

**“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**

**"HERE, WE ARE WHO WE TRULY ARE": THE GAM GUIDE AS A TOOL FOR
PROMOTING HEALTH AND PSYCHOSOCIAL CARE IN THE FAMILY HEALTH
STRATEGY**

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

23/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782090781](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782090781)

Antonio Henrique Baraga da Costa¹

Ana Karenina Arraes Amorim²

Rodolfo Pereira Soares Martins³

Michelle Fernandes Batista⁴

Robert Lincoln Barros Melo⁵

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 potência de ação na vida dos participantes. Conclui-se que a GAM 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.

Palavras-chave: Medicalização; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Prática Integral de Cuidados de Saúde; Empoderamento para a Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the use of the Brazilian Guide for Autonomous Medication Management (GAM Guide) as an innovative tool for mental health care and promotion in the context of Primary Health Care. The intervention with GGAM BR was carried out over eight months, in the FHS of a medium-sized municipality of RN. The analysis material was produced in the audio records, field diary and narrative construction, from the experience with the group, which were the object of analysis. The results show that GGAM proved to be potent to establish health promotion spaces in

the FHS, users' participation in their own care and in the FHS's daily life, besides constituting a facilitating tool for group process, production and exchange of knowledge, autonomy. and increased action potential in participants' lives. It is concluded that GAM is a potent tool for comprehensive care and social participation in health in the scope of primary care, going beyond the limits of the mental health field.

Keywords: Medicalization; Health promotion; Primary Health Care; Comprehensive Health Care Practice; Empowerment for Health.

1. 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 desinstitucionalização⁶.

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, 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 trabalhos 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 consequente uso indiscriminado (Jorge et al., 2012; Jorgel *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 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).

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 modelos 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 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)⁷ 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).

Com base em idéias e experiências que apontam para a potencialidade das grupalidades 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-ação 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 enfrentamento

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-ação 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.

2. 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

psicotr3picos h3 mais de um ano; manifestar vontade de participar no grupo e n3o ter limita33o cognitiva grave. J3 os crit3rios de exclus3o foram: Ser menor de 18 anos; fazer uso de psicotr3picos h3 menos de um ano; ter limita33o cognitiva grave. Entre os dez usu3rios 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 interven33o ocorreu pelo per3odo de oito (8) meses, entre maio e dezembro de 2018, totalizando dezoito (18) encontros. Os encontros do grupo aconteciam de forma semanal, sempre na ter3a-feira de cada semana, das 15: 00 h da tarde e normalmente indo at3 as 17h00min, estrutura pactuada previamente com os usu3rios e profissionais. Todos os encontros foram mediados por um dos profissionais e teve o GGAM-BR como instrumento de facilita33o da grupalidade. As atividades da interven33o foram desenvolvidas em etapas, a saber:

- Etapa 1 – Visitas a RAPS para apresenta33o da proposta, defini33es de problemas e pactua33o com equipe e usu3rios interessados na experi3ncia no 3mbito da ESF;
- Etapa 2 – Sensibiliza33o para a participa33o no GAM e forma33o do grupo GAM, junto aos profissionais e usu3rios da UBS, com convite para participa33o;
- Etapa 3 – Realiza33o do grupo GAM, com usu3rios do territ3rio da UBS e do CAPS de referencia;
- Etapa 4 – Elabora33o das narrativas e valida33o coletiva
- Etapa 5 – Constitui33o do corpus de an3lise e constru33o da an3lise.

Esta pesquisa é qualitativa (Minayo, 2010), baseada nos princípios da pesquisa-ação (Thiollent, 1985) e trabalhou com a perspectiva da construção e análise 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.

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.

3. 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-cuidado-doença, 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)⁸.

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de pesquisa-ação 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 amigos 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 grupalidade 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 coloca-se agora a partir da experiência consiste em como sustentar grupalidades assim a partir da criação de novas formas de mediação, semelhantes ao GGAN-BR e como desenvolver outras experiências GAM na APS em territórios diferentes, ampliando as possibilidades de grupalidades 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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: Editora 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.

Gonçaves, 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.
- Jorgel, 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.
- Marante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- 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.

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 malestar 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. *Desinstitu-cionalização, 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*, (14^a ed, 1^a 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. N° 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.

Thiollent, M. (2008). Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez, 1985.

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

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.

¹ Psicólogo, mestre em saúde da família pela UFRN, doutorando em psicologia pela UFC. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5334-5518>

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1343-9341>

³ Fisioterapeuta, especialista em docência do ensino superior.

⁴ Assistente social

⁵ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. Doutorando em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco

⁶ 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).

⁷ 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

⁸ Referimo-nos as participantes da experiência com nomes fictícios de flores para preservar seu anonimato e sigilo, conforme garantido no TCLE.