. Medicalização - Dissertação. 4. Práticas grupais - Dissertação. I. Amorim, Ana Karenina de Melo. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

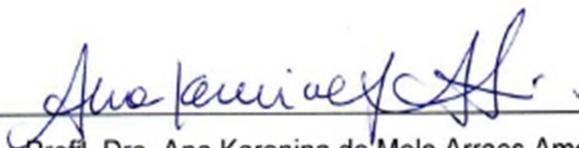
CDU 614

ANTONIO HENRIQUE BRAGA DA COSTA

**“EU SOU UMA PESSOA E NÃO UMA DOENÇA”:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

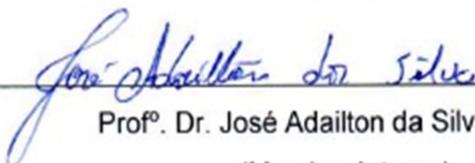
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

BANCA EXAMINADORA



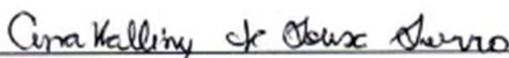
Prof^ª. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim - UFRN

(Orientadora)



Prof^º. Dr. José Adailton da Silva - UFRN

(Membro Interno)



Prof^ª. Dra. Ana Kalliny de Sousa Severo - UFRN

(Membro Externo ao Programa)



Prof^ª. Dra. Marília Silveira - UFAL

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 18 de Outubro de 2019

A CLEILTON DA PAZ, pela relação facilitadora, por ser “PONTE” na minha vida, que há década me possibilita percorrer caminhos, antes, inatingíveis.

AGRADECIMENTOS

A concretização de um projeto de vida, embora embalado por um desejo individual, só se torna possível, muitas vezes, pela mediação dos encontros que irão acontecendo na caminhada; esses se tornam essenciais no processo e, por isso, são indispensáveis aos nossos agradecimentos.

A Deus, pelo dom da vida e por me dar força, coragem e fé para romper com as “correntes” que por tantas vezes foram postas, e pela dádiva de concluir mais esse projeto;

A minha família, que sempre torceu por mim e por minhas conquistas, em especial a minha mãe MARIA DE LOURDES, pelo prazer que sentem a cada realização minha;

Agradeço a minha orientadora Ana Karenina, pela leveza e delicadeza na condução desse processo, o encontro com você foi um presente;

Aos colegas de trabalho do NASF e da ESF, em especial aos que participaram e apoiaram a realização da intervenção GAM;

A Hiago e Judson, estagiários de psicologia que tanto contribuíram nesse projeto; muito obrigado;

A todos os participantes usuários da experiência GAM, foi muito potente o encontro com cada pessoa presente;

Aos colegas de mestrado, pela vivência, troca de conhecimentos e experiências e pelo compartilhamento de afetos, de modo especial, a ADRIANA E LUCAS, pela partilha, pela amizade, pelo acolhimento, e pelo “abrigo” ofertado por tantas vezes em Natal, tenho uma gratidão por vocês;

Aos meus amigos de longe e de perto, pela torcida, vibração e alegrias compartilhadas;

Aos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família e a coordenação do mestrado, em nome de MAÍSA PAULINO, pela leveza, afeto e apoio;

A secretaria municipal de saúde de ASSÚ/ RN pelo incentivo e apoio;

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta estão presente nessa jornada.

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.
(Bertolt Brecht)*

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AB - Atenção Básica

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GAM - Gestão Autônoma de Medicação

GGABR - Guia GAM Brasileiro

NASF – AB Núcleo Ampliando de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PST - Projeto de Saúde no Território

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

SM - Saúde Mental

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UBS - Unidades Básicas de Saúde

WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família

RESUMO

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira propõe a produção de novas práticas e contextos de intervenções\cuidados em saúde mental fundamentada no cuidado em liberdade e que procuram se instituir na contramão da lógica medicalizantes hegemônica, que tem produzido uma epidemia de diagnósticos de transtornos mentais, fruto do fenômeno da medicalização da vida. Uma das expressões desse fenômeno são as altas taxas de prescrição de psicofármacos e o uso pouco crítico desses medicamentos em serviços de saúde. Por isso, se faz urgente no contexto de articulação da atenção psicossocial com a atenção primária à saúde nas Redes de Atenção Psicossocial, propor elementos alinhados a perspectivas não medicalizantes e que buscam um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada em saúde mental. Na Estratégia de Saúde da Família, temos o lócus privilegiado para produção de novas tecnologias de cuidado, que favoreçam a desmedicalização, o empoderamento e a produção de autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico e com transtornos mentais. Dentre essas tecnologias, podemos considerar que a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) se constitui como estratégia grupal com potencial de cuidado emancipador, constituindo ferramenta concreta para enfrentar a problemática da medicalização da vida. Assim, objetivamos investigar os limites e potencialidades da GAM como estratégia de cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Norte-RN. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, que se desenvolveu em torno de uma intervenção realizada no contexto da APS, tendo como suposto a capacidade de interferir na realidade estudada e de modificá-la, analisando seus efeitos para os participantes. Os instrumentos utilizados foram: A realização de um grupo intervenção GAM ao logo de oito meses, participação observante, e a construção de narrativas a partir da experiência com o grupo. Além disso, foram utilizados diários de campo e gravação em áudio para registro da experiência. O grupo GAM foi constituído por usuários da ESF e que fazem uso de psicofármacos, além de membros da equipe NASF-AB local. Para constituição do corpus de análise foram utilizados os registros de transcrição de áudio dos encontros, os diários de campo do pesquisador e narrativas coletivas validadas. Os resultados evidenciam que o processo de medicamentação perpassa as práticas dos profissionais e se configura como principal oferta de cuidado, as demandas de sofrimento psíquico\ético-político das usuárias mulheres na ESF, que utilizam psicofármacos como silenciadores de suas angústias associadas a condição feminina, e ao ser mulher em suas realidades concretas devida. A experiência com a GAM se mostrou como potencializadora de ações desmedicalizantes, apontando caminhos para a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território. Mostrou-se como uma metodologia participativa e reflexiva com capacidade de disparar autoconhecimento, autonomia, e potência de ação para todos os sujeitos. Seu uso promoveu a ampliação do diálogo, a troca de experiências e vivências com o uso de medicação, construindo experiências significativas nas diferentes dimensões de vida das pessoas: social, familiar e individual. A GAM mostrou-se ainda potente para instituir espaços de promoção da saúde na ESF, tendo em vista que o guia GAM se constituiu desta forma como uma ferramenta facilitadora de grupalidades nesse

contexto. Concluimos que a GAM tem potencial estratégico para o enfrentamento da medicalização da vida na ESF, bem como uma ferramenta de atenção e cuidado para produção de saúde mental na APS.

Palavras Chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Medicalização; Psicotrópicos; Práticas Grupais.

ABSTRACT

The Brazilian psychiatric reform movement proposes the production of new practices and contexts of interventions \ mental health care based on freedom care and that seek to establish themselves against the hegemonic medicalizing logic, which has produced an epidemic of diagnoses of mental disorders, fruit of the phenomenon of medicalization of life. One of the expressions of this phenomenon is the high prescription rates of psychotropic drugs and the low critical use of these drugs in health services. Therefore, it is urgent in the context of the articulation of psychosocial care with primary health care in Psychosocial Care Networks, to propose elements aligned with non-medicalizing perspectives and seeking an intervention model that favors integral and territorialized care in mental health. In the Family Health Strategy, we have the privileged locus for the production of new care technologies, which favor de-medicalization, empowerment and the production of autonomy of subjects in psychological distress and mental disorders. Among these technologies, we can consider that Autonomous Medication Management (GAM) is a group strategy with potential for emancipatory care, constituting a concrete tool to face the problem of medicalization of life. Thus, we aimed to investigate the limits and potentialities of GAM as a strategy of care and coping with medicalization in the context of the Family Health Strategy in a municipality in the interior of Rio Grande do Norte-RN. This is a research with a qualitative approach, which was developed around an intervention performed in the context of PHC, having as its ability to interfere in the reality studied and modify it, analyzing its effects for the participants. The instruments used were: the realization of a GAM intervention group over eight months, observant participation, and the construction of narratives from the experience with the group. In addition, field diaries and audio recording were used to record the experiment. The GAM group consisted of FHS users who make use of psychotropic drugs as well as members of the local NASF-AB team. For the constitution of the corpus of analysis the audio transcription records of the meetings, the researcher's field diaries and validated collective narratives were used. The results show that the process of medication permeates the practices of professionals and is configured as the main offer of care, the demands of psychic \ ethical-political suffering of women users in the FHS, who use psychiatric drugs as silencers of their anxieties associated with the female condition. and being a woman in her concrete realities due. The experience with GAM has shown to be a potentiator of demedicalizing actions, pointing out ways to incorporate new relationships and social dynamics in the territory. It was shown as a participative and reflective methodology with the ability to trigger self-knowledge, autonomy, and action power for all subjects. Its use promoted the expansion of dialogue, the exchange of experiences with the use of medication, building meaningful experiences in the different dimensions of people's lives: social, family and individual. The GAM also proved to be potent to establish health promotion spaces in the FHS, considering that the GAM guide was thus constituted as a group facilitator tool in this context. We conclude that GAM has strategic potential to face the medicalization of life in the FHS, as well as a care and attention tool for mental health production in PHC.

Keywords: Family Health Strategy; Mental health; Medicalization; psychotropic, Group Practices.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS	20
2.1	Encontros e desencontros entre atenção primária à saúde e saúde mental	20
2.2	Núcleo ampliado de saúde da família NASF-AB: experiências e inquietações	34
2.3	Medicalização da vida e a gestão autônoma de medicação	40
2.3.1	A medicalização da vida na contemporaneidade	40
2.3.2	A gestão autônoma da medicação como ferramenta de cuidado desmedicalizante	47
2.3.3	Autonomia e cogestão como princípios de trabalho	49
3	CAMINHOS METODOLÓGICOS	54
3.1	Tipo de estudo	54
3.2	Cenário de pesquisa	55
3.3	Participantes da pesquisa	56
3.4	A pesquisa e a análise construída	57
3.5	Aspectos éticos	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1	Artigo 1: “Mulheres de tarja”: experiência de mulheres com o uso de psicotrópicos em um grupo de gestão autônoma de medicação	61
4.2	Artigo 2: Aqui a gente é o que a gente é de verdade”: O Guia GAM como ferramenta de promoção da saúde e de atenção psicossocial na estratégia de Saúde da Família	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado em saúde mental tem se constituído um desafio para a rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção, desde Atenção Primária à alta complexidade. A necessidade de se pensar novas formas de cuidado e tratamento para o sujeito em sofrimento psíquico e com transtornos mentais foi proposta pelo movimento denominado de reforma psiquiátrica, e reafirmadas nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, instituída com base na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Ao longo dos anos com avanço desta política e do SUS como um todo, o Ministério da saúde institui rede de atenção psicossocial que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Busca-se, prioritariamente, promover um processo de desinstitucionalização das formas de exclusão, segregação e preconceito voltado para as pessoas em sofrimento psíquico, tendo em vista as históricas violações de direitos que caracterizam a realidade dos manicômios e hospitais psiquiátricos em nosso país e em outros cenários mundiais (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Consideramos aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas, que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira (ROTELLI,1994; AMORIM e DIMENSTEIN,2009).

Grandes são os avanços já conquistados, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o retorno à vida na comunidade de pessoas com longo histórico de internações, em processo de desinstitucionalização que abrange a criação de novas formas de organização da atenção à saúde, valorizando a integração dos serviços e dos usuários às suas comunidades e territórios (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014). O desafio que ainda enfrentamos é a superação do modelo de atenção fundado no saber médico, hospitalocêntrico, institucionalizado, partindo para um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada.

Porém, diante do cenário político atual vê-se um retrocesso na política de saúde mental vigente, no sentido de fortalecer e reeditar práticas, intervenções e técnicas que já fizeram parte do tratamento psiquiátrico hegemônico passado. A “Nova Política de Saúde Mental”, anunciada pelo governo federal se propõem fortalecer o modelo asilar\manicomial, evidenciado com mais forças o campo de tensões que ainda se coloca a pesar de mais de 30 anos de reforma psiquiátrica e dos avanços conquistados, considera-se esta orientação a mais grave tentativa de subverter históricas conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, (ABRASME, 2019)

Alicerçado no modelo biomédico predominante, assistimos nos últimos anos o aumento no consumo de psicofármacos e a ampliação significativa dos diagnósticos de transtornos mentais, (FREITAS; AMARANTE, 2017). Em todo o mundo, há uma alta taxa de prescrição desses medicamentos nos serviços de saúde, refletido não só no aumento da quantidade de pessoas que recebem prescrição, mas também no seu tempo de uso e na duração do tratamento que, por vezes, são realizados fora de um planejamento terapêutico. Tudo isso contribui para produzir a hegemonia da medicalização como forma prioritária ou exclusiva de tratamento terapêutico utilizado em saúde mental, colocando os transtornos mentais e problemas emocionais no cenário dos graves problemas de saúde pública na contemporaneidade (ROCHA; WERLANG, 2013; MOURA *et al*, 2016).

Disso tudo surge o que temos chamado de medicalização da vida, em que são deslocados e redefinidos para o campo médico problemas e aspectos sociais, econômicos e existências que fazem parte da condição humana, sob domínio do medicalizável. Processo no qual se transforma experiências e características pessoais em objetos de trabalho dos profissionais de saúde, gerando dependência progressiva a saberes e práticas profissionalizados, resultando em um controle médico sobre a vida das pessoas, o que representa a medicamentação (BEZERRA *et al*, 2014; 2016).

Tem-se observado que é recorrente as pessoas buscarem atendimento por algum problema em sua saúde e só receberem a prescrição de algum medicamento como intervenção terapêutica. Especificamente no campo da saúde mental, a prática de prescrição de psicotrópicos tem alcançado lugar central e acrítico no fazer do médico e no desejo das pessoas que cada vez mais chegam aos serviços com uma demanda por uma medicação, crendo que assim irão resolver seus problemas.

Nesse contexto de alta medicalização e medicamentação problemas cotidianos, subjetivos e singulares a cada pessoa foram transformados em doenças, defeitos, déficits ou transtornos, delegando responsabilidade na neurobiologia das crianças e adultos, e negado os aspectos psicológicos, históricos e sociais concretos presentes nas formas de adoecimento e de produção de saúde. Produz-se com isso uma epidemia de diagnósticos, que recebem como respostas a prescrição medicamentosa ao sofrimento pessoal e social que ocasionam (ZANELLA, 2016; ONOCO-CAMPOS, 2014, 2013).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais, com base em diferentes estudos, varia entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2003), um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, e que aproximadamente de 10% a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva.

Nesse caminho, a Atenção Primária à Saúde - APS vem sendo considerada componente essencial e estratégico na formação da rede de atenção psicossocial, propondo a Estratégia de Saúde da Família - ESF como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidados e saberes em saúde mental (BRASIL, 2007). Isso porque seus processos de trabalhos se dão nos territórios de vida dos sujeitos, nos bairros, nas comunidades, aonde são produzidos os sentidos e significados da existência, das relações, do processo de subjetivação, do encontro pela dimensão efetiva e afetiva (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, essas equipes de Atenção Primária à Saúde se apresentam como uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental e um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área (BRASIL, 2005).

De acordo com Lancetti e Amarante (2012), o contexto privilegiado para o cuidado de pessoas com sofrimento mental é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem. Assim, essas unidades aparecem como o *locus* privilegiado para a prática

da integralidade em saúde mental, transformando os modos de cuidar historicamente instituídos para os sujeitos em sofrimento emocional, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A integralidade nessas práticas de cuidado pode ser compreendida como uma recusa a todas as formas de reducionismo no pensar e no agir. Mais do que diagnósticos, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. Diante disso, é bastante consenso que a Atenção Primária à Saúde, enquanto nível de atenção mais próximo aos territórios de vida de indivíduos e coletividades é espaço privilegiado para que as práticas de cuidado assimilem e incorporem o princípio da integralidade do cuidado.

De acordo com Pinheiro e Mattos (2005; 2006), no primeiro conjunto de sentidos, a integralidade consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. O princípio da integralidade confere assim uma crítica às práticas assistenciais dissociadas do sujeito usuário e do seu contexto de vida (BEDIN, 2010).

No entanto, como temos frisado, na contramão a este movimento de transformação dos modos de compreender e cuidar das necessidades no campo da saúde mental, apresenta-se o desafio de que o tratamento baseado em medicamentos seja o mais utilizado mesmo nos contextos de Atenção Primária à Saúde - APS, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI *et al.*, 2014).

Assim, a APS não fica ileso ao fenômeno da medicalização da vida que cresceu de modo significativo na contemporaneidade e que se infiltra em todas as instâncias dos serviços de atenção à saúde. A prescrição medicamentosa é a forma majoritária de intervenção terapêutica (TESSER, 2006; ZANELLA; LUZ, 2016; MOURA, 2016; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; WANDERLEY; *et al.*; 2013).

Estudos apontam a inexistência ou fragilidade de práticas de cuidado em saúde mental nos territórios da APS e que os sujeitos que necessitam desse cuidado são reduzidos à posição de objeto, passivos às intervenções meramente curativas, resultando na medicalização dos comportamentos e da vida, incoerente

com a lógica da saúde responsável e ética (PRATA; GROISMAN *et al.*, 2017; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Da mesma forma, no espectro de atuação na Estratégia de Saúde da Família, a aproximação com o fazer em saúde mental tem se refletido na reprodução de modelos tradicionais de cuidado, por vezes gerando segregação e exclusão. Reforçam-se também aí ações medicalizantes, a dizer pela ausência de ofertas de cuidados centrados na lógica psicossocial e a forte ênfase na abordagem farmacológica, provocando o que podemos chamar de regulação do comportamento, baseada na prescrição de psicotrópicos, o que tem sido usada de maneira indiscriminada nesse contexto.

Como consequência, convivemos diariamente com uma elevada demanda por atendimentos ambulatoriais e clínicos na Estratégia de Saúde da Família, e um aumento significativo no consumo de psicotrópicos, de modo particular dos antidepressivos e os ansiolíticos, substâncias que puderam alcançar uma posição central para os usuários da APS, causando um desequilíbrio entre a oferta e demanda da assistência farmacêutica em nosso contexto de atuação.

No campo da saúde mental, esta preocupação está associada aos efeitos do uso crônico de drogas “prescritas” (medicamentos) e “proscritas” (drogas ilícitas e não medicamentosas) e com a falta de participação da população no planejamento ou tomada de decisões sobre as políticas públicas que lhes são dirigidas e sobre o tratamento que lhes convém, reduzindo a possibilidade de promover autonomia, protagonismo e ampliação da participação social e da atuação cidadã.

Sob essa égide, a assistência em saúde mental no Brasil, na perspectiva da APS, necessita de um aperfeiçoamento das práticas, no que diz respeito à oferta de outras possibilidades terapêuticas, na qualificação da prescrição de psicotrópicos e em formas de cuidado não medicalizantes e que favorecem a desmedicalização.

Procurando responder a essa demanda, diferentes são as estratégias de cuidado propostas pelo modelo assistencial ancorado nas concepções da clínica ampliada, que reconhece o sujeito e seus saberes como protagonistas autônomos dentro de seus processos de saúde–doença–cuidado.

Nesse sentido, Campos (2003), propõe a concepção da clínica do sujeito, onde haveria o deslocamento da ênfase na doença, no sintoma para centrá-la sobre o sujeito concreto, tratando-se de uma ampliação da prática clínica e não de uma troca, ou seja, “da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção,

pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objetos de estudos e de práticas da clínica” (CAMPOS, 2003, p. 57).

Outro dispositivo que tem sido uma aposta para a reorganização e qualificação das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da APS é o Apoio Matricial. Definido como um arranjo organizacional que surge com o objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade das ações de saúde, propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal as equipes interdisciplinares de APS, favorecendo assim a conexão em rede (JORGE *et al.*, 2013).

Nesse caminho surgem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB, constituindo por diferentes categorias profissionais, como dispositivo de referência para operar o matriciamento e ampliar a capacidade de resposta e resolutividade dos problemas da APS, tendo a reforçar a integralidade do cuidado, na direção de construir diálogos e práticas interdisciplinares.

Sendo psicólogo com atuação em um NASF-AB, do município de Assú no interior do estado Rio Grande do Norte, e tendo a saúde mental como temática estratégica de atuação, somos convocados pelo compromisso ético a refletir sobre o processo de medicalização em saúde mental em curso nas Unidades Básicas de Saúde- UBS, expressando-se, na centralidade do uso de psicotrópico para o cuidado do sofrimento, advindos dos problemas concretos da existência humana.

Fenômeno que tem nos provocado inquietações, na medida em que, enquanto profissionais, por meio da prática, podemos atuar para reforçar ou modificar essa situação, sobretudo, em serviços de saúde de pequenas e medias cidades no interior do estado, onde a problemática tem configurações multideterminadas por fatores sociais, econômicos, políticos e assistenciais complexos, permeados quase sempre pela escassez de ofertas de recursos terapêuticos e sociais.

Com isso, nos deparamos com o desafio de se produzir estratégias de enfrentamento à essa lógica medicalizante presente na prática clínica e no desejo do paciente, se fazendo necessário discutir formas de atuação alinhadas a perspectivas não medicalizantes, e que favoreçam ampliação do olhar sobre o processo de saúde-doença-cuidado, potencializando a ampliação da autonomia e

empoderamento dos usuários e coletividades em seus territórios de vida, cenários de inserção da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

No campo da produção do cuidado em saúde mental, de modo particular no contexto da APS, os avanços apontam a exigência da construção de práticas inovadoras voltadas à desinstitucionalização e à inclusão social, pautadas por novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território, “criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco” (YASUI, 2009, p. 06).

A organização de grupalidades em saúde mental tem se revelado potente nesse sentido, ampliando as sociabilidades e o empoderamento dos usuários (VASCONCELOS, 2008). Essas grupalidades ganham diferentes formas e parecem ter em comum o fato de que estão a serviço da produção de saúde mental dos seus atores e se utilizam de tecnologias que se alinham a concepções embasadas no campo da reabilitação psicossocial, favorecendo à autonomia, o poder contratual, a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental, para resistir às cronicidades e aos desejos de manicômios que têm atravessado os dispositivos sanitários instituídos (BOSSI *et al.*, 2011; AMORIM *et al.*, 2015).

Dentre as tecnologias mais recentes desenvolvidas, estão os grupos de suporte mútuo e os de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), sustentados pelas ideias de empoderamento e participação social. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM), propõe ferramentas concretas para enfrentar a problemática da medicalização da vida, onde práticas de saúde mental não dependam tanto do mundo da Medicina (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Considerada como uma metodologia de cuidados emancipatória, orientada para lidar com esta questão do uso crônico de drogas em diferentes serviços de saúde mental, essa tecnologia busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados, para uma melhorar a qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

A estratégia GAM tem sido usada em diferentes experiências no Canadá e no Brasil e, mais recentemente na Espanha, tomadas como um dispositivo na tentativa de superar o binarismo autogestão/heterogeneidade. Consiste num caderno guia que orienta um conjunto de passos que propõem ao usuário questões e informações

para ajudá-lo a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, visando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Os grupos GAM, tal como produzidos nas experiências em território nacional desenvolveram-se a partir de dispositivos heterogêneos em diferentes serviços, compostos por trabalhadores, familiares e usuários de diferentes idades e com diferentes diagnósticos, de modo que as diferenças podem estar lado a lado, enfatizando a importância do diálogo e reconhecendo a multiplicidade de fatores que privam as pessoas da possibilidade de liderar cuidados de saúde, de participar da vida comunitária e de seu próprio tratamento e de, em última análise, ter seus direitos humanos garantidos.

A estratégia GAM se apresenta como uma tecnologia de cuidado grupal com potencial inovador para incitar transformações dos modos de cuidar e produzir saúde mental no campo da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido e entendendo a importância da desmedicalização no fortalecimento da autonomia e no respeito às singularidades e considerando as experiências apresentadas, especialmente a proposta GAM, lançamos à seguinte questão: **A GAM pode ser uma estratégia de cuidado em saúde mental da Atenção Primária à Saúde e uma forma de enfretamento ao fenômeno da medicalização da vida, de modo específico ao uso acrítico e indiscriminado de medicação psicotrópica no território da Estratégia Saúde da Família?**

As principais experiências com o uso da estratégia GAM na nossa realidade brasileira deram-se, inicialmente e principalmente nos pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. Poucas ainda são as práticas com a ferramenta GAM desenvolvida no campo da Atenção Primária à Saúde, e especificamente no cenário da Estratégia de Saúde da Família, em cidades distante dos grandes centros urbanos, provocando uma carência de referenciais, e a necessidade de experiências nesses contextos.

Deste modo, este estudo teve como objetivo: **Investigar os limites e potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de**

cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do RN.

E mais especificamente:

- Implantar a experiência com o dispositivo GAM na Estratégia Saúde da Família;
- Compreender as especificidades da GAM no contexto da estratégia saúde da família em estudo
- Analisar a experiência dos usuários no grupo GAM e seus efeitos para o cotidiano da vida dos usuários

Por acreditarmos no seu potencial inovador como estratégia para o enfrentamento da medicalização, como algumas experiências brasileiras tem mostrado, (ONOCKO-CAMPOS, *et al*, 2013; JORGE *et al*, 2012), e enquanto uma prática de cuidado em saúde mental, pensamos ser uma tecnologia grupal capaz de incitar transformações nos modos de cuidar e produzir saúde mental também no campo da APS.

Para tanto, refletimos que a experiência pode ser particularmente significativa no contexto do interior do estado do RN, visto, que nesses territórios ainda são insipientes as estratégias inovadoras de cuidado em saúde mental, ancoradas pelos princípios do modo psicossocial. E onde, a lógica manicomial também se apresenta na forma de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, resultando em práticas que levam a psiquiatrização e a medicalização do sofrimento das pessoas, por ser a forma culturalmente instituída de lidar com a loucura e com o sofrimento emocional, (DIMENSTEIN, *et al*, 2010; AZEVEDO, 2012).

Discutir alternativas ao modelo biomédico predominante e à medicalização da vida no contexto da ESF torna-se, assim, um imperativo ético importante na busca pela ruptura com o modelo manicomial ainda presente, e pela qualificação das práticas de saúde mental.

Nessa perspectiva, acreditamos que a presente pesquisa provocará discussões pertinentes sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, à medida que propõem criação de novas estratégias de atuação e gestão, vislumbrando-se o avanço da saúde mental e dos direitos das pessoas, bem como, a consolidação da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica em nossa região.

A presente dissertação está organizada em **cinco capítulos** sendo o **primeiro esta** introdução, que delimita o objeto de estudo, apresentando a problemática em questão, as ideias centrais, os objetivos e relevância no contexto específico da APS.

O segundo capítulo aborda referenciais teóricos, que permite a compreensão sobre o campo de cuidado em saúde mental; O fenômeno da medicalização da vida e suas formas de expressões; A ferramenta da Gestão Autônoma da Medicação como prática não medicalizantes; E o contexto da Atenção Primária à Saúde como cenário privilegiado para o enfrentamento das práticas medicalizantes. **O terceiro capítulo** descreve os caminhos metodológicos utilizados. **O quarto capítulo** se refere aos resultados e discussões, que está apresentado em forma de artigos científico.

Finalizando, no último capítulo, são encontradas as considerações finais de nosso estudo.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 Encontros e desencontros entre atenção primária e saúde mental

O modelo de atenção à saúde, predominado pelo saber biomédico, é o alicerce da medicina curativa, cartesiana em que mente e corpo são divididos rigorosamente. A saúde e a doença, que por sua vez, é limitado aos aspectos biológicos, onde um significava a ausência do outro, evidenciando extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico (CAPRA, 1982; AGUIAR, 2011).

Deixa de lado muitos outros elementos complexos de interação que são constitutivos da produção de vida, de saúde, e nas formas de adoecimento dos sujeitos e coletivos, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que são entendido como fatores sociais, econômicos, culturais, éticos/raciais, ambientais, físicos, biológicos, psicológicos e comportamentais, que junto ao estilo de vida, as condições de trabalho, estão relacionados com suas formas de adoecimento e de produção de saúde (BUSS; FILHO, 2007). O que resulta em ações de saúde centrada na doença, nos procedimentos, esvaziada de interesse na pessoa, na produção e promoção de saúde.

Com essa perspectiva ideológica e política, o movimento sanitário brasileiro lutou por um processo de democratização no sistema de saúde vigente, com base em princípios redistributivos, em busca da universalidade da saúde como um valor no Brasil. Suas propostas foram legitimadas e definidas em 1986, com a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco histórico para as transformações na saúde pública brasileira, pois foi um encontro democrático, participativo e representativo, com participação popular marcante, sendo a primeira entre as conferências que a sociedade civil foi convocada a participar (DIMENSTEIN; TRAVERSO-YÉPEZ, 2005).

Os principais temas debatidos foram fundamentados no eixo da saúde como um direito fundamental, sendo este, um dever do estado, e para isso se discutiu a ampliação do conceito de saúde que propôs a superação da ótica biologicista, médico-centrada, a reformulação do sistema nacional de saúde e a instituição de um sistema de saúde público e universal, baseado, na descentralização e hierarquização dos serviços, na atenção integral às necessidades da população e na

participação desta no sistema (DIMENSTEIN; TRAVERSO-YÉPEZ, 2005; VASCONCELOS; PASCHE 2007).

Em 1988, foi estabelecido formalmente, a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo, Vasconcelos e Pasche (2007, p. 53) “o SUS é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. De acordo com o Art. 4.º da Constituição Federal, compreende o conjunto de ações e serviços de saúde, planejados e ofertados por órgãos e instituições do âmbito municipal, estadual e federal, e ainda de outras instituições privadas em caráter complementar, (BRASIL,1988).

A constitucionalização do SUS teve como referência o conceito ampliado de saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS,1948), mesmo, sendo este um conceito já reformulado e ampliado nos dias atuais. Além, da incorporação de outras reivindicações discutidas na VIII conferência de saúde. Um preceito da carta magna, que retrata o resultado das preposições de todo o processo de luta desenvolvido ao longo dessas duas décadas, se encontra no artigo 196, que traz o seguinte texto;

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

De certa forma, podemos dizer que as “vozes” e anseios dos movimentos foram escutados, e que o sistema de saúde proposto para produzir serviço integral, deve realizar intervenções sobre os determinantes sociais de saúde, ofertando assistência à população através de ações, serviços e projetos de promoção, proteção e recuperação, considerando todos os níveis de vida dos indivíduos, sem preconceito, discriminação ou desigualdade.

Contemporâneo ao “movimento sanitário”, meio a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, surge nos anos de 70 o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que reivindica mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, objetivando a superação da violência asilar, e a reorientação do modelo assistencial. Um processo de crítica e de prática, no sentido de se elaborar

propostas para a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. No Brasil, tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, que provoca a violação dos direitos humanos (BRASIL, 2005).

Na saúde mental, o cuidado por longos períodos foi centralizado pela lógica da instituição total, caracterizada pelo modelo de cuidado asilar, centrado na figura do médico, e na cura dos sintomas, tendo a internação psiquiátrica, o isolamento e a segregação como estratégia privilegiada para o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais. O que favoreceu um amplo processo de normatização dos sujeitos, e de violação dos direitos humanos.

Por um longo período na história, a hospitalização, o enclausuramento, a exclusão e o isolamento foram tomados como única forma de lidar com a “loucura”. As pessoas em sofrimento psíquico, “desprovidas” de sua potência produtiva, em período de crescimento e fortalecimento do capitalismo, eram depositadas nos manicômios, onde sofriam com a violação explícita de sua integridade física, moral, psíquica. (INGLESIAS e AVELLAR, 2014, p.3792).

Foi esse paradigma de cuidado que imperou no Brasil e ainda não está superado. Somente a partir da década de 1980, com o advento da reforma psiquiátrica, que o processo de mudança na prática/assistência da saúde mental começou a ser discutida, com uma proposta de construção de redes de atenção integral na saúde mental, que dialogam com o conceito ampliado de Saúde e com a integralidade do cuidado, garantindo reinserção social e o resgate da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005, 2013).

Nesse cenário, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como a lei de Paulo Delgado, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, por redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispor sobre a proteção e os direitos

das pessoas com transtornos mentais. Com isso a reforma psiquiátrica estaria sendo consolidada pela primeira vez como política oficial de governo.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, (BRASIL, 2005). De acordo com Amarante (2007), são diferentes as dimensões do processo social complexo que representa a reforma psiquiátrica brasileira, entre elas, as dimensões teórico-conceitual e teórico-assistencial; dimensão jurídico-política e a dimensão sociocultural.

A partir desse momento, surge, a necessidade concreta da mudança na maneira de cuidar e de olhar para o sujeito com sofrimento psíquico, requerendo transformação para além de uma simples reestruturação dos serviços de assistência, mas, sobretudo na forma de compreensão do adoecimento mental.

No âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental, somente após dez anos da lei que formaliza a reforma psiquiátrica brasileira, foi criada e instituída uma rede de cuidado que reorienta o modelo assistencial, e que estabelece a transformação da maneira de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico, (BRASIL, 2011).

Surgem novos serviços, ancorado no desenvolvimento de um modelo denominado de Estratégia de Atenção Psicossocial, com propostas que visam o tratamento de distúrbios psiquiátricos para além dos hospitais psiquiátricos tradicionais, em regime fechado, e que apontou para uma urgente articulação da Saúde Mental com serviços de bases territoriais e comunitárias, considerando a Atenção Primária à Saúde componente essencial e estratégico na formação da atenção psicossocial.

A portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Que tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, propondo uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento psíquico, (BRASIL, 2011).

Estabelece os componentes que precisarão estar presente para se estruturar essa rede de tratamento em saúde mental, para que atenda todas as necessidades

dos indivíduos em diferentes contextos de vida e com diferentes necessidades de cuidado, a saber:

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • UPA, 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial CT's.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de saúde mental em Hospital Geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Esses componentes deverão em seu funcionamento atender os pressupostos da reforma psiquiátrica, e as diretrizes estabelecidas pela RAPS, em qualquer ponto de atenção, e com qualquer finalidade de trabalho em saúde mental, que são:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Por essas razões, o componente estratégico da Atenção Básica - AB ganha centralidade na reorganização do modelo de cuidado em saúde mental e para concretização dos pressupostos de ação da reforma psiquiátrica que busca superar a lógica manicomial.

Reconhecendo essa importância, a RAPS estabelece que os serviços desta rede devam atuar de forma integrada, regionalizada, e hierarquizada segundo a densidade tecnológica, com ênfase nos serviços com base comunitária, e de perspectiva territorial, caracterizados por sua plasticidade em se adequar às necessidades dos usuários e familiares, e no conhecimento de suas dimensões, gerando e transformando lugares, pessoas e relações (BEZERRA *et al.*, 2014).

Ainda em 2013, foi publicado pelo Ministério da Saúde, o caderno da Atenção, na edição do nº 34 traz como tema a saúde mental. Enfatiza que o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, pois um de seus princípios é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental, (BRASIL, 2013).

Por estas características, é muito comum que os profissionais de Saúde da Família se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. Cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental, presente nas diversas queixas dos usuários (BRASIL, 2013).

Considera que, por sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes se apresentam como uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental e um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013). Isso porque seus processos de trabalhos se dão nos territórios de vida dos sujeitos, nos bairros, nas comunidades, aonde são produzidos os sentidos e significados da existência (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

Em 2008 foi publicado um relatório sobre a integração da saúde mental nos cuidados primários, que foi desenvolvido conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca), onde apresenta a justificação e as vantagens de se prestarem serviços de saúde mental a nível dos cuidados primários.

Segundo esse relatório (OMS e WONCA, 2008), 60% das pessoas que vão a consultas em nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável, e que por isso a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de assegurar que essas pessoas tenham acesso a cuidados de saúde mental quando precisam. Pois como sabemos, 85% dos problemas de saúde da população são resolvidos na Atenção Básica e somado a isso 60% dos problemas psicológicos poderiam ser diagnosticados também pela ESF.

A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o défice de tratamento e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam, (OMS e WONCA, 2008).

Além disso, as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto da sua casa, continuando desta forma junto das suas famílias e mantendo as suas atividades quotidianas, o que minimizam o estigma e a discriminação, e eliminam o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos (OMS e WONCA, 2008).

Essa integração da saúde mental (SM) na Atenção Primária à Saúde (APS) representa a principal garantia de acesso da população às boas práticas em SM, constitui tática adotada pelo Ministério da Saúde, com ênfase no território, na desinstitucionalização da psiquiatria e no atendimento humanizado. Elegendo a Estratégia de Saúde da Família - ESF como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidados\ terapêuticos e saberes em saúde mental (BRASIL, 2007).

Nos cenários da APS as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento.

As práticas de cuidado nesse contexto são produzidas sob o enfoque da integralidade do cuidado, entendendo que esse cenário de práticas em saúde se constitui como locus privilegiado para a transformação do modelo de atenção à

saúde mental, pois assim como traz Yasui, Luizio e Amarante (2018), a Atenção Psicossocial como proposta paradigmática do processo da Reforma Psiquiátrica, aponta para uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura ou de sofrimento psíquico.

Com isso, projeta-se, a construção da integralidade em saúde mental na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos, e na produção de um cuidado pautado em uma perspectiva psicossocial.

Prata *et al* (2017); Costa-Rosa e Yasui (2000) e Vasconcelos (2008), definem as abordagens psicossociais como aquelas que articulam os fenômenos psicológicos com as outras dimensões da vida, sem reproduzir práticas terapêuticas propostas pelas abordagens clínicas convencionais, considerando o contexto histórico, os lugares e territórios.

Alerta para a necessidade da construção práticas que incorporem os impasses e sofrimentos subjetivos e concretos associados das condições e modos de vidas vivenciados no cotidiano dos territórios. As práticas desenvolvidas no modo psicossocial orientam-se pela lógica da territorialidade, estando os serviços de saúde mental localizados geograficamente no espaço de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A integralidade, enquanto dimensão da prática de cuidado pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença-cuidado dos sujeitos e coletividades e busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando as necessidades de pessoas inseridas em contextos sociais, familiares e culturais (PINHEIRO; MATTOS, 2005; 2006).

Assim a assistência em saúde mental no Brasil, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, necessita de um aperfeiçoamento das práticas de cuidado, no que diz respeito a oferta de outras possibilidades terapêutica, na qualificação da prescrição de psicotrópicos, e em formas de cuidado que favorecem a desmedicalização.

Para isso, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, à execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde, que em sua prática,

Visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p. 619).

A promoção da saúde estrutura-se na perspectiva de sujeitos e coletivos autônomos, com capacidade para conhecer, inferir e transformar as realidades concretas e existências, objetivando o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e empoderamento. Por isso, propõe diferentes estratégias de superação do modelo biomédico, e pauta-se na produção de respostas as diferentes expressões do que se compreendem como necessidades de saúde (SILVA, 2014; BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde reconhece a promoção da saúde como parte fundamental na busca do desenvolvimento de novos modelos terapêuticos de cuidado, com foco na equidade, na participação comunitária, e no desenvolvimento de estilos saudáveis de vida. Tendo entre os objetivos a ampliação da autonomia, do Empoderamento e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2006).

Nesse modo de se produzir saúde, exige-se uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde, havendo um descolamento do objeto de trabalho, deixando a doença de ser o centro da atenção, para o reconhecimento do sujeito concreto como objetos de investigação e da prática clínica.

Uma proposta para um fazer clínico que tem como objeto o sujeito doente e não meramente a doença. O sujeito teria desse modo, um processo de saúde-doença-cuidado compreendido em seu contexto, nas suas redes de relações e afetos com seu território, com suas necessidades sociais, econômicas, coletivas e afetivas. Seriam incorporadas as fragilidades subjetivas, e das redes sociais concretas, para além dos sintomas e dos riscos biológicos. O que resultaria na ampliação do repertório de ações, na produção de maiores graus de responsabilização, de autonomia, e na capacidade de intervenção na realidade.

Nessa clínica, seria possível aos profissionais de saúde ter a capacidade de distinguir entre problemas existenciais, situações estressantes da vida, problemas

de vínculo familiar e social, dos transtornos mentais propriamente ditos, para que não ocorram diagnósticos e prescrições desnecessárias.

Outro dispositivo que tem sido uma aposta para a reorganização e qualificação das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da APS é o Apoio Matricial. Definido como um arranjo organizacional que surge com o objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade das ações de saúde, ao propor uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal as equipes interdisciplinares de atenção primária, favorecendo assim a conexão em rede (JORGE *et al.*, 2013).

Tem por função superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental, assegurando retaguarda especializada aos profissionais das equipes de referências responsáveis pela gestão do cuidado. De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 400):

Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários, sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde.

Na gestão do cuidado em saúde mental, o apoio matricial surge como um dispositivo capaz de facilitar a resolubilidade da atenção psicossocial, qualificando a condução de casos clínicos em serviços de APS. O matriciamento rompe com a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma prática ancorada na corresponsabilização do cuidado, tornando-se uma estratégia de gestão e clínica na construção da rede de cuidados em saúde mental (JORGE *et al.*, 2013).

Em sentido amplo, o fazer do matriciamento, evitaria práticas que levem a psiquiatrização e à medicalização do sofrimento emocional, na medida em que torna possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos socioassistenciais do entorno daquelas demandas que exijam uma atenção especializada da saúde mental (SOUSA *et al.*, 2011).

Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde, como importantes recursos terapêuticos para o cenário da

qualificação e ampliação das ofertas de práticas no contexto da APS. Na perspectiva de que essa inserção contribua para o aumento da resolutividade e com a construção de um cuidado, humanizado e integral, na medida em que são intervenções capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a forma como o indivíduo percebe o mundo em seu contexto social.

O processo saúde-doença-cuidado é visto de forma ampliada, holística e visa a promoção global do cuidado, o empoderamento e aproximação do sujeito, família e comunidade e, principalmente, do estímulo ao autocuidado.

No campo da produção do cuidado em saúde mental, de modo particular no contexto da APS, os avanços apontam a exigência da construção de práticas inovadoras voltadas à desinstitucionalização e à inclusão social, pautadas por novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território, “criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco” (YASUI, 2009, p. 06).

Nesse sentido, não é incomum como recursos terapêuticos o trabalho com dispositivos grupais, desde oficinas e grupos terapêuticos, grupos de ajuda e suporte mútuos, coletivos, associações de sujeitos portadores de transtornos mentais, familiares, cuidadores e profissionais que participam dos processos de desinstitucionalização e reinserção social.

Para Bossi *et al* (2011), abordar inovação em saúde mental significa, portanto, “reiterar a necessidade de cuidado como uma atitude ética pautada no conceito de reabilitação psicossocial, cuja implicação maior é a desconstrução de práticas fundadas na objetivação da doença mental e na (re) construção de práticas que considerem as alteridades”, a organização de grupalidades em saúde mental tem se revelado uma potente nesse sentido, ampliando as sociabilidades e o empoderamento dos usuários neste campo (VASCONCELOS, 2008).

Essas grupalidades ganham diferentes formas e parecem ter em comum o fato de que estão a serviço da produção de saúde mental dos seus atores e se utilizam de tecnologias que se alinham a concepções embasadas no campo da reabilitação psicossocial, favorecendo a autonomia, o poder contratual, a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental, para resistir às cronicidades e aos desejos de manicômios que têm atravessado os dispositivos sanitários instituídos (BOSSI *et al.*, 2011; AMORIM *et al.*, 2015).

Na grupalidade, pressupõe-se o respeito das afetações recíprocas, de maneira mais múltipla, centrada, calcada sobretudo no jogo entre as singularidades e o comum, e na potência ampliada da composição – sempre levando em conta o plano de consistência. Ao mesmo tempo, singularidade, individualidades e coletivo (JORGE et al., 2012, P 1544).

A gestão do cuidado na ESF tem seu trabalho organizado prioritariamente a partir das tecnologias leves, em detrimento as tecnologias leve-duras e duras, de acordo com a classificação proposta por Merhy (2005, 1997). Pois está pautada nos princípios da integralidade, da qualidade, da equidade e da participação social, estabelecendo vínculo com a população, possibilitando compromisso e corresponsabilidade entre equipe e comunidade.

Para Merhy, (2005), a tecnologia leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

No cuidado em saúde mental as tecnologias leves são importantes dispositivos, pois, por se estruturarem em ferramentas relacionais, da escuta, do acolhimento, da produção de vínculo, da responsabilização e direcionam o cuidado para perspectiva emancipatória geradoras de autonomia. Evitando encaminhamentos desnecessários, e potencializando o cuidado no território, centrado na pessoa e família (BEZERRA *et al*, 2014, 2016).

A ESF por ter em sua lógica estruturante no uso de tecnologias de cuidado leve e leve-duras; A centralidade na família em territórios específicos; O vínculo e a longitudinalidade do cuidado, possui entre os cenários de atenção, maior relevância para a resolubilidade do cuidado e consolidação da reforma psiquiátrica.

Entretanto, mesmo no contexto da APS, as ações em saúde mental centralizam-se no atendimento médico da ESF, sendo o tratamento farmacológico amplamente privilegiado, e de modo acrítico. Muitas vezes, o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos, e a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente (SANTOS 2009). O cuidado ainda

está associado ao alto consumo de tecnologias duras, onde sua dimensão relacional é negligenciada.

Nos serviços de saúde, observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos, que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica reduzida a psicofármacos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves. (BEZERRA et al, p.149, 2016).

Na Atenção Primária à Saúde, os fenômenos da medicalização e medicamentação da vida se refletem na prática da prescrição de psicotrópicos como única forma de cuidado em saúde mental. Os psicofármacos têm sido a forma mais utilizada no tratamento de sofrimentos severos bem como de uma gama muito maior de sofrimentos cotidianos, provocando uma elevada demanda na procura e prescrição desses medicamentos, e um conseqüente uso indiscriminado (JORGEL *et al.*, 2013; ROCHA E WERLANG, 2013; ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI *et al.*, 2013; JORGE *et al.*, 2012).

Estudos apontam a inexistência ou fragilidades de práticas de cuidado em saúde mental nos territórios da APS, os sujeitos que necessitam desse cuidado são reduzidos a posição de objeto e ficam passivos as intervenções meramente curativas, resultando na medicalização dos comportamentos e da vida, na contramão de uma lógica da saúde responsável e ética (PRATA, GROISMAN *et al*, 2017).

Assim, enfrentamos o desafio nesse contexto de que o tratamento baseado em medicamentos\ fármacos seja o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação.

Muitos são os desafios a serem enfrentados no que diz respeito a uma efetiva mudança nas práticas de atenção. Um deles diz respeito à primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que muitas vezes o tratamento em saúde mental reduz-se apenas aos psicotrópicos (ONOCKO-CAMPOS, *et al.*, 2013, p. 2890).

Bezerra *et al* (2016) ressaltam que há, nos serviços de saúde, uma excessiva indicação de drogas psiquiátricas para questões muitas vezes relacionadas a

problemas sociais e econômicos, o que reflete uma visão reducionista de todo o contexto e uma possível fragilidade na relação profissional-usuário.

De acordo com Tesser (2006), a nova proximidade e interação permitida pela Estratégia de Saúde da Família é uma faca de dois gumes: pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e reconstrução da autonomia, mas também, e facilmente, pode constituir-se em uma nova força medicalizadora poderosa.

Uma vez que pode de um lado evitar práticas que levem à psiquiatrização e fragmentação do atendimento, além de facilitar o planejamento das ações no territórios, promovendo equidade e acesso, com base no aumento da autonomia e empoderamento, possibilitando ao usuário reencontrar um lugar na comunidade em que vive, produzindo responsabilização na gestão da sua vida.

Porém de outro modo, a ênfase pode se voltada para a banalização das prescrições de psicotrópicos, uma vez que o foco permanece na doença e não o sujeito e toda sua singularidade.

Em nosso contexto de atuação, podemos avaliar que essa aproximação tem se refletido na reprodução de modelos tradicionais de cuidado, por vezes gerando segregação e exclusão. Tem se apresentado também como uma nova força medicalizadora, a dizer pela ausência de ofertas de cuidados centrados na lógica psicossocial, e a forte ênfase na abordagem farmacológica, provocando o que podemos chamar de regulação do comportamento, baseada na prescrição de psicotrópicos, o que tem sido usada de maneira indiscriminada nesses cenários.

A biopolítica possa exercer uma relação positiva com a vida, para que ela possa construir técnicas de governo destinadas a maximizar e aumentar a força e o equilíbrio das populações, as sociedades modernas têm aceitado conviver, de modo explícito ou implícito, com sua negação: os processos de exclusão de tudo aquilo que possa aparecer como uma ameaça, ou como uma fonte de degradação da vida (CAPONI, 2012, p. 102).

Nos serviços de APS, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, as ofertas de cuidados têm se apresentado para os usuários na possibilidade da prática de consultas agendadas para realização de renovação de receitas dos medicamentos, que não raramente, são realizadas pelos familiares dos pacientes, favorecendo um processo de exclusão e diminuição da autonomia das pessoas em sofrimento emocional, e um fatal afastamento desses usuários dos serviços de saúde.

Além desta, outra prática comum ofertada na APS é a realização dos encaminhamentos diretos para os serviços especializado de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e os atendimentos ambulatoriais de psiquiatria, procedimento realizado de maneira vertical sem uma prévia discussão e compartilhamento de casos entre os serviços e profissionais, o que reforça esse modelo, favorecendo a “desresponsabilização” em detrimento da corresponsabilização (ZORZANELLI, ORTEGA e JUNIOR, 2014).

Esse cenário tem provocado uma problemática, pois vem gerando uma elevada demanda por atendimentos ambulatoriais e clínicos na Estratégia de Saúde da Família, e um aumento significativo no consumo de psicotrópicos, de modo particular dos antidepressivos e os ansiolíticos substâncias que puderam alcançar uma posição central para os usuários da APS, causando um desequilíbrio entre a oferta e demanda da assistência farmacêutica em nosso contexto de atuação.

A ausência de outras formas de cuidado em saúde mental no contexto da APS favorece o processo que chamamos de medicamentação da vida cotidiana, pois a estratégia medicamentosa é garantida como única possibilidade de atendimento para os usuários com demanda de saúde mental.

Além de ser um procedimento que tem se caracterizado como uma expressão da violação de direito. Quando não é ofertado para esses usuários outras formas de cuidado, quando lhes são negados a participação no planejamento de seu tratamento, no seu direito de escolha, no seu direito à informação sobre seu tratamento, e ainda quando no espaço da APS que está centralizado dentro de seu território de vida e morada, não lhes são ofertados espaços de acolhimentos, de escuta, de compreensão de suas vivências, de seus sofrimentos, dilemas e dos diferentes modos de existir.

Urge, pois, uma reestruturação dos modos de produzir o cuidado, em que os fatores acolhimento, vínculo e seguimento de projetos terapêuticos integrais sejam o centro da atividade assistencial, (JORGEL *et al*; 2013).

Pois, o processo de transição dos manicômios ao cuidado comunitário revela uma realidade dicotômica, na qual prevalece o modelo médico-centrado, medicamento-centrado do cuidado, Bezerra *et al*, (2014). É preciso potencializar o espaço da APS aguçando em todos os profissionais imersos nesse dispositivo um olhar mais ampliado acerca das realidades atravessadas pela comunidade objetivando evitar práticas que levem à “psiquiatrização” e à “medicalização” do

sofrimento e, paralelamente, também permite promover a equidade e o acesso, garantindo níveis terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário (SOUSA, *et al*, 2011; AMARANTE; JUNIOR, 2015).

Postula-se, que a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da Atenção Primária permite a promoção de modelos alternativos centrados na pessoa humana, nas comunidades e em suas redes sociais. Em que novos arranjos, novas combinações tecnológicas em conformidade com os direitos humanos, coloquem as necessidades subjetivas como eixo central de atenção.

2.2 Os Núcleos ampliados de Saúde da Família – NASF-AB: experiências e inquietações

Para compreender o sujeito humano de forma integral, se faz necessário diferente “olhares”, perspectivas teóricas e práticas, que possam intervir nas diversas formas de subjetivação de pessoas e coletividades. Em busca disso, a APS propõe a ampliação e aperfeiçoamento das equipes de cuidado na ESF, para o fortalecimento e a abrangência do escopo de sua atuação, garantindo às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, resultando em maior integralidade do cuidado e da atenção.

Nessa perspectiva , por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o ministério da saúde, criou os Núcleos Ampliados de Saúde da Família NASF- AB, que é uma equipe de saúde da APS, formada por diferentes categorias profissionais, definidas de acordo com a necessidade de cada território de atuação, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta dos problemas da Atenção Primária à Saúde, e para fortalecer a resolutividade, alcançando diferentes determinantes do processo saúde e adoecimento. Assim, seu objetivo segundo a portaria criadora é “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços” (Ministério da Saúde, 2008, Art.1º).

Seu processo de trabalho é intrinsecamente vinculado à Estratégia de Saúde da Família. Surge como um dispositivo para ampliar, qualificar e complementar o campo de atuação da ESF. Seu território de atuação é definido pelas equipes de Saúde da Família que estão sob sua responsabilidade, ou seja, sua atuação dar-se através do apoio matricial às demandas estratégicas de cada uma dessas equipes,

atuando de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto.

Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

A equipe de profissionais do NASF soma-se a equipe de saúde da família, para potencializar a integralidade do cuidado, e ampliar as ofertas de saúde, possibilitando novo fazeres e saberes, para além, dos já compostos pela equipe de saúde da família, instituindo “a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2008, p. 2)”.

O processo de compartilhamento de responsabilidade do cuidado entre as equipes de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade não se dar simplesmente a partir da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, mas, e principalmente, a partir de discussão de casos, possibilitando o diálogo entre os profissionais, e estabelecendo a coordenação do cuidado longitudinal de responsabilidade da ESF.

Inicialmente, a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os NASF, classificava-os em duas modalidades NASF 1 e NASF 2. Posteriormente, em 2012, com o objetivo de aperfeiçoar, redefinir os parâmetros e criar novas modalidades, publica-se a portaria de nº 3.124, de 28 de dezembro que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF, modalidade 1 e 2 às eSF e equipes de AB para populações específicas e cria a modalidade NASF 3. A criação da modalidade NASF 3 abrir possibilidade para que qualquer município do Brasil possa pleitear uma equipe.

O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Ministério da Saúde, 2012, p.1).

Tendo agora três possibilidades de organização, novos parâmetros de vinculação são definidos para a implantação de equipe NASF nos territórios, sendo

ainda a base dos critérios o número de equipes de saúde da família. Traremos, aqui, as normas de implantação do NASF modalidade 1, por se este o cenário de nossas práticas e estudos. A partir da portaria de Nº 3.124, DE 28 de dezembro de 2012, em seu artigo 3º, fica assim definidos os novos parâmetros e critérios:

I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

As novas configurações dos NASF dentro da legislação atual, permitiram também a ampliação de categorias profissionais que podem compor a equipe, possibilitando aos seguintes profissionais: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

Como já foi citada anteriormente, a composição de cada equipe do NASF, segundo Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 é definida pelos gestores municipais, seguindo prioridades identificadas a partir dos dados epidemiológicos, e das necessidades territoriais de inserção.

Determinando pela primeira portaria de criação dos NASF, foi recomendado que “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo Ampliado de Saúde da Família conte com pelo menos 01 (um) profissional da área de saúde mental (BRASIL, 2008, p. 8)”, podendo

ser este o psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional. Podemos ver em Cela (2014), em pesquisa realizada no RN, que o psicólogo tem sido priorizado nessa escolha, “Por considerar-se que a presença deste profissional (ao invés do profissional médico psiquiatra) tende a reforçar a integralidade do atendimento, na direção de construir diálogos interdisciplinares na equipe, (CELA, 2014, p. 43)”, o que possibilitou a inserção em massa de psicólogos no cenário de atuação da APS.

Para os profissionais, a portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, estabelece ações de responsabilidade, a serem desenvolvida no seu processo de trabalho em conjunto com as ESF, como: planejamento das atividades, ações e as práticas a serem realizadas; levantamento do público prioritário a cada uma das ações, tudo em conjunto com a comunidade e a equipe de saúde da família; atuação integrada e planejada com ESF; acolhimento humanizado dos usuários; desenvolver intersectorialidade com outras políticas; promover a participação popular; elaborar projetos terapêuticos individuais para pessoas e coletividades; e elaborar estratégias de comunicação para divulgação do trabalho do NASF (BRASIL, 2008).

O arcabouço de ações e práticas do NASF é referenciado por nove áreas estratégicas temáticas, que estabelecem diretrizes e ações principais a serem desenvolvidas, a saber: Saúde mental; Reabilitação e a saúde integral da pessoa idosa; Alimentação e nutrição; Assistência farmacêutica; Serviço social; Atenção integral à saúde da criança e do adolescente; Atenção integral à saúde da mulher; Práticas integrativas e complementares e práticas corporais e atividade física (BRASIL, 2010).

Tais áreas estratégicas não se remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, pois o campo é comum a todos, embora, muitas vezes, seja do núcleo de domínios técnicos e específicos de cada profissão. Entendemos em Campos (2000) que o núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscava em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Essas práticas são organizadas e realizadas nos cenários de trabalho da equipe NASF, que já sabemos, é dentro do território de ação das Equipes de Saúde da Família, onde trabalham de forma integrada e complementar, compartilhando práticas e saberes, orientados pelo referencial teórico do apoio matricial, entendido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num

processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 17).

O processo de trabalho do NASF se desenvolve de forma compartilhada e colaborativa, obedecendo ao menos duas dimensões desse apoio, que são: Clínico assistencial e técnico pedagógico, direcionado aos seus dois principais alvos de atuação: As equipes de referência apoiadas e aos usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2014). A dimensão técnica pedagógica são ações de apoio educativo, formação, aprimoramento de competências e educação permanente, com e para os profissionais das equipes, já a dimensão clínica assistencial, são práticas clínicas individuais ou coletivas diretas com os usuários.

Frente a essa diversidade de atores envolvidos, contextos plurais e ações interdisciplinares, a proposta da clínica ampliada surge como um modo de agir em saúde. Nesse sentido, o trabalho do NASF-AB deverá se desenvolver a partir do “olhar” da clínica ampliada, que busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas.

A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação, (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a clínica ampliada constitui-se, como instrumento de trabalho que se caracteriza por considerar todos determinantes e condicionantes envolvidos no processo de saúde-doença de indivíduos e coletividades. Não supervaloriza um enfoque profissional em detrimento de outro, mas possibilita uma interação entre os diferentes campos de saberes, para melhor compreensão e valorização do sujeito de modo singular e subjetivo.

Sob o prisma da clínica ampliada e do apoio matricial, as demais ferramentas tecnológicas e metodológicas para o trabalho no NASF são desenvolvidas, entre elas estão: O Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio, matricial se necessário (BRASIL, 2010, p.27)”; O Projeto de Saúde no Território (PST), um estratégia conjunta da equipe de apoio com a equipe de saúde da família, a fim de “desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de

forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010)”; Pactuação do Apoio, momento inicial de avaliação do território, e construção de metas, prioridades e objetivos; atendimento domiciliar compartilhando; atendimento individual compartilhando; atendimento individual específico; trabalhos em grupos; produção de genograma e ecomapa. Todos são ferramentas indispensáveis no processo de trabalho do NASF, com os sujeitos, famílias e comunidades (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Desde 2016 estou psicólogo do NASF-AB do município de Assú. Ao entrar nesse serviço já me foi colocado à tarefa de pensar novas estratégias de cuidado em saúde mental, pois o cenário apontava a existência de uma alta busca de atendimentos pelos usuários, e a única abordagem ofertada, a consulta individual para prescrição de psicotrópico ou para encaminhamento para o CAPS não estaria dando conta da demanda. Diante disso, foi-me solicitado pela secretaria municipal de saúde da cidade que no meu processo de trabalho fosse priorizado as práticas de cuidado de promoção à Saúde Mental na perspectiva da clínica ampliada, da produção de grupalidades com foco em atividades coletivas.

Junto aos colegas de trabalho do NASF-AB, de diferentes profissões, e de modo mais específico ao Serviço Social, buscamos pensar e desenvolver um cuidado mais comunitário em saúde mental, focado o acolhimento, a escuta e as práticas grupais. Diferentes desafios foram enfrentados, desde a resistência dos profissionais das equipes de saúde da família em aderir a proposta de construção de grupos de cuidado a saúde emocional, pois estavam habituados com a prática de somente realizar o encaminhamento para o CAPS das pessoas que apresentasse qualquer tipo de sofrimento emocional ou agendar uma consulta com o médico da unidade para prescrição de psicotrópicos. Além disso, no primeiro momento os usuários também apresentaram resistência em participar de práticas coletivas, pois, pelo que podemos analisar não existia nessas ESF a presença dessas práticas.

Tudo isso, provocou para mim enquanto psicólogo uma alta demanda por atendimentos individualizados, algo que permanece até os dias de hoje, a todo o momento preciso reafirmar entre as equipes e na própria secretaria de saúde o meu papel enquanto psicólogo do NASF-AB na APS. Um contexto de trabalho que precisa ter como foco práticas de promoção da saúde, e não somente o atendimento clínico tradicional, modelo de trabalho muito atrelado à cultura profissional da psicologia. Além disso, enfrentamos o desafio da pouca valorização das práticas

grupais em nosso contexto de atuação; da falta de estrutura para a realização de atividades coletivas; e do pouco investimento para a gestão da saúde mental no município, por um longo período entendia-se que somente o CAPS seria o lugar de cuidado em saúde mental. Por isso, a busca por metodologias participativas e grupais que pudessem contribuir com o meu trabalho, foi o que me levou a encontrar a Gestão Autônoma da Medicação.

2.3 Medicalização da vida e a gestão autônoma de medicação (GAM)

2.3.1 A Medicalização da vida na contemporaneidade

A forma de compreensão dos processos de saúde-adoecimento-cuidado centrada no procedimento, esvaziada de interesse no outro e com uma escuta empobrecida, descontextualizada do sujeito, negado sua história e território onde são produzidos e reproduzidos seus modos e estilo de vida, relacionam-se ao fenômeno da medicalização, termo que surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, sendo, um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos (ZORZANELLI;ORTEGA, 2014).

A medicalização e a “medicamentação” da vida vêm crescendo ano a ano, imersas em características culturais que fazem com que, no atual modo de vida estadunidense, o que anteriormente seriam características pessoais tornou-se doença contextos em que problemas não médicos tornam-se “diagnosticáveis” e “tratáveis” como problemas médicos (TESSER, 2006, p 15).

A medicalização é um processo complexo, imbuído no imaginário social, que transforma as vivências em necessidades médicas. Sofrimentos e experiências dolorosas, que antes eram ressignificados no próprio ambiente familiar e comunitário, hoje levam as pessoas a procurarem o auxílio medicamentoso, reduzindo outras possibilidades terapêuticas de se estabelecerem também como legítimas (TESSER, et al, 2010).

Nesse processo são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos, no modo em que problemas de origem social e

política são convertidos em questões biológicas próprias de cada pessoa. Assim, transformam sensações físicas e psicológicas normais (tais como insônia e tristeza) em sintomas de doenças (como distúrbios do sono e depressão). E busca-se como estratégia de domínio as práticas medicalizantes, dando lugar a uma vertente da medicalização da vida cotidiana, chamada de medicamentação, que consiste em se fazer uso de medicamentos, como forma de cura, alívio ou solução para problemas inerente a própria vida humana (MEIRA,2012; VARGAS e CAMPOS ,2019).

A medicamentação é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Esta se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a medicamentação (BEZERRA *et al*, 2016, p 149).

Com isso a psiquiatria está ampliando o seu campo de ação e poder para os mais diversos aspectos da existência. O psiquiatra, agora, trata de praticamente todos os problemas humanos. As vivências, os problemas psicossociais, os “desencontros”, e as dificuldades dos sujeitos e coletividades, são agora definidas em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica, e tratado por intervenções médicas, (COELHO, 2012).

Evidencia-se, o risco da psicologização dos problemas sociais, da ampliação e da ambulatorização da demanda, ou seja, formas de tratar privatizantes, em que se perde, a dimensão cuidadora, sua potência e eficácia, as quais se contrapõem aos pressupostos da lógica psicossocial da saúde mental coletiva. (BEZERRA *et al*, 2014, 2016).

Nisso consiste o fenômeno da medicalização, em transformar aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável, provocando expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2006; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; COELHO, 2012).

Essa ampliação do escopo de atuação vem revelando uma tendência em transformar fenômenos de ordem social, política e econômica em problemas médicos. Caracterizando assim um processo político e sociocultural complexo que

vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, mas, que passam a serem definidos e tratados como problemas clínicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos, delegando ao saber e poder da medicina o conhecimento e a capacidade de decisão sobre a saúde e vida das pessoas, procedimento que deixa o sujeito sentindo-se desamparado e impotente frente a sua dor, e coloca no médico, que está estranho a sua dor ou a natureza dela, a responsabilidade sobre a mesma (ZORZANELLI, ORTEGA e JUNIOR, 2014; TESSER, NETO e CAMPOS, 2010; TESSER, 2006).

Medicalizar seria um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, havendo um deslocamento para o campo da saúde e da doença, de questões relativas à desigualdade social entre grupos humanos e à dominância entre eles (ZORZANELLI et al., 2014, p.1863)

Produção de cenários onde o que anteriormente seriam características pessoais tornou-se doença, em que problemas não médicos tornam-se “diagnosticáveis” e “tratáveis” como problemas médicos. A questão da medicalização mostrou-se como um dos caminhos possíveis para amenizar os problemas da vida, exercido por diferentes estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com seu sofrimento por meio de um psicofármaco que elimine nossas inquietudes ao produzir uma excitação rápida e mágica, impactando na diminuição da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas (DANTAS, 2014; COELHO, 2012).

As questões e dilemas éticos do indivíduo a cada dia menos tem a ver com a sua liberdade e poder de decisão – e mais com as dosagens bioquímicas de seu cérebro e com a indicação de fármacos (COELHO, 2012, p.21).

Os sujeitos, famílias e comunidades, por vezes são excluídos desse modo de tratamento, ficando o profissional médico responsável exclusivo pela gestão do cuidado dos sintomas, que não raramente são conduzidas de modo descontextualizado da vida dos sujeitos, provocando uma perda de autonomia, responsabilização e governo de si (DANTAS, 2014).

Alicerçado no modelo biomédico predominante, assistimos nos últimos anos o aumento no consumo de psicofármacos em todo o mundo, há uma alta taxa de prescrição desses medicamentos nos serviços de saúde, refletido não só no aumento da quantidade de pessoas que recebem prescrição, mas, também no seu tempo de uso e na duração do tratamento, que por vezes, são realizados fora de um planejamento terapêutico (BEZERRA *et al*, 2014, 2016).

No Brasil não é incomum para as pessoas buscarem atendimento por alguma necessidade de cuidado e só receberem a prescrição de algum medicamento como intervenção terapêutica, nos serviços há uma excessiva indicação de drogas psiquiátricas para questões muitas vezes relacionadas a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma visão reducionista de toda problemática humana, dos territórios existenciais, e da relação profissional - usuário que se estrutura pela extrema objetivação e focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico (BEZERRA *et al*, 2014, 2016).

Prática que tem se refletido nas últimas décadas em um aumento considerável do consumo de psicotrópicos em todo o mundo, e na ampliação significativa dos diagnósticos de transtornos mentais, dentre eles os quadros de depressão, ansiedade, e transtorno bipolar, produzindo a hegemonia da medicalização como forma prioritária, ou exclusiva de tratamento terapêutico utilizado em saúde mental (ROCHA; WERLANG, 2013; MOURA *et al*, 2016).

Essa “epidemia” de diagnósticos produz na mesma proporção uma “epidemia” de tratamento, muitos dos quais altamente prejudiciais à saúde, especialmente nos casos em que não seriam necessários. Demonstram que a medicalização é mais perceptível no campo da saúde mental, e isso se dá, principalmente, pelo uso de psicofármacos (VARGAS; CAMPOS, 2019).

A saúde mental é provavelmente o aspecto mais medicalizado da vida humana. Hoje tudo é medicalizável, à vida e nela qualquer expressão de sofrimento da existência, a saber, tristeza, angústia, solidão, preguiça, estresse, timidez, transgressão, falta de concentração, indisciplina, perda da libido, desemprego, luto, entre outras expressões comportamentais humanas, rapidamente se enquadram dentro de um olhar patologizante e podem facilmente ser transformadas em doenças (ZORZANELLI, ORTEGA e JUNIOR, 2014).

Coloca-se a doença em destaque e desloca-se o olhar para ela, tornando-o objetivo de todo o trabalho; e apenas a ação técnica. Tal fragmentação do cuidado tende a produzir um cuidado pautado nas práticas tradicionais, que refletem o “modelo produtor de procedimentos”, onde a racionalidade científica e técnica e que determina a atenção a saúde (JORGEL et al, 2013, p 18)

Os problemas cotidianos das pessoas, que até alguns anos eram abordados como complexos e singulares, pois se processam de forma subjetiva e por diferentes fatores para cada sujeito, hoje foram transformados em doenças, defeitos, déficits ou transtornos, delegando responsabilidade na neurobiologia das crianças e adultos, e negado os aspectos psicológicos, históricos, sociais e concretos presentes nas formas de adoecimento e de produção de saúde. Se produz com isso uma epidemia de diagnósticos, que recebem como respostas a prescrição medicamentosa ao sofrimento pessoal e social que ocasionam (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2014; ZANELLA, 2016).

Medicar o sofrimento e a dor do dia-a-dia, impregnados de problemas sociais, com tranqüilizantes, é uma saída encontrada por um grande contingente de médicos, que se mostram passivos e coniventes com um adoecimento individual e coletivo (OLIVEIRA, 2000, p. 108).

Considera-se o corpo biológico como objeto de trabalho, a queixa, os sintomas são decodificados e transformados numa conduta medicalizante, onde, são prescritos remédios e procedimentos individuais descontextualizados, que não impactam positivamente na saúde daquela pessoa, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores, produzindo o excesso de medicalização em todas as situações, atrelando a ideia de que melhores níveis de saúde estão direta e exclusivamente ligados ao acesso a mais e melhores medicamentos.

Nota-se que os medicamentos são utilizados de modo a suprimir sintomas imediatos, que são, na realidade, oriundos de questões psicossociais maiores, como desemprego, conflitos familiares e urbanos, a pausa ou retorno ao uso de drogas ilícitas; mas que desembocam na medicalização da vida. Assim a prática medicamentosa objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação (VARGAS e CAMPOS, 2019; WINOGRAD, 2011).

Entendemos ser esses sinais e sintomas no corpo e na vida das pessoas formas de expressões do sofrimento denominado por Sawaia (2014), de ético-político, definido como:

O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (SAWAIA, 1999, PP. 104-105)

Ou seja, uma produção de sofrimento que emerge da vida cotidiana das pacientes marcada pelo desgaste das desigualdades e injustiças sociais, pelas iniquidades de gêneros, pelas dificuldades econômicas e coerções sociais. É o sofrimento de estar submetida à negação de direitos e à opressão.

O desenvolvimento de uma geração eficiente de psicofármacos parece ter livrado os seres humanos de um mal-estar desnecessário, provocando uma geração de pessoas como coisas, objetos e máquinas, em que sua potência de vida e de superação, são substituídas pelo poder dos fármacos, produzindo desse modo um processo de alienação (DANTAS,2014). Para Zorzaneli; *et al*, (2014), o que houve, na verdade, foi a transição da camisa de força para a escravização medicamentosa.

Graças à mágica desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentação em uma escala sem precedentes. Dito de outro modo, interferir no funcionamento cerebral tornou-se uma ação possível e almejada como promessa de contenção de desordens psíquicas que, segundo a lógica do programa forte das neurociências, equivalem à desordem orgânica (ROSA; WNOGRAD, P.43, 2011).

Outra faceta revelada deste problema envolve o baixo *empowerment* que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, com pouca apropriação de informação e centralização do poder nos profissionais de saúde, o que torna a clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI *et al*.,2013). Produz à perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde, gerando dependência progressiva de saberes/práticas profissionalizados

A medicalização transforma culturalmente as populações, com uma diminuição da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso remete a um consumo abusivo e contra produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação, (TESSER, 2006).

As formas de medicalização e suas expressões contemporâneas não raramente estão associadas à violação de direitos humanos, produzindo exclusão social, falta de autonomia dos sujeitos e, em extremos, o extermínio pelo uso abusivo de medicamentos.

Tal situação de acordo com Meira, 2012, é altamente vantajosa para a indústria farmacêutica, que vem cada vez mais ocupando lugar central na economia capitalista. Com uma atuação poderosa e notadamente abusiva da indústria farmacêutica os grandes laboratórios vêm mostrando grande capacidade e eficiência na utilização de concepções equivocadas sobre doença e doença mental, amplamente enraizadas no senso comum, o que lhes permite alimentar continuamente o “sonho” de resolução de todos os problemas por meio do controle psicofarmacológico dos comportamentos humanos. Nesse sentido, como apontado por Rui (2014, p. 89 apud VARGAS; CAMPOS, P. 83, 2019), “o fim da contenção física teria sido substituído por um novo modelo de gestão, baseado na contenção química [...]”

2.3.2 A Gestão Autônoma da Medicação como ferramenta de cuidado desmedicalizante

A transição de um modelo hospitalocêntrico para um de saúde mental comunitária, dá-se pelo investimento em tecnologias de cuidado ancoradas pelas concepções da clínica ampliada e do sujeito, e pela implantação de serviços substitutivos, baseados em uma visão ampliada de saúde, que valorizam a autonomia e formas de corresponsabilidade solidária.

A Atenção Primária à Saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) cria a possibilidade da realização de uma atenção à saúde não medicalizante, que permite uma maior expressão de pequenos movimentos em prol do resgate da autonomia e do empoderamento de sujeitos individuais e coletivos. Constitui-se,

lugar estratégico para o fortalecimento e efetivação da rede de atenção psicossocial, pois postula um processo de trabalho de base territorial e comunitário, com o uso de tecnologias leves no cuidado em saúde mental.

Reconhecendo o contexto de utilização pouco crítico dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam, foi desenvolvido em Quebec no Canadá uma nova ferramenta de intervenção denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Uma tecnologia de cuidado em saúde mental que se figura entre as mais recentes desenvolvidas, sustentados pelas ideias de empoderamento e participação social, que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida, participação e autonomia.

Sua versão original foi elaborada por usuários de saúde mental e trabalhadores de serviços alternativos de saúde do Québec, no Canadá, que foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por usuários, trabalhadores de saúde mental e pesquisadores, os quais, a partir da experiência do seu uso, construíram o Guia GAM brasileiro (GGAMBr) (SILVEIRA, PALOMBINI e MORAES, 2014).

Considerada como uma metodologia de cuidados emancipatória, orientada para lidar com esta questão do uso crônico de drogas em diferentes serviços de saúde mental, busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados, para uma melhor qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014). O guia refere-se a um “instrumento que reconhece o direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização da medicação e a necessidade de compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários”. (GONÇALVES; CAMPOS, 2017, p. 3).

O GAM constitui uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, com a finalidade de disparar autoconhecimento e autonomia e buscar o diálogo no sentido de reduzi-los, a fim de construir experiências significativas em sua vida social e individual. Por isso, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma ferramenta pela qual aprende-se a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam.

A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação

desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento principalmente com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos.

Essa estratégia GAM tem sido usada em diferentes experiências no Canadá, na Espanha e no Brasil, tomadas como um dispositivo na tentativa de superar o binarismo autogestão / heterogeneidade. Consiste num conjunto de passos que propõem ao usuário questões e informações para ajudá-lo a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, visando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

O Guia traz informações e propõe perguntas para ajudar os usuários a inteirar-se de seu tratamento e a refletir sobre suas experiências cotidianas, seu adoecimento e sua medicação, incentivando sua participação ativa nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento medicamentoso. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) propõe ferramentas concretas para enfrentar a problemática da medicalização da vida, onde práticas de saúde mental não dependam tanto do mundo da Medicina (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014). A dinâmica grupal do uso do Guia visa à partilha de experiências, a ajuda mútua, o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos.

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013 P. 2890).

O GAM deve ser entendido como um dispositivo que envolve o serviço de saúde mental como um todo em suas várias dimensões: da gestão, do cuidado, da ambiência. Entende que os caminhos para superação da medicalização devem estar abordados nas seguintes ações: além-consulta médica, intersetoriais, grupais, educativas, políticas, sanitárias, em parceria com instituições culturais, políticas, educativas etc. Uma das concepções centrais no Guia é a de que o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas.

Em nosso território de intervenções, situado na região do vale do Assú no Rio Grande do Norte, a experiência com a tecnologia GAM nos permite em um primeiro

momento um processo de problematização de como se organizam os dispositivos e as ofertas de cuidado em saúde mental, e de modo mais específico em sua articulação ESF, contribuindo, para o debate sobre a medicalização da vida e do sofrimento humano, alicerçado, na prescrição farmacológica, e no uso indiscriminado de medicações psicotrópicas como prática central de cuidado.

A experiência pode provocar uma reestruturação dos modos de produzir o cuidado e um aperfeiçoamento das práticas de saúde, ampliando as ofertas, a partir do manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias para a consolidação de uma lógica de atenção, que estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia individual e coletiva, e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, um desafio, ainda, presente.

2.3.3 Autonomia e cogestão como princípios de trabalho

Para Onocko-Campos e Campos (2012), além de produzir saúde também caberia ao sistema de saúde contribuir para ampliação da autonomia. Na Gestão Autônoma da Medicação a produção de mais autonomia, a cogestão e participação são princípios centrais na efetivação dessa ferramenta de cuidado.

Nessa forma de cuidado o centro da atenção passa ser a pessoa concreta como objeto de trabalho em saúde, e não somente sua sintomatologia clínica. Sendo este considerado como protagonista e corresponsável na gestão do tratamento, desenvolvendo mais autonomia e empoderamento, que significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva, de indivíduos e grupos de pessoas, nas relações sociais e institucionais.

Os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários, (ONOCKO CAMPOS e SOUSA CAMPOS, 2012 p. 669).

Deferente são os fatores para co-produção de maiores coeficientes de autonomia, desde elementos individuais do próprio sujeito aos coletivos, porém, o acesso à informação e capacidade de utilizar o conhecimento em um exercício crítico e reflexivo é primordial para seu desenvolvimento, (ONOCKO CAMPOS e SOUSA CAMPOS, 2012).

Entendemos essa saúde como uma potência de ação, uma saúde ético-política (SOUZA e SAWAIA, 2016), onde a sua produção ou ganhos, se expressam como aumento na capacidade de agir das pessoas frente a suas vidas de forma individual e coletivamente.

Mais do que ganho de poder, observamos antes o ganho de “potência de agir”, e, em última análise, como “ganho de saúde”, pois partilhamos do entendimento de Souza e Sawaia, (2016), de que potencializar a ação política equivale a promover a saúde, Saúde aqui entendida como uma potência de ação diante dos determinantes da vida, “o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. A saúde vai além do estado de bem-estar físico e espiritual, e adquire a dimensão da felicidade pública” (SOUZA E SAWAIA, 2016 P. 308).

Assim, o aumento da atividade, da participação, e as novas tomadas de decisões na gestão de sus vidas cotidianas, refletem “ganhos de saúde”, ou seja, o aumento da potência de agir, que segundo Espinosa significa passar da passividade a atividade e é experimentada como emoção alegre. Já a diminuição da potência de agir significa aumento da passividade e da servidão, o que é vivido como emoções tristes (medo, humilhação, ódio) e impede a formação do “comum”, o agir coletivo (SOUZA e SAWAIA, 2016).

Nesse contexto, compreende-se, autonomia não como o contrário de dependência ou liberdade absoluta, mas, como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede dependências, “Um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ONOCKO CAMPOS; SOUSA CAMPOS, 2012 P 670). Exercer autônoma nesse sentido pressupõe a capacidade das pessoas e coletivos desempenhar sua capacidade de escolha e decisão, agir sobre o mundo e interferir sobre sua rede de dependências de forma crítica e reflexiva, como sujeito do conhecimento, e do direito, Uma pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento e é livre para escolher as opções que lhe são apresentadas (COUGO, 2018).

Na ferramenta GAM, a proposta de se trabalhar com produção de espaços grupais parte desse entendimento de que a autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de

diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2014).

Nesse sentido, de acordo com Silva, (2014), que estudou grupos específicos para fortalecimento da autonomia dos sujeitos, destaca o que chama de Grupos Estratégicos de Promoção da Saúde (GEPS) na ESF não são simples aglomerados de sujeitos que comparecem às unidades de saúde para atividades educativas verticalizadas, mas atividades que consideram as falas, os gestos, as posturas, ideias e ampliam a capacidade de fazer escolhas de forma consciente e responsável. As relações, nestes grupos, devem respeitar as diferenças e possibilitar o aprendizado com o outro, de forma a tornar-lhes protagonistas ao ensinar e protagonistas ao aprender.

É necessário que a ESF proporcione estratégias de cuidado que potencializem a autonomia e o desenvolvimento de empoderamento e da potência de agir das pessoas, tornando-os co-gestores em seus processos de saúde-adoencimento-cuidado.

Um Grupo Estratégico de Promoção da Saúde tem por objetivo tornar os sujeitos protagonistas de sua própria existência, favorecendo a transformação social e pessoal, no sentido que o próprio sujeito entende como desejável, quando ele está altamente responsável e esclarecido sobre esta complexidade (SILVA, 2014).

Os grupos constituem espaços de aprendizagem, convivência e socialização, um processo de grupalidade que permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas não alcançadas em um atendimento individualizado, (ANDRADE E VAITSMAN, 2002; FAQUINELLO *et al*, 2012; FERNANDES *et al*, 2019).

Nesse sentido compartilhamos do entendimento de que um grupo é “como uma rede, como uma teia de aranha, onde cada elemento funciona como um ponto nodal independente, mas psicodinamicamente interligado, agindo como um subsistema, onde cada um, afeta o outro e é afetado pelo conjunto, criando uma matriz operacional” Ribeiro, (1999, p. 35).

Com essa perspectiva a produção de grupalidades vai tornando-se espaço privilegiado para produção de redes de apoio, de construção de vínculos, e de ganhos de saúde no campo da APS. A intervenção grupal se apresenta como uma ferramenta de atenção psicossocial que favorece o desenvolvimento de

potencialidades, a ampliação das redes de apoio formal e informal e o estímulo a participação comunitária, ao promove oportunidades de trocas de conhecimentos, de interação e cooperação entre os participantes (PAIVA *et al*, 2009; ANDRADE e VAITSMAN, 2002). Assim é imprescindível atuar com os fundamentos da promoção da saúde, na busca de potencializar a qualidade de vida, o exercício de cidadania, e ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, (BRASIL, 2006).

Diante disso, podemos considerar a ferramenta da Gestão Autônoma da Medicação uma estratégia grupal de promoção da saúde no cenário da Atenção Primária. Além disso, o modo de opera em grupo da GAM brasileira, e sua efetivação no contexto da APS, facilitam a construção de redes sociais de apoio, elemento primordial no cuidado em saúde mental na ESF.

Assim compartilhamos da definição de rede social como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade, sendo o apoio social a uma característica qualitativa e funcional da rede sócia. A rede social promove uma melhora na saúde dos pacientes e o suporte social tem se mostrado relevante para promover a adesão ao tratamento (ANDRADE E VAITSMAN, 2002; FERNANDES *et al*, 2019; FAQUINELLO *et al*, 2012; SILVA 2014),

A rede social é vista também como modo de proteção e auxílio físico, material e psicossocial das pessoas que estão em momentos de crise. Contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros, (ANDRADE E VAITSMAN, 2002; FERNANDES *et al*, 2019; FAQUINELLO *et al*, 2012; SILVA 2014).

De acordo com Andrade e Vaitsman (2002), o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Sabemos que a pesquisa é um processo de construção de conhecimento, atividade básica da ciência pautada na indagação e reconstrução da realidade. Dentre os seus principais objetivos, destacam-se a resolução de problemas específicos, a geração de novas teorias e a avaliação de teorias já existentes (DEMO, 2005). É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, apesar de ser uma prática teórica, a pesquisa constrói um nexos entre pensamento e ação (MINAYO, 2001).

3.1 Tipo de estudo

Trazemos aqui uma proposta de investigação qualitativa que, em conformidade com Minayo (2010), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que se desenvolveu em torno de uma intervenção realizada no território da Atenção Primária à Saúde, meu contexto de trabalho e atuação profissional. Quanto aos procedimentos, trata-se aqui de pesquisa de campo (MINAYO, 2001; 2010), onde foi desenvolvido como recurso metodológico um grupo intervenção (ou um grupo participante), estruturado com metodologia do guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que nos propõem ferramentas concretas para problematizar a situação da medicalização da vida em nosso contexto ação.

As atividades foram desenvolvidas em ciclos não consecutivos, a saber:

Etapa 1 – Visitas a Rede de atenção psicossocial (RAPS), para apresentação da proposta, definições de problemas e pactuação com equipe e usuários interessados na experiência.

Etapa 2 – Sensibilização para a participação no GAM e formação do grupo GAM

Etapa 3 – Realização do grupo

Etapa 4 – Elaboração das narrativas e validação

Etapa 5 – Constituição do corpus de análise e construção da análise

3.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa ocorreu na cidade de Assú, no Estado do Rio Grande do Norte, que se situa na mesorregião Oeste Potiguar e na microrregião Vale do Açu, abrangendo uma área de 1.292 km². Distanto da capital cerca de 211 km, sendo seu acesso, a partir de Natal, efetuado através da rodovia pavimentada BR-304. Sua população no censo demográfico de 2018 era de 57.644 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo então o oitavo mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião. A vegetação predominante é a Carnaubeira, e o clima é quente com temperatura na média de 27c.

As principais atividades econômicas do município são: comércio, agropecuária, a fruticultura, extração vegetal e exploração de petróleo e gás natural, destacando-se na economia potiguar como uma das cidades mais importantes do estado. A rede de saúde dispõe de serviços e equipamento nos três níveis de atenção do SUS, a saber: primário, entendido como a porta de entrada do sistema, com 19 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), composto pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); Secundário, com os serviços de média complexidade, tendo um hospital municipal, um centro de especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial e terciário, que atendem alta complexidade, composto por um hospital regional.

A intervenção foi realizada no nível da Atenção Primária à Saúde, no território da Estratégia de Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde - UBS nominada de Mãe Zefa, localizado no bairro Bela Vista. Foi escolhida para ser o nosso território de intervenção na pesquisa, porque apresentar uma problemática e uma demanda no campo da saúde mental, e especificamente, no uso de psicotrópicos, e porque os profissionais da equipe, especificamente o médico da ESF, estava realizando nesse período um processo de avaliação, reavaliação e acompanhamento de desmame com os usuários denominados de saúde mental da UBS.

3.3 Participantes da Pesquisa

O grupo intervenção foi constituído por profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde, do território da pesquisa, totalizando quinze (15) participantes, sendo três (3) profissionais do NAFS – AB, um psicólogo e duas assistentes sociais;

Dois (2) estagiário de psicologia; (10) usuários do serviço, onde somente um (1) era do sexo masculino. Este fato evidencia uma presença maior da mulher nos serviços desenvolvidos pela Unidade de Saúde da Família do bairro. A faixa etária compreende pessoas adultas de 20 a 55 anos, todos os participantes sabem ler e escrever.

Nos primeiros dois encontros realizados, contamos com a presença dos profissionais: Enfermeiro, Médico, técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde da equipe mínima da ESF, porém, com justificativa de uma demanda elevada dos atendimentos na UBS, não foi possível a estes acompanhar do processo da intervenção GAM.

No nosso segundo encontro, contamos também com a participação da enfermeira e psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, mas, por questões de agenda profissional só foi possível para estas a presença nesse encontro.

Para os usuários participarem da pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: Ser maior de dezoito anos; estar fazendo uso de psicotrópicos há mais de um ano; manifestar vontade de participar no grupo e não ter limitação cognitiva grave. Já os critérios de exclusão foram: Recusa em participar ou em assinar o termo de conhecimento livre e esclarecido; ter limitação cognitiva grave.

Foi realizado um primeiro momento de apresentação da estratégia GAM e para o planejamento da proposta de intervenção com todos os profissionais da ESF, onde a equipe se mostrou motivada e com disponibilidade para aceitar a oportunidade que estava sendo ofertada. Neste momento foram pensadas juntas as possibilidades de espaços para acontecer os encontros, já que a UBS não disponha de uma estrutura física possível, pois nela não existe sala de atividade coletiva e nem um espaço aberto onde pudesse ser feitos os encontros; foi pactuada a quantidade de participantes no grupo, e forma de se realizar o convite a estes.

O convite aos usuários foi realizado pelos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família, de modo específico pelo o enfermeiro, o médico e os Agente Comunitário de Saúde, após discussão e planejamento entre a equipe de referência e a equipe de apoio responsável pela intervenção, com o intuito de seguir os critérios estabelecidos pela pesquisa.

Após a realização dos convites por esses profissionais, tivemos o primeiro encontro com os usuários onde foi apresentada a proposta da intervenção. O convite

foi feito a uma quantidade de quinze pessoas que se encaixava nos critérios, porém nesse primeiro momento tivemos pouca presença dos usuários convidados, menos da metade. Diante desse fato foi necessário o novo encontro entre os responsáveis pela intervenção e os profissionais da UBS para se pensar nova estratégia de mobilização para os usuários, onde foi definido que os próprios profissionais responsáveis, psicólogo e assistente social do NASF – AB, junto aos ACS realizasse uma visita domiciliar aos usuários indicado pela equipe. Após essa estratégia foi possível maior adesão dos participantes.

O primeiro encontro foi realizado na UBS dentro do consultório de atendimento médico, nesse momento foi possível avaliar que não era viável continuar o grupo nesse espaço, por ser muito pequeno e porque não seria sempre que teria disponibilidade de uso. Pensamos juntos aos presentes outros espaços da comunidade onde os encontros pudessem acontecer, nesse momento, surge à proposta de realizar os encontros em uma igreja evangélica próxima à unidade de saúde, e foi lá que os encontros continuaram.

3.4 A pesquisa e a análise construída

A coleta de dados foi realizada a partir da construção de um grupo intervenção, estruturado com a ferramenta do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, um guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos, que objetiva ajudar as pessoas a refletir sobre seu uso de medicamentos, para a melhoria da qualidade de vida. Uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam.

A ferramenta é estruturada em seis passos, a saber: 1º. Passo: Conhecendo um pouco sobre você; 2º. Passo: Observando a si mesmo – o seu dia-a-dia; 3º. Passo: Redes de apoio; 4º. Passo: Os medicamentos e seus efeitos; 5º. Passo: Retomando o caminho – co-gestão; 6º. Passo: Compromisso ético-político do uso de medicamentos, que foram trabalhados de forma coletiva na produção de grupalidade.

O grupo foi formado por um mediador, o psicólogo do NASF-AB e um co-mediador, que eventualmente se revezavam entre as duas Assistentes social também do NASF-AB, além deste tivemos a contribuição dos Estagiários que

realizavam anotações para diário de campo. Os mediadores e co-mediadores tiveram a função de mediar os diálogos e facilitar os encontros com orientação do grupo através do uso do guia GAM.

O grupo intervenção ocorreu pelo período de oito (8) meses, entre os meses de maio a dezembro de 2018, totalizando dezoito (18) encontros. Os encontros do grupo aconteciam de forma semanal, sempre na terça-feira de cada semana, às 15:00 h da tarde, estrutura pactuada previamente com os usuários e profissionais.

Nesse tempo do grupo tivemos por várias vezes de parar para pensar junto aos participantes novas estratégias de mobilização, pois em determinados momentos percebíamos diminuição na presença dos participantes nos encontros, o que em alguns momentos prejudicou o andamento do grupo. Diante disso, usamos como estratégia a prática de realizar ligações telefônicas para os participantes na terça-feira no período da manhã, para informar sobre o encontro do dia, e eventualmente era necessário oferecer carona aos participantes, pois estes residiam longe da unidade e tinham dificuldade de chegar, pois, o horário da tarde tem temperatura climática muito quente, o que dificultava a vinda deles caminhado.

Os encontros foram gravados em aparelho de áudio que posteriormente foram transcritos, foi realizado também a observação participante nos encontros e o diário de campo como método de coleta de dados.

Para MINAYO, 2010, a observação participante consiste parte essencial do trabalho de campo em pesquisa qualitativa, sendo compreendida como um método em si para compreensão da realidade. É um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Para esta mesma autora, o diário de campo é instrumento fundamental para o trabalho com observação participante, sendo este um caderninho de notas, em que o investigador, vai dia por dia, anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. São escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo.

O material com que trabalhamos foi produzido nos encontros, onde foram gravados em áudio e posteriormente foram transcritos, além da escrita do diário de campo pelos componentes da equipe de pesquisa e, a partir dessas transcrições, elaboramos as narrativas.

Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizado referencial teórico proposto por Walter Benjamin (1980); Onocko Campos (2011); Onocko Campos *et*

al, (2013). Para o primeiro as narrativas é uma forma artesanal de comunicação, que não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório, pois ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Já Onocko-Campos, concebe as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008).

Narrativas constitui-se desta forma um processo de idas e vindas entre o lembrado e o esquecido, é um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. "Ao contar e interpretar experiências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interior de pensamentos-sentimentos e um mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis" (CASTELLANOS, P. 1068, 2013)

As narrativas dão visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se vive no desenrolar da pesquisa, ou seja, as narrativas nunca estão prontas no interior dos sujeitos, elas são sempre construções que nascem de uma relação, (ONOCKO CAMPOS, et al, 2013; ONOCKO CAMPOS, 2011).

3.5 Aspectos Éticos

A pesquisa compõe um projeto multicêntrico, coordenado pela professora Dra. Luciana Surjus da Universidade federal de São Paulo – UNIFESP. Foi aprovada em Comitê de Ética dessa mesma Universidade CEP/UNIFESP sob o parecer 2.234.177 e CAAE 70494817.0.1001.5505). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização de gravação de voz, tendo sido garantidos aos participantes o anonimato, através do uso de nome de flores para substituir a identidade real dos participantes e a confidencialidade das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro intitulado: “mulheres de tarja”: experiência de mulheres com o uso de psicotrópicos em um grupo de gestão autônoma de medicação. O segundo tem como título: “Aqui a gente é o que a gente é de verdade”: O Guia GAM como ferramenta de promoção da saúde e de atenção psicossocial na estratégia de Saúde da Família, este foi submetido à revista *Psicología desde el Caribe*, por esta razão suas referências estão nas normas e estilo APA.

4.1 Artigo 1 – “MULHERES DE TARJA”: EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM O USO DE PSICOTRÓPICOS EM UM GRUPO DE GESTÃO AUTONOMA DE MEDICAÇÃO

**Antônio Henrique Braga da Costa
Ana Karenina Arraes Amorim**

RESUMO

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira propõe a produção de novas práticas e contextos de intervenções\cuidados em saúde mental fundamentada no cuidado em liberdade e que procuram se instituir na contramão da lógica medicalizante hegemônica, que tem produzido uma epidemia de diagnósticos de transtornos mentais, fruto do fenômeno da medicalização da vida. Uma das expressões desse fenômeno são as altas taxas de prescrição de psicofármacos e o uso pouco crítico desses medicamentos em serviços de saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, temos o lócus privilegiado para produção de novas tecnologias de cuidado, que favoreçam a desmedicalização, o empoderamento e a produção de autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico e com transtornos mentais. Dentre essas tecnologias, podemos considerar que a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) se constitui como estratégia grupal com potencial de cuidado emancipador, constituindo ferramenta concreta para enfrentar a problemática da medicalização da vida. Assim, objetivamos investigar os limites e potencialidades da GAM como estratégia de cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Norte . Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa. Os instrumentos utilizados foram: a realização de um grupo intervenção GAM ao logo de oito meses, observação participante, e a construção de narrativas a partir da experiência com o grupo. Além disso, foram utilizados diários de campo e gravação em áudio para registro da experiência. O grupo GAM foi constituído por usuários da ESF e que fazem uso de psicofármacos, além de membros da equipe NASF-AB local. Para a análise do material, utilizou-se a análise de conteúdo do material produzido nos registros de áudio, diário de campo e narrativas. Os resultados evidenciam que o processo de medicalização

perpassa as práticas dos profissionais e se configura como principal demanda das usuárias mulheres na ESF, que utilizam psicofármacos com silenciadores de sofrimentos e de seus determinantes. Nesse processo, o GUIA GAM BR se efetivam como potencializador de ações desmedicalizantes, que apontam caminhos para a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território. Mostrou-se ser uma ferramenta que estimula participação e reflexão com capacidade de disparar autoconhecimento, autonomia, e potência de ação para todos os sujeitos. Seu uso promoveu a ampliação do diálogo, a troca de experiências e vivências com o uso de medicação, construindo experiências significativas nas diferentes dimensões de vida das pessoas: social, familiar e individual.

PLAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Medicalização; psicotrópicos; Práticas grupais.

ABSTRACT

The Brazilian psychiatric reform movement proposes the production of new practices and contexts of interventions \ mental health care based on freedom care and that seek to establish themselves against the hegemonic medicalizing logic, which has produced an epidemic of diagnoses of mental disorders, fruit of the phenomenon of medicalization of life. One of the expressions of this phenomenon is the high prescription rates of psychotropic drugs and the low critical use of these drugs in health services. In the Family Health Strategy, we have the privileged locus for the production of new care technologies that favor de-medicalization, empowerment and the production of autonomy of subjects in psychological distress and mental disorders. Among these technologies, we can consider that Autonomous Medication Management (GAM) is a group strategy with potential for emancipating care, constituting a concrete tool to face the problem of medicalization of life. Thus, we aimed to investigate the limits and potentialities of GAM as a strategy of care and coping with medicalization in the context of the Family Health Strategy in a municipality in the interior of the RN. It is a research with a qualitative approach using action research. The instruments used were: the realization of a GAM intervention group over eight months, observant participation, and the construction of narratives from the experience with the group. In addition, field diaries and audio recording were used to record the experiment. The GAM group consisted of FHS users who make use of psychotropic drugs as well as members of the local NASF-AB team. For the analysis of the material, we used the content analysis of the material produced in the audio records, field diary and narratives. The results show that the medication process permeates the practices of professionals and is the main demand of female users in the FHS, who use psychiatric drugs with pain suppressants and their determinants. In this process, the GUAM GAM BR are effective as a potentiator of de-medicalizing actions, which point out ways for the incorporation of new relationships and social dynamics in the territory. It has been shown to be a participatory and reflective tool with the ability to trigger self-knowledge, autonomy, and action power for all subjects. Its use promoted the expansion of dialogue, the exchange of experiences with the use of medication, building meaningful experiences in the different dimensions of people's lives: social, family and individual.

KEY WORDS: Family Health Strategy; Mental health; Medicalization; psychotropic.

Introdução

A gestão do cuidado em saúde mental tem se constituído um desafio para a rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção, sobretudo na atenção primária à saúde (APS). A necessidade de se pensar novas formas de cuidado e tratamento para o sujeito em sofrimento psíquico e com transtornos mentais foi proposta pelo movimento denominado de reforma psiquiátrica, e reafirmadas nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, instituída com base na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Ao longo dos anos com avanço dessa política e do Sistema Único de Saúde - SUS como um todo, o Ministério da Saúde institui Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compreende estratégias e diretrizes com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Busca-se, prioritariamente, promover um processo de desinstitucionalização das formas de exclusão, segregação e preconceito sofridos pelas pessoas em sofrimento psíquico, tendo em vista as históricas violações de direitos que caracterizam a realidade dos manicômios e hospitais psiquiátricos em nosso país e em outros cenários mundiais (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Consideramos aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas, que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira (ROTELLI, 1994; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Ao longo do processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil, grandes são os avanços conquistados, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o retorno à vida na comunidade de pessoas com longo histórico de internações, em processo que abrange a criação de novas formas de organização da atenção à saúde, valorizando a integração dos serviços e dos usuários às suas comunidades e territórios (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014). Surgem novos serviços, ancorado no desenvolvimento de um modelo de Atenção Psicossocial, com propostas que visam o tratamento a problemas de saúde mental em liberdade, e que aponta para uma necessária articulação de serviços de bases territoriais e

comunitárias, considerando a Atenção Primária à Saúde componente essencial e estratégico na formação da atenção psicossocial.

A portaria 3.088 de 23 DE dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). A RAPS congrega um conjunto de dispositivos e serviços articulados de saúde, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL, 2011). A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, propondo uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento psíquico.

No entanto, o desafio que ainda enfrentamos é a superação do modelo de atenção fundado no saber médico, hospitalocêntrico, institucionalizado, partindo para um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada. Mais recentemente, tal desafio parece ficar ainda maior, diante do cenário político atual em que se vê um retrocesso na política de saúde mental, fundamentada no princípio da desinstitucionalização, e o consequente fortalecimento e reedição de práticas asilares, intervenções e técnicas que já fizeram parte do tratamento psiquiátrico hegemônico no passado. A “Nova” Política de Saúde Mental, anunciada pelo atual governo federal, se propõem a fortalecer o modelo asilar\manicomial, evidenciado com mais forças o campo de tensões que ainda se coloca apesar de mais de 30 anos de reforma psiquiátrica e dos avanços conquistados. Considera-se esta orientação a mais grave tentativa de destruir históricas conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ABRASME, 2019)

O cenário torna-se ainda mais grave quando consideramos que há, nos últimos anos, o aumento no consumo de psicofármacos e a ampliação significativa dos diagnósticos de transtornos mentais, com claros interesses vinculados a indústria farmacêutica, constituindo a conhecida “indústria da loucura” (FREITAS e AMARANTE, 2017). Em todo o mundo, há uma alta taxa de prescrição de psicofármacos nos serviços de saúde, refletido não só no aumento da quantidade de pessoas que recebem prescrição, mas também no seu tempo de uso e na duração do tratamento que, por vezes, são realizados fora de um planejamento terapêutico.

Tudo isso contribui para produzir a hegemonia do aparato medicamentoso como forma prioritária ou exclusiva de tratamento terapêutico utilizado em saúde mental, colocando os transtornos mentais e problemas emocionais no cenário dos graves problemas de saúde pública na contemporaneidade (ROCHA; WERLANG, 2013; MOURA *et al*, 2016).

A centralidade terapêutica do uso de medicamentos em saúde mental é parte de um processo mais amplo na vida social: a medicalização da vida. Entendemos por medicalização o processo no qual são deslocados e redefinidos para o campo médico problemas e aspectos sociais, econômicos e existências que fazem parte da condição da vida humana. Assim, fenômenos e processos vitais complexos (que envolvem várias dimensões do viver) ficam sob domínio do saber médico e sob sua insígnia são interpretados na vida social. Como resultado desse processo, experiências e características pessoais são convertidos em objetos de trabalho dos profissionais de saúde, gerando dependência progressiva a saberes e práticas biomédicas, resultando em um controle médico sobre a vida das pessoas e consequente medicamentação (uso central de medicamentos como recursos terapêuticos) (BEZERRA *et al*, 2014, 2016). Assim, produz-se uma epidemia de diagnósticos, que recebem como respostas a prescrição medicamentosa ao sofrimento pessoal e social que ocasionam (ZANELLA, 2016; ONOCO-CAMPOS, 2014, 2013).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais, com base em diferentes estudos, varia entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2003), um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, e que aproximadamente de 10% a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva.

Nesse caminho, a APS vem sendo considerada componente essencial e estratégico na formação da rede de atenção psicossocial, propondo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidados e saberes em saúde mental (BRASIL, 2007). Isso porque seus

processos de trabalhos se dão nos territórios de vida dos sujeitos, nos bairros, nas comunidades, onde são produzidos os sentidos e significados da existência, das relações, do processo de subjetivação, do encontro pela dimensão efetiva e afetiva (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

De acordo com Lancetti e Amarante (2012), o contexto privilegiado para o cuidado de pessoas com sofrimento mental é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem. Assim, essas unidades aparecem como o *lócus* privilegiado para a prática da integralidade em saúde mental, transformando os modos de cuidar historicamente instituídos para os sujeitos em sofrimento emocional, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

No entanto, na contramão a este movimento de transformação dos modos de compreender e cuidar das necessidades no campo da saúde mental, na realidade cotidiana observa-se ainda que o tratamento baseado em medicamentos seja o mais utilizado, mesmo nos contextos de APS, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI et al., 2014) e nos próprios recursos pessoais e comunitários.

Assim, a APS e, mais especificamente a ESF, não fica ileso ao fenômeno da medicalização da vida que cresceu de modo significativo na contemporaneidade e que tem ressonância nos serviços de atenção à saúde, em que a prescrição medicamentosa é a forma majoritária de intervenção terapêutica (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; TESSER, 2006; WANDERLEY et al, 2013; ZANELLA; LUZ, 2016; MOURA, 2016).

Estudos apontam a inexistência ou fragilidade de práticas de cuidado em saúde mental nos territórios da APS e que os sujeitos que necessitam desse cuidado são reduzidos à posição de objeto, passivos às intervenções meramente curativas, resultando na medicalização dos comportamentos e da vida, incoerente com a lógica da saúde responsável e ética (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; PRATA; GROISMAN et al., 2017).

Da mesma forma, no espectro de atuação na Estratégia de Saúde da Família, a aproximação com o fazer em saúde mental tem se refletido na reprodução de modelos tradicionais de cuidado, por vezes gerando segregação e exclusão. Como

consequência, na experiência do primeiro autor como psicólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), numa cidade de pequeno porte do Rio Grande do Norte, observa-se diariamente uma elevada demanda por atendimentos ambulatoriais e clínicos na ESF, e um aumento significativo no consumo de psicotrópicos, de modo particular dos antidepressivos e ansiolíticos, substâncias que alcançam uma posição central para os usuários da APS, causando um desequilíbrio entre a oferta e demanda da assistência farmacêutica nesse contexto.

Como psicólogos em um NASF-AB, onde a saúde mental é eixo estratégico de atuação, somos convocados pelo compromisso ético a refletir sobre o processo de medicalização em saúde mental em curso nas UBS e, especificamente, na ESF. Fenômeno que tem nos provocado inquietações, na medida em que, enquanto profissionais, por meio da prática, podemos atuar para reforçar ou modificar essa situação, sobretudo, em serviços de saúde de pequenas e médias cidades no interior do Estado, onde a problemática tem configurações multideterminadas por fatores sociais, econômicos, políticos e assistenciais complexos, permeados quase sempre pela escassez de ofertas de recursos terapêuticos, econômicos e sociais.

Com isso, nos deparamos com o desafio de se produzir estratégias de enfrentamento a essa lógica medicalizante presente na prática clínica e no desejo de profissionais e usuários. Faz-se necessário discutir formas de atuação alinhadas a perspectivas não medicalizantes e que favoreçam a ampliação do olhar sobre o processo de saúde-doença-cuidado, potencializando a ampliação da autonomia e empoderamento dos usuários e coletividades em seus territórios de vida.

Para tanto, a produção de abordagens sociais e de grupalidades em saúde mental tem se revelado potente nesse sentido, ampliando as sociabilidades e o empoderamento dos usuários (VASCONCELOS, 2008). Essas grupalidades ganham diferentes formas e parecem ter em comum o fato de que estão a serviço da produção de saúde mental dos seus atores e se utilizam de tecnologias que se alinham a concepções embasadas no campo da reabilitação psicossocial, favorecendo à autonomia, o poder contratual, a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental, para resistir às cronicidades e aos desejos de manicômios que têm atravessado os dispositivos sanitários instituídos (BOSI et al., 2012; AMORIM et al., 2015).

Dentre as tecnologias mais recentes desenvolvidas, estão os grupos de suporte mútuo e os de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), sustentados pelas ideias de empoderamento e participação social. A GAM propõe ferramentas concretas para enfrentar a problemática da medicalização da vida, onde práticas de saúde mental não dependam tanto da medicina (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

Considerada como uma metodologia de cuidados emancipatória, orientada para lidar com esta questão do uso crônico de drogas psiquiátricas em diferentes serviços de saúde mental, essa tecnologia busca que as pessoas que usam essas drogas sejam mais críticas em relação a esse uso, conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados, para uma melhorar a qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

A estratégia GAM tem sido usada em diferentes experiências no Canadá e no Brasil e, mais recentemente na Espanha, tomadas como um dispositivo na tentativa de superar o binarismo autogestão/heterogeneidade. Demanda práticas participativas e emancipatórias no nível interno da organização, em termos de tomada de decisões e de engajamento dos atores envolvidos nos arranjos, a partir de uma estrutura de governança composta por entendimentos de participação coletiva.

No Brasil, essas experiências foram realizadas em grupidades fomentadas nos serviços da RAPS e mediadas pelo “Guia GAM” (GGAM-BR) que consiste num caderno que orienta um conjunto de passos que propõem ao usuário questões e informações para ajudá-lo a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos no cotidiano, visando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha e fomentar sua participação no tratamento (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

As principais experiências com o uso da estratégia GAM na nossa realidade brasileira deram-se, inicialmente, nos pontos estratégicos da RAPS, formado pelos CAPS nas modalidades tipo I, II e III. Poucas ainda são as práticas com a ferramenta GAM desenvolvida nos CAPS AD (álcool e drogas) e no campo da APS. Além disso, não encontramos na literatura descritas experiências no contexto da ESF e em cidades distante dos grandes centros urbanos, evidenciando uma carência de referenciais, e a necessidade de experiências nesses contextos.

Assim, justificou-se a proposição da nossa investigação no cenário da ESF numa cidade de pequeno porte no RN em que implantamos a experiência com um

Grupo GAM, orientados pela questão: a GAM poderia ser uma estratégia de cuidado em saúde mental da Atenção Primária à Saúde que se constitui como forma de enfrentamento ao fenômeno da medicalização da vida, de modo específico ao uso acrítico e indiscriminado de medicação psicotrópica no território da ESF?

Neste artigo, focalizamos na análise da experiência de usuárias que participaram da experiência e os efeitos do seu cotidiano de vida.

Metodologia

Trazemos aqui uma proposta de investigação qualitativa que, segundo Minayo (2010), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, pois respondem a noções muito particulares.

Quanto aos procedimentos, trata-se aqui de pesquisa de campo na qual foi desenvolvido, como recurso metodológico, um grupo de intervenção (ou um grupo participante) (MINAYO, 2001; 2010), estruturado com metodologia da GAM e mediado pelo GGAM-BR, que nos propõem ferramentas concretas para problematizar a situação da medicalização da vida em nosso contexto ação. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior que teve como objetivo geral investigar os limites e potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da ESF em um município do interior do RN. E como objetivos específicos: implantar a experiência com o dispositivo GAM na ESF; compreender as especificidades da GAM nesse e analisar a experiência dos usuários no grupo GAM em seus efeitos no cotidiano da vida dos usuários.

As atividades foram desenvolvidas em etapas, a saber:

Etapa 1 – Visitas a Rede de atenção psicossocial (RAPS), para apresentação da proposta, definições de problemas e pactuação com equipe e usuários interessados na experiência no âmbito da ESF.

Etapa 2 – Sensibilização para a participação no GAM e formação do grupo GAM, junto aos profissionais e usuários da UBS, com convite para participação.

Etapa 3 – Realização do grupo GAM, com usuários do território da UBS e do CAPS de referencia;

Etapa 4 – Elaboração das narrativas e validação coletiva

Etapa 5 – Constituição do corpus de análise e construção da análise

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa ocorreu numa cidade de pequeno porte, no Estado do Rio Grande do Norte, que se situa na mesorregião Oeste Potiguar e na microrregião Vale do Açu, abrangendo uma área de 1.292 km². Distanto da capital cerca de 211 km. Sua população em 2018 era de 57.644 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sendo então o oitavo mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião.

A rede de saúde dispõe de serviços e equipamento nos três níveis de atenção do SUS, a saber: na APS, com 19 UBSs, compostas pelas equipes de ESF e um NASF-AB; na atenção especializada, tendo um centro de especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial e uma Unidade de Pronto Atendimento- UPA; e na atenção hospitalar, que atendem alta complexidade, composto por um hospital regional.

A intervenção foi realizada no nível da APS, no território da Estratégia de Saúde da Família, numa UBS que foi escolhida por apresentar uma problemática e uma demanda relevante no campo da saúde mental, e especificamente, no uso de psicotrópicos, na avaliação da equipe NASF.

4.3 Sujeitos da pesquisa

O grupo GAM foi constituído por profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), do território da pesquisa, totalizando quinze (15) participantes, sendo três (3) profissionais do NAFS – AB; Dois (2) estagiários de psicologia; (10) usuários do serviço, onde somente um era do sexo masculino. Este fato evidencia uma presença maior das mulheres nos serviços desenvolvidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro. A faixa etária compreende pessoas adultas de 20 a 55 anos, todos os participantes sabem ler e escrever.

Para os usuários participarem da pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser maior de dezoito anos; estar fazendo uso de psicotrópicos há mais de um ano; manifestar vontade de participar no grupo e não ter limitação

cognitiva grave. Já os critérios de exclusão foram: ser menor de 18 anos; fazer uso de psicotrópicos há menos de um ano; ter limitação cognitiva grave.

Foi realizado um primeiro momento de apresentação da estratégia GAM e para o planejamento da proposta de intervenção com todos os profissionais da ESF, onde a equipe se mostrou motivada e com disponibilidade para aceitar a oportunidade que estava sendo ofertada. Neste momento foram pensadas as possibilidades de espaços para realização dos encontros, já que a USF não dispunha de uma estrutura física possível. Foi pactuada a quantidade de participantes no grupo e a forma de se realizar o convite a estes.

O convite aos usuários foi realizado pelos profissionais da equipe da ESF, de modo específico pelo enfermeiro, médico e pelo ACS, após discussão e planejamento entre a equipe de referência e a equipe de apoio responsável pela intervenção, com o intuito de seguir os critérios estabelecidos pela pesquisa.

Foram realizados os convites sendo que, para alcançar o público-alvo desejado foi necessário realizar dois encontros. Nesses dois encontros realizados, contamos com a presença dos profissionais da USF: enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) da equipe mínima da ESF. Porém, com justificativa de uma demanda elevada dos atendimentos na UBS, não foi possível a estes participar do Grupo GAM.

No nosso segundo encontro, contamos também com a participação da enfermeira e psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, mas, por questões de agenda profissional, só foi possível para estas a presença nesse encontro.

O grupo intervenção ocorreu pelo período de oito (8) meses, entre os meses de maio a dezembro de 2018, totalizando dezoito (18) encontros. Os encontros do grupo aconteciam de forma semanal, sempre na terça-feira de cada semana, às 15:00 h da tarde, estrutura pactuada previamente com os usuários e profissionais.

Todos os encontros foram mediados pelo GGAM-BR. Essa ferramenta é estruturada em seis passos, a saber: 1º. Passo: Conhecendo um pouco sobre você; 2º. Passo: Observando a si mesmo – o seu dia-a-dia; 3º. Passo: Redes de apoio; 4º. Passo: Os medicamentos e seus efeitos; 5º. Passo: Retomando o caminho – co-gestão; 6º. Passo: Compromisso ético-político do uso de medicamentos, que foram trabalhados de forma coletiva na produção de grupalidade.

O grupo foi formado por um mediador, o psicólogo do NASF-AB e um co-mediador (as assistentes sociais do NASF-AB, que eventualmente se revezavam no grupo). Além dos mediadores, houve a contribuição dos estagiários do curso de psicologia da universidade potiguar (UNP), que realizavam anotações para diário de campo, como observadores. Os mediadores e co-mediadores tiveram a função de mediar os diálogos e facilitar os encontros com orientação do grupo através do uso do guia GAM.

Durante os meses de realização do grupo, tivemos por varias vezes de pensar junto aos participantes sobre novas estratégias de mobilização, pois em determinados momentos percebíamos diminuição na presença dos participantes nos encontros, o que em alguns momentos prejudicou o andamento do grupo.

O encerramento do grupo com o uso da ferramenta do GGAM-BR se deu em um encontro avaliativo e de forma muito positiva, com boa avaliação e adesão dos participantes a proposta na segunda metade da experiência. Como efeito do processo da pesquisa, além das mudanças percebidas no cotidiano do uso de psicofármacos, os participantes pactuaram junto aos profissionais continua com a proposta dos encontros, transformando o Grupo GAM em um grupo contínuo de qualidade de vida e saúde mental na UBS.

Como procedimentos de pesquisa, utilizamos também a ferramenta da observação participante e o diário de campo. Os observadores foram os estagiários componentes da equipe de pesquisa junto aos profissionais mediadores. Para Minayo (2010), a observação participante consiste em parte essencial do trabalho de campo em pesquisa qualitativa, sendo compreendida como um método em si para compreensão da realidade. É um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Para esta mesma autora, o diário de campo é instrumento fundamental para o trabalho com observação participante, sendo este um caderninho de notas, em que o investigador, vai dia por dia, anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. São escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo.

Assim, como formas de registro, os encontros foram gravados em áudio e posteriormente foram transcritos, além da escrita do diário de campo pelos componentes da equipe de pesquisa.

O corpus de análise gerado pelos registros feitos, nos levaram a construção de narrativas da experiência que foram validas ao longo dos últimos três encontros. As narrativas validadas forma objeto de análise que resultou na discussão que fazemos a seguir.

Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizado referencial teórico proposto por Walter Benjamin (1980); Onocko Campos (2011); Onocko Campos et al, (2013). Para o primeiro as narrativas é uma forma artesanal de comunicação, que não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório, pois ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Já Onocko - Campos (2011), concebe as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político, (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2008). Narrativas constitui-se desta forma um processo de idas e vindas entre o lembrado e o esquecido, é um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. "Ao contar e interpretar experiências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interior de pensamentos-sentimentos e um mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis" (CASTELLANOS, P. 1068, 2013)

As narrativas dão visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se vive no desenrolar da pesquisa, ou seja, as narrativas nunca estão prontas no interior dos sujeitos, elas são sempre construções que nascem de uma relação, (ONOCKO CAMPOS, et al, 2013; ONOCKO CAMPOS, 2011).

A pesquisa de mestrado do primeiro autor, e orientada pela segunda que deu origem a este artigo, compõem um projeto multicêntrico, coordenado pela professora DR. Luciana Surjus da Universidade federal de São Paulo – UNIFESP. Foi aprovada em Comitê de Ética dessa mesma Universidade CEP/UNIFESP sob o parecer 2.234.177 e CAAE 70494817.0.1001.5505). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantidos aos participantes o anonimato, sendo utilizado nomes flores em substituição aos nomes reais das participantes e a confidencialidade das informações.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo dos encontros do Grupo GAM, uma das usuárias participantes referia-se a si mesma e as suas colegas usuárias no grupo como “meninas de tarja” para se referir a uma condição que elas partilhavam da experiência de usar medicamentos psicotrópicos, conhecidos popularmente como remédios de “tarja preta”, “remédio controlado” e “remédio para os nervos” (AZEVEDO, 2012):

Necessário (fala em relação o uso de medicação) por causa da minha situação em que eu não tenho como, por mais que eu queira substituir por outra coisa eu não tenho como deixar de tomar, e assim quando eu tomo o remédio faz efeito, eu durmo, e eu acordo melhor, então assim para mim eu acho que esse medicamento faz parte faz parte do meu dia-a-dia, faz parte da minha rotina, então eu não tenho problema com isso. Nenhuma reação, vou ter que tomar, só quando eu sinto que preciso sair para resolver alguma coisa que eu não tomo ou tomo depois, mas que deixar de tomar não! Eu tomo. É tanto que eu brinco com as meninas que eu chamo de as meninas de tarja (AMARÍLIS, usuária participante).

Então assim vai está estampado em mim, por que tanto que a gente sabe quando uma pessoa toma medicação controlada, quando ela está e quando ela não está tomando a medicação controlada a fisionomia dela muda. Então assim eu não vejo problema nenhum para mim. (AMARÍLIS)

Essa forma de comunicação mostra a produção ou a construção de uma identidade a partir de um diagnóstico ou de um tratamento, elementos muito presentes no campo da saúde mental, evidenciando o lugar de centralidade da doença e do tratamento psiquiátrico, em detrimento de várias outras dimensões na vida das pessoas (ONOCKO CAMPOS et al, 2014).

Quando discutimos no grupo o início da experiência com medicamentos psiquiátricos, nas colocações dos participantes, há um reconhecimento que os sintomas que produziram a necessidade ou desejo de buscar ajuda no medicamento foram produzidos pela exposição a diferentes formas de estresse, situações que originalmente não necessitaram de fármacos como estratégia de resolução, o que indicam alguns estudos (CARVALHO E DIMENSTEIN, 2003; TESSER, 2006) e também nas falas das participantes:

O que me levou no início foi o trabalho que eu tive com meu filho né, e depois foi a briga com aquele homem e aí isso gerou uma série de problemas (CAMÉLIA, usuária participante);

Eu comecei porque o meu esposo bebia muito. Ele quebrou as coisas do meu filho, ele não trabalhava, e aí comecei a botar

coisa na minha mente... aí eu fui para o médico né? Eu disse Doutor me ajude (CRAVINA, usuária participante)

Comecei a tomar esse medicamento porque meu marido foi procurar o psiquiatra, por causa assim que eu não tenho motivo para ter ciúmes, mas, tinha ciúmes doentio (ÍRIS, usuária participante)

Legitimam, assim, nas narrativas o processo de medicalização da vida, das emoções, do sofrimento humano sobretudo relacionados ao ser mulher no contexto familiar e nas relações conjugais especificamente. A exemplo do nosso estudo, diferentes foram as pesquisas que apontaram como resultados o processo de medicalização na vida das mulheres, sendo estas quase sempre as maiores consumidoras de psicofármacos; aquelas que mais procuram os serviços de saúde e as que mais recebem diagnósticos de depressão e ansiedade, caracterizando-as como portadoras do Transtornos Mentais Comuns (TCMs), quadro fortemente associado a população feminina, sobre tudo as que vivem em situação de pobreza e violação de direitos, evidenciando fortemente um componente de gênero nas formas de sofrimentos apresentados. (SILVA et al, 2018; CAMPOS E ZANELLO, 2016; SANDRA FORTES et al, 2014; ROCHA e WERLANE, 2013; WANDERLEY et al, 2013; MEDONÇA et al, 2008; CARVALHO e DIMESNTEIN, 2003; MALUF,2009).

Ainda de acordo com Maluf (2019), o gênero tem aparecido por sua relevância tanto quantitativa – ou seja, pelo alto índice de mulheres que são identificadas\diagnosticadas como portadoras do sofrimento emocional caracterizado pelos TCMs, “doenças dos nervos”, sofrimento psíquico\emocional –, quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social de gênero e pelos significados sociais dados à experiência da doença e do sofrimento psicológico, físico-moral ou do nervoso.

O sofrimento psicológico que identificamos na experiência das participantes, nos remetem a ideia de um sofrimento ético político que, de acordo com Sawaia (2014), emerge da vida cotidiana marcada pelo desgaste das desigualdades e injustiças sociais, pelas iniquidades de gêneros, pelas dificuldades econômicas e coerções sociais. É o sofrimento de estar submetida à negação de direitos, à opressão e as normas disciplinadoras do comportamento feminino.

O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da

sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (SAWAIA, 2014, p. 104-105)

Sem saber lidar com esses sofrimentos, lança-se mão da medicação como único recurso disponível e de fácil acesso, tanto para o especialista que está alheio ao sofrimento que é do “outro”, como para este “outro”, que se sente desamparado e impotente frente a sua dor e passa a exigir do médico a prescrição dados os efeitos silenciadores desse sofrimento e seus determinantes. Assim, o medicamento tem sido usado muitas vezes, por elas, como uma forma de se “anestesiá-las” diante de sua realidade, na tentativa de esquecer as situações problemáticas vivenciadas:

Muitas vezes eu tomava o remédio para dormir, para fugir dos problemas, só que não adiantava, quando eu acordava eles estavam lá (CRAVINA, usuária participante).

Eu estou bem, mas eu tive um conflito com alguém aí eu vou lá e tomo medicamento para passar isso (CAMÉLIA, usuária participante).

Às vezes eu prefiro tomar um remédio para me acalmar, dormir um pouco para quando acordar pensar melhor. (AMARÍLIS, usuária participante).

Retratam, desta forma, em suas vivências o exercício do poder operado pela cultura medicalizante que provoca a centralidade do uso de fármacos como remédio para suas dores cotidianas, pois essa passa a ser visto como a maneira de enfrentar os problemas do dia-a-dia. Os calmantes são utilizados para sanar desde os desentendimentos com membros da família até os sofrimentos destes provocados por doenças, mortes e dificuldades econômicas e sociais, entre outras, (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2003; MEDONÇA et al, 2008). Como afirma Azevedo (2012), o medicamento é visto como algo positivo para as usuárias, pois aliviam os sintomas do momento, mesmo não resolvendo as problemáticas, pois, como vimos, envolve determinantes sociais, políticos e concretos de vida.

Com isso elas vivenciam um sentimento de ambivalência em relação ao tratamento medicamentoso, pois, se de lado, reconhecem que essa abordagem ajuda no controle dos sintomas físicos e psicológicos, como a insônia, ansiedade, isolamento e tristeza, revelando-se, importante para sua qualidade de vida, por

outro, expressam o desejo de viverem sem a dependência da medicação. Elas percebem que, mesmo diante do uso, continuam vivenciando momentos de crises, desequilíbrios emocionais, conflitos psicossociais e recaídas, bem como a presença de efeitos adversos e a diminuição dos efeitos terapêuticos ao longo do tempo de uso, provocando dificuldades no dia a dia, “e o interessante é que a medicação tão forte é tão forte, mas não me deixa mais como me deixava dopada” (AMARÍLIS, usuária participante).

Carvalho e Dimesntein (2003) também apontaram em seu estudo que o uso de psicotrópicos de maneira inadequada é capaz de trazer mais malefícios do que benefícios à saúde, pois são substâncias que apresentam também efeitos indesejáveis para as mulheres. O desejo de ficar dopada presente na fala da participante pode ser entendido como uma forma de alienação e submissão ao medicamento, situação comum entre as participantes que acabam interpretando sinais dos efeitos colaterais como algo positivo.

Não é experiência assim muito agradável. Assim pelas reações, pelas quantidades e naquele momento você tem que parar aquele pedaço até a medicação fazer efeito, e um efeito tão esperado, determinada medicação não está acontecendo e me deixa frustrada. (AMARÍLIS, usuária participante).

Me disseram assim: olha, se você for esquizofrênica vai continuar o resto da vida, se você toma remédio você vai ver, e vai ouvir, se você não tomar vai ser a mesma coisa. Eu digo: então porque eu estou tomando meu remédio? (CAMÉLIA, usuária participante).

Aqui elas apontam o reconhecimento da insuficiência do uso de medicamentos na produção de saúde e das mudanças na vida que são necessárias. Como apresentam outros estudos (CAMPOS E ZANELLO, 2016; FERRAZZA et al, 2013; TIVERON e GUANAES-LOREZIN, 2013; DIMENSTEIN ET AL, 2010; SIMONE PAULON et al, 2013; LIMA CHAVES et al, 2009), é evidente também nas falas das participantes desta pesquisa um processo de deslocamento do foco de atenção, centrando-se nos sintomas psicofisiológicos e sua associação com a experiência de uso de psicofármacos, o que pode levar progressivamente a perda de autonomia e participação na vida social. Esse cenário, fragiliza assim as mulheres em sua potencia de ação dos indivíduos e coletivos, necessárias às transformações do modo de vida (SOUZA e SAWAIA, 2016).

A semelhança de outros estudos sobre o GAM realizados no Brasil (BESSA, et al, 2012; ONOCKO CAMPOS, et al, 2012; 2013; 2014), também no contexto potiguar as participantes do grupo destacaram a falta de conhecimento e informação sobre seus próprios tratamentos medicamentoso, como os motivos precisos da prescrição terapêutica dos medicamentos, seus efeitos, tempo e formas de uso, além da dificuldade em conversar com o médico prescritor acerca do tratamento. Evidencia-se uma relação de dependência e submissão ao saber médico e a redução da conduta médica à prescrição de psicofármacos sem envolver orientações ou criar um vínculo que permita que as usuárias se sintam confortáveis para perguntar sobre os medicamentos, caracterizando o uso “acrítico” dos mesmos por elas.

Porém, de outra forma, a dificuldade em conversar com o médico prescritor sobre os medicamentos aliadas aos efeitos adversos dos mesmos justifica, para elas, o uso irregular de medicamentos, provocando uma certa “gestão do uso” independente no manejo da prescrição, onde doses são alteradas para mais ou para menos, de acordo com as concepções e experiências das suas usuárias, a semelhança do que indicou o estudo de Maluf (2009).

Na pesquisa realizada por Medonça et al (2008), essa gestão do uso pelas usuárias em relação à prescrição médica indica um exercício de autonomia sobre o uso de medicamento, na busca de uma forma de não se tornar dependente ou de escapar da dependência dos psicofármacos. Por isso, o horário, o tempo de uso, a quantidade de comprimidos prescritos pelo médico são, com o tempo, substituídos pelo saber das pacientes sobre seus sintomas e efeitos. “O paciente dá novos significados aos tratamentos médicos, transpondo a relação médico-paciente para a relação paciente-sociedade” (MEDONÇA et al, 2008, p. 11).

Às vezes a gente toma medicação para uma coisa sem ter consciência (AMARÍLIS, usuária participante)

Essa questão de mexer por conta própria traz muitas questões, porque às vezes eu parei, mas, ninguém me informou que eu ia sentir os sintomas e não parar, por isso que é bom sempre estar acompanhado pelo médico. (CAMÉLIA, usuária participante)

Eu tô tentando só tomar naquele horário certo, mesmo que eu veja que eu estou no início de uma crise eu já procuro alguma coisa tomo muito chá aí eu me deito fecho a porta fecho janela para ninguém ver” (CAMAÉLIA).

Além disso, outra reflexão importante produzida na intervenção foi o entendimento da prescrição medicamentosa como parte do seu tratamento e não como única forma de cuidado, reconhecendo também a importância das relações afetivas como importantes na produção de saúde:

Tinha semanas, tinha dias que eu precisava ir três vezes ao pronto socorro e hoje é uma decisão minha, eu só vou se eu vi que é necessário mesmo, mas se for preciso eu peço venha cá, eu tô precisando, é tudo que eu preciso agora que você me abraça, não precisa dizer nada. (CAMÉLIA, usuária participante).

Reconheceram também fatores que impactam de forma negativa na relação com o uso do psicofármaco, acreditando que as vivências intrafamiliares fragilizadas, permeadas pela existência de conflitos, pela incompreensão e pelo desconhecimento acerca do próprio sofrimento psíquico pelos familiares são fatores que elas tomam como as principais causas para o consumo irregular das medicações. Assim, podemos dizer que as usuárias tem uma relação conflituosa com os medicamentos, o que está mais relacionado a uma tentativa de soluções de problemas cotidianos, do que o controle de seus sintomas.

Em Medonça et al (2008), numa pesquisa realizada sobre a medicalização de mulheres idosas, encontramos resultados que corroboram com os nossos, sobretudo, a constatação de que o uso de psicofármacos, como os calmantes, é um meio de controlar as pressões, ações e atividades das mulheres: como cuidar da família, do marido, fazer o trabalho doméstico, regulando seus horários de dormir, de acordar, as emoções, as iniquidades e contradições, os sonhos, os medos e as irritações.

Se eu ficar em casa eu altero minha medicação eu aumento minha medicação, e muito. Isso para não me preocupar tanto. (AMARÍLIS, usuária participante).

Para minha mãe é um problema aí quando ela pergunta se eu tomei eu digo que eu não tomo, aí Tibério (filho) quer que eu tome demais. Mamãe não quer que eu tome aí eu não sei o que fazer com os dois. (CAMÉLIA, usuária participante).

Outro aspecto que merece destaque na relação que elas estabelecem com os medicamentos é que percebem ainda como um elemento negativo a produção do estigma social diante da loucura e a ideia de “louco” que está relacionada a todas as pessoas que fazem uso de psicotrópicos. Essa associação estigmatizante entre o

uso de “remédio controlado”, de “tarja preta” e a condição de louco, contribuem para um processo de perda de autonomia e de exclusão social, pois nela está associado a concepção do “doente mental” como alienado, irracional e pessoa perigosa e ou incapaz de participar da sociedade por representar riscos para si e para o outro (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

Aí quando veem a medicação já disse que a gente é doida! (CAMÉLIA, usuária participante).

Quem quiser dizer que eu sou doida pode dizer, é isso que a gente escuta no mundo e na própria casa da gente. (CRAVINA, usuária participante).

Vê-se ainda a presença da relação do transtorno mental com os comportamentos de agressividade, violência, incapacidade intelectual e descontrole mental no imaginário social das pessoas de sua comunidade em relação a elas:

- Tia CAMÉLIA, a senhora pode matar minha filha sem perceber se a senhora surta aí; a senhora mata minha filha! [Ouviu isso de um familiar] então isso me magoou muito. Eu piorei muito em consequência disso, porque foi de uma pessoa que eu não esperava, uma pessoa super esclarecida. (CAMÉLIA, usuária participante)

Eu lembro que semana passada estava dormindo, aí foi minha irmã que disse: - vamos ter cuidado, porque tinha passado na tv um rapaz que tinha assassinado o pai, a mãe, e o irmão porque tinha sofrimento mental, aí ela chegou perto do quarto dele. Vamos ter que cuidar de “Amarílis”, porque “Amarílis” pode a qualquer momento perder o equilíbrio e fazer o mal a qualquer um dentro dessa casa. Aí eu me levantei e disse: - olha, uma coisa que graças a Deus não tem me faltado é equilíbrio, a prova disso é que vocês me infernizam o dia todo e eu não estou nem aí. E outra, surto não dá só quem tem problema mental. Qualquer ser humano pode ter um momento de fúria ferver o sangue no olho. (AMARÍLIS, usuária participante)

É interessante observar como o uso de psicotrópicos antecede uma definição do diagnóstico médico ao relacionar-se, antes, com o discurso estigmatizante relativo à “loucura” tal como presente no imaginário social (AMARANTE, 2007). Essa anterioridade, indica problemas, tais como: a prescrição não foi motivada por diagnóstico claro ou o diagnóstico que motiva a prescrição não foi comunicado as usuárias com clareza. De todo modo, a consequência do ato de prescrição é a experiência de exclusão social e ou de estigma pelas usuárias, intensificando ou produzindo novos aspectos ao sofrimento ético-político vivido por elas.

As mulheres reconhecem-se como “meninas de tarja”, mas não necessariamente possuem um diagnóstico que justifique o uso. Percebemos como essas mulheres vivenciam sofrimento ético-político na sua condição de mulheres pobres, residentes de uma cidade do interior de um estado nordestino e como esta condição soma-se a diferentes determinações sociais na produção do sofrimento ou do mal-estar. Além disso, essas determinações do sofrimento produzem também identificação com determinados diagnósticos ou com a imagem de “doente”, uma vez que deixam de ser culpadas por suas características que consideram incomodar e atrapalhar os demais e a si próprias (AMARANTE E TORRES, 2010; SAWAIA, 2014).

Experiências e modos de relações que são inerentes à vida das pessoas que convivem com o estigma da doença mental, sobretudo, de mulheres que vivenciam as iniquidades de gênero em seus relacionamentos sociais e institucionais. Ainda de acordo com Sawaia (2014), não basta definir as emoções que as pessoas sentem, é preciso conhecer o motivo que as originaram e as direcionaram, para conhecer a implicação do sujeito com a situação que os toca.

Considerações Finais

A GAM enquanto uma estratégia e o GUIA GAM BR como ferramenta constituiu uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, com a finalidade de disparar autoconhecimento, autonomia, e potência de ação para todos os sujeitos participantes do processo: Profissionais e usuários dos serviços de saúde. Percebeu-se, que seu uso promoveu a ampliação do diálogo, a troca de experiências e vivências com o uso de medicação, construindo experiências significativas nas diferentes dimensões de vida das pessoas: social, familiar e individual. Bem como, a produção de vínculo entre as participantes, os profissionais e a ESF.

O uso do Guia GAM no grupo intervenção mostrou-se como uma ferramenta com potência de promover (auto) conhecimento e participação dos usuários frente aos seus tratamentos, reforçando sua importância como dispositivo de cogestão e de consequente construção de autonomia e de novos modos de relações entre as pessoas, ao estimular o pensamento crítico e proporcionar um espaço de protagonismo frente à vida.

Evidenciamos o processo de legitimação da medicalização social, das emoções e do sofrimento humano, na vida das mulheres participantes, provocados por problemas cotidianos, por conflitos psicossociais e determinantes concretos de vida, que produzem nos sujeitos a experiência do sofrimento emocional, entendido neste estudo como um sofrimento ético político, que compreendido pelo um viés biológico, tronou-se “cenário “ “palco” para prática da medicamentação na APS.

Diante disso, o uso de psicofármaco tem sido utilizado na vida das mulheres como silenciadores de sofrimentos e de seus determinantes, deste modo, o tratamento medicamentoso ganha centralidade e novos significados na vida destas.

A experiência com a estratégia GAM resultou no entendimento da insuficiência do uso de medicamentos para produção de saúde e das mudanças na vida que são necessárias, realidade muito presente nos depoimentos das usuárias, constituindo um desafio para além dos já colocados pelas questões inerentes ao próprio medicamento, como os efeitos terapêuticos e os não desejados, e indicando a necessidade de uma abordagem mais integral a saúde, considerando suas amplas e complexas determinações. Para tanto, parece ser necessário pensar na construção junto a elas de espaços que promovam a mobilização de recursos e ferramentas individuais ou coletivas para a produção de saúde.

Referencias

AMORIM, A.K.M.A; et al. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 657-678, 2015.

AMORIM, A. K. M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):195-204, 2009.

AMARANTE, p; TORRE, G. H. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010 200p. 18 x 25 cm ISBN 978-85-88422-13-1*

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AZEVEDO, M. F. L. Um Estudo Sobre a “Doença dos Nervos” Para Além de um Sofrimento Incorporado. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5 (2), jul - dez, 2012.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>.

BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, JUL-SET 2016.

BOSSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):643-651, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNSS). *Atenção primária à saúde e promoção de saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

CARVALHO, F. L.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia* 2004.

CAMPOS, O. I; ZANELLO, V. SAÚDE MENTAL E GÊNERO: O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A INVISIBILIDADE DAS VIOLÊNCIAS. *Vivência revista de antropologia*. Nº 48|2016|p. 105-118.

CARVALHO, F. L.; DIMENSTEIN, M; O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 2004.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4):1065-1076, 2014.

DIMENSTEIN, M; SALES, L. A. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1209-1226, 2010.

FREITAS, F; AMARANTE, P. MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 148 p.

FERRAZZA, A. D; ROCHA, C. L; LUIZIO, A. C. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, ,255-265, 2013.

IGLESIAS, Alexandre; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3791-3798, 2014

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. V. S. *et al* (orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634.

MEDONÇA, R. T. et al. Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.95-106, 2008.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, D.C.N; et al. Uso Abusivo de Psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.136-144, Jun./Dez. – 2016.

MEDONÇA, T. R, et al, Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmante. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.95-106, 2008.

MAFUF, W. S. SOFRIMENTO, “SAÚDE MENTAL” e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. in leituras de resistência : corpo, violência e poder / Carmen Susana Tornquist ... [et al.]. – Florianópolis : mulheres, 2009. p. 440

ONOCKO CAMPOS, R. T. et AL. Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.

ONOCKO-CAMPOS, T. R; FURTADO, P. J. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 10, outubro, 2013, pp. 2889-2898.

ONOCKO-CAMPOS, R; PALOMBINI, A. L. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10):2847-2857, 2013.

ONOCKO- CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.

PRATA, N. I. S. S; GROISMAN, D; Et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2017.

ROCHA, S. B; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11):3291-3300, 2013

ROTELLI F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 149-169.

ROCHA, B. S; WELANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (11):3291-3300, 2013.

SANTOS EG, SIQUEIRA MM. Prevalência de transtornos mentais na população brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia, Bader Burihan. (Org.), *As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, (14ª ed, 1ª reimpressão, pp. 97-114). Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

SOUZA, A. S. A; SAWAIA, B. B. A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *PSICOLOGIA POLÍTICA*. VOL. 16. Nº 37. PP. 305-320. SET. – DEZ. 2016.

SIMONE PAULON; ROSANE NEVES, Et al . A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Psicología para América Latina*, 2013.

SANDRA FORTES, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1079-1102, 2014.

SILVA, et al. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO BRASIL. *5Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):639-646, 2018.

TIVERON, P. D .J ; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do Trabalho com Grupos na Estratégia Saúde da Família. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 3, pp. 391-401, jul./set. 2013.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde] Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

VASCONCELOS EM. (Org.). Saúde Mental e Serviço Social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2008, p. 69-95.

WANDERLEY, T. C; et al. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013

ZANELLA, Michele; et al. Medicalização e Saúde Mental: estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº 15 (JUN., 2016).

4.2 Artigo 2 – “Aqui a gente é o que a gente é de verdade”: O Guia GAM como ferramenta de promoção da saúde e de atenção psicossocial na estratégia de Saúde da Família

RESUMO

O estudo buscou analisar o uso do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) brasileiro como uma ferramenta inovadora de cuidado e promoção de saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde. A intervenção com o GGAM BR foi realizada no período de oito meses, na ESF de um município de médio porte do RN. O material de análise foi produzido nos registros de áudio, diário de campo e construção de narrativas, a partir da experiência com o grupo, que foram objeto de análise. Os resultados evidenciam que GGAM mostrou-se potente para instituir espaços de promoção da saúde na ESF, de participação de usuários no próprio cuidado e no cotidiano da ESF, além de constituir uma ferramenta facilitadora de processo grupal, da produção e troca de saberes, autonomia e aumento da potencia de ação na vida dos participantes. Conclui-se que a Gestão Autônoma da Medicação é uma ferramenta potente para a integralidade do cuidado e a participação social em saúde no âmbito da atenção básica, extrapolando os limites do campo da saúde mental.

PLAVRAS-CHAVE: Medicalização; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Prática Integral de Cuidados de Saúde; Empoderamento para a Saúde; Práticas grupais.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar el uso de la Guía brasileña para el manejo autónomo de medicamentos (Guía GAM) como una herramienta innovadora para la atención y promoción de la salud mental en el contexto de la Atención primaria de salud. La intervención con GGAM BR se llevó a cabo durante ocho meses. , en la FHS de un municipio mediano de RN. El material de análisis se produjo en los registros de audio, el diario de campo y la construcción narrativa, a partir de la experiencia con el grupo, que fueron objeto de análisis. Los resultados muestran que GGAM demostró ser potente para establecer espacios de promoción de la salud en la ESF, la participación de los usuarios en su propia atención y en la vida diaria de la ESF, además de constituir una herramienta facilitadora para el proceso grupal, la producción y el intercambio de conocimiento, la autonomía. y un mayor potencial de acción en la vida de los participantes. Se concluye que GAM es una herramienta potente para la atención integral y la participación social en salud en el ámbito de la atención primaria, yendo más allá de los límites del campo de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Medicalización; Promoción de la salud; Atención primaria de salud; Práctica integral de atención médica; Empoderamiento para la salud

Introdução

No campo da atenção em saúde mental, o cuidado por longos períodos foi centralizado no hospital psiquiátrico e na figura do médico, e ordenado pela lógica da instituição total, caracterizando o modelo de cuidado asilar voltado para a “cura” dos sintomas, tendo a internação psiquiátrica, o isolamento e a segregação como estratégia privilegiada para o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais. As pessoas em sofrimento psíquico “desprovidas” de sua capacidade produtiva, em período de crescimento e fortalecimento do capitalismo, eram depositadas nos manicômios, onde sofriam com a violação explícita de sua integridade física, moral, psíquica (Inglesias & Avellar, 2014).

Foi esse paradigma de cuidado que imperou no Brasil e ainda não está superado. Somente a partir da década de 1980, com o advento da reforma psiquiátrica, que o processo de mudança na atenção em saúde mental começou a ser discutida, com uma proposta de construção de redes de atenção integral na

saúde mental, que dialogam com o conceito ampliado de saúde e com a integralidade do cuidado, garantindo reinserção social e o resgate da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico (Amarante, 2007; Brasil, 2005, 2013).

Nesse cenário, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como a lei Paulo Delgado, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, por redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Com isso a reforma psiquiátrica estaria sendo consolidada pela primeira vez como política oficial de governo, tendo como norte ético-político a desinstitucionalização¹.

Surgem novos serviços, ancorado no desenvolvimento de um modelo de Atenção Psicossocial, com propostas que visam o tratamento de desordens psiquiátricas para além dos hospitais psiquiátricos tradicionais e que apontam para a necessária articulação da saúde mental nos serviços de bases territoriais e comunitárias, considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) componente essencial e estratégico na formação da atenção psicossocial (Amarante, 2007). Nessa direção, a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS), tendo por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, propondo uma rede de saúde mental integrada para atender as pessoas em sofrimento psíquico.

Considera que, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) se apresentam como uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental e um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área (Brasil, 2005; 2013; Wonca, 2008).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais, com base em diferentes estudos, varia entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (Santos & Siqueira, 2010). Segundo o Ministério de Saúde (Brasil,

¹ Consideramos aqui a desinstitucionalização como “desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas, que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental” (ROTELLI, 1994, p.?), perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

2003), um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, e que aproximadamente de 10% a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva.

Por estas características, é muito comum que os profissionais da ESF encontrem a todo o momento pacientes em situação de sofrimento psíquico. Cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental, presente nas diversas queixas dos usuários (Brasil, 2013; Wonca, 2008). Os processos de trabalho desses profissionais se dão junto aos territórios de vida dos sujeitos, nos bairros, nas comunidades, onde são produzidos os sentidos e significados da existência (Starfield, 2002; Brasil, 2012).

Essa integração da saúde mental representa a principal garantia de acesso da população às boas práticas de cuidado, constituindo estratégia adotada pelo Ministério da Saúde - com ênfase no território, na desinstitucionalização e no atendimento humanizado - ao eleger a Estratégia de Saúde da Família - ESF como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidados, terapêuticas e saberes em saúde mental (Brasil, 2007; OMS & WONCA, 2008).

Na APS, os fenômenos da medicalização e medicamentação da vida se expressam na prática da prescrição de psicotrópicos como única forma de cuidado em saúde mental. Os psicofármacos têm sido a forma mais utilizada no tratamento de sofrimentos psíquicos severos, bem como de uma gama muito maior de sofrimentos cotidianos, provocando uma elevada demanda na procura e prescrição desses medicamentos, e um conseqüente uso indiscriminado (Jorge et al., 2012; Jorge et al., 2013; Rocha & Werlang, 2013; Onocko-Campos, Passos, Palombini et al., 2013).

Assim, enfrentamos o desafio nesse contexto de que o tratamento baseado em psicofármacos seja o mais utilizado, colocando em segundo plano, outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos, na comunicação e no desenvolvimento de novas formas de sociabilidade (Onocko-Campos, et al., 2013).

A medicalização é um processo complexo, imbuído no imaginário social, que transforma as vivências em necessidades médicas. Sofrimentos e experiências

dolorosas, que antes eram ressignificados no próprio ambiente familiar e comunitário, hoje levam as pessoas a procurarem o auxílio medicamentoso, reduzindo outras possibilidades terapêuticas de se estabelecerem também como legítimas (Tesser, 2011).

Evidencia-se, o risco da psychologização dos problemas sociais, da ampliação e da ambulatorização da demanda, ou seja, formas de tratar privatizantes, em que se perde a dimensão cuidadora, sua potência e eficácia, as quais se contrapõem aos pressupostos da lógica psicossocial da saúde mental coletiva (Bezerra et al, 2014; 2016).

O fenômeno da medicalização consiste em transformar aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável, provocando expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (Tesser, 2006; Gaudenzi & Ortega, 2012; Coelho, 2012).

Entendemos que a medicalização resulta em práticas que têm se refletido nas últimas décadas em um aumento considerável do consumo de psicotrópicos em todo o mundo, e na ampliação significativa dos diagnósticos de transtornos mentais, dentre eles os quadros de depressão, ansiedade, e transtorno bipolar, reproduzindo a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde e a exclusividade da farmacoterapia como principal forma de tratamento utilizado em saúde mental (Rocha & Werlang, 2013; Moura et al ., 2016).

Nota-se que os medicamentos são utilizados de modo a suprimir sintomas imediatos, que são, na realidade, oriundos, não só de determinantes biológicos, mas, sobretudo de questões psicossociais maiores, como desemprego, conflitos familiares e urbanos, a pausa ou retorno ao uso de drogas ilícitas. Assim, a prática medicamentosa objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em toda a sua complexidade e em suas singularidades, exigindo um olhar mais integral na atuação em saúde (Winograd, 2011; Vargas & Campos, 2018).

Entendemos serem esses sinais e sintomas no corpo e na vida das pessoas formas de expressões do sofrimento denominado por Sawaia (2014), de “sofrimento ético-político”, definido como:

O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (Sawaia, 1999, pp. 104-105)

Ou seja, uma produção de sofrimento que emerge da vida cotidiana das pacientes marcada pelo desgaste das desigualdades e injustiças sociais, pelas iniquidades de gêneros, pelas dificuldades econômicas e coerções sociais. É o sofrimento de estar submetida à negação de direitos e à opressão.

Outra faceta revelada deste problema envolve o baixo *empowerment* que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, com pouca apropriação de informação e centralização do poder nos profissionais de saúde, o que torna a clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar (Onocko-Campos, Passos & Palombini et al. , 2013). Nesse sentido, como apontado por (Rui 2014, p. 89 apud Vargas & Campos, p. 83, 2018), “o fim da contenção física teria sido substituído por um novo modelo de gestão, baseado na contenção química [...]”

De acordo com Tesser (2006), a nova proximidade e interação permitida pela Estratégia de Saúde da Família é uma faca de dois gumes: pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e reconstrução da autonomia, mas também, e facilmente, pode constituir-se em uma nova força medicalizadora poderosa. Em nosso contexto de atuação, podemos avaliar que essa aproximação tem se refletido na reprodução de modelos tradicionais de cuidado, por vezes gerando segregação e exclusão. Tem se apresentado também como uma nova força medicalizadora, pela ausência de ofertas de cuidados orientados pela lógica psicossocial, e a forte ênfase na abordagem farmacológica, provocando o que podemos chamar de regulação do comportamento, baseada na prescrição de psicotrópicos, o que tem sido usada de maneira indiscriminada nesses cenários (Caponi, 2012).

Além disso, uma prática comum na APS é a realização dos encaminhamentos diretos para os serviços especializados de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e os atendimentos ambulatoriais de psiquiatria, procedimento realizado de maneira vertical sem o compartilhamento de casos entre os serviços e

profissionais, o que reforça esse modelo, favorecendo a “desresponsabilização” em detrimento da corresponsabilização (Zorzanelli, Ortega & Junior, 2014).

Esse cenário tem provocado uma elevada demanda por atendimentos ambulatoriais e clínicos na Estratégia de Saúde da Família, e um aumento significativo no consumo de psicotrópicos, de modo particular dos antidepressivos e os ansiolíticos que são as substâncias que ocupam uma posição central para os usuários da APS, causando um desequilíbrio entre a oferta e demanda da assistência farmacêutica em nosso contexto de atuação.

Além disso, no contexto da APS os sujeitos, famílias e comunidades, não raras vezes, são excluídos das decisões sobre seu próprio tratamento, ficando o profissional médico ou a equipe de saúde responsável exclusivo pela gestão do cuidado dos sintomas, que não raramente é conduzida de modo descontextualizado da vida dos sujeitos, provocando uma perda de autonomia, responsabilização e governo de si (Dantas, 2014).

Para isso, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar a execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde, que em sua prática visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a sua saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e da troca de saberes (Souza & Jacobina, 2009).

O sujeito teria desse modo, um processo de saúde-doença-cuidado compreendido em seu contexto, nas suas redes de relações e afetos com seu território, com suas necessidades sociais, econômicas, coletivas e afetivas, o que resultaria na ampliação do repertório de ações, na produção de maiores graus de responsabilização, de autonomia, e na capacidade de intervenção na realidade.

Costa-Rosa & Yasui (2000); Vasconcelos (2008); Prata *et al* (2017), definem as abordagens psicossociais como aquelas que articulam os fenômenos psicológicos com as outras dimensões da vida, sem reproduzir práticas terapêuticas propostas pelas abordagens clínicas convencionais, considerando o contexto histórico, os lugares e territórios. Alertam para a necessidade da construção práticas que incorporem os impasses e sofrimentos subjetivos e concretos decorrente das condições e modos de vidas vivenciados no cotidiano dos territórios.

As práticas desenvolvidas no modo psicossocial orientam-se pela lógica da territorialidade, estando os serviços de saúde mental localizados geograficamente no espaço de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico. Entretanto, mesmo no contexto da APS, as ações em saúde mental centralizam-se no atendimento médico, sendo o tratamento farmacológico amplamente privilegiado, e o uso de psicotrópicos realizado de forma abusiva e acrítica, além do fato de que a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente (Santos, 2009; Bezerra, 2016).

No campo da produção do cuidado em saúde mental, de modo particular no contexto da APS, os avanços apontam a exigência da construção de práticas inovadoras voltadas à desinstitucionalização e à inclusão social, pautadas por novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território, “criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco” (Yasui, 2009, p. 06).

Nesse sentido, não é incomum como recursos terapêuticos o trabalho com dispositivos grupais, desde oficinas e grupos terapêuticos, grupos de ajuda e suporte mútuos, além do fomento a existência de coletivos e associações de sujeitos portadores de transtornos mentais, familiares, cuidadores e profissionais que participam dos processos de desinstitucionalização e reinserção social (Vasconcelos, 2008). Assim, a organização de grupalidades em saúde mental tem se revelado potente nesse sentido, ampliando as sociabilidades e o empoderamento dos usuários neste campo (Vasconcelos, 2008).

Essas grupalidades ganham diferentes formas e parecem ter em comum o fato de que estão a serviço da produção de saúde mental dos seus atores e se utilizam de tecnologias que se alinham a concepções embasadas no campo da reabilitação psicossocial, favorecendo a autonomia, o poder contratual, a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental, para resistir às cronicidades e aos desejos de manicômios que têm atravessado os dispositivos sanitários instituídos (Bossi et al., 2011; Jorge et al., 2012; Amorim et al., 2015;).

Desde 2016, o primeiro autor, é psicólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de um município do interior do estado do Rio Grande do Norte, onde encontra o desafio cotidiano de pensar novas estratégias de

cuidado em saúde mental, pois o cenário caracterizava-se pela existência de uma alta demanda de atendimentos pelos usuários nas UBSs e a única abordagem ofertada era a consulta individual para prescrição de psicotrópico ou para encaminhamento para o CAPS.

Diante disso, foi possível propor, como prioridade do trabalho, as atividades coletivas em saúde mental, com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças como estratégias de enfrentamento a essa lógica medicalizante presente na prática clínica e no desejo de profissionais e usuários. Assim buscamos pensar e desenvolver um cuidado mais comunitário em saúde mental, focado no acolhimento, no vínculo, na escuta e nas práticas grupais.

Nessa perspectiva, a intervenção grupal de promoção de saúde se apresenta como uma ferramenta de atenção psicossocial que favorece o desenvolvimento de potencialidades, a ampliação das redes de apoio formal e informal e o estímulo a participação comunitária e autonomia dos sujeitos, ao promover oportunidades de trocas de conhecimentos, de interação e cooperação entre os participantes (Andrade & Vaitsman, 2002; Paiva et al., 2009;).

De acordo com Silva (2014), os grupos estratégicos de promoção de saúde na ESF não são simples aglomerados de sujeitos que comparecem às unidades de saúde para atividades educativas verticalizadas, mas atividades que consideram as falas, os gestos, as posturas, ideias e ampliam a capacidade de fazer escolhas de forma consciente e responsável. Os grupos constituem espaços de aprendizagem, convivência e socialização, um processo de grupalidade que permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas não alcançadas em um atendimento individualizado (Andrade & Vaitsman, 2002; Faquinello et al. 2012; Fernandes et al. 2019).

Nesse contexto, compreende-se, autonomia não como o contrário de dependência ou como liberdade absoluta, mas, como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. Ou seja, um “processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (Onocko-Campos & Sousa Campos, 2012, P. 670). Exercer autônoma nesse sentido pressupõe a capacidade das pessoas e coletivos desempenharem sua capacidade de escolha e decisão, agir sobre o mundo e interferir sobre sua rede de dependências de forma crítica e reflexiva, como sujeito do conhecimento e como cidadão de direitos.

Dentre as estratégias possíveis para a promoção de saúde e situando-as em relação ao problema da medicalização da vida, destacamos a metodologia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Ao considerar o contexto de utilização pouco crítico e muitas vezes abusivo dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam, a GAM foi desenvolvida em Quebec, no Canadá, como uma estratégia de intervenção e uma tecnologia de cuidado em saúde mental que se figura entre as mais recentes desenvolvidas. Sustentada pelas ideias de empoderamento e participação social, a GAM se destina a ajudar as pessoas a refletirem sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida, participação e autonomia. A GAM propõe ferramentas concretas para enfrentar a problemática da medicalização da vida, onde práticas de saúde mental não dependam tanto da medicina (Onocko-Campos et al. 2014).

Considerada como uma metodologia de cuidados emancipatória, orientada para lidar com esta questão do uso crônico de drogas em diferentes serviços de saúde mental, busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados, para uma melhor qualidade de vida (Onocko-Campos et al. 2014). O guia GAM (GGAM-BR)² refere-se a um “instrumento que reconhece o direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização da medicação e a necessidade de compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários”. (Gonçalves & Campos, 2017, P. 3).

A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento principalmente com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Consiste num conjunto de passos que propõem ao usuário questões e informações para ajudá-lo a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, visando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha (Onocko-Campos et al. 2014; Onocko-Campos et al. 2013).

² O Guia GAM (GGAM_BR) adaptado pode ser acessado em:
https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf

Com base em ideias e experiências que apontam para a potencialidade das grupidades na saúde mental, um grupo de pesquisadores brasileiros adaptou a metodologia da Gestão Autônoma da Medicação com base em experiências grupais em serviços da RAPS (Onocko-Campos et al. 2013). A dinâmica grupal do uso do Guia visa à partilha de experiências, a ajuda mútua, o estímulo à busca e troca de informações sobre medicamentos e direitos. Na ferramenta GAM, a proposta de se trabalhar com produção de espaços grupais parte desse entendimento de que a autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão que objetiva a criação de espaços de expressão e de decisão acerca do tratamento e da qualidade de vida, favorecendo uma relação ativa e não mais passiva com o tratamento medicamentoso (Onocko-Campos et al. 2014).

Diante disso, entendemos que a GAM pode se constituir como uma estratégia grupal de promoção da saúde no cenário da APS. Nessa perspectiva, surge a aposta da GAM enquanto uma estratégia de cuidado grupal capaz de promover o aumento da autonomia, potência de ação e do empoderamento das pessoas envolvidas em seu processo no âmbito da APS, provocando participação social, produzindo conhecimentos e acesso à informação, através do compartilhamento de experiências de cuidado vivenciadas. Além disso, o modo de operar em um grupo GAM à brasileira, e sua efetivação no contexto da APS, podem facilitar a construção de redes sociais de apoio, elemento primordial no cuidado em saúde mental na ESF.

As principais experiências com o uso da estratégia GAM na realidade brasileira deram-se nos pontos estratégicos da RAPS, tais como nos Centros de Atenção psicossocial (CAPS) nas modalidades tipo I, II e III, adulto e infantil. Poucas ainda são as práticas com a ferramenta GAM desenvolvida nos CAPS AD (álcool e drogas) e no campo da APS. Além disso, não encontramos na literatura descritas experiências no contexto da ESF e em cidades distante dos grandes centros urbanos, evidenciando uma carência de referenciais, e a necessidade de experiências nesses contextos.

Assim, justificou-se a proposição da nossa pesquisa no cenário da ESF numa cidade de pequeno porte no RN, em que implantamos a experiência com um Grupo GAM, orientados pela questão: A GAM poderia ser uma estratégia de cuidado em saúde mental da Atenção Primária à Saúde e, ao mesmo tempo, uma forma de

enfretamento ao fenômeno da medicalização da vida, de modo específico ao uso acrítico e indiscriminado de medicação psicotrópica no território da ESF?

Com essa pergunta em mente, desenvolvemos uma pesquisa que teve como objetivo geral investigar os limites e potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da ESF em um município do interior do RN. E como objetivos específicos: implantar a experiência com o dispositivo GAM na ESF; compreender as especificidades da GAM nessa realidade e analisar a experiência dos usuários no grupo GAM em seus efeitos no cotidiano da vida dos usuários. Neste artigo, focalizamos na análise da experiência do uso do Guia Gam como ferramenta de promoção da saúde e de cuidado no contexto da APS.

Metodologia

O Guia GAM (GGAM-BR) foi trabalhado por meio de uma intervenção coletiva que envolveu a produção de uma grupalidade com sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico e que estavam em uso de psicotrópicos sob cuidados da Estratégia de Saúde da Família. A experiência foi estruturada e proposta por pesquisadores e também trabalhadores da secretária municipal de saúde. A composição da intervenção se deu pela participação dos seguintes sujeitos: 10 usuários do serviço; 02 profissionais da UBS; 01 pesquisador e profissional do NASF e 02 pesquisadores estudantes de graduação em psicologia.

Foram critérios de inclusão na pesquisa para participação dos usuários: ser maior de dezoito anos; estar fazendo uso de psicotrópicos há mais de um ano; manifestar vontade de participar no grupo e não ter limitação cognitiva grave. Já os critérios de exclusão foram: Ser menor de 18 anos; fazer uso de psicotrópicos há menos de um ano; ter limitação cognitiva grave. Entre os dez usuários participantes somente um era do sexo masculino, eram todos acompanhados pela equipe da ESF, tinham entre 20 e 55 anos de idade e todos sabiam ler e escrever. O grupo intervenção ocorreu pelo período de oito (8) meses, entre maio e dezembro de 2018, totalizando dezoito (18) encontros. Os encontros do grupo aconteciam de forma semanal, sempre na terça-feira de cada semana, das 15: 00 h da tarde e normalmente indo até as 17h00min, estrutura pactuada previamente com os usuários e profissionais. Todos os encontros foram mediados por um dos

profissionais e teve o GGAM-BR como instrumento de facilitação da grupalidade. As atividades da intervenção foram desenvolvidas em etapas, a saber:

Etapa 1 – Visitas a RAPS para apresentação da proposta, definições de problemas e pactuação com equipe e usuários interessados na experiência no âmbito da ESF;

Etapa 2 – Sensibilização para a participação no GAM e formação do grupo GAM, junto aos profissionais e usuários da UBS, com convite para participação;

Etapa 3 – Realização do grupo GAM, com usuários do território da UBS e do CAPS de referência;

Etapa 4 – Elaboração das narrativas e validação coletiva

Etapa 5 – Constituição do corpus de análise e construção da análise.

Esta pesquisa é qualitativa (Minayo, 2010), e trabalhou com a perspectiva da construção e análise e de narrativas (Onocko-Campos, 2011). O material com que trabalhamos foi produzido nos encontros, que foram gravados em áudio e as gravações posteriormente foram transcritas, além da escrita do diário de campo pelos componentes da equipe de pesquisa. A partir dos diários e das transcrições elaboramos narrativas dos encontros.

Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizado referencial teórico proposto por Walter Benjamin (1980); Onocko Campos (2011); Onocko Campos et al, (2013). Para o primeiro as narrativas são uma forma artesanal de comunicação, que não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório descritivo, pois ela mergulha também na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Já Onocko-Campos e Furtado (2008) concebe as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político. As narrativas constituem-se desta forma um processo de idas e vindas entre o lembrado e o esquecido, é um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. "Ao contar e interpretar experiências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interior de pensamentos-sentimentos e um mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis" (Castellanos, 2013 p. 1068).

As narrativas dão visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se vive no desenrolar da

pesquisa, ou seja, as narrativas nunca estão prontas no interior dos sujeitos, elas são sempre construções que nascem de uma relação (Onocko Campos, et al. 2013; Onocko Campos, 2011). Dessa forma, foi possível construir narrativas com base nos depoimentos das participantes e acontecimentos que fizeram parte da experiência.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior que teve como objetivo geral investigar os limites e potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cuidado e enfrentamento a medicalização no contexto da ESF em um município do interior do RN. E como objetivos específicos: implantar a experiência com o dispositivo GAM na ESF; compreender as especificidades da GAM nesse e analisar a experiência dos usuários no grupo GAM em seus efeitos no cotidiano da vida dos usuários. Assim, neste artigo, apresentamos como resultados alguns dos depoimentos narrativos das usuárias participantes e discutimos os mesmos focalizando num dos eixos de análise do estudo, qual seja: o GAM como grupalidade estratégica de promoção da saúde e de atenção psicossocial no contexto da APS.

Resultados e discussão

Os relatos de cada participante da intervenção mostram a experiência partilhada por todos de conviver com o sofrimento como sofrimento ético-político (Sawaia, 2014) por ser provocado por condições sociais, se particularizando na relação saúde-doença-cuidado, em emoções, sofrimentos e sentidos. As experiências foram marcadas também por um modelo de cuidado em saúde voltado quase que exclusivamente para atenção aos sintomas biológicos e psicológicos do adoecer, negligenciando o sujeito, sua história de vida, suas condições sociais e culturais e as suas potencialidades humanas:

Como eu já disse, quando eu venho aqui é renovação de energia, é muito bem mais importante. Hoje para mim eu só tenho medicação, mas se eu tivesse acompanhamento desse que eu estou tendo com uma frequência maior, eu acho que estaria muito melhor (CAMÉLIA, usuária participante)³.

Convivemos com a existência de instituições e formas de tratamento ancorados em um modelo produtor de procedimentos muitas vezes anacrônicos,

³ Referimo-nos as participantes da experiência com nomes fictícios de flores para preservar seu anonimato e sigilo, conforme garantido no TCLE.

segregadores, violadores de direitos e com efeitos mortificadores das subjetividades, pois colocam a doença em destaque e deslocam o olhar para ela, tornando-o objetivo de todo o trabalho, em detrimento da produção de saúde. Com isso, a pessoa que necessita de cuidado é reduzida à posição de objeto e fica passiva a intervenções exclusivamente curativas, sendo a intervenção medicamentosa, na maioria das vezes, o único recurso disponível, de modo semelhante aos achados de Jorge *et al.* (2013).

Nesse contexto, a ferramenta da Gestão Autônoma da Medicação se mostrou em nossa intervenção com o GGAM como uma estratégia de cuidado capaz de mobilizar a autonomia e participação dos sujeitos no seu autocuidado, no processo de enfrentamento pessoal, familiar e coletivo dos desafios colocados, a semelhança do que já revelaram estudos como os de Onocko-Campos *et al.* (2013); Palombini *et al.* (2013); Freitas *et al.* 2016; Gonçalves e Campos (2017); Cougo e Azambuja, (2018);. Além disso, a grupalidade GAM tem possibilitado a produção de um sujeito que possui um papel fundamental na gestão de suas vidas como fica evidente no depoimento:

Quando a gente sai daqui é como se ganhasse uma vida nova, pelo menos eu, particularmente, me sinto assim. Eu nem sinto meus dias, eu tenho parado para pensar, eu não sou tão fraca como eu achava que eu era, sabe? (AMARÍLIS, usuária participante).

O uso do Guia GAM no grupo intervenção mostrou-se como uma ferramenta coletiva promotora de ganhos de saúde, com potencial para ativação da potencia de agir das participantes, provocou o aumento da autonomia e maior empoderamento das a partir da participação das usuárias no grupo, refletindo sobre sua posição em seus tratamentos e tendo a possibilidade de um “lugar” de fala e escuta das experiências e saberes daqueles que partilham vivências de sofrimento emocional e social.

Assim, a experiência parece corroborar com as ideias de Souza e Sawaia (2016) que afirmam que a coletividade potencializa a saúde ético-política, e com Costa-Rosa *et al.* (2004) que compreendem o grupo como um dispositivo capaz de propiciar encontros, escutas, trocas e a reflexão coletiva sobre novas possibilidades e não soluções imediatas de problemas.

Se eu não tivesse aqui, eu não estaria de pé, aqui eu posso falar, ninguém vai me censurar, eu me sinto eu de verdade, quando estou aqui eu sei que eu não sou uma pessoa doente, eu estou adoecida (CAMÉLIA, usuária participante).

Elementos que tornaram evidentes quando as participantes destacaram que, ao participar da intervenção, conseguiram ampliar seus conhecimentos sobre si e sobre seus territórios de convivência, melhorando assim sua qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalves e Campos (2017) que afirmam que o Grupo GAM foi um espaço de amadurecimento, trocas e aprendizagem em relação aos usuários, ficando claro no encerramento desse processo que os usuários conseguiram adquirir um maior grau de empoderamento, aproximando-se de seu tratamento e com mais autonomia em suas relações.

Reconheceram que a experiência GAM, para muitas, estava sendo a primeira forma de tratamento/cuidado para além das formas ancoradas no modelo biomédico como o uso de medicação e a psicoterapia tradicional. Pela primeira vez, estavam sendo estimulados a expressar suas emoções, angústias, reflexões, aflições, dúvidas e sugestões sobre seu adoecimento e tratamento. Nesse sentido, a intervenção mostrou-se também como espaço que contribuiu para a mudança de posição em relação ao próprio sofrimento e adoecimento e também em relação ao tratamento com medicamentos, como fica evidente nos depoimentos de Margarida e Cravina:

Eu só sei que antes desse encontro eu vivia em crise, eu chorava muito, menina, vivia em crise, vivia dentro de casa, era só em crise, os remédios não fazia efeito (MARGARIDA, usuária participante).

Hoje eu tenho outra realidade, hoje eu não me vejo mais como uma pessoa doente. Realmente eu não me vejo com uma pessoa doente, pode ser que uma pessoa diga, sabe, mas eu não dou atenção a isso". (CRAVINA, usuária participante).

Evidenciaram que a troca de experiências nas vivências com o sofrimento mental e com relação ao tratamento medicamentoso, possibilitou um processo de crescimento a partir da história do outro, das narrações, das estratégias pessoais de enfrentamento, afirmando-se, dessa forma, a potência da grupalidade promovida pela GAM, e a sua instituição enquanto uma prática inovadora de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, consideramos que a GAM pode se constituir como uma prática inovadora no cenário da APS na direção do que Carvalho, et al. (2015) consideram como projeto de promoção à saúde, cujo o principal objetivo estaria na indução de práticas desmedicalizantes, que estimulem os indivíduos a reconquistarem o controle sobre a sua saúde e a assumirem o papel de cidadãos e/ou consumidores ativos de bens ofertados pelo “mercado” da saúde.

De outro modo Silva (2014) traz que um Grupo Estratégico de Promoção da Saúde tem por objetivo tornar os sujeitos protagonistas de sua própria existência, favorecendo a transformação social e pessoal, no sentido que o próprio sujeito entende como desejável, quando ele está responsável e esclarecido sobre esta complexidade. Com esses objetivos em mente, depoimentos como os de Margarida permitem-nos afirmar a grupalidade GAM como uma grupalidade estratégica de promoção da saúde

É bom porque eu também faço o comentário do meu problema, eu escuto o dele, e eu digo, olhe, por que às vezes através do que ele diz eu já tiro uma lição para mim. Pronto! No caso dela, ela disse que não toma mais o medicamento para dormir, aí ele diz que já tá sentindo mais feliz, para você voltar a estudar, se você for, você consegue. (MARGARIDA, usuária participante).

Nessa perspectiva, a intervenção grupal também se apresenta como uma ferramenta de atenção psicossocial que favorece o desenvolvimento de potencialidades, a ampliação das redes de apoio formal e informal e o estímulo a participação comunitária, ao oportunizar trocas de conhecimentos, interação e cooperação entre os participantes (Andrade & Vaitsman, 2002; Paiva et al. 2009).

Aí eu vim e de imediato eu gostei muito, eu percebi que as pessoas têm seus problemas diferentes, mas, todo mundo tem uma fase na vida né? Acho que é como disseram aí, que um ajuda o outro no que pode. Então, assim, eu acho que a gente compartilha dessas sensações, desses momentos, quando a gente sai daqui, chega em casa, a gente sente mais leve, a gente chega tão mais leve, e eu penso: - poxa! Eu não acredito que eu não gostava, que eu não queria ir e hoje eu não quero perder o grupo (AMARÍLIS, usuária participante).

Você vai juntando um pouquinho de cada um aqui e você vai vendo o que foi que aconteceu com você (GIRASSOL, usuária participante).

Os relatos das participantes vão legitimando o pensamento de Ribeiro (1999, p. 35), de que “o grupo é como uma rede, como uma teia de aranha, onde cada

elemento funciona como um ponto nodal independente, mas psicodinamicamente interligado, agindo como um subsistema, onde cada um afeta o outro e é afetado pelo conjunto, criando uma matriz operacional”. Nessa perspectiva a produção de grupidades vai tornando-se espaço privilegiado para produção de redes de apoio, de construção de vínculos, e de ganhos de saúde (Andrade & Vaitsman, 2002; Fernandes et al , 2019)

Assim como já afirmada por diferentes estudos (Andrade & Vaitsman, 2002; Faquinello *et al.* 2012; Silva, 2014; Fernandes *et al.*, 2019), as pessoas participantes de nossa intervenção grupal, reconheceram que a rede social de apoio, formada através das trocas nos encontros da GAM, foi ferramenta de cuidado e da melhora da saúde mental.

Resultados que apontam que as práticas grupais constituem ferramenta importante para a promoção e manutenção da saúde, para inserção social de pessoas com sofrimento ético político, e como prática de cuidado efetiva na articulação da saúde mental na APS, impactando positivamente a qualidade de vida, as condições físicas, psíquica, sociais e afetivas dos usuários do SUS.

Na intervenção, as pessoas refletiram sobre suas relações comunitárias, familiares, de trabalho, de amizades e com o próprio SUS, ora como fatores de risco, ora como fatores de proteção para a sua saúde mental. De outra forma, reconhecem que, mesmo sem uma compreensão empática do sofrimento, das características de vivência com um transtorno mental, recebem da família apoio no momento de crise:

Nem toda hora a família entende o que você está passando. Mas eles chegam junto, mesmo sem entender, sem aprovar (GIRASSOL, usuária participante).

Mesmo não sendo 100%. Primeiro passo a família. É porque, assim, ela está do seu lado, na hora que você precisar, a primeira necessidade que vai chegar junto são eles. Aí quando você procurar um médico no espaço desse, uma ajuda, aí você tem uma ajuda lá de fora. Por mais que a família seja complicada, mas sempre vai ser a família (MARGARIDA, usuária participante).

Para além da família como fonte de apoio social, as usuárias revelam que os relacionamentos afetivos, os laços estabelecidos com os profissionais de saúde e o pertencimento a grupos e a uma religião são fatores que ajudam no desenvolvimento de uma vida mais saudável, pois auxiliam em momentos de crises

emocionais, algo já apontado pelos estudos de Andrade e Vaitsman (2002), Dimenstein *et al.* (2010), Faquinello *et al.* (2012) e Fernandes *et al.* (2019).

Hoje, eu já tenho amiga minha, eu acho que já até relatei às vezes, eu começo a tremer, me dá agonia, coração acelerado. Aí as vezes eu chego lá, porque ela me disse: - a hora que você precisar! Às vezes eu chego lá e digo: - me dá um abraço e ela me abraça, me abraça, eu choro, aí respiro e passa (CAMÉLIA, usuária participante).

Afirmaram que com a participação na intervenção vivenciaram um processo de mobilização interna, de autoconhecimento, acreditando nas potencialidades individuais e coletivas como ferramenta de cuidado de si, para além do uso da medicação, reafirmando seus desejos de melhora, uma melhora que se traduz muito mais que a eliminação dos sintomas, mas um novo jeito de viver e enfrentar a vida, de estar na vida, de lidar com sua rede de dependências.

Assim, é possível afirmar que dentro dos limites da experiência em termos de tempo, foi possível promover um espaço em que as usuárias puderam desenvolver novas formas de “viver menos como uma pessoa doente”, como nos diz Amarílis, uma usuária participante, com mais autenticidade e autonomia. Além disso, as participantes falam da conquista de uma postura mais ativa no exercício de seus papéis, percebendo a si mesmas como uma pessoa que não se resume à sua condição psiquiátrica:

Ele [esposo] me perguntou: - para que você vai (referência aos encontros da GAM)? E eu disse que eu preciso disso. Do jeito que eu tô aqui não dá para viver (GIRASSOL, usuária participante)

Para mim [estar no grupo GAM] foi um presente foi onde eu sair do fundo do poço. Eu estou me sentindo mais leve, me sentindo mais forte (CAMÉLIA, usuária participante).

Diante disso, ressaltamos a importância da rede social promovida pelos grupos de promoção da saúde na APS, pelas relações sociais de apoio, como um modo de proteção e auxílio material e psicossocial das pessoas que carregam consigo a experiência do sofrimento ético-político, constituindo-se enquanto “espaços” de aprendizagem e mobilizadores da potência de agir, conforme evidenciado nas experiências narradas pelas pessoas participantes da intervenção.

Considerações Finais

A experiência de intervenção desenvolvida com o GGAM-BR mostrou-se potente para instituir espaços de promoção da saúde no território da Estratégia de Saúde da Família, que tem entre suas diretrizes e princípios basilares o rompimento com a tradição medicalizante, apoiando-se na ideia de promoção de saúde, cujo principal objetivo está na indução de práticas não medicalizantes, que estimulem os indivíduos a conquistarem qualidade de vida e participarem de modo ativo na gestão sobre a sua vida e saúde, mesmo em condições limitadoras.

O GGAM-BR se constituiu, desta forma, como uma ferramenta facilitadora do processo grupal para promoção da saúde, praticada de forma coletiva, de maneira dialogada e compartilhada, visando a partilha de experiências, o suporte mútuo, o estímulo à busca de informação sobre medicamentos, a participação no próprio tratamento e na tomada de decisões sobre ele, no autoconhecimento e na ampliação de redes de apoio social.

Assim, a pesquisa demonstra que a estratégia GAM ao produzir grupidades no seu modo de operar em coletividade potencializa a saúde, entendida em nosso estudo também como uma conquista ético-política. Assim, a produção de saúde reflete-se no aumento da potência de agir individual e coletivamente, com efeitos nos seus diversos aspectos da vida, como: trabalho, participação social, relacionamento com a família, ampliação do círculo de amizades e redes novas de apoio.

Pode-se afirmar ainda que a troca de experiências relativas ao sofrimento mental e ao tratamento medicamentoso com drogas psiquiátricas propiciou autoconhecimento e conquista de novos saberes a partir da história do outro, das narrativas partilhadas, das estratégias pessoais de enfrentamento à doença e à dependência de medicamentos que cada um desenvolve. Dessa forma, a potência da grupidade promovida pela GAM é evidente e nos permite afirmá-la como uma prática inovadora de promoção da saúde no contexto da APS.

O desafio que se coloca agora a partir da experiência consiste em como sustentar grupidades assim a partir da criação de novas formas de mediação, semelhantes ao GGAM-BR e como desenvolver outras experiências GAM na APS em territórios diferentes, ampliando as possibilidades de grupidades GAM. Para tanto, há um longo caminho de formação e discussão junto as equipes de saúde da família no sentido de fomentar, com a GAM e a partir dela, formas de atuação alinhadas a perspectivas não medicalizantes e que favoreçam a ampliação do olhar

sobre o processo de saúde-doença-cuidado, potencializando a ampliação da autonomia e empoderamento dos usuários e coletividades em seus territórios de vida.

Referencias

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, editora fiocruz.

Amorim, A. K. M. A; Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 195-204.

Amorim, A. K. M. A; et al. (2015). Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 657-678.

Andrade, G. R. B; Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934.

Benjamin, Walter. (1994). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, p. 197-221.

Bezerra, I. C. et al. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161.

Bezerra, I. C. et al. (2014). “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74.

Bossi, M. L. M. et al. (2012). Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):643-651.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNS). (2007). *Atenção primária à saúde e promoção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2003). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. Saúde Paidéia.

Castellanos, M. E. P. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde Ciência & Saúde Coletiva, 19 (4):1065-1076.

Coelho, J. R. (2012). A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito. Ed. Natal: MJCM.

Costa-Rosa, A; Yasui, S. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168.

Cougo, V. R; Azambuja, M. A. (2018). A Estratégia Gestão Autônoma da Medicação e a Inserção da (A) normalidade no Discurso da Cidadania. Psicologia: Ciência e Profissão v. 38 n°4, 622-635.

Dimenstein, M; Sales, L. A. et al. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1209-1226.

Faquinello, S.S.M; Waidmani, M. A. P. (2011). A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. Rev Bras Enferm, Brasília. 64(5): 849-56.

Fernandes, E. T. P. et al. (2019). Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290115.

Freitas, A.C.M; et al. (2016). EMPODERAMENTO E AUTONOMIA EM SAÚDE MENTAL: O Guia GAM como ferramenta de cuidado. Santa Maria, revista interdisciplinar, v. 42, n.2, p. 149-156, jul./dez.

Gaudenzi, P; Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.21-34, jan./mar.

Gonçalves, L. L. M; Onocko-Campos, R. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. Cad. Saúde Pública.

Iglesias, A; Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3791-3798.

Jorge, M.S.B. et al. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1543-1561.

Jorge, M.S.B; Sousall, F.S.P; Francoll, T. B. (2013). Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm; 66(5): 738-44.

Lancetti, A; Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. V. S. et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634.

Minayo, M.C.S. (2010). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC.

Moura, D.C.N; et al. (2016). Uso Abusivo de Psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.136-144.

Onocko- Campos, R. (2011). Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286.

Onocko-Campos, R; Palombini, A. L. et al. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10):2847-2857.

Onocko-Campos, R. T; et al. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 10, pp. 2889-2898.

Onocko-Campos, T. R; Furtado, P. J. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública.

Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). (2010). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Editora Unisul.

Palmbini, A. L.; Onocko-Campos, R. T. et al. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10): 2899-2908.

Prata, N. I. S. S; Groisman, D; Et al. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53.

Prata, N. I. S. S; Groisman, D; et al. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53.

Ribeiro, J. P. (1999). *Gestalt-terapia de curta duração*. 2. ed. São Paulo: Summus.

Rocha, B. S; Welang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (11):3291-3300.

Rosa, B. P. G; Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 37-44.

Rotelli F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 149-169.

Rotelli, F.; Leonardis, O. Mauri, D. (1990). Tradução de Fernanda Nicácio. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: NICÁCIO, F.(org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

Santos E. G, Siqueira M. M.(2010). Prevalência de transtornos mentais na população brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.

Sawaia, B. B. (2014). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia, Bader Burihan. (Org.), *As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, (14ª ed, 1ª reimpressão, pp. 97-114). Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

Sérgio R. Carvalho, 2 Camila de O. Rodrigues, 3 Fabrício D. da Costa, 4 Henrique S. Andrade. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269.

Silva, et al. (2018). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):639-646.

Silva, J. A. (2014). Promoção da saúde: estratégias para autonomia e qualidade de vida do sujeito com diabetes. Dissertação de mestrado- mestrado profissional em saúde da família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Souza, A. S. A; Sawaia, B. B. (2016). A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). PSICOLOGIA POLÍTICA. VOL. 16. Nº 37. PP. 305-320.

Souza, I. P. M. A.; Jacobina, R. R. (2009). Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev. Baiana de Saúde Pública, v.33, n.4, p.618-627.

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

Tesser, C. D; Neto, P. P; et al. (2010). Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3615-3624.

Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.347-62.

Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde] Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76.

VASCONCELOS EM. (Org.). Saúde Mental e Serviço Social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez p. 69-95.

Vasconcelos, E. M. (2008). Abordagens psicossociais. São Paulo: Hucitec, 2008.

Yasui, S.A. (2009). Atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: outro mundo é possível. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, n. 1, p. 1-9.

Zorzanelli, R. T; Ortega, F; Junior, B. B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência & Saúde Coletiva, 19(6):1859-1868.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde mostra-se como um desafio teórico-prático para nós profissionais e gestores dos serviços, pois somos provocados a romper com a lógica que historicamente tem orientando o campo da saúde mental, apontando para a superação das práticas fragmentadas, tradicionais, manicomiais e medicalizantes, que tem violado os direitos de cidadania e de vida das pessoas, para ações de cuidado fundamentadas no princípio da integralidade, da Clínica ampliada e do sujeito, que se propõem como reflexo do ganho de saúde, aumentar os graus de autonomia, de participação, empoderamento e da potência de ação de sujeitos individuais e coletivos.

Nesse sentido, os estudos apontam em todo mundo a necessidade de se desenvolver inovações em saúde mental, produzindo novos modos e cenários de cuidado e intervenções, cuja implicação maior é a desconstrução de práticas fundadas na objetivação da doença mental e a (re) construção de práticas que considerem as alteridades.

A ESF se constitui dentro da RAPS como importante e estratégico cenário de novas abordagens de cuidado em saúde mental, pois estão postas nos territórios onde as pessoas existem, onde produzem e reproduzem suas vidas, suas relações sociais, afetivas, e comunitárias. Concluindo-se, que a APS expande as fronteiras do cuidado de SM e configura um novo desafio para a reforma psiquiátrica brasileira tendo como foco principal a desinstitucionalização dos atendimentos aos portadores de transtornos mentais, e as pessoas que convivem com a experiência do sofrimento psíquico.

A GAM enquanto uma estratégia e o GUIA GAM como ferramenta produziu uma intervenção participativa, de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, disparando conhecimento, autoconhecimento, autonomia, e potência de ação para todos os sujeitos participantes do processo: Profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Percebeu-se, que seu uso promoveu a ampliação do diálogo, a troca de experiências e vivências com o uso de medicação, construindo experiências significativas nas diferentes dimensões de vida das pessoas: Social, familiar e individual.

O uso do GAM no grupo intervenção mostrou-se como uma ferramenta com potência de promover conhecimento e participação dos usuários frente aos seus tratamentos, reforçando sua importância como dispositivo de cogestão e de consequente construção de autonomia e de novos modos de relações entre as pessoas, ao estimular o pensamento crítico e proporcionar um espaço de protagonismo frente à vida.

O GGAM mostrou-se potente para instituir espaços de promoção da saúde no território da Estratégia de Saúde da Família, que tem entre seus diretrizes e princípios, a função de romper com a tradição medicalizante, apoiando-se na ideia de promoção de saúde, cujo principal objetivo está na indução de práticas não medicalizantes, que estimulem os indivíduos a conquistar e reconquistar o controle sobre a sua vida e saúde.

A pesquisa demonstra que a estratégia GAM ao produzir grupalidades no seu modo de operar em coletividade potencializa a saúde, entendida em nosso estudo como uma saúde ético-política que como reflexo de seu ganho aumentou-se a potência de agir dos participantes frente suas vidas, refletida nos diversos aspectos como Trabalho, participação social, relacionamento com a família, ampliação do círculo de amizades e construção de redes novas de apoio.

Observamos nesse estudo que o processo de medicamentação da vida se faz presente de forma mais íntima na vida das mulheres, como resposta ao um sofrimento ético político. Nossa intervenção teve em sua grande maioria a participação mulheres, que consigo carrega a experiência do sofrimento ético político, compreendido como o sofrimento emocional provocado por fatores e determinantes concretos da existência humano, como: As desigualdades de gêneros, os conflitos familiares, as diferenças sociais, a pobreza, a vivência com diagnósticos de transtornos mentais, condições que produzem formas de sofrimentos aos sujeitos, que compreendido pelo um viés biológico, tornou-se “cenário “ “palco” para prática da medicamentação na APS. Diante disso, o uso de psicofármaco tem sido utilizado na vida das mulheres como silenciadores de sofrimentos e de seus determinantes, deste modo, o tratamento medicamentoso ganha centralidade e novos significados na vida destas, evidenciamos o processo de legitimação da medicalização social, das emoções e do sofrimento humano.

Nessa perspectiva, a GAM se propõe enquanto uma fermentada de cuidado grupal capaz de promover o aumento da autonomia, potência de ação e do

empoderamento das pessoas envolvidas em seu processo, provocado pela participação política, pelo conhecimento, pelo o acesso à informação, e pelo compartilhamento da sabedoria decorrente da experiência do vivido.

A experiência com a estratégia GAM resultou no entendimento da insuficiência do uso de medicamentos para produção de saúde e das mudanças na vida que são necessárias, realidade muito presente nos depoimentos das usuárias, constituindo um desafio para além dos já colocados pelas questões inerentes ao próprio medicamento, como os efeitos terapêuticos e os não desejados, e indicando a necessidade de uma abordagem mais integral a saúde, considerando suas amplas e complexas determinações. Para tanto, parece ser necessário pensar na construção junto a elas de espaços que promovam a mobilização de recursos e ferramentas individuais ou coletivas para a produção de saúde.

A experiência pode provocar uma reestruturação dos modos de produzir o cuidado e um aperfeiçoamento das práticas de saúde, ampliando as ofertas, a partir do manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias para a consolidação de uma lógica de atenção, que estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia individual e coletiva, e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, um desafio, ainda, presente.

A pesquisa levou-nos à constatação de que ainda são necessárias mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental, inclusive na Atenção Primária à Saúde, especialmente no que se refere às formas de compreensão do sofrimento emocional, e à valorização da experiência e participação dos usuários em seu tratamento.

Espera-se que algumas das reflexões aqui apresentadas possam ajudar o campo “PSI” e outras categorias profissionais a encontrar as melhores soluções possíveis para reduzir a lacuna assistencial e ampliar o cuidado integral à saúde mental, sobre tudo no contexto da Estratégia Saúde da Família que tem como fundamento as ações de promoção em saúde.

O encerramento do grupo com o uso da ferramenta do GUIA GAM, se deu de forma muito positiva, com boa avaliação e adesão dos participantes a proposta, teve produção de uma coesão grupal mobilizadora, tanto que os participantes pactuaram junto aos profissionais continua com a proposta dos encontros, transformando o GAM em um grupo contínuo de saúde mental da UBS.

Apontamos que se faz importante que outras pesquisas aprofundem a investigação dos efeitos da experimentação do Guia GAM nos cenários da APS, afim de que esta ferramenta possa se fazer uma tecnologia leve de trabalho, como foi no nosso contexto de intervenção.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

AMORIM, A.K.M.A; et al. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 657-678, 2015.

AMORIM, A. K. M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):195-204, 2009.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMARANTE, P. D. C; JUNIOR, A. C. J. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 425-435

Azevedo, M. F. L. (2012). Um Estudo Sobre a “Doença dos Nervos” Para Além de um Sofrimento Incorporado. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5 (2), 223-235.

ANDRADE, G. R. B; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934, 2002.

Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME. O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME. Brasil, 18 de maio de 2019. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=412.

BEDIN, D. M. Passos e descompassos: práticas em saúde mental na perspectiva da integralidade. Porto Alegre: Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNASS). Sistema único de saúde. Brasília: Conass, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNSS). Atenção primária à saúde e promoção de saúde. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>.

BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, JUL-SET 2016.

BOSSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):643-651, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família Saúde Paidéia, 2003.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CAPONI, Sandra. Classificar e Medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. R. Inter. Interdisc. Interthesis, Florianópolis, v.9, n.2, p.101-122, Jul./Dez. 2012.

CAPRA, F. O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CELA, M. O fazer do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2014.

CHIAVERINI, D. H.(org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, J. R. A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito. Ed. Natal: MJCM, 2012.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4):1065-1076, 2014.

COSTA-ROSA, Abílio; YASUI, Silvio O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CARVALHO, F. L.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia* 2004.

COUGO, V. R.; AZAMBUJA, M. A. A Estratégia Gestão Autônoma da Medicação e a Inserção da (A) normalidade no Discurso da Cidadania. *Psicologia: Ciência e Profissão* Out/Dez. 2018 v. 38 n°4, 622-635.

DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

DIMENSTEIN M, TRAVERSO Y. M. Saúde pública: antecedentes históricos, campo de serviços e práticas no município de Natal. In: Borges LO. (org). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005. p. 47-65.

DIMENSTEIN, M; SALES, L. A. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1209-1226, 2010.

FREITAS, F & AMARANTE, P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FERNANDES, E. T. P. et al. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290115, 2019.

FAQUINELLO, S. S. M; WAIDMANI, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 set-out; 64(5): 849-56.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GONÇAVES, L. L. M; ONOCKO-CAMPOS, R. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cad. Saúde Pública* 2017.

IGLESIAS, Alexandre; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9):3791-3798, 2014

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1543-1561, 2012

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1543-1561, 2012.

JORGE, M. S. B; SOUSALL, F. S. P; FRANCOLL, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 738-44.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. *In: CAMPOS, G. V. S. et al (orgs). Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634, 2012.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, D.C.N; et al. Uso Abusivo de Psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *SANARE*, Sobral - V.15 n.02, p.136-144, Jun./Dez. – 2016.

MOURA, D.C.N., Pinto, J. R., Martins, P., Pedrosa, K. de A.& Carneiro, M. G. D. (2016). Uso Abusivo de Psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Sanare Revista de Políticas Públicas*, Sobral 15 (2), 136-144.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ONOCKO- CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; Eduardo Passos; Palombini, A.L; SANTOS, D.V.D et al. Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2889-2898, 2013.

ONOCKO CAMPOS, R.T; Palombini, A.L; Silva, A.E, et al., Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.967-80, out./dez. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; Eduardo Passos; Palombini, A.L, et al. GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores.

DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS): ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Editora Unisul; 2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005

PRATA, N. I. S. S; GROISMAN, D; Et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2017.

ROCHA, S. B; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3291-3300, 2013

ROTELLI F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 149-169.

RIBEIRO, J. P. Gestalt-terapia de curta duração. 2. ed. São Paulo: Summus, 1999.
ROSA, B. P. G; WINOGRAD, M. PALAVRAS E PÍLULAS: SOBRE A MEDICAMENTALIZAÇÃO DO MALESTAR PSÍQUICO NA ATUALIDADE Psicologia & Sociedade; 23(n. spe.), 37-44, 2011.

VARGAS, A.F.M; CAMPOS, M.M. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. Revista Brasileira de Sociologia | Vol. 07, No. 15 | Jan-Abr/2019

SANTOS, E. G; SIQUEIRA MM. Prevalência de transtornos mentais na população brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. 2010

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1177-1182, 2009.

SILVEIRA, M; et al. EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. Mnemosine Vol.10, nº1, p. 2-22 (2014).

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia, Bader Burihan. (Org.), As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social, (14ª ed, 1ª reimpressão, pp. 97-114). Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: O Ministério da saúde, 2002.

SOUSA, et al, 2011. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1579-1599, 2011

SOUZA, A. S. A; SAWAIA, B. B. A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *PSICOLOGIA POLÍTICA*. VOL. 16. Nº 37. PP. 305-320. SET. – DEZ. 2016.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS VERSÕES NA HISTÓRIA BRASILEIRA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*,v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009.

SILVA, et al. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO BRASIL. *5Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):639-646, 2018.

SILVA, J. A. (2014). Promoção da saúde: estratégias para autonomia e qualidade de vida do sujeito com diabetes. Dissertação de mestrado- mestrado profissional em saúde da família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde] *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

TESSER, C.D., NETO,P.P.;CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*15, pp. 3615-24, 2010.

VASCONCELOS EM. (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2008, p. 69-95.

VASCONCELOS, C.M. e PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. V. S, et al., (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

WANDERLEY, T. C; et al. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013

YASUI, S.; LUZIO, C ; AMARANTE, P. *Rev. Polis e Psique*, 2018; 8(1): 173 – 190 | 187

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2009.

ZANELLA, Michele; et al. Medicalização e Saúde Mental: estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº 15 (JUN., 2016).

ZORZANELLI, R. T; ORTEGA, F; JUNIOR, B. B Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência & Saúde Coletiva, 19(6):1859-1868 , 2014.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(a) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO NÃO MEDICALIZANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RN**, que tem como objetivo conhecer intervindo sobre o processo de implantação de práticas de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) no Rio Grande do Norte.

A pesquisa se dará na implantação e acompanhamento de grupo de gestão autônoma de medicação a partir do Guia GAM. Serão 15 encontros semanais compostos por pesquisadores/facilitadores, profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família, em Assu/RN.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa e autorização para gravar as conversas geradas durante os encontros do grupo GAM. Garantimos que sua participação não trará nenhuma forma de prejuízo para seu tratamento no serviço, independentemente de sua opinião sobre os temas que serão conversados. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação, assim como a identificação do serviço. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes, quando assim solicitado.

A coordenação do projeto e toda a equipe está disponível, a qualquer tempo, para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta pesquisa. Os

contatos com o coordenador do projeto de pesquisa, o psicólogo, ANTONIO HENRIQUE BRAGA DA COSTA, são: telefone: (88) 994037604 e e-mail: antoniohenriquepsi@gmail.com.

Você também poderá consultar informações sobre a referida pesquisa ao CEP HUOL : Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Espaço João Machado - 1º Andar - Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br. Responsável pela avaliação dos procedimentos éticos da mesa.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o (a) participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Assu-RN, ___/___/2018.

Participante

Antonio Henrique Braga da costa

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,

_____,'
depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO NÃO MEDICALIZANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RN poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha participação nos grupos GAM, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisador e psicólogo **Antônio Henrique Braga da Costa** a realizar a gravação de minha fala sem custos financeiros a nenhuma parte.

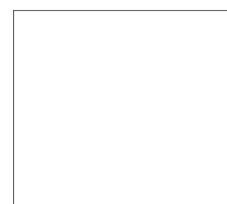
Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisador coordenador da pesquisa e psicólogo **Antonio Henrique Braga da Costa**, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Assu, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa:

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável:



Impressão
datiloscópica do
participante

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS; UMA FICARÁ COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL.