

## “MULHERES DE TARJA”: VIVÊNCIAS DE MULHERES COM O USO DE PSICOTRÓPICOS EM UM GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAÇÃO

Antônio Henrique Braga da Costa<sup>1</sup>

Ana Karenina Arraes Amorim<sup>2</sup>

Zulmira Áurea Cruz Bomfim<sup>3</sup>

Eliane Oliveira Pinheiro<sup>4</sup>

Raquel Gomes Batista<sup>5</sup>

**RESUMO:** A Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe a construção de novas práticas e contextos de cuidado em saúde mental fundamentados na liberdade, em oposição à lógica medicalizante hegemônica. Essa lógica tem contribuído para a ampliação dos diagnósticos de transtornos mentais e para o uso crescente de psicofármacos, configurando o fenômeno da medicalização da vida. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de tecnologias de cuidado que favoreçam a desmedicalização, o empoderamento e a autonomia de pessoas em sofrimento psíquico. Este estudo objetivou investigar os limites e as potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cuidado e de enfrentamento à medicalização no contexto da ESF em um município do interior do Rio Grande do Norte, bem como compreender as vivências das participantes em relação ao uso de psicotrópicos e os significados atribuídos a esses medicamentos em suas trajetórias de vida e cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa-ação. Os procedimentos metodológicos incluíram a realização de um grupo de intervenção GAM ao longo de oito meses, a observação participante e a construção de narrativas a partir das experiências vivenciadas no grupo. Como instrumentos de produção de dados, utilizaram-se diários de campo e gravações em áudio. Os resultados evidenciaram que a medicalização atravessa as práticas profissionais e se configura como uma das principais respostas às demandas apresentadas pelas mulheres atendidas na ESF, que frequentemente utilizam psicofármacos como forma de silenciamento dos sofrimentos e de seus determinantes sociais. As narrativas das participantes revelaram experiências marcadas pela naturalização do uso prolongado desses medicamentos, pela centralidade da prescrição médica nos itinerários terapêuticos e pela busca de alívio para sofrimentos produzidos em contextos de vulnerabilidade social e afetiva. Tais vivências evidenciam a complexidade da relação estabelecida com os psicotrópicos, os quais assumem simultaneamente funções de cuidado, controle e adaptação às adversidades cotidianas.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental. Medicalização. Vivências.

<sup>1</sup>Psicólogo, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará.

<sup>4</sup>Enfermeira, especialista em Saúde da Família.

<sup>5</sup>Pedagoga, especialista em Saúde Pública.

**ABSTRACT:** The Brazilian Psychiatric Reform proposes the development of new mental health care practices and contexts grounded in freedom, in opposition to the dominant medicalizing logic. This logic has contributed to the expansion of mental disorder diagnoses and the increasing use of psychotropic medications, characterizing the phenomenon known as the medicalization of life. In this context, the Family Health Strategy (FHS) represents a privileged setting for the development of care technologies that promote demedicalization, empowerment, and autonomy among individuals experiencing psychological distress. This study aimed to investigate the limitations and potentialities of Autonomous Medication Management (AMM) as a care strategy and as a means of confronting medicalization within the context of the FHS in a municipality in the interior of Rio Grande do Norte, Brazil. It also sought to understand participants' experiences regarding the use of psychotropic medications and the meanings attributed to these drugs throughout their life and care trajectories. This qualitative study was conducted using an action research approach. The methodological procedures included the implementation of an AMM intervention group over eight months, participant observation, and the construction of narratives based on the experiences shared within the group. Field diaries and audio recordings were used as data production instruments. The findings revealed that medicalization permeates professional practices and constitutes one of the main responses to the demands presented by women receiving care in the FHS. These women frequently use psychotropic medications as a means of silencing suffering and its social determinants. Participants' narratives highlighted experiences marked by the normalization of prolonged medication use, the central role of medical prescriptions in therapeutic pathways, and the search for relief from suffering produced in contexts of social and emotional vulnerability. These experiences demonstrate the complexity of the relationship established with psychotropic medications, which simultaneously serve functions of care, control, and adaptation to everyday adversities.

2

**Keywords:** Family Health Strategy. Mental Health. Medicalization. Experiences.

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu importantes transformações no campo da saúde mental ao questionar o modelo hospitalocêntrico e asilar, historicamente responsável pela exclusão social e pela violação de direitos de pessoas em sofrimento psíquico (Iglesias; Avellar, 2014). Fundamentada nos princípios da desinstitucionalização e da atenção psicossocial, a Lei nº 10.216/2001 consolidou as bases para a reorganização da assistência em saúde mental no país, orientando a construção de serviços comunitários e territoriais voltados ao cuidado em liberdade.

Como parte desse processo, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que compreende um conjunto articulado de serviços e estratégias destinados ao atendimento de

peças com sofrimento ou transtorno mental e de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Considera-se aqui a desinstitucionalização como a desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como principal referência da atenção em saúde mental, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira (Rotelli, 1994; Amorim; Dimenstein, 2009).

A constituição da RAPS representou um importante avanço na consolidação de práticas de cuidado pautadas na integralidade, na territorialização e na participação social. Entre os dispositivos que compõem essa rede, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica por estar inserida nos territórios onde os sujeitos vivem, constroem vínculos e produzem sentidos sobre suas experiências (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS amplia as possibilidades de cuidado em saúde mental ao favorecer intervenções próximas ao cotidiano dos usuários, articuladas às necessidades concretas das comunidades e aos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2011). Entretanto, apesar dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, persistem importantes desafios para a consolidação de práticas psicossociais nos serviços de saúde.

Entre eles, destaca-se a permanência de modelos de cuidado fortemente influenciados pela racionalidade biomédica, centrados no diagnóstico e na prescrição medicamentosa como principal resposta ao sofrimento psíquico (Rocha; Werlang, 2013; Moura *et al.*, 2016). Nas últimas décadas, observa-se um aumento significativo do consumo de psicofármacos e da expansão dos diagnósticos psiquiátricos, fenômenos frequentemente associados ao processo de medicalização da vida.

A medicalização pode ser compreendida como o processo pelo qual experiências humanas, conflitos sociais, sofrimentos cotidianos e modos de existir são progressivamente reinterpretados como problemas médicos, passíveis de diagnóstico e intervenção farmacológica (Freitas; Amarante, 2017; Bezerra *et al.*, 2014; Bezerra *et al.*, 2016; Zanella, 2016; Onocko-Campos, 2013, 2014).

No caso das mulheres, esse processo assume contornos específicos, uma vez que condições de vida marcadas por desigualdades de gênero, sobrecarga de cuidado, violência e vulnerabilidade social contribuem para a produção de sofrimentos frequentemente interpretados como transtornos individuais.

Estudos apontam que mulheres são as principais usuárias de psicofármacos na APS, evidenciando a articulação entre medicalização, gênero e sofrimento psíquico (Zanella, 2016; Lancetti; Amarante, 2012). Nesse movimento, questões relacionadas às condições concretas de vida, às desigualdades sociais e às relações de gênero, trabalho e família tendem a ser secundarizadas em favor de explicações individualizantes e biologizantes.

Como consequência, o medicamento passa a ocupar posição central nos processos terapêuticos, contribuindo para a ampliação da dependência dos saberes biomédicos e para a redução das possibilidades de construção de respostas coletivas e contextualizadas ao sofrimento. No contexto da Atenção Primária à Saúde, estudos têm demonstrado que a prescrição de psicofármacos frequentemente constitui a principal intervenção ofertada aos usuários que apresentam demandas relacionadas à saúde mental.

Embora os medicamentos possam desempenhar papel importante em determinadas situações clínicas, sua utilização como resposta predominante pode limitar a construção de projetos terapêuticos ampliados, comprometendo a valorização de recursos relacionais, comunitários e territoriais fundamentais para a produção do cuidado (Brasil, 2007; Onocko-Campos; Passos; Palombini *et al.*, 2014; Carvalho; Dimenstein, 2004; Tesser, 2006; Wanderley *et al.*, 2013; Zanella; Luz, 2016; Moura, 2016). Tal realidade torna-se particularmente relevante em municípios de pequeno porte e em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, onde a escassez de recursos especializados frequentemente contribui para a centralidade das estratégias medicalizantes.

A compreensão desse fenômeno, adotada neste estudo, encontra respaldo na Psicologia Social Sócio-Histórica, perspectiva que compreende os sujeitos como constituídos nas relações sociais, históricas e culturais. Nessa abordagem, o sofrimento psíquico não é concebido como expressão exclusiva de fatores individuais ou biológicos, mas como resultado de processos complexos de produção de sentidos que se desenvolvem nas múltiplas relações estabelecidas pelos sujeitos em seus contextos de vida (Lane, 1984).

Entre as categorias centrais dessa perspectiva destaca-se o conceito de vivência, formulado por Vygotsky, que permite compreender a unidade indissociável entre sujeito e realidade social (Toassa; Souza, 2010). A vivência refere-se à maneira singular pela qual cada pessoa experimenta, significa e é afetada pelos acontecimentos de sua existência, articulando dimensões afetivas, cognitivas, sociais e históricas (Toassa; Souza, 2010).

Dessa forma, compreender as vivências de mulheres que fazem uso contínuo de psicofármacos na Atenção Primária implica analisar não apenas suas experiências individuais,

mas também os processos sociais, institucionais e culturais que participam da produção de seus modos de sofrer, cuidar-se e relacionar-se com os medicamentos. Nesse sentido, torna-se necessário desenvolver estratégias de cuidado capazes de ampliar a participação dos usuários nos processos terapêuticos e produzir alternativas à lógica medicalizante. Entre essas estratégias destaca-se a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), metodologia desenvolvida inicialmente no Canadá e posteriormente adaptada para o contexto brasileiro.

Fundamentada nos princípios da autonomia, do protagonismo dos usuários, da participação social e da cogestão do cuidado, a GAM busca promover uma relação mais crítica e reflexiva com o uso de medicamentos psiquiátricos, fortalecendo a capacidade de negociação dos usuários e ampliando sua participação nas decisões relacionadas ao tratamento (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

No Brasil, as experiências com a GAM foram desenvolvidas predominantemente em serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentando resultados relevantes na ampliação da autonomia dos usuários e na problematização do uso de psicofármacos (Onocko-Campos *et al.*, 2013; Onocko-Campos *et al.*, 2014). Entretanto, ainda são escassas as experiências descritas no contexto da Atenção Primária à Saúde e, particularmente, na Estratégia Saúde da Família em municípios do interior do país.

Essa lacuna evidencia a necessidade de produzir conhecimentos sobre as potencialidades e os limites dessa estratégia em diferentes realidades territoriais. Foi nesse contexto que se desenvolveu a presente pesquisa, realizada em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Norte, com o objetivo de investigar os limites e potencialidades da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cuidado em saúde mental e de enfrentamento à medicalização no contexto da Estratégia Saúde da Família. Especificamente, buscou-se implementar a experiência com o dispositivo GAM na ESF, compreender suas particularidades nesse cenário e analisar as vivências das mulheres participantes e os efeitos produzidos em seus cotidianos.

Neste artigo, focaliza-se a análise dessas vivências, buscando compreender os sentidos construídos pelas participantes acerca do sofrimento, do cuidado e do uso de medicamentos psiquiátricos ao longo de sua participação no grupo GAM.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na modalidade de pesquisa-ação participativa. A abordagem qualitativa possibilita a compreensão dos significados, experiências e processos sociais produzidos pelos sujeitos em seus contextos de vida (Minayo, 2010). A opção pela pesquisa-ação fundamenta-se em seu potencial de articular produção de conhecimento e transformação da realidade, envolvendo pesquisadores e participantes em processos coletivos de reflexão e ação (Thiollent, 1985). A pesquisa teve como eixo de intervenção a estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM), desenvolvida por meio de um grupo participativo orientado pelo Guia GAM Brasileiro (GGAM-BR).

O estudo foi realizado em um município de pequeno porte da região Oeste do Rio Grande do Norte, em uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família, selecionada em razão da elevada demanda relacionada ao uso de psicofármacos e às necessidades de cuidado em saúde mental identificadas pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Participaram da pesquisa quinze pessoas, entre profissionais de saúde, estagiários e usuários da rede de saúde. O grupo foi composto por três profissionais do NASF-AB, dois estagiários de Psicologia e dez usuários em uso contínuo de psicofármacos há mais de um ano.

Foram incluídos usuários com idade igual ou superior a dezoito anos, interessados em participar das atividades e sem comprometimento cognitivo grave. Embora o grupo fosse heterogêneo, este artigo focaliza a experiência das mulheres usuárias, que representavam a maioria dos participantes e cujas narrativas evidenciaram a centralidade das questões de gênero no processo investigativo. A intervenção ocorreu entre maio e dezembro de 2018, totalizando dezoito encontros semanais realizados em espaço comunitário do território. As atividades foram organizadas a partir dos eixos temáticos propostos pelo GGAM-BR e conduzidas por profissionais do NASF-AB, com participação de estagiários como observadores.

A produção dos dados ocorreu por meio de observação participante, registros em diário de campo e gravação em áudio dos encontros, posteriormente transcritos para análise. O corpus analítico foi constituído pelas transcrições dos encontros e pelos registros do diário de campo. A construção e análise das narrativas fundamentaram-se nas contribuições de Benjamin (1994) e de Onocko-Campos *et al.* (2008; 2011; 2013), compreendendo a narrativa como um modo de elaboração da experiência e produção de sentidos sobre o vivido. Em diálogo com a Psicologia Social Sócio-Histórica, a análise buscou compreender as vivências produzidas pelas

participantes ao longo da experiência com a GAM, considerando a relação entre sofrimento, uso de psicofármacos, cuidado e transformações no cotidiano.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Vivência da Identidade Medicalizada: “Meninas de Tarja”

Ao longo da experiência com o Grupo GAM, emergiu entre as participantes a expressão “meninas de tarja”, utilizada para nomear uma condição compartilhada relacionada ao uso contínuo de psicofármacos conhecidos popularmente como remédios de “tarja preta”, “remédio controlado” e “remédio para os nervos” (Azevedo, 2012). Essa nomeação não se limita a uma descrição do tratamento, mas expressa uma forma de vivência identitária produzida na relação entre sujeito, medicamento e cuidado em saúde mental.

“Eu brinco com as meninas que eu chamo de ‘as meninas de tarja’” (Amarílis); “Vai estar estampado em mim, porque a gente sabe que quando uma pessoa toma medicação controlada, a fisionomia dela muda...” (Amarílis)

Essas narrativas indicam que o uso do psicofármaco ultrapassa sua dimensão terapêutica e passa a compor a vivência de si. O medicamento deixa de ser apenas um recurso externo e torna-se marcador social e subjetivo, organizando formas de reconhecimento e pertencimento atravessadas pela lógica medicalizante. Observa-se, assim, um processo de internalização de categorias sociais e históricas que moldam a subjetividade e a percepção de si, frequentemente reduzindo a compreensão do sofrimento a uma dimensão individual e biológica, com centralidade da doença e do tratamento psiquiátrico em detrimento de outras dimensões da vida (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

#### 3.2 Vivências do Sofrimento e Medicalização da Vida Cotidiana

As participantes relatam que o início do uso de psicofármacos está associado a situações concretas de conflito familiar, conjugal e sobrecarga emocional, evidenciando a inscrição social do sofrimento. Os sintomas que motivaram a busca pelo medicamento são descritos como decorrentes de estressores cotidianos e relações sociais, o que dialoga com estudos que apontam a medicalização de experiências não necessariamente médicas (Carvalho; Dimenstein, 2003; Tesser, 2006).

“O que me levou no início foi o trabalho que eu tive com meu filho...” (Camélia); “Eu comecei porque o meu esposo bebia muito...” (Cravina); “Comecei porque tinha ciúmes doentio...” (Íris).

Essas vivências revelam que sofrimentos produzidos nas relações sociais são frequentemente reorganizados como demandas individuais de saúde mental. O sofrimento é vivido de forma singular, mas produzido em condições sociais marcadas por desigualdades de gênero, sobrecarga feminina e vulnerabilidade social. Nesse sentido, legitima-se o processo de medicalização da vida cotidiana, especialmente no que se refere às experiências femininas em contextos familiares e conjugais. Diferentes estudos apontam que mulheres constituem o principal grupo consumidor de psicofármacos, sendo também as que mais buscam serviços de saúde e recebem diagnósticos relacionados a transtornos depressivos e ansiosos, frequentemente enquadrados como Transtornos Mentais Comuns (TCMs), especialmente em contextos de pobreza e violação de direitos (Silva *et al.*, 2018; Campos; Zanello, 2016; Fortes *et al.*, 2014; Rocha; Werlang, 2013; Wanderley *et al.*, 2013; Mendonça *et al.*, 2008; Carvalho; Dimenstein, 2003; Maluf, 2009).

Segundo Maluf (2009), o gênero aparece tanto em sua dimensão quantitativa — pelo alto índice de mulheres diagnosticadas com sofrimento emocional — quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social feminina e pelos significados atribuídos ao sofrimento psíquico, físico-moral e emocional. Nesse contexto, o sofrimento identificado aproxima-se da noção de sofrimento ético-político (Sawaia, 2014), que emerge da vida cotidiana marcada por desigualdades sociais, injustiças, violências de gênero e restrições de direitos. Trata-se do sofrimento produzido na experiência de opressão e desvalorização social, associado à negação de possibilidades de participação plena na vida social.

Esses sofrimentos não são individuais, mas decorrem de condições sociais, econômicas e culturais específicas que afetam desigualmente diferentes grupos. Diante da dificuldade de elaboração desses sofrimentos, a medicação aparece como recurso de fácil acesso e frequentemente como única alternativa disponível, tanto para profissionais quanto para usuárias. Em muitos casos, o medicamento é utilizado como forma de “anestesiá-lo” o sofrimento diante de situações de vida adversas.

### 3.3 Vivência Ambivalente do Medicamento: entre Alívio e Dependência

O medicamento aparece nas narrativas como recurso simultaneamente de alívio e de tensão, configurando uma vivência ambivalente.

“Eu tomo o remédio, ele faz efeito, eu durmo e acordo melhor... então faz parte da minha rotina.” (Amarílis); “Muitas vezes eu tomava o remédio para dormir, para fugir dos problemas...” (Cravina); “Às vezes eu prefiro tomar um remédio para me acalmar...” (Amarílis)

O psicofármaco emerge como estratégia de enfrentamento imediato do sofrimento, funcionando como dispositivo de regulação emocional. No entanto, essa regulação não incide sobre as condições que produzem o sofrimento, o que contribui para a manutenção do uso e reforça uma relação ambígua entre cuidado e dependência. Ao buscar a “anestesia” do sofrimento por meio da medicação, as participantes experimentam diminuição da potência de ação, na medida em que afetos associados à tristeza e impotência são temporariamente suprimidos sem transformação das condições que os produzem (Bomfim, 2010).

### 3.4 Vivência da Gestão do Uso e Tentativas de Autonomia

As participantes também relatam práticas de ajuste, suspensão ou modificação do uso de medicamentos a partir de suas experiências corporais e cotidianas.

“Às vezes a gente toma medicação para uma coisa sem ter consciência.” (Amarílis); “Eu estou tentando só tomar naquele horário certo...” (Camélia); “Se eu ficar em casa, eu altero minha medicação...” (Amarílis).

Essas práticas indicam uma vivência tensionada entre heteronomia e autonomia. Mesmo em um contexto fortemente medicalizado, as usuárias produzem formas próprias de gestão do tratamento, articulando saber biomédico e saber experiencial. Essa gestão cotidiana também revela a centralidade do medicamento como resposta às dores da vida, frequentemente utilizado para lidar com conflitos familiares, sofrimento emocional e dificuldades socioeconômicas (Carvalho; Dimenstein, 2003; Mendonça *et al.*, 2008). Como aponta Azevedo (2012), embora o medicamento seja percebido como positivo por aliviar sintomas imediatos, ele não resolve as problemáticas subjacentes.

As participantes expressam, assim, uma relação ambivalente com o tratamento medicamentoso: reconhecem seus efeitos de alívio, mas também o desejo de autonomia e de redução da dependência. Ao mesmo tempo, relatam persistência de crises, efeitos adversos e diminuição da eficácia ao longo do tempo.

### 3.5 Vivência do Estigma e da Produção Social da “Loucura”

Outro aspecto relevante refere-se ao estigma social associado ao uso de psicotrópicos, frequentemente relacionado à ideia de “loucura”. Essa associação contribui para exclusão social e perda de autonomia, ao vincular o sofrimento psíquico à incapacidade e à periculosidade (Lancetti; Amarante, 2006).

“Quando veem a medicação, já dizem que a gente é doida!” (Camélia); “Quem quiser dizer que eu sou doida, pode dizer...” (Cravina)

Essas falas evidenciam que o sofrimento se amplia como experiência social de desvalorização. O estigma afeta diretamente as possibilidades de circulação social e reconhecimento dessas mulheres. Também se observa a associação entre transtorno mental e comportamentos de violência no imaginário social, o que reforça o estigma e a vigilância sobre essas mulheres: “Vamos ter cuidado, porque ela pode perder o equilíbrio e fazer o mal...” (relato familiar de Camélia)

Essas experiências intensificam o sofrimento ético-político, na medida em que produzem exclusão e desqualificação social, especialmente em contextos marcados por desigualdades de gênero e classe (Sawaia, 2014).

### **3.6 Síntese Interpretativa: Vivências entre Medicalização, Gênero e Sofrimento Ético-Político**

As vivências analisadas indicam que o uso de psicofármacos não pode ser compreendido apenas como adesão ou não adesão ao tratamento, mas como parte de um processo complexo de produção de subjetividade atravessado por condições sociais, relações de gênero e dispositivos institucionais de cuidado. O medicamento assume múltiplas funções na experiência das participantes: marcador identitário, estratégia de alívio, dispositivo de regulação emocional e elemento produtor de estigma.

Essas dimensões evidenciam que a vivência do sofrimento é inseparável das condições sociais que o produzem, sendo continuamente reorganizada na relação entre sujeito, território e práticas de cuidado. A experiência com o Grupo GAM, ao promover espaços coletivos de fala e reflexão sobre o uso de medicamentos, possibilita a problematização dessas vivências e tensiona a centralidade da lógica medicalizante, ampliando possibilidades de produção de sentidos sobre o cuidado, o sofrimento e a própria vida.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM), enquanto estratégia de cuidado, e o Guia GAM-BR, como dispositivo metodológico, constituíram uma proposta participativa voltada à problematização do uso de psicofármacos no contexto da Atenção Primária à Saúde. A experiência possibilitou a criação de espaços coletivos de fala e reflexão, favorecendo processos de troca entre usuários e profissionais, com efeitos na ampliação do diálogo sobre o cuidado em saúde mental e sobre os modos de viver o uso da medicação no cotidiano. Os resultados indicam

que a experiência com o grupo favoreceu deslocamentos importantes na relação dos participantes com o tratamento medicamentoso, especialmente ao tensionar a centralidade do modelo biomédico e ao ampliar a compreensão do sofrimento para além da dimensão individual.

Nesse sentido, a GAM mostrou-se potente como dispositivo de cogestão, ao favorecer a circulação de saberes, a problematização das prescrições e a produção de maior implicação dos sujeitos em seus processos de cuidado. Evidenciou-se, ao longo da pesquisa, que o uso de psicofármacos se inscreve em um contexto mais amplo de medicalização da vida, particularmente atravessado por desigualdades sociais e de gênero.

No caso das mulheres participantes, o sofrimento vivenciado está fortemente articulado a condições concretas de existência, configurando-se como sofrimento ético-político, frequentemente reconfigurado como demanda individual de tratamento (Sawaia, 2001). Nesse processo, a medicalização tende a reduzir a complexidade do sofrimento à dimensão biológica, obscurecendo suas determinações sociais e históricas.

Nesse cenário, o medicamento assume, na experiência das participantes, um duplo papel: ao mesmo tempo em que produz alívio e estabilização de sintomas, também pode operar como forma de silenciamento do sofrimento e de seus determinantes. A partir da perspectiva espinosana, tal movimento pode ser compreendido como uma redução momentânea da potência de agir, quando os afetos são regulados sem que sejam transformadas as condições que os produzem.

A experiência com a estratégia GAM, contudo, indicou possibilidades de deslocamento dessa lógica, ao favorecer a produção de sentidos mais críticos sobre o uso de psicofármacos e ao reforçar a importância de estratégias de cuidado que não se restrinjam ao medicamento. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecimento de práticas em saúde mental na APS que considerem a integralidade do cuidado, incluindo dimensões relacionais, territoriais e comunitárias. Por fim, ressalta-se a relevância da psicologia social e da psicologia comunitária na construção de intervenções que ampliem a compreensão do sofrimento para além da perspectiva individualizante, contribuindo para a produção de espaços coletivos de cuidado, autonomia e participação social. A GAM, nesse contexto, aponta-se como uma estratégia potente de transformação micropolítica do cuidado em saúde mental, especialmente na Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Giovanni H. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

AMORIM, Ana Karina 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, v. 25, n. 2, p. 657-678, 2015.

AMORIM, Ana Karina M. A.; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

AZEVEDO, Maria F. L. Um estudo sobre a “doença dos nervos” para além de um sofrimento incorporado. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 5, n. 2, p. 201-212, 2012.

BALDISSERA, Adelina. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, 2001.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: \_\_\_\_\_. *Magia e técnica, arte e política*. 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.

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

BOSSI, Maria L. M. *et al.* Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 643-651, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

CAMPOS, Odara I.; ZANELLO, Valeska. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência: Revista de Antropologia*, n. 48, p. 105-118, 2016.

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

CASTELLANOS, Marcelo E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

FERRAZZA, Adriana D.; ROCHA, Carla L.; LUIZIO, Cristiane A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 255-265, 2013.

FREITAS, Fábio; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

IGLESIAS, Alexandre; AVELLAR, Luziane Z. Apoio matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LANE, Silvia T. M. *O homem em movimento: o processo de socialização e a construção da subjetividade*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MALUF, Sônia W. Sofrimento, saúde mental e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. In: TORNQUIST, Carmen S. *et al.* *Leituras de resistência*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2009.

MENDONÇA, R. T. *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, 2008.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria 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. 2, p. 136-144, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. *et al.* *Gestão autônoma da medicação: guia de apoio a moderadores*. Campinas: UNICAMP, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. *et al.* A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.; PALOMBINI, Analice L. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

ROCHA, Silvia B.; WERLANG, Maria C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-169.

SAWAIA, Bader B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: \_\_\_\_\_. *As artimanhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 97-114.

SAWAIA, Bader B. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

SILVA *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018.

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

TESSER, Charles D. Medicalização social I: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.

TESSER, Charles D. Medicalização social II: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1985.

TOASSA, Gisele; SOUZA, Marilene P. R. As vivências em Vigotski: questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 757-779, 2010.

WANDERLEY, T. C. *et al.* Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 12, n. 1, p. 121-126, 2013.