

INDARA CAVALCANTE BEZERRA

MARIA SALETE BESSA JORGE

# USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*Sujeito, Autonomia e Corresponsabilização*



## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmio Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

Indara Cavalcante Bezerra  
Maria Salete Bessa Jorge

# **USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO, AUTONOMIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO**

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



**USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO,  
AUTONOMIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO**

© 2018 *Copyright by* Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmus Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio Lopes

**Revisão de Texto**

Ana Quesado Sombra

**Ficha Catalográfica**

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

---

B574u Bezerra, Indara Cavalcante  
Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização / Indara Cavalcante Bezerra, Maria Salete Bessa Jorge. - Fortaleza : EdUECE, 2018.  
150p. : il.  
ISBN: 978-85-7826-660-8

1. Psicofarmacologia. 2. Psicotrópicos. I. Jorge, Maria Salete Bessa.  
II. Título.

CDD: 615.78

---

O mundo precisa de transformações,

*Eu fico doída com isso, eu acho que eu não devia nascer, eu não devia vir ao mundo, eu sabia que eu no mundo eu ia dar trabalho, mas não é por mim [...] (USUÁRIA CAPS)*

*É muito sofrimento vê ela doente, é muito ruim ver a filha desse jeito, eu quero que ela fique é boa, mas acho que não fica mais não [...] (FAMILIAR CAPS – MÃE)*

*Comecemos por nós mesmos!*

*Dedicatória*

*Às minhas filhas, **Ingrid e Isadora**, essências do  
amor incondicional:*

*Pela felicidade que me proporcionam a cada dia,*

*Por simplesmente existirem,*

*Pela força que delas emana e que me reconstrói a  
cada dia,*

*Por tornarem a minha vida mais bonita,*

*Pela pessoa melhor que procuro ser a cada momento.*

## PREFÁCIO

É com muita honra que aceitei o convite de Indara Cavalcante Bezerra e de sua orientadora Maria Salete Bessa Jorge para prefaciар este livro que é resultado da sua dissertação de mestrado.

Participei da banca de defesa e lembro-me de ter destacado a importância de termos uma farmacêutica discutindo este tema tão complexo e polêmico que é o do uso dos psicofármacos nos serviços da Atenção Psicossocial. O subtítulo chama a atenção para o que é essencial neste tema, qual seja a relação da medicação com o sujeito, sua autonomia e a corresponsabilização. Mais do que termos ou palavras, considero-os como elementos que deveriam estar presentes em todo e qualquer ato de cuidado envolvendo a prescrição e a administração de medicamentos.

Indara apresenta de início algumas questões que norteiam o seu trabalho e a motivam: “*qual a experiência dos usuários diante do tratamento com psicofármacos? Alguém é corresponsável? Essas pessoas detêm alguma autonomia sobre seu tratamento com psicofármacos?*”

Tais perguntas nos remetem a refletir sobre a inclusão do sujeito e de sua rede afetiva nesta dimensão do tratamento que, geralmente, tende a ser um ato que se executa em uma relação verticalizada com pouca ou nenhuma participação ou escolha do

usuário. “Medicação é para tomar e pronto. E sem reclamar”, diria uma profissional que encontrei em certa ocasião.

Fazendo coro com a autora, é urgente voltar os olhares para esse sujeito, sua autonomia, sua participação e compromisso com o tratamento, sobretudo medicamentoso, evitando a “*medicalização da vida*”.

De modo cada vez mais intenso, nossos modos de levar a vida, estão marcadas por uma lógica centrada em um modelo biomédico que reduz as nossas existências a diagnósticos e suas consequentes prescrições.

A recente polêmica em torno do expressivo aumento dos diagnósticos do DSM V, com denúncias e acusações envolvendo interesses econômicos da indústria farmacêutica, evidenciam o quanto o ato de medicar é muito mais do que um gesto de cuidado.

Enfrentar as angústias e as vicissitudes cotidianas que nos causam dor e alegria, contentamento e tristeza está tornando-se uma batalha que só se enfrenta munido de medicamentos que trazem a ilusão de um viver sem sobressaltos.

Em outra ocasião ouvi de um profissional da saúde a seguinte frase: *Para que ficar sofrendo com a dor da separação? Toma logo um antidepressivo e segue em frente!* Embora a segunda parte possa parecer razoável, deixar de sentir artificialmente as dores do existir parece-me ser algo tão irreal quanto inumano.

Nesta perspectiva e atenta aos serviços da Atenção Psicossocial, a autora nos questiona: *os usuários (des)conhecem os efeitos, indicações e orientações sobre psicofármacos? Qual a corresponsabilização dos usuários, da família e da equipe que cuida? Quais as experiências vividas na temporalidade de tratamento na rede de atenção psicossocial e estratégia de saúde da família? Como é construída a autonomia dos usuários de psicofármacos na atenção psicossocial do CAPS?*

São questões importantes que podem produzir reflexões e efeitos na prática dos trabalhadores desses serviços.

São perguntas que norteiam os objetivos do presente trabalho, quais sejam: *discutir a gestão da medicação de usuários do Centro de Atenção Psicossocial na relação usuário-família-equipe; analisar o uso de psicofármacos no Centro de Atenção Psicossocial, ressaltando a autonomia e a corresponsabilização de usuários, seus familiares e profissionais, no processo de cuidado; compreender as experiências de usuários, família e equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, no processo de construção de autonomia e de cuidado psicossocial.*

O trabalho percorre caminhos interessantes que conduzem o leitor a acompanhar como a pesquisadora vai buscando responder as suas indagações.

De início, apresenta as motivações que, de sua prática, a mobilizaram na busca de respostas. Acompanhamos uma interessante síntese sobre alguns temas essenciais como a Política Nacional de Medicamentos, reflexões sobre o uso de psicofármacos, a doença mental e o processo de medicamentação. Ao final desta primeira parte, discute-se o cuidado, a terapêutica medicamentosa e as conexões com tecnologias de corresponsabilização e autonomia.

Na segunda parte, a autora nos mostra quais os caminhos metodológicos percorridos para construir a sua pesquisa, contextualiza o cenário e quem foram seus personagens. São serviços de Atenção Psicossocial de Fortaleza e seus trabalhadores, usuários e familiares que compõem um quadro de referência para as reflexões de serviços semelhantes.

Na terceira parte lemos no desenrolar da pesquisa, a investigação sendo colocada em ação, e ao articular seus achados, por meio de fragmentos de narrativas, com aspectos e referências teó-

ricas, Indara vai costurando um interessante painel que evidencia o quanto necessitamos avançar.

Nesse sentido, aborda temas como o cuidado dispensado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial, cujas narrativas trazem à luz a medicamentação presente nos serviços e a necessidade de desenvolver práticas que estimulem à corresponsabilização das ações.

Ao discutir a gestão da medicação a autora apresenta dados que revelam facetas da relação do usuário e seus familiares no manejo da medicação no cotidiano do cuidado. Destaco aqui as tensões e as possibilidades, ainda que levemente sinalizadas, de autonomia em relação ao cuidado.

Termina esta parte de seu trabalho discutindo os dados relativos a proposta de desinstitucionalização e a construção da autonomia do sujeito no processo de cuidado. Aponta a distância entre os princípios da Atenção Psicossocial e a desarticulação da rede assistencial que torna a autonomia uma meta ainda distante.

Ressalto novamente a tessitura que Indara e sua orientadora vão tecendo entre as reflexões teóricas e os fragmentos das narrativas que dão vida ao texto tornando-o uma leitura agradável e necessária.

Finalizo pelo início do trabalho citando um trecho da epígrafe: “o mundo precisa de transformações (...) comecemos por nós mesmos”.

Eis um texto que é um bom começo, uma boa leitura.

**Silvio Yasui**

(Professor Assistente Doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho).

# SUMÁRIO

## **1. O INTERESSE DO PESQUISADOR, OBJETO E O APORTE TEÓRICO | 13**

### **1.1 O interesse do pesquisador | 13**

### **1.2 O objeto de investigação | 15**

### **1.3 Aporte Teórico | 25**

**1.3.1** A Política Nacional de Medicamentos e o uso racional de medicamentos no Brasil | 25

**1.3.2** A doença mental e o uso de psicofármacos

**1.3.3** O processo de medicamentação | 31

**1.3.4** O cuidado e os psicofármacos, como tratamento, e suas conexões com as tecnologias de corresponsabilização e autonomia | 34

## **2. CAMINHOS DA PESQUISA E SEUS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 38**

**2.1** Natureza do Estudo | 38

**2.2** Cenário | 42

**2.3** Participantes da Pesquisa | 49

**2.4** Técnicas e instrumentos de coleta de informações | 52

**2.5** Análise das informações | 55

**2.6** Questões éticas | 55

## **3. DO TEÓRICO AO EMPÍRICO: DESCOBERTAS | 59**

**3.1** Cuidado dispensado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial: da medicamentação à corresponsabilização das ações | 59

**3.2** Gestão da medicação: desconhecimento e protagonismo da família | 73

**3.3** Construção de autonomia do sujeito no processo de cuidado: (des) institucionalização e (des) articulação da rede assistencial | 84

#### **4. REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA | 95**

#### **REFERÊNCIAS | 98**

#### **APÊNDICES | 108**

APÊNDICE A: Temário do Grupo Focal | 109

APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista para Usuários | 110

APÊNDICE C: Roteiro de Entrevista para Familiares | 111

APÊNDICE D: Roteiro de Entrevista para Profissionais de Saúde Mental | 112

APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de saúde | 113

APÊNDICE F: Termo de consentimento livre e esclarecido aos familiares dos usuários de saúde | 115

APÊNDICE G: Termo de consentimento livre e esclarecido aos profissionais de saúde | 118

#### **ANEXOS | 121**

ANEXO I: Declaração de Aprovação da Coordenadoria do Sistema Municipal de Saúde Escola | 122

ANEXO II: Parecer Consubstanciado do CEP (Plataforma Brasil) | 123

ANEXO III: Extratos do Diário de Campo e Grupo Focal; Descrição do CAPS | 127

## O INTERESSE DO PESQUISADOR, OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E EIXO TEÓRICO

### 1.1 O interesse do pesquisador

O primeiro encontro, de perto, da pesquisadora com a loucura foi assustador, curioso, fascinante! Ela não conseguia distinguir bem o que sentiu: uma mistura de sensações, como constrangimento, revolta, impotência, curiosidade, pena, vontade de ajudar, de cuidar. Depois imaginou-se no lugar daquela pessoa fragilizada, atormentada, sofrida. Reconheceu-se em muitos de seus gestos e falas. Então, teve medo. Medo de aflorar a loucura que dizem existir em cada ser humano; que existe nela!

Não se sabe se foi “o louco” ou a sensação de sentir-se louca também, o que sentiu, a partir de então, foi a necessidade de entender um pouco mais sobre esse mundo confuso e complexo da saúde mental. A trajetória da pesquisadora, nesse sentido, iniciou em janeiro de 2005, quando teve o privilégio de ser convidada a participar do projeto de implantação do CAPS geral de Maraca-

naú. Na ocasião, a mesma trabalhava na assistência farmacêutica do município, já possuía algum domínio sobre as políticas do SUS e detinha algum conhecimento acerca de psicofármacos, porém nada entendia de saúde mental, reforma psiquiátrica, transtornos psíquicos, enfim, sua formação acadêmica de bacharelado em ciências farmacêuticas e sua breve experiência profissional em farmácia com manipulação a mantiveram leiga sobre o assunto, até então.

O projeto de implantação do CAPS envolveu toda a equipe multidisciplinar e, sob orientação de uma consultoria eficiente, explorou a conjugação de diversos saberes e práticas, estimulou estudos coletivos, individuais, abordagens teóricas, vivenciais, reuniões contínuas e outras atividades que estimulava a todos de forma contagiante e na direção de construir uma nova forma de cuidar, própria, singular, uma maneira coletiva de contribuir para amenizar o sofrimento do outro. A equipe havia sido picada pelo “bichinho” da reforma psiquiátrica!

A Universidade Estadual do Ceará, em parceria com a Prefeitura de Maracanaú, iniciou em 2010 um curso de Tecnologia em Saúde Mental, para profissionais da saúde, e, através da participação nas reuniões de implantação desse projeto, a pesquisadora pôde se aproximar da vida acadêmica e se interessar pelo mestrado na área da saúde coletiva.

No cotidiano do CAPS Geral de Maracanaú, a proposta de trabalho, desde o seu início, foi baseada no olhar integral das necessidades do indivíduo, e a atuação da equipe também seguia o mesmo horizonte. A rotina, as intervenções, a escuta, os sucessos,

os dissabores, enfim, o contato direto com o sofrimento do outro, a fizeram uma farmacêutica trabalhadora em saúde mental.

Como tal, pôde perceber um aumento contínuo do uso de psicofármacos pela população e passou a se questionar sobre vários aspectos que envolvem esse fato, como por exemplo, qual a experiência dos usuários diante do tratamento com psicofármacos? Alguém é corresponsável? Essas pessoas detêm alguma autonomia sobre seu tratamento com psicofármacos?

Essas são algumas das perguntas que carecem ser elucidadas; as falas dessas pessoas podem significar muito. Este estudo não se propõe a culpar ou criticar modelos assistenciais e posturas profissionais, mas, quem sabe, obter subsídios para reformular condutas ou intervenções que possam ser benéficas à vida dessas pessoas. Quem sabe, a partir das experiências aqui vivenciadas, seja possível obter meios efetivos de racionalizar o uso de psicofármacos? De melhorar a vida desse sujeito e, assim, abstraí-lo de seu mundo de solidão e sofrimento? Esses e outros questionamentos fervilham nos pensamentos da pesquisadora, e estão como cerne da proposta do estudo, o qual vem apresentar.

## 1.2 O objeto de investigação

O objeto de investigação pauta-se na análise do uso de psicofármacos na atenção psicossocial, dando ênfase ao sujeito e à família, em relação à construção de autonomia e o processo de corresponsabilização, tornando-se relevante configurar e articular

a reforma psiquiátrica com seus marcos teóricos, importante na transformação de olhares e práticas.

No início do século XIX, de um modo geral, a maioria dos medicamentos, independente de sua indicação, era de origem natural e de estrutura química e natureza desconhecidas. Após a década de 40, ocorreu a introdução maciça de novos fármacos, que trouxeram à população a possibilidade de cura para enfermidades, até então, fatais, sobretudo no campo de doenças infecciosas.

Os avanços nas pesquisas farmacológicas, em conjunto com sua promoção comercial, criaram uma excessiva crença da sociedade em relação ao poder dos medicamentos, posicionando-os como elemento central na terapêutica, e não mais um adjuvante terapêutico. Nos dias atuais, sua prescrição torna-se quase obrigatória nas consultas clínicas, e o médico é, muitas vezes, avaliado pelo paciente, por meio do número de formas farmacêuticas que prescreve (MELO *et al.*, 2006).

Essa trajetória é pertinente às várias classes de medicamentos, incluindo os psicofármacos, e é quase tão antiga quanto a humanidade. A utilização do suco de papoula e do próprio ópio, como sedativo, da mandrágora, como afrodisíaco, e do haxixe, como anestésico, datam de milhares de anos antes de Cristo (FERREIRA e MIRANDA, 2010). O uso dessas substâncias psicoativas acompanha a humanidade em diversos períodos de sua história, possuindo um significado diferente e próprio em cada cultura, época e em vários contextos: religioso, social, econômico, cultural, psicológico, militar e medicinal (CRIVES e DIMENSTAIN, 2003).

Conceitualmente, psicofármacos são drogas que interferem no comportamento, na consciência, no humor e na cognição, agindo no Sistema Nervoso Central. São utilizados no tratamento de psicopatologias, com maior frequência no tratamento da depressão, dos transtornos de ansiedade, do sono, transtornos mentais e deficiências físicas ou, ainda, para o tratamento de epilepsias (SPAGNOL e IAKOVSKI, 2010).

A psiquiatria e a psicofarmacologia, durante o século XIX e boa parte do século XX, objetivavam a sedação dos pacientes, a redução de sua ansiedade e era completamente compatível com as preocupações biopolíticas da época: adestrar, disciplinar, regular, promover a docilidade dos corpos. Havia também outro impulso biopolítico no que diz respeito a um capitalismo cujo centro dinâmico passa da produção para o consumo, do controle do desejo para a sua mobilização incessante (FERREIRA e MIRANDA, 2010).

Na atenção psicossocial, o uso de psicofármacos está associado à concepção acerca da loucura e está entrelaçado com a história da psiquiatria no Brasil. Esta surgiu com a chegada da Família Real, cujo objetivo era pôr ordem na urbanização e disciplinar a sociedade, a fim de se tornar compatível ao desenvolvimento mercantil e político da época. É a partir do embasamento nos conceitos da psiquiatria europeia, como degenerescência moral, organicidade e hereditariedade do fenômeno mental, que a psiquiatria brasileira intervém no comportamento, considerado como desviante e inadequado, dos sujeitos adoecidos às necessidades do acúmulo de capital, de forma a expurgá-los em hospitais

psiquiátricos. Nesses asilos se repetiram os fatos que aconteciam em todo o mundo: superlotação, ausência de tratamento e uma mortandade impressionante de pacientes (PICCININI, 2000).

A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. (Amarante, 1995, p.74)

O início do processo da reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à eclosão do movimento sanitário, nos anos 70, mas tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005)

Com efeito, percebe-se que a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, buscou-se a reversão do modelo asilar caótico e segregador, contribuindo para a eclosão de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo um trabalho multidisciplinar baseado na reorientação da prática clínica nos serviços públicos de saúde. Segundo Moya (2007), os serviços buscam substituir a lógica manicomial e redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária.

Nessa perspectiva, surgiram os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os quais são definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam a partir da lógica do território e visam à integração do usuário à comunidade, assim como sua inserção familiar e social. Portanto, quanto à constituição da rede de saúde mental no SUS e seus avanços, além dos CAPS, pode-se contar com a expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica, com a criação dos NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), nos quais a presença de profissionais da saúde mental tornou-se recomendação expressa da norma aplicável, além do aprofundamento, sistematização e extensão das estratégias de matriciamento.

A desinstitucionalização, apesar de dificuldades que precisam ser superadas, conta com o apoio das residências terapêuticas e com o Programa De Volta para Casa. A rede também conta, ainda que de forma incipiente, com a parceria de hospitais gerais (leitos psiquiátricos) e os CAPS III (que funcionam no terceiro turno) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para se trabalhar na dimensão de “sujeito”, na pesquisa, buscou-se a reflexão de como os teóricos manifestam suas ideias

sobre sujeito, buscando a interface com o uso de psicofármacos, no sentido da compreensão sobre a medicalização.

O sujeito, segundo Hegel, é a pura atividade de si mesmo e constitui-se como uma unidade viva. Deve ser compreendido, essencialmente, como atuante, como vida em pura atividade, autodesenvolvimento, auto-articulação e manifestação de si (MORAIS, 2012).

O psicólogo russo L. S. Vygotsky (1896-1934), na busca de compreender a capacidade do ser humano em produzir cultura, se deparou com uma ciência imbuída pela diversidade de explicações materialistas mecanicistas ou subjetivistas, e percebeu que estas suprimiam a importância da dimensão histórico-social.

A partir dessa reflexão, fundamentou-se a teoria *vigotskiana* ou Psicologia Histórico-Cultural, a qual entende o sujeito como um agregado de relações sociais encarnadas num indivíduo. Nesse arcabouço teórico, aspectos filosóficos e psicológicos se fundem, e conferem ao sujeito uma existência, simultaneamente, biológica, psicológica, antropológica, histórica e, essencialmente, cultural (ZANELLA, 2004).

A percepção dos autores supracitados converge para o sujeito como um ser autônomo ou em busca contínua de autonomia, mediado pelas relações sociais ou interpessoais, atreladas a um contexto histórico cultural do momento histórico em que transcorre sua vida.

Segundo a opinião de Moura e Ewald (2007), os tempos modernos suscitam um império lucrativo, em que a modernidade constitui uma época marcada por características, como: a

cultura do excesso, da urgência, do hiperconsumo e da fluidez, nas quais a geração contemporânea vê suas angústias como pesadas ameaças que precisam ser eliminadas da forma mais urgente possível. O consumo de medicamentos não escapa dessa perspectiva capitalista.

Portanto, algumas mudanças apontam para a lógica da configuração do tratamento do sofrimento psíquico na história recente e para o conseqüente aumento relacionado ao consumo de psicotrópicos, tais quais: a visão organicista do funcionamento psíquico baseado na neurociência; a indústria farmacêutica e os grandes investimentos no desenvolvimento tecnológico e midiático dos psicofármacos; e a padronização de sintomas, trazida pelas sucessivas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente em sua 5ª edição.

Essa normatização diagnóstica distribui os sintomas em quadros regulares de transtornos e a aplicação do conjunto sobre o relato pontual do indivíduo, determinando sua nomeação e seu tratamento (GUARIDO, 2007).

Visitando os estudos de Foucault:

[...] A alma tornou-se pouco a pouco objeto de controle e disciplina apoderada pelos diversos discursos (religioso, militar, pedagógico, psiquiátrico, psicológico etc) [...] O poder político de “gerir a vida” denomina-se biopoder! (Foucault, 1977, p.96)

É nesse contexto que ascende o conceito de medicalização. Segundo Tesser (2006), o processo de medicalização social cor-

responde à expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina, por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos, como se fossem problemas médicos.

...A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação [...] É a conseqüência da socialização forçada e acelerada do estilo de pensamento biomédico (centrado no controle, nas ações e interpretações heterônomas) para contingentes populacionais pouco modernizados, pluriétnicos e multiculturais, como a maioria da população brasileira. (TESSER, 2006)

O estudo realizado no Rio Grande do Sul, por Tesser (2006), buscou compreender como o consumo de psicofármacos se legitimou como uma tecnologia de si forjada pelo dispositivo de medicalização. Segundo Tesser *apud* Foucault, as tecnologias de si são o conjunto de tecnologias e experiências que participam do processo de (auto)constituição e transformação do sujeito.

No referido estudo, os autores, baseados nos ensinamentos de Foucault, trataram da medicalização, especificamente no que se refere ao consumo de psicofármacos, sob três aspectos: um operador do poder; uma estratégia; e uma forma de assujeitamento, considerando que esta situação corresponde à contemporaneidade e à necessidade de intervenções que reflitam sobre os processos de subjetivação (IGNÁCIO e NARDI, 2007).

Assim, compreender os efeitos da medicalização, nos modos de subjetivação atuais, significa entender como se desenvolve a expressão da biopolítica como controle da população e como uma forma de disciplinarização dos corpos, que articula formas tradicionais de gestão baseadas no assistencialismo, no paternalismo e na dependência (próprias do contexto local) com a produção de fármacos (produto do capitalismo global).

O dispositivo da medicalização é interior à Biopolítica, e atua conformando comportamentos e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções (IGNÁCIO e NARDI, 2007).

Portanto, ao considerar que a medicação é, atualmente, indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, sustentados pela socialização do discurso médico apoiado pela mídia e financiado pela indústria farmacêutica, pode-se visualizar o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. Se a psiquiatria clássica abordava a dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios (GUARIDO, 2007).

Diante de todo o exposto, urge voltar os olhares para esse sujeito, sua autonomia, sua participação e compromisso com o tratamento, sobretudo medicamentoso, evitando a “medicaliza-

ção da vida” inerente ao campo social em vigência. É patente a carência de estudos que corroborem para a resolubilidade na tentativa da quebra do paradigma atual, ainda sustentado pelo modelo biomédico.

Na experiência diária e nas leituras foi levantada uma pluralidade de questionamentos, entre eles: Os usuários desconhecem/não desconhecem os efeitos, indicações e orientações sobre psicofármacos? Qual a corresponsabilização dos usuários, da família e da equipe que cuida? Quais as experiências vividas na temporalidade de tratamento na rede de atenção psicossocial e equipe de saúde da família? Como é construída a autonomia dos usuários de psicofármacos na atenção psicossocial do CAPS?

Após os questionamentos, os objetivos foram organizados de acordo com a ordem crescente de complexidade dos verbos: discutir a gestão da medicação de usuários do Centro de Atenção Psicossocial na relação usuário-família-equipe; analisar o uso de psicofármacos no Centro de Atenção Psicossocial, ressaltando a autonomia e a corresponsabilização de usuários, seus familiares e profissionais, no processo de cuidado; compreender as experiências de usuários, família e equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, no processo de construção de autonomia do usuário no seu processo de cuidado psicossocial.

## 1.3 O Aporte Teórico

### 1.3.1 A Política Nacional de Medicamentos e o uso racional de medicamentos no Brasil

Sob o aspecto conceitual, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) refere o uso racional de medicamentos, como sendo o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna; preços acessíveis; dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2011).

Para tanto, a PNM estabeleceu diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais: a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A PNM é abrangente e, se colocada em prática, poderá trazer, ao setor de saúde, no Brasil, melhorias exponenciais na qualidade de vida da população. As prioridades estipuladas por esta política são a revisão permanente da relação nacional de medicamentos essenciais (Rename), a assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos (MARGONATO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde afirma, consoante seu conceito, que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período necessário ao seu tratamento e ao menor custo para si e para a comunidade.

Porém, a realidade é bem diferente. Pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são usados através de automedicação; os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no país e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos. Além disso, 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente e os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso dos mesmos (AQUINO, 2008).

A promessa de alívio imediato ao sofrimento, como em um passe de mágica, é um apelo atraente, mas pode ocasionar prejuízos, nem sempre restritos ao desembolso financeiro, porém à própria saúde. Os requisitos para o uso racional de medicamentos são complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais: pacientes, o farmacêutico e outros profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo (AQUINO, 2008).

Muito se tem falado sobre a importância da orientação farmacêutica e dos riscos advindos do uso inadequado de medicamentos, mas pouco se discute sobre a forma correta de praticar

a dispensação de medicamentos. Tão importante quanto o medicamento, a informação de como utilizá-lo cumpre um papel fundamental e nunca deve ser omitida (PINTO, 2008).

A dispensação é o ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. O desempenho desta função é uma atribuição do farmacêutico, já que este profissional é formado, teoricamente, com aptidões para fornecer informação, aos usuários, sobre a utilização correta de medicamentos, para o uso racional e aconselhamento sobre o uso de medicamentos não prescritos de venda livre (MARGONATO, 2006).

A prática da dispensação de medicamentos exige que o farmacêutico exponha seus conhecimentos e que analise cada situação, em particular. Um estudo realizado por Pinto (2008) apontou a existência de sete itens para a realização de uma dispensação correta: finalidade, posologia, horário apropriado, tempo de uso, reações adversas e atenuação, risco de interações e tratamento não farmacológico. O mesmo autor sugere que o profissional farmacêutico deve se afastar do foco exclusivo do medicamento, da postura tecnicista, e entrar no universo do paciente, a fim de criar condições para que este entenda as informações e as usufrua da melhor forma possível.

### **1.3.2 A doença mental e o uso de psicofármacos**

A doença mental é considerada, às vezes, como um período ou fase constituída por dificuldades da pessoa; ora como efeito de fatores biológicos ou orgânicos, ora advinda da desestruturação

das relações familiares ou da dificuldade do portador em lidar com sua subjetividade e relacionamentos (RODRIGUES e FIGUEREDO, 2003).

Na contemporaneidade, as pessoas tendem a absorver as modificações urbanas, sociais e cotidianas; não contendo, muitas vezes, sustentação emocional e psíquica para tal enfrentamento, o que pode culminar no adoecimento mental. Assim, restam, ao indivíduo em questão, práticas assistenciais baseadas em tratamentos clínicos, tendo como foco a medicação.

Segundo Floersch (2009), a experiência da medicação é mediada por complexas dinâmicas sociais. A observação e interpretação dos efeitos do medicamento são moldados pela família, comunidade, crença, valores culturais e morais, além da atitude do paciente em lidar com: o diagnóstico da doença, o tipo de tratamento e a natureza da relação entre o profissional e o usuário, ou seja, da formação de vínculo.

O uso de psicofármacos tem aumentado em âmbito mundial, e, no Brasil, são raras as pesquisas que investigam o seu uso na população. Um estudo realizado em 2003, na cidade de Pelotas-RS (RODRIGUES e col., 2006), comparou a prevalência de consumo de psicofármacos pela população, com dados coletados em estudo anterior realizado em 1994 (LIMA, 1995), na mesma cidade.

Dos entrevistados, 74% estavam utilizando psicofármacos há mais de três meses. A prevalência de consumo de psicofármacos observada no estudo de 2003 foi de 9,9%, não diferindo muito de 1994 (11,9%), e o consumo de antidepressivos foi de

31,6%. Portanto, após uma década, a prevalência permaneceu alta e o consumo de psicofármacos, apesar de se manter muito alto, não aumentou, contrastando com a literatura da época. Uma possível explicação seria de que o consumo global de psicofármacos já era elevado no município estudado.

Estudos desenvolvidos por Hemels (2002), no Canadá, apontam uma análise descritiva da utilização de antidepressivos, entre os anos de 1981 e 2000. Seu estudo evidenciou que o número de prescrições aumentou 238% nesse período e o aumento do custo foi de 2,7 bilhões de dólares.

De acordo com pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID – 2009), a prevalência de uso de benzodiazepínicos, um dos tipos mais consumidos de psicofármacos, era 5,6% em 2005, sendo que já havia aumentado 2,3% desse consumo em apenas 4 anos (em 2003, eram 3,3%). Essa mesma pesquisa ainda relata que 1,1% da população do país já estava dependente dessa classe de medicamentos em 2005, e que havia uma tendência crescente nesse sentido.

Um estudo realizado por More (2008) afirma que a prevalência de transtornos mentais no Brasil é estimada em 20% e que pode variar de 19% (Brasília e Porto Alegre) a 34% (São Paulo), de acordo com a região; estudos mais recentes apontam que a prevalência de transtornos mentais comuns acomete, em média, 30% da população do país, como mostra Gonçalves (2009) em seu estudo.

Segundo Lucchetti (2010), estima-se que 13% dos fármacos consumidos no Brasil envolvam benzodiazepínicos, antidepressivos

vos, neurolépticos, anticonvulsivantes ou estimulantes do Sistema Nervoso Central, os quais representam as principais classes de psicotrópicos disponíveis.

Quanto ao cuidado em saúde mental, mesmo que os transtornos mentais representem 13% da carga total de doença, a diferença entre o número de pessoas afetadas e o número de pessoas que recebem cuidados e acompanhamento, mesmo para condições severas, ainda é crescente.

Os dados apresentados no relatório da OMS mostram que até 75-86% das pessoas com transtornos mentais graves, em países de renda baixa e média, e 30-50%, em países de alta renda, não haviam recebido qualquer tratamento nos 12 meses anteriores (RODRIGUES e col., 2006).

Além disso, outros autores afirmam que o medicamento não é apenas uma droga aceita e utilizada mundialmente como um dos mais importantes recursos terapêuticos da medicina moderna. Ele também pode ser uma droga de abuso, causando muitos males, tais como dependência, síndrome de abstinência e distúrbios comportamentais.

Os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos com saúde e não são substâncias inócuas. Essas são as duas principais razões pelas quais, cada vez mais, se reconhece a necessidade e a importância dos estudos que analisam os tratamentos medicamentosos (MELO *et al*, 2006).

Outro estudo mais recente refere ser de 7,3% a prevalência da utilização de psicofármacos (WERLAND e ROCHA, 2012). Os autores sugerem que este valor pode estar subestimado, de-

vido à coleta ter sido realizada através de dados secundários. A mesma pesquisa afirma que os maiores consumidores dos psicofármacos são mulheres acima de 45 anos de idade, o que deve se justificar por utilizarem mais os serviços de saúde que os homens. Os antidepressivos foram a classe mais prevalente neste estudo, correspondendo a 63,2% dos psicofármacos prescritos para a população estudada.

Este crescimento pode ser atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico e a novas indicações terapêuticas dos fármacos já existentes (WERLAND ROCHA, 2012). Além disso, a ampliação da rede de saúde mental, com a implantação dos CAPS e a melhoria do acesso a esses medicamentos na rede SUS podem ter levado a esses números (RODRIGUES, 2006).

### **1.3.3 O processo de medicamentação**

A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentados”, com o intuito de proporcionar cura (AMARANTE, 2007).

Essa medicamentação do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do saber médico-científico. Ao oferecerem produtos que prometem alívio ou melhora de estilo ou condição de vida, diversos meios de comunicação, tais como a literatura e os programas de televisão, estimulam a automedicação e funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda, atendendo a uma crescente demanda de cuidado para cada sofrimento ao qual se pode estar submetido (ROSA, WINOGRAD, 2011).

Os estudos que envolvem fármacos, na atualidade, transitam do foco da farmacologia clínica para a farmacologia social, definida como a ciência que se preocupa com as interações entre droga e meio ambiente (Mbongue et al., 2005b). Nesse sentido, Rosa e Winograd (2011) concordam que a medicamentação é um fenômeno cultural amplo, que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade, e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento.

Mbongue et al. (2005a) propõem o termo medicamentação, para descrever o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam “tratamento farmacológico”, como por exemplo, envelhecimento, distúrbios do sono, alimentares e perda da libido. Afirmam que o uso de medicamentos em “nível social” parece estar induzido não só pela ocorrência de doenças, mas, principalmente, pela disposição e apelo da indústria farmacêutica e sua expansão para campos extracientíficos.

Os autores acrescentam, ainda, que esse consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, e que envolve diferentes atores, dentre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde.

De acordo com Amarante (2007), a medicamentação é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Esta se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a medicamentação.

A literatura (SANTOS, 2009) aponta que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos. Sendo assim, o que se constata nos serviços de saúde mental é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras.

Entretanto, avançar no cuidado em saúde mental remete à reflexão crítica de vários processos envolvidos na dinâmica do cuidado e no trânsito dos diversos atores pelos caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS), mapeando-se os limites e os desafios, em busca da resolubilidade dos serviços da rede de saúde mental.

### **1.3.4 O cuidado e os psicofármacos como tratamento e suas conexões com as tecnologias de responsabilização e autonomia**

O tratamento dos transtornos mentais com psicofármacos é sintomático e seu uso deve limitar-se ao imprescindível, devendo sempre ponderar se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados. Esses medicamentos não são panaceias, mas um recurso de primeira ordem em muitos casos, complementares em outros e, sem dúvida, totalmente inúteis em outros.

É preciso conhecê-los com sua eficácia seus riscos e efeitos indesejáveis, assim como aos demais procedimentos terapêuticos. A multicausalidade dos transtornos, a complexidade dos sintomas e a influência das interações psicossociais exigem que o tratamento desses distúrbios deve envolver intervenções farmacológicas, psicoterápicas e psicossociais, no sentido de fazer parte de um plano mais amplo, no qual outros tipos de intervenções também sejam incluídas (BRASIL, 2000).

Nos dias atuais, é patente o convívio com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos. Abstrai-se, pois, os aspectos dos conflitos, da imprevisibilidade, da irreduzibilidade e da inapreensão pertinentes à subjetividade. São, ainda, inegáveis, os efeitos positivos dos psicofármacos. Porém, a rejeição deve caber a um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (GUARIDO, 2007).

Por outro lado, a corresponsabilização é uma parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Esta parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores/usuários/família na composição do projeto terapêutico.

Ressalta-se a importância do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004). Há uma corresponsabilidade do indivíduo e sujeitos coletivos no processo saúde-doença.

Com efeito, a autonomia e corresponsabilização são elementos relevantes na relação entre as pessoas, quando se estabelece o cuidado, quer seja medicamentoso ou de relações interpessoais entre o cuidador e o sujeito que é cuidado. Na concepção do cuidado em que há predominância do modelo clínico, centrado no médico, os sujeitos não possuem o poder de decidir sobre seu tratamento, o que implica na ausência de autonomia. Como diria Foucault (1979), os doentes tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem e, por conseguinte, sua autonomia.

A concepção de assujeitamento do indivíduo aos discursos sociais e ao inconsciente motivou Michel Foucault a anunciar “a morte do sujeito”. Foucault se referia ao fim de uma concepção da autonomia baseada na racionalidade individual. Ao mesmo tempo, ele apresenta um novo personagem: o sujeito político na ordem dos discursos (AFONSO, 2011). Nesses apontamentos

está claro uma crítica expressiva acerca do modelo clínico e biomédico que sustenta o paradigma da saúde na contemporaneidade.

Segundo Afonso (2011) *apud* Barus-Michel (2008), buscar a autonomia significa lidar com a questão da sobredeterminação histórica, pois a autonomia está ligada à capacidade do sujeito de produzir sentidos e de fazer escolhas dentro do contexto social.

A autotransformação da sociedade é um fazer político, ao qual se dá o nome de práxis: “Chama-se práxis a este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como o agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia” Afonso (2011) *apud* Castoriadis (1982). A práxis não se confunde com um esquema de fins e meios ou planejamento técnico; tem a autonomia como princípio e visa ao desenvolvimento e ao exercício dessa autonomia.

Segundo Jorge *et al* (2011), a construção da autonomia ocorre na medida em que os atores envolvidos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, coprodução de si mesmo e do contexto. Assim, a formação da atitude corresponsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, em prol de algum propósito.

A corresponsabilização entre terapeuta/usuário/serviço/família objetiva minimizar os efeitos da doença mental e estimular a autonomia do usuário, com base nas suas condições sociais, econômicas e culturais, resgatando a sua cidadania, para a própria reinserção na sociedade.

Com efeito, é posto que, respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista, sendo ele quem deve deliberar e tomar suas decisões, elaborar seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que diverjam da sociedade. A autonomia dos usuários poderia ser bem mais extensa se houvesse uma real participação na vida familiar e comunitária (MOREIRA e ANDRADE, 2003).

## CAMINHOS DA PESQUISA E SEUS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 Natureza e Tipo de Pesquisa

O presente livro é resultado da dissertação (mestrado) apresentada à Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, em Fortaleza, 2013, 126 f. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Título: “Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização”. Autora: Indara Cavalcante Bezerra. Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

A metodologia pesquisa em questão é de natureza qualitativa, participativa, que busca a compreensão das experiências dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental, em relação ao uso de psicofármacos, como forma de tratamento em situação de transtorno mental, tendo como direcionamento a autonomia e a corresponsabilização no ato de cuidado relacionado ao tratamento psicofarmacológico.

Para tanto, tornou-se necessário o uso de metodologias que abarquem experiências, sentido e significações das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Tem-se, ainda, que este tipo de pesquisa, além de aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, realiza perguntas fundamentais e investigadoras, concernentes à natureza dos fenômenos sociais. Um dos aspectos principais refere-se ao fato de que estuda as pessoas em seus ambientes naturais, e não em artificiais ou experimentais (POPE, MAYS, 2009).

Para Gadamer, compreensão é, em princípio, entendimento; e compreender significa entenderem-se uns com os outros. A hermenêutica é a arte da compreensão e a necessidade de uma hermenêutica aparece, pois, com o desaparecimento do compreender por si mesmo (MINAYO, 2008).

Classicamente, o termo hermenêutica pode ser definido como a arte de interpretar. Na filosofia grega encontramos suas raízes, uma vez que, etimologicamente, está ligado a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais. No decorrer do tempo, adquiriu um significado mais amplo, indicando, no âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação, entre as quais o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica, que constituem diversas formas de expressão da filosofia continental (CAPRARA, 2003; AYRES, 2005).

Podem-se demarcar as tendências da hermenêutica em torno de, pelo menos, três grupos, como a Teoria Hermenêutica, Filosofia Hermenêutica e Hermenêutica Crítica (AYRES, 2005).

A Teoria Hermenêutica refere-se a uma série de princípios e procedimentos metodológicos para interpretação de obras não contemporâneas. Essas regras organizavam-se em torno de três grandes áreas: interpretação de textos bíblicos e jurídicos. Mais tarde o escopo da hermenêutica ampliou-se, uma vez que ela passou de simples técnicas interpretativas, para a condição de filosofia. Com Dilthey essa teoria passou a se constituir a base epistêmica das ciências humanas, quando ele distingue a explicação para as ciências da natureza e a compreensão para as ciências humanas (AYRES, 2005).

Desse modo, a Filosofia Hermenêutica representou a terceira ampliação no campo da hermenêutica, e consistiu numa reflexão metadiscursiva sobre a compreensão que não só focaliza a obra humana, mas a própria realidade humana. A Filosofia Hermenêutica rompeu com o objetivismo da Teoria Hermenêutica e expandiu-se para uma dimensão ontológica, ou seja, compreender o próprio modo de ser humano (AYRES, 2005).

Caprara (2003) traz a ideia de que os filósofos que pertencem a esta linha de pensamento dedicam-se à compreensão da existência humana, não do ponto de vista da observação, mas da reflexão filosófica. Nesse aspecto, o homem é considerado não somente enquanto organismo biológico, mas algo mais, com um contexto, subjetividades e singularidades próprias do homem.

Gadamer, em seus estudos da Filosofia Hermenêutica, a considerava a como um movimento abrangente e universal do pensamento humano. É mais ampla que a experiência científica e origina-se do processo de intersubjetividade e de objetivação humana.

A compreensão contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana de se colocar no lugar do outro. Foi nesse sentido que o autor ampliou a concepção de hermenêutica para além da dimensão metodológica, delineando-a como a explicação e descrição do ser humano em sua temporalidade e historicidade (AYRES, 2005; MINAYO, 2008).

O terceiro grupo que compõe a tendência hermenêutica contemporânea é a da Hermenêutica crítica. Esta, por sua vez, considera a hermenêutica como uma tarefa fundamental da compreensão, mas leva em conta fatores extralinguísticos para fundamentar a interpretação emancipatória efetiva. Não contrapõe a Filosofia Hermenêutica, mas aponta limites, como a centralidade na linguagem, acrescenta, pois, a esta, a perspectiva de ação dos sujeitos, colocando como objeto central a ação social (AYRES, 2005).

Na abordagem hermenêutica ocorre o encontro entre o passado e o futuro, mas a unidade temporal é o presente, em que há também o encontro entre o diferente e a diversidade mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento, nunca esgotado, ou intransparente, levando a um impasse na comunicação (MINAYO, 2010).

Nesse estudo foi utilizada a concepção de hermenêutica como a arte de compreender textos, com destaque para textos em referência a entrevistas. Foi posta uma questão eminentemente filosófica que é a compreensão do cuidado em saúde mental relacionada ao uso de psicofármacos. Esta questão induz a reflexão sobre a experiência dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde mental, e em meio a essas questões, investigou-se a partir da hermenêutica de experiência e *práxis* da vida.

## 2.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, e, para tanto, disponibilizam-se os principais dados sobre este município, informados pela Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de melhor descrever as características peculiares a este território social.

A cidade de Fortaleza iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral norte do estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste, com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul, com os municípios de Pacatuba e Itaitinga, e a oeste, com os municípios de Caucaia e Maranguape. A cidade conta com a afluição de 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. Fortaleza contém, ainda, sete lagoas de médio porte: Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia, Pajuçara e Jaçanaú (FORTALEZA, 2007).

O clima é, predominantemente, equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, o que proporciona uma temperatura média de 27°C. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de, aproximadamente, 1.600mm (FORTALEZA, 2007).

A economia de Fortaleza está concentrada no comércio atuante e bem diversificado. O centro da cidade é o local de referência para o terceiro setor, porém a cidade ainda conta com a estrutura de 10 *shoppings centers* que atendem aos consumidores de seus principais bairros. A produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário-calçados (artefatos de tecidos,

couros e peles), alimentos (extração e beneficiamento), minerais não metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007).

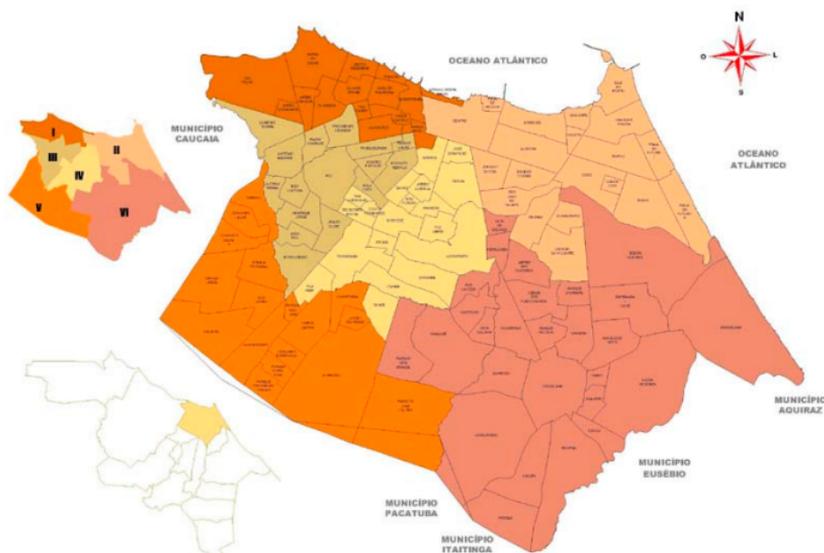
A partir de 1995, o turismo despontou como atividade de extraordinário crescimento. A demanda turística via Fortaleza aumentou, em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% ao ano. A cidade de Fortaleza tem hoje, no Turismo, uma eficiente fonte de geração de emprego e renda (FORTALEZA, 2007).

As manifestações folclóricas cearenses têm suas raízes na miscigenação das crenças e costumes dos brancos e negros que chegaram aos primórdios da povoação, com os indígenas (nativos). As manifestações folclóricas cearenses mais conhecidas são: Bumba meu-boi ou Boi-Ceará (cantos e danças de culto religioso ao boi, de tradição luso-ibérica); Dança do Coco (originária dos negros, sendo que no litoral é somente para homens e no sertão é dançada aos pares); Torém (dança indígena originária dos Tremembés); Maracatu (de origem africana, consiste num cortejo dançante e homenagem aos reis); e Violeiros, Cantadores e Emboladores (manifestação musical, na maioria das vezes expressando críticas sociais. É de origem tipicamente nordestina) (FORTALEZA, 2007).

Considerada a quinta maior cidade do país, sua área de 313,8 Km<sup>2</sup> e sua população, estimada pelo IBGE, de 2.505.554 habitantes em 2009 resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km<sup>2</sup>. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos; a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2009).

Em termos administrativos, o município de Fortaleza está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Têm como competência prestar serviços municipais e executar, no âmbito de suas respectivas jurisdições, as políticas públicas definidas pelos órgãos municipais, visando à melhoria da qualidade de vida da população de Fortaleza (Lei nº 8608, de 26 de dezembro de 2001). Para tanto, cada SER dispõe de um distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente,\* de Finanças, de Assistência Social e Infraestrutura (FORTALEZA, 2009).

**Figura 1:** Divisão das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE.

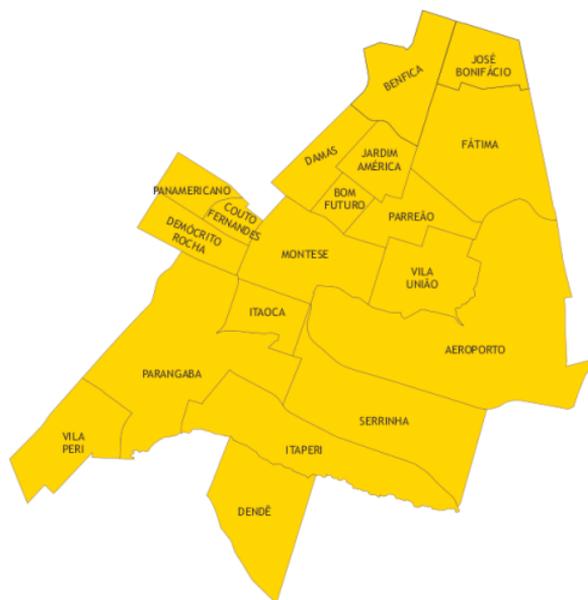


A Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) possui uma área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maio-

res e mais antigas feiras livres da cidade. São bairros desta área: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery.

Sua população é de cerca de 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE. A SER IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês.

**Figura 2:** Divisão dos bairros da Secretaria Executiva Regional IV em Fortaleza-CE.



A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza é composta por 14 CAPS, sendo 06 CAPS Gerais, para tratar transtornos mentais, de um modo geral, em adultos, 06 CAPSad, direcionado a pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas, e 02 CAPSi, que oferece tratamento de transtornos mentais a crianças e adolescentes; 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos, com funcionamento até setembro/2009; 01 Residência Terapêutica; 02 Emergências Psiquiátricas Especializadas, 09 Emergências Clínicas em Hospitais Municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas; 01 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, específica para saúde mental. Este serviço atendeu a 2.661 chamados, sendo 200 (8%) por suicídio; 612 (23%), por intoxicação exógena e 1.849 (69%) de ocorrências psiquiátricas de um modo geral (FORTALEZA, 2011).

O Ministério da Saúde (2012) determina a existência de cinco tipos de CAPS diferentes, cada um para um público diferenciado (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h).

Os CAPS gerais podem ser (I, II ou III) variando, de acordo com a cobertura populacional e o horário de funcionamento, da seguinte forma: CAPS I para cidades de pequeno porte, os quais devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes, e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

Os CAPS II são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia à clientela adulta. Os CAPS III são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem à clientela adulta.

Os CAPSi são destinados ao tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento mental, em cidades de médio porte, funcionando durante o dia e os CAPS ad atendem a pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte.

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Em geral, esses serviços configuram-se por realizar diversas atividades, dentre elas: atendimento individual; grupos terapêuticos; apoio familiar; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; acompanhamento clínico; orientações pedagógicas e preventivas para a comunidade. Estas atividades são oferecidas regularmente, por uma equipe multidisciplinar, de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Especificamente para desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se como campo de investigação o Centro de Atenção Psicossocial Geral da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, na cidade de Fortaleza. A escolha pelo referido cenário se deu em virtude

da SER IV ser conveniada ao Sistema Municipal de Saúde Escola e, por isso, estar vinculada à Universidade Estadual do Ceará (UECE).

O CAPS Geral da SER IV funciona na Av. Borges de Melo, 201, no Bairro Montese. Fica situado numa avenida de grande movimentação, em frente ao prédio existe uma escola de ensino fundamental e outra de ensino médio, local onde funciona também uma Unidade Básica de Saúde Figueiras Lima.

Nos arredores existe também uma loja de uma grande rede de supermercados, várias linhas de ônibus e o 23º batalhão do Exército Brasileiro. Localiza-se próximo à Rodoviária de Fortaleza, é cercado por vários comércios, caracterizando a facilidade de acesso por ônibus e carro. Nas proximidades também existem casas humildes, em becos e vielas, mas o que mais se vê são comércios.

O prédio onde funciona o CAPS é pequeno e com um aspecto de mal cuidado, pintura velha, calçadas quebradas, e com a identificação pouco visível. Ao entrar, há uma recepção, com cadeiras de plástico e duas recepcionistas, mas permanece o aspecto de abandono na pintura e piso do local.

Seguindo em frente há uma pequena sala da coordenação. Há sempre pessoas na porta desta sala, esperando para falar com a coordenadora, pegar vale transporte, etc. Ao todo, são seis salas divididas em um pequeno espaço, além da sala da farmácia, onde as pessoas fazem fila para pegar a medicação. Esse local é coberto e nele há bancos de madeira nos quais os usuários podem esperar as consultas.

Existe também um salão onde ocorrem as atividades de expressão corporal, dança e atividade de pintura, cinema, etc. A cozinha é pequena, mas comporta fogão, geladeira, uma mesa redonda na qual os profissionais se reúnem para um café. Ao lado, numa sala maior, há uma mesa retangular para servir as refeições dos pacientes intensivos e semi-intensivos.

Uma particularidade do serviço, no momento em que se realizou esta pesquisa, foi o processo de transição da gestão da Prefeitura de Fortaleza. Com a entrada do novo prefeito, a coordenação de saúde mental mudou, resultando também em um corte de profissionais, especialmente àqueles que não tinham vínculo de trabalho com a prefeitura.

Nos corredores dos serviços comentava-se sobre a instabilidade dos profissionais terceirizados, insegurança com o vínculo de trabalho e cortes de pessoal dos serviços, tanto no nível médio, como superior. Essa situação prejudicou o atendimento e esvaziou o serviço naquele momento. Desse modo, optou-se por realizar a coleta das informações apenas nos meses de agosto e setembro, período em que esta situação apresentava-se mais estável.

## 2.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em três grupos: Grupo I (profissionais do CAPS); Grupo II (usuários) e Grupo III (familiares dos usuários). Conforme mostra o Quadro I.

Quadro I – Distribuição dos participantes do estudo.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	Nº DE SUJEITOS
I	Profissionais do CAPS	5
II	Usuários	10
III	Familiares de usuários do serviço	9
Total		24

Para compor cada grupo de participantes foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (Grupo I) Profissionais do CAPS com tempo de atuação na instituição de, pelo menos, um ano na composição da equipe do serviço; (Grupo II): Adultos (com idade acima de 18 anos); usuários do CAPS Geral, com vinculação ao serviço, no mínimo, de seis meses, em uso de psicofármacos; e em condições de se comunicar verbalmente; (Grupo III): cuidadores dos seus parentes, compondo a família nuclear ou família extensa, realizando acompanhamento sistemático aos serviços do CAPS com o usuário que esteja em uso de psicofármacos há, pelo menos, seis meses. Todos os participantes expressaram o consentimento em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes da pesquisa caracterizaram-se da seguinte forma: os usuários totalizaram 10, sendo 1 homem e 9 mulheres; dentre os 9 familiares entrevistados, 7 eram mulheres, sendo 3 irmãs, 3 mães e 1 tia; e 2 eram homens, sendo 1 pai e 1 cônjuge. Os 5 profissionais que participaram das entrevistas distribuíram-se da seguinte forma: 1 farmacêutica, 1 médica psiquiatra, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeira e 1 assistente social.

Os grupos focais foram mediados, ora pela terapeuta ocupacional do serviço, ora pela psicóloga do CAPS, e facilitados pela pesquisadora. O perfil dos participantes era de familiares do grupo de família que acontecia, sistematicamente, no serviço, com a característica de ser um grupo aberto, em que há variação das pessoas e ocorre independente da quantidade de participantes.

A amostra na pesquisa qualitativa significa o resultado de operações para construir o *corpus* empírico do estudo. É entendida como processo dinâmico, contextualizado e não generalizável, que poderá incluir o convite aos participantes do estudo, sendo estes, intencionalmente, selecionados. Cada participante ou grupo destes foi selecionado, cuidadosa e intencionalmente, por sua capacidade de fornecer informações acerca do objeto de investigação.

Portanto, o tamanho final da amostra não foi predefinido, já que a importância recai sobre a riqueza de dados fornecidos pelos participantes cuja incorporação interativamente à pesquisa dar-se-á de acordo com as informações que surgirem no campo (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

O fechamento da amostra foi baseado nos critérios de saturação empírica, pela qual o pesquisador interrompeu a coleta de informações quando julgou que as últimas entrevistas não trouxeram informações suficientemente novas e diferentes, para justificar uma ampliação do material empírico.

## 2.4 Técnicas e instrumentos de coleta de informações

As técnicas de coleta das informações foram: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e o grupo focal.

Desse modo, a estruturação prévia da entrevista que caracteriza a “entrevista semiestruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e/ou hipóteses anteriormente formuladas e até mesmo no processo de aplicação do instrumento, do qual decorrerá o aumento da amplitude investigativa (TRIVINOS, 1992).

Nesse sentido, compreende-se que a estruturação é necessária a todo tipo de entrevista, o que permite uma compreensão de certa flexibilidade na direção do processo, dando ao informante um espaço maior de contribuição (TURATO, 2003).

Neste estudo foram aplicadas entrevistas com roteiros previamente estruturados, para usuários (Apêndice B); para os familiares (Apêndice C); e para os profissionais (Apêndice D).

Ao descrever sobre a entrevista semiestruturada, Minayo (2008, p.191) considera importante a elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”. Considerando o discurso do sujeito, o pesquisador pode pedir-lhe mais detalhes sobre algo que não ficou claro ou que os significados e sentidos não parecem explícitos (TURATO, 2003).

Aos participantes foi solicitada a gravação das entrevistas e dos desdobramentos dos grupos, a qual foi armazenada, na íntegra, em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos

entrevistados, que poderão dispor do material caso desejem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento.

Turato (2003) enfatiza que não somente as variações da fala devem ser consideradas, como por exemplo, uma voz embargada, um vacilo no momento de pronunciá-la ou um ato falho, mas o pesquisador deve também observar a linguagem corporal. Isto é, o apertar as mãos, o sentar na ponta da cadeira, enfim, as expressões faciais, gesticulações e postura física. Assim, com essa técnica complementar, obteve-se dados para uma análise mais completa das informações.

A observação sistemática realizada para possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde mental. Essa técnica aconteceu durante todo o percurso metodológico do estudo, para a qual foi confeccionado um diário de campo (Anexo IV) que descreve a rotina e o cuidado, pautados na relação profissional, usuário e familiar.

Outra técnica utilizada no estudo foi o grupo focal (Apêndice A). Trata-se de uma técnica privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, a qual oferece a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO,1999).

Para Minayo *et al.* (2005), a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas pesquisas de avaliação, de forma combinada com entrevistas ou exclusivamente. Os princípios de definição amos-

tral se baseiam na busca de aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização. A partir desses princípios, o foco se volta para questões acerca de quais serão os grupos, a quem e o quê observar.

O temário de Grupo Focal (Apêndice A) serviu para nortear e propiciar o desenvolvimento de questões pertinentes à pesquisa. Os grupos continham familiares e profissionais, de acordo com a configuração do serviço, e na ausência de alguns desses atores ou para possibilitar a compreensão das experiências relacionadas à tomada da medicação, como tratamento e suas conexões com a equipe de saúde mental, e para complementação de informações necessárias ao entendimento do objeto de investigação.

O Quadro II sistematiza as técnicas de coleta de dados relacionados aos objetivos da investigação.

Quadro II – Objetivos do Estudo e técnicas de coleta de Informações

OBJETIVOS	TÉCNICAS DE COLETA DE INFORMAÇÕES
<p style="text-align: center;"><b>Específicos</b></p> <p>Discutir o uso de psicofármacos no Centro de Atenção Psicossocial, ressaltando a autonomia e a corresponsabilização de usuários, seus familiares e profissionais, no processo de cuidado.</p>	<p>Entrevista semiestruturada Observação sistemática</p>
<p>Analisar a gestão da medicação de usuários do Centro de Atenção Psicossocial na relação usuário-família-equipe.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Geral</b></p> <p>Compreender as experiências de usuários, família e equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, no processo de construção de autonomia do usuário no seu processo de cuidado psicossocial.</p>	<p>Entrevista semiestruturada Observação sistemática Grupo Focal</p>

## 2.5 Questões éticas

O projeto da presente dissertação obteve aprovação através do parecer consubstanciado do CEP da Plataforma Brasil, sob número 387.111 (Anexo III), além do parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no estudo (Anexo I).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/96 do CNS, para os usuários (apêndice E), para familiares (Apêndice F) e para os profissionais (Apêndice G) e seguiu-se às captações do material empírico após o consentimento de todos os participantes do estudo. Portanto, os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado, autorizando a participação na pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2000).

Após autorização, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Foi garantido o anonimato dos informantes; assim, os trechos dos discursos utilizados para ilustrar a análise foram identificados da seguinte forma: profissionais (Profissionais 1 ao 5), usuários (Usuários – 1 ao 10) e os familiares (Familiar – 1 ao 9).

## 2.6 Plano de análise das informações

O estudo se delineou à tradição da hermenêutica filosófica, na perspectiva de Hans-Georg Gadamer. Esta opção permitiu a reflexão sobre toda a experiência humana no cuidado em saúde

mental, e, dessa forma, investigou-se a partir da questão hermenêutica de experiência e práxis da vida.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares.

A análise final foi orientada pela Análise de Conteúdo, com base em Minayo (2008). A autora enfatiza que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A análise de conteúdo temática consiste em descobrir núcleos de sentido, que conformam à comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo. Operacionalmente, a análise de temática desdobra-se em três etapas, conforme aponta Minayo (2008): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

O **primeiro momento** da pré-análise consiste na leitura inicial do conteúdo das entrevistas e na retomada de hipóteses iniciais e dos objetivos da pesquisa. Esta etapa pode ser composta das tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante dos textos contidos nas entrevistas consiste em tomar contato com o conteúdo, de forma exaustiva, relacionado com os objetivos e hipóteses da pesquisa. A constituição do *corpus* deve responder a algumas normas de qualidade qualitativa, como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos consistem na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais. Nesta fase pré-analítica, determina-se a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

A **segunda etapa** consiste na exploração do material numa, operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Possibilita-se a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco, representado em núcleos de sentido (o que dá sentido às representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo).

A **terceira etapa** refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Consiste em colocar em relevo as informações obtidas e, a partir daí, fazer inferências e interpretações, articulando-as com a fundamentação teórica do estudo delimitado inicialmente ou possibilita a existência de outras pistas, em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, que surgem a partir do aprofundamento na leitura do material.

As temáticas desenvolvidas na análise emergiram das unidades de significação ressaltadas do texto, as quais se destacam como: **TEMÁTICA 1:** O cuidado dispensado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial: da medicamentação à corresponsabilização das ações; **TEMÁTICA 2:** A gestão da medicação: desconhecimento e protagonismo da família; **TEMÁTICA 3:** Construção de autonomia do sujeito no processo de cuidado: (des) institucionalização e (des) articulação da rede assistencial.

## DO TEÓRICO AO EMPÍRICO: DESCOBERTAS

### **3.1 Cuidado dispensado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial: da medicamentação à responsabilização das ações**

Na contemporaneidade, os problemas sociais eclodem a cada instante e as estratégias para o enfrentamento resolutivo e eficaz são cada vez mais escassas. Diante desse cenário, surge a necessidade de abordagens múltiplas para minimizar estes conflitos individuais e coletivos que deságuam na coletividade, sob a forma de construtos, tais como: estresse, adoecimento psíquico, entre outros.

As abordagens psicossociais enfatizam uma dimensão histórico-social na determinação do processo saúde doença, estas vão se concretizando e buscando efetivação a partir da organização da rede de serviços de saúde. No entanto, é possível reconhecer as tensões nas portas de entrada dos serviços e nas emergências dos grandes e médios centros urbanos, não somente por falta de implicação dos profissionais, mas também pela escassez de recursos públicos, pela utilização inadequada dos recursos disponíveis e

por políticas de financiamento verticalizadas, que não contemplam as necessidades da população.

Este também é o cenário do cuidado operado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As convergências na oferta de serviços para os usuários incluem um atendimento organizado por fluxos referenciados, relações assistenciais focadas na abordagem multiprofissional em saúde e ênfase na medicação psicotrópica.

Nesse contexto, o sujeito-usuário se perde no espaço ofertado pela clínica tradicional e hegemônica, restringindo a (des) construção de autonomia das abordagens terapêuticas operadas no CAPS. Concomitantemente, o usuário respalda uma prática prescritiva e medicamentosa pela intencionalidade no cuidado recebido. A permanência do tratamento incide na garantia do repasse de medicamentos e na sua utilização contínua. Tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde (TESSER, 2006).

Sabe-se que a remissão de problemas psíquicos envolve a relação dada a partir da entrada do usuário nas unidades de saúde em que, muitas vezes, a dor e o sofrimento carecem de abordagens mais sensíveis ao formato e consistência destes enfrentamentos cotidianos (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

No entanto, o consumo de medicamentos, principalmente psicofármacos de uso controlado, é observado no dia a dia dos usuários. A medicação torna-se um instrumento eficiente para a sensação de alívio e sentimento de cura. O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença mental (TESSER, 2006; AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, o cuidado no cotidiano dos serviços associa a dimensão medicalizada da atenção em saúde mental na vida dos usuários e também a fragmentação da assistência numa parcialidade de tarefas por núcleos profissionais, ou seja, a fragmentação pela especialização. A regência do saber biomédico opera uma casuística ao adoecimento psíquico que interpõe diferentes composições terapêuticas entre o ato médico e as ações multidisciplinares em equipe.

Dentre as experiências dos usuários com relação ao serviço, retoma-se à discussão sobre acesso, não só à instituição CAPS, mas ao médico e à medicação, na qual os usuários atribuem o cuidado à realização da consulta e ao recebimento do medicamento. Quando questionados sobre a satisfação em relação ao serviço do CAPS, seguiram os discursos:

Tá faltando o especialista e os remédios que agora faltou por três meses. (Usuário 10 CAPS)

Tô (satisfeita), é, queria que tivesse neurologista que aqui não tem. (Usuário 9 CAPS)

Acho que deveria melhorar um pouco mais... As consultas mais rápidas e que não fosse tão demorada. (Usuário 7 CAPS)

O acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido como o processo de busca e obtenção de assistência à saúde, além do impacto da inserção dos usuários nos serviços e recebimento de cuidados subsequentes. Nesse processo é possível analisar a disponibilidade de recursos e a capacidade da rede de produzir serviços que sejam resolutivos às necessidades de saúde da população (ASSIS et al., 2010).

O fluxo assistencial em saúde mental limita-se à estrutura do serviço do CAPS, explorando, minimamente, os recursos comunitários e familiares. A comunicação, nesse processo, é deficiente, prejudicando a corresponsabilização dos envolvidos, equipe/usuário/família, no processo de cuidado psicossocial. O itinerário terapêutico do usuário é desconhecido pela equipe e a família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do usuário, diante do delineado pela proposição psicossocial.

Especialmente no que abrange a corresponsabilização, descreve-se que esta é entendida como um processo contratual entre profissionais de saúde/usuário/família. A formação de um compromisso e de um contrato evita dissonâncias entre os envolvidos e assegura a possibilidade de convivência e de se trabalhar em prol de algum propósito (CAMPOS, 2007). Essa contratualidade deve existir desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade, ao projeto terapêutico, buscando uma interação satisfatória entre os envolvidos no processo de cuidado (CAMPOS; AMARAL, 2007).

No campo empírico, foi possível evidenciar que o atendimento de saúde mental no CAPS está muito centrado na prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado. Familiares, usuários e os profissionais identificam esta situação, questionam o papel do psiquiatra e as incoerências da dinâmica do atendimento, tendo em vista a frequência das consultas muito distantes umas das outras e a quantidade de medicação dispensada, como descrevem os discursos a seguir:

A princípio, ele tinha começado com pouco, um comprimido, depois dois, aí tudo bem, aí passou pra três, mas quando passou pra quatro, aí eu fiquei muito sedada, largada mesmo, dormindo muito durante o dia, não fazia mais nada. Eu digo meu Deus, não tenho condições não. (Usuário 5 CAPS)

Assim, quando eu falo que eu tô boa, aí a doutora diminui a dosagem e quando não estou boa, que eu entro em crise, ela aumenta a dosagem. (Usuário 8 CAPS)

Infelizmente aqui a gente tem que liberar uma receita pra cada dois meses e meio, o que é um absurdo! Não tem como liberar menos porque o retorno é daqui até quase 5 meses, o ideal seria de mês em mês, de quinze em quinze dias, mas é um absurdo porque a gente tem que liberar uma quantidade enorme de medicação, mas não tem outro jeito porque não tem como o paciente voltar antes, então o paciente leva um monte de medicação pra casa, o que é um risco, risco do paciente perder, de usar de forma inadequada de outras pessoas pegarem a medicação...(Psiquiatra CAPS)

Bem, aqui no CAPS o que eu questiono é qual a função exata da psiquiatra? É só adicionar medicação ou ela precisa conversar um pouco com o paciente? (Familiar 5 CAPS)

Tais situações comprometem o acompanhamento sistemático e a efetividade da assistência em saúde mental, a partir das diretrizes da atenção psicossocial, o que pode ser visualizado de modo mais aparente na consulta individual.

A consulta precisa favorecer o diálogo entre o profissional e o usuário, no sentido de abordar questões relacionadas à gestão

da medicação, ou seja, administração correta da medicação e dúvidas sobre indicações, efeitos adversos ou colaterais, sentidos e significados da medicação para os usuários, com abordagem contextualizada e singular.

No entanto, o fluxo aumentado de pessoas impede a disposição para ampliar a relação dialogada no fazer clínico. As consultas acontecem diante de uma realidade que desfavorece a manutenção da relação terapêutica integral, limitadas, muitas vezes, pela demanda de atendimentos, tempo e escassez de profissionais.

Essa prática objetiva os problemas de saúde demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação. Desse modo, a redução das ofertas terapêuticas do CAPS deriva não apenas da estruturação do serviço, mas do próprio interesse do usuário em alargar suas possibilidades terapêuticas, ou seja, perpassa o entendimento individual da necessidade de ampliar relacionamentos, a dinâmica da vida e o significado da doença e do medicamento. Esta reestruturação na dinâmica da vida do usuário indicaria a possibilidade de desenvolvimento de graus de autonomia.

Querida uma melhora pra ele, [...] passar mais tempo, mais atividade, conversar com outras pessoas [...] (Familiar 3 CAPS)

Ele não faz e necessita [de outras atividades no CAPS]. Ele está numa fila de espera aqui há três anos pelo um psicólogo, porque ele tem dificuldade de entender o motivo pelo qual ele precisa tomar essas medicações

(Familiar 5 CAPS)

Eu sinto falta é de atividade, porque ela é uma pessoa assim que não é dinâmica, então eu queria que ela fizesse, participasse de um grupo de pintura, de produtividade, essas coisas. (Familiar 6 CAPS)

De modo semelhante, os profissionais reconhecem a necessidade da equipe em compreender a função e o significado da medicação na vida do usuário. Assim, a compreensão da função terapêutica, dos efeitos colaterais e do significado dessa medicação no cotidiano do usuário, deve ser discutida pela equipe para que o processo terapêutico corresponda a um indicador de resolutividade e continuidade do cuidado, como se observa no discurso a seguir:

[...] Primeiro eu acho que a questão do psicofármaco, em todo CAPS, ela deve ser discutida qual é a função dessas medicações, qual é o papel dessas medicações, até para que haja primeiramente a compreensão por parte dos profissionais, de toda equipe, dessa função e o significado de toda essa medicação na vida do paciente. (Assistente social CAPS)

Diante do enfoque na medicação surge a necessidade de alguns cuidados com o uso de psicofármacos pelos usuários, ou seja, profissionais buscam prestar um atendimento que corresponda a ações dirigidas aos usuários e seus familiares, na orientação da prescrição médica, na dispensação, e na administração dos medicamentos.

Nesse sentido, este olhar sobre o medicamento possibilita também o encontro com o usuário para ouvir as dúvidas e buscar singularidades, mas também pode reduzir a produção do cuidado psicossocial, em função do estigma da doença mental e priorização do objeto em si, em detrimento da experiência vivida pelo usuário.

[...] Talvez fosse um trabalho de pedagogia dizer pra o usuário que medicamento é esse, pra que serve esse medicamento, quais são os efeitos colaterais desse medicamento, o que é que isso que tá vindo de fora, e que tá vindo com o intuito de auxiliar no seu processo de tratamento, o que isso causa, que bicho é esse que ele tá tomando? E pra família, porque muitos dos efeitos colaterais, aí eu te falo da minha própria clínica, eles nem sabiam, eles só diziam: “olha eu tô me sentindo mais molenga, eu tô me sentindo mais pesado, eu tô engordando!” E quando eu perguntava: “que medicação você tá tomando? Como é isso? Vamos sentar aqui junto e ler a bula”. (Psicóloga CAPS)

O usuário de psicofármacos é um paciente que já tem um comprometimento, que já tem o entendimento muitas vezes menor, então você tem que ter uma linguagem bem acessível, bem fácil [...]. (Farmacêutica CAPS)

Devemos cuidar desde o início, no armazenamento, devemos ter cuidado na entrega ao paciente, ter cuidado no monitoramento com o paciente que toma essa medicação, na administração [...] (Psiquiatra CAPS)

Nesse cenário, é possível visualizar que a resolubilidade do atendimento do CAPS, no imaginário de familiares e usuários, ainda está atrelada a uma clínica tradicional e fragmentada. Assim,

a resolubilidade do cuidado está relacionada à oferta que o serviço disponibiliza para a demanda trazida pelo usuário, no caso: a estabilização de sintomas, o enfrentamento da crise psicótica e a manutenção da conduta medicamentosa, operada a partir do fazer médico. Este dado funciona como argumento para usuários e familiares referirem o CAPS como um serviço que deixa “a desejar”, devido à falta do atendimento médico, como descrito a seguir:

“Eu acho que está deixando muito a desejar a falta do médico, que é essencial, né? Se a gente não consegue o médico aqui, aí vai conseguir aonde?”. (Familiar 1 CAPS)

Não sei, agora tá com essas mudanças de médico e tudo, aí falta médico, mas a gente tem que ter paciência, que a gente não vai resolver nada, que se a gente for se preocupar não resolve nada, a gente tem é que ter paciência, um dia chega a hora, né? (Familiar 8 CAPS)

Essa evidência converge com o estudo realizado por Jorge (2012), o qual descreve os outros aspectos apontados como influenciadores da insatisfação dos usuários com o atendimento prestado, entre eles, a falta de medicamentos, a dinâmica de marcação de consultas e as condições de trabalho da equipe da unidade de saúde. A marcação de consultas, por sua vez, é bastante citada pelos usuários e é distinguida como um mecanismo que causa morosidade no processo de atendimento.

Nesse aspecto, o CAPS, como dispensador de medicamentos, descaracteriza-se de seus princípios e diretrizes essenciais, que inclui lidar com pessoas e não com doenças, promover a reinser-

ção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Sendo capaz de realizar um trabalho de base territorial com atuação na comunidade, que possibilite ao usuário reencontrar um lugar no território em que vive, promovendo autonomia na gestão da sua vida a partir da corresponsabilização da equipe/ usuário/familiar.

Tais considerações baseiam-se nas premissas de que as práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais promovem uma ruptura com o modelo biologicista e medicocentrado, atribuindo um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental. Assim, a atenção psicossocial questiona práticas hegemônicas e enrijecidas, modelos pré-formatados, e define seu novo “objeto de atuação”, que passa da doença para a experiência da pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental.

A ampliação do “objeto” de intervenção exige transformações na organização dos serviços. Nesse sentido, destaca-se a noção de Lancetti e Amarante (2008), na qual a lógica de cuidado da pessoa com transtorno mental não segue o caminho linear e hierárquico de sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura, ou seja, nos casos de saúde mental, o sintoma nunca se elimina, ele circula.

Por isso, a saúde mental opera com uma lógica de complexidade invertida; enquanto na saúde geral o maior nível de complexidade está inscrito em centros cirúrgicos e unidades de terapia

intensiva, na saúde mental, o procedimento mais simples é no hospital; e no território, os procedimentos são mais complexos, pois envolvem os processos relacionais.

No que diz respeito à relação estabelecida no encontro dos atores corresponsáveis com o cuidado psicossocial, Jorge *et al* (2011) apontam os dispositivos inerentes ao cuidado, os quais são: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, pois possibilitam a transversalização da prática psicossocial (re) construindo espaços de diálogo e encontro de trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, na busca da resolubilidade da atenção à saúde.

Especificamente, no que toca à ideia de corresponsabilização, Campos (2000) delinea que esta busca estabelecer uma ligação mais estável e duradoura entre profissional e usuário/família. Sua prática é inerente à noção de vínculo e indica certo contrato que traduz um acompanhamento, um contrato de cuidados que se movimenta para a ampliação do ato terapêutico.

Neste sentido convergem os discursos dos usuários, dos familiares e dos profissionais, nos quais a corresponsabilização no tratamento psicofarmacológico é resgatada e parece indicar resolubilidade no cuidado, satisfação com o tratamento e um caminho para o “estar bem”, como se observa nos trechos a seguir:

Então a questão do cuidado com o uso de psicofármacos é uma questão que tem que ser trabalhada diariamente, desde o momento que eu vou lá pra atenção básica... Tem a questão do grupo, tem a questão da orientação familiar, tem a questão do apoio matricial, então eu faço

visita domiciliar, faço o papel da medicação [...], porque uma coisa é o paciente dizer que não tá tomando a medicação e a pessoa achar que ele não tá tomando porque não tá querendo, mas quando a gente vai trabalhar, a gente vai ver que o paciente muitas vezes tem problema de memória, então não se trata, necessariamente, de uma recusa, ele precisa trabalhar atividades cognitivas, conversar com o médico e fazer ajuste de medicação [...] tem pacientes que eu já peguei fazendo faculdade à noite e estava abandonando a faculdade porque não tava conseguindo conciliar com o tratamento (Assistente social CAPS)

Agora, depois dessa internação, eu tô responsável pela administração da medicação dele, assim nos horários, a medicação fica comigo né? e aí eu dou a medicação exata no horário certo. (Familiar 5 - irmã CAPS)

Eu me responsabilizo com ela de uma forma, porque quem tá com ela sou eu, né? E eu preservo pra que ela não caia em crise. (Familiar 7 – esposo CAPS)

É eu que dou a medicação, os que não sabe tomar eu é que dou [...] Eu venho buscar os medicamentos deles tudim. (Familiar 8 – mãe de 5 filhos portadores de transtorno mental CAPS)

Aqui eu sou muito bem querida, eu não tô mentindo, aqui, desde que eu cheguei aqui eu sou muito querida, a assistente social disse que se eu não quisesse ficar aqui não precisava ficar contra a minha vontade, tem a enfermagem que me dá a terapia da medicação que é pra mim tomar e quando eu vou viajar, elas me ajudam a preparar minha medicação. (Usuário 2 CAPS)

No estudo de Jorge (2011), os trabalhadores da saúde afirmam que a efetivação do cuidado deve estar ancorada em atitudes como o respeito ao usuário, em que este precisa ser informado acerca do seu quadro de saúde. Defende-se que o usuário precisa assumir a corresponsabilização no próprio processo de saúde-doença e estar informado das prováveis complicações que podem emergir, caso ele fique engessado em uma posição de passividade.

Dentre estes, devem ser contemplados o estabelecimento de vínculos e a corresponsabilização entre profissionais de saúde e população; uma intervenção em saúde que extrapole os muros das unidades de saúde, visando ao enfrentamento dos principais problemas de saúde da população adscrita, desenvolvendo ações integrais de saúde sobre indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho.

A responsabilização e a produção de vínculo terapêutico são objetos provedores de reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde, e dependem, fundamentalmente, da constituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

As mudanças de padrões de relacionamento têm determinantes que vão além da simples vontade e disponibilidade do trabalhador em transformar seu fazer, são influenciados, também, pelos estilos de gestão e pela estrutura de poder existente nas instituições (BRASIL, 2004).

A formação do vínculo reforça a construção da autonomia e se expressa pela circulação e por afetos entre as pessoas (CAMPOS, 2003). No trabalho em saúde, a vinculação é uma ferra-

menta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, isto é, usuários e profissional ou equipe.

A corresponsabilização é uma parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Os discursos aqui apresentados revelam que essa parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos profissionais/usuários/família na composição do projeto terapêutico, não esquecendo o contexto em que esses atores estão inseridos, pois cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004).

Para Ayres (2004), é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Então é forçoso, quando se cuida, saber qual é o projeto de vida, traduzido na gestão do cuidado, sentidos e significados do adoecimento psíquico, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos aos quais se presta assistência. Estes questionamentos orientam o cuidado psicossocial e produzem sujeitos ativos, capazes de exprimir expectativas e desejos.

O cuidado prestado no CAPS deve passar o entendimento desse serviço como uma estratégia, ou seja, como um dispositivo que articule e consolide a rede de cuidados. Olhando para o território, sua complexidade e relações estabelecidas entre os atores sociais do processo de cuidado. Como evidenciam Santos, Yasui e Dionisio (2012), o desafio está em “descobrir e ativar os recursos escondidos e estabelecer alianças”.

Portanto, na prática cotidiana dos serviços do CAPS, deve-se priorizar a utilização de ações compartilhadas que favoreçam o acolhimento e o vínculo, como instrumento para atingir a integralidade e singularidade do cuidado.

A corresponsabilização, enquanto dispositivo das tecnologias relacionais, pode permear as relações interpessoais, interpondo espaço para negociação, acordos e contratos que levam a firmar o compromisso dos atores envolvidos no processo de cuidado.

### **3.2 Gestão da medicação: desconhecimento e protagonismo da família**

O adoecimento humano está inserido numa complexidade de problemas decorrentes do mundo globalizado. As doenças psíquicas absorvem as modificações urbanas, sociais e cotidianas; e o enfrentamento do ser humano perante tal disfunção sucumbe à utilização de práticas unívocas baseadas somente em insumos farmacológicos.

A constituição dessa hegemonia vem ganhando espaço, e sustenta-se na prática clínica como dimensão social e humana, expressa numa tecnologia Biopolítica de gestão, entendida como medicalização social, que se mostra difundida e aceita na contemporaneidade.

Por essa via desdobram-se práticas clínicas na sociedade, focalizadas em ações que priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentais, as

quais perfazem caminhos unidirecionais em que ao sujeito, “diagnosticadamente adoecido”, não restam muitas escolhas, além de adaptar-se ao processo de cuidado ofertado.

A abordagem farmacoterapêutica pressupõe resultados que utilizam os medicamentos como ferramentas importantes na resolução de problemas de saúde dos usuários. Os agravos que respondem a esta abordagem terapêutica tendem a diminuir ao longo de uma efetiva atuação de práticas regidas por tal lógica. As doenças crônicas nas quais estão inseridos os transtornos mentais, entre outras disfunções, e as sintomatologias, em geral, acomodam certa absorção para com o uso de medicamentos no processo de cuidado (PASSOS, 2011).

Nesta conjuntura, o adoecimento psíquico amplia-se no espectro do processo saúde-doença mental e incorpora estilos, sintomas e variações múltiplos e intensos da vida comum. A fatídica alienação histórico-política-cultural da maioria da população usuária dos CAPS reforça esse paradigma e estabelece a influência que a indústria farmacêutica e outros segmentos mercadológicos do capitalismo moderno exercem:

[...] Só que agora ele decidiu parar de tomar os remédios que o médico passou sem informar pra família e tomar o Vital 500 que passa a propaganda na televisão e foi aí que no quarto dia já entrou em crise [...]. (Familiar 5 CAPS)

Apesar dos pacientes considerarem o medicamento a “máxima” do tratamento, em que, muitas vezes, reconhecem a cura como a não necessidade de medicação (MOSTAZO E KIRS-

CHBAUM, 2003), estudos mostram a existência do déficit de conhecimento, sobre os medicamentos, posologia e frequência do uso (CRUZ e col., 2011).

Cardoso *et al* (2011) constata essa afirmação em uma pesquisa realizada com usuários egressos de um Núcleo de Saúde Mental, em relação ao conhecimento destes quanto à medicação: a maioria não sabia ou sabia parcialmente o nome e a prescrição de todos os remédios em uso. Apenas 43,8% deles souberam dizer, corretamente, os nomes e dosagens dos medicamentos que estavam utilizando; 25% não souberam informar o nome de nenhum medicamento em uso.

Assim, a eficiência das ações terapêuticas está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos usuários e pela dificuldade de acesso a essas informações. Diante do questionamento sobre a indicação terapêutica dos psicofármacos dos quais faziam uso os usuários participantes do presente estudo, seguiram-se os discursos:

Pra me tranquilizar, pra “mim” ter paz, pra não querer brigar, não querer agredir as pessoas, brigar não, eu gosto mais é de amizade (Usuário 1 CAPS).

Pra dormir, o Amplictil é pra dormir, o Fenegram é pra não ficar alérgica e a Risperidona, acho que é pra acalmar. (Usuário 3 CAPS)

Um serve pra depressão (Olanzapina) e outro serve pra cabeça (Haloperidol). (Usuário 4 CAPS)

Pra depressão e transtorno bipolar, uma coisa assim. (Usuário 7 CAPS)

O Fenergam é antialérgico, o Haldol é pra dormir, né? A Carbamazepina também é pra dormir. (Usuário 8 CAPS)  
É... pros nervo. (Usuário 9 CAPS)

Outros questionamentos contidos no roteiro de entrevistas, acerca da medicação, seguiram a mesma direção de desinformação sobre a terapia medicamentosa. O desconhecimento do nome do medicamento e/ou da posologia e/ou da indicação foi quase unânime nos discursos dos usuários, mesmo para aqueles veteranos no serviço:

[...] Uso há 7 anos (os psicofármacos). “Carboliti”, “Ampretil” e Fenergam [...] Eles “serve” pra depressão [...] os três. (Usuário 6 CAPS)  
[...] Tomo desde o ano passado [...]. Acho que é (o nome) “Locratin” [...]. É... pros nervo”. (Usuário 9 CAPS)

O desconhecimento leva ao não envolvimento do usuário, implicando na dificuldade de adesão, erros na dosagem, automedicação, etc., além da anulação de sua autonomia diante do tratamento. Entretanto, mesmo sem saber informar o tratamento medicamentoso prescrito, observa-se que a percepção dos sujeitos quanto ao cuidado do transtorno mental se reflete, principalmente, na medicação e na dependência deste.

Desse modo, o êxito e a cura dependem dos fármacos prescritos, e o tratamento está diante apenas de uma atuação química da medicação receitada, cujo conhecimento é detido somente pelo profissional prescritor (BRASIL e col., 2008).

Com efeito, o lugar do usuário tem o privilégio de reportar a espaços de interações remetidos, muitas vezes, ao descuido ou desvalorização. O saber-fazer da ciência impõe delimitações que, tradicionalmente, enquadram a forma de intervenção terapêutica aos moldes assistenciais centrados na doença, tomados como resolutivos e necessários. Diferentemente, a mudança do foco para o polo-usuário, reconhece de imediato uma subjetividade passível de múltiplas possibilidades no seu dia a dia.

O material empírico produzido permitiu perceber que nas inter-relações dos entrevistados, mesmo de forma tímida, é possível captar indícios de formação de autonomia ou processos de negociação.

[...] Eu converso com o Dr. André, quando eu vou pra ele eu converso com ele e ele tem ajustado minha medicação dependendo da minha conversa. (Usuário 5 CAPS)

(A senhora participa da escolha da sua medicação?) [...] Dependendo da minha conversa com ela, ela muda. (Usuário 6 CAPS)

[...] Com certeza, e isso é mais que importante (a participação do usuário na escolha dos medicamentos), porque, assim, a medicação tem vários efeitos colaterais, alguns são raros, mas podem acontecer, então agente tem que levar em consideração o que o paciente sente. (Psiquiatra 3 CAPS)

Sim, acho muito importante (a participação do usuário na escolha dos medicamentos), pois ele sabe até onde ele tolera, se tá fazendo bem. (Enfermeira 5 CAPS)

É direito do usuário, segundo o SUS, ele ter informações, acesso a informações sobre seu tratamento e

também ter acesso a discutir seu tratamento. Nenhum projeto terapêutico aqui é imposto, ele é discutido, feito um acordo, um contrato com o usuário, da mesma forma a questão medicamentosa (Assistente social CAPS)

A construção da autonomia se faz pela formação de múltiplas dependências, conexões e oportunidades. O usuário já percebe que pode conversar com o profissional para ajustar ou opinar sobre seu tratamento, ao mesmo tempo em que a equipe reconhece suas opiniões e respeitam a posição do usuário quanto ao serviço que está sendo disponibilizado. Entretanto, muitas outras ações devem ser trabalhadas para a transformação desse usuário num sujeito autônomo, conhecedor de seus direitos, cidadão e protagonista de sua vida.

Na análise das entrevistas e no grupo focal foi bastante evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado. Assim, percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico.

Eu sempre venho pegar a medicação dele, eu que acompanho ele pra tudo, mas assim, eu não moro com ele, quem mora é a minha mãe, aí ela dá sempre no horário (Familiar 1 CAPS - irmã)

É eu que dou (a medicação). Quando ela entra em crise eu ligo logo pra cá, pra agendar logo a consulta dela. (Familiar 2 CAPS - mãe)

Eu tenho duas pessoas na família, porque eles foram criados pela minha mãe. Minha mãe faleceu, então ficou na responsabilidade de uma outra Irmã que também faleceu. Então eles (os familiares com transtorno) já são casados. Ela mora com o esposo dela, como ele tem transtorno também, né, ele tem pânico, não sai de casa, então eu me responsabilizo e levo ela pra médico, mas a medicação mesmo quem dá é ele. (Familiar 6 CAPS - tia)

Observou-se a divisão de tarefas e adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado ao ente familiar, contando até mesmo com parentes que não compõem a família nuclear, na organização em torno do cuidado. Entretanto, existem famílias que não possuem muitos parentes ou estes moram distantes, resultando em sobrecarga de responsabilidades:

É eu que dou a medicação, os que não sabe tomar eu é que dou. A filha 1 sabe tomar, A filha 2 sabe tomar, só quem não sabe tomar é a filha 3 e o filho 4. Eu venho buscar os remédios deles tudim, só não venho da filha 5, porque ela vai sozinha, ela se dirige, ela tem a casa dela lá na Serrinha, ela se cuida, mas tem dia que ela tá muito apereada, não pode ter preocupação, agora os outros, quem cuida é eu. Agora esse (filho 4) é que me martiriza mais porque ele não quer obedecer, não quer, a gente pejeja, pejeja, mas ele disse que não e ainda dão bebida pra ele, de vez em quando. (Familiar 8 - mãe)

Essa senhora foi convidada para a entrevista quando estava na fila da farmácia para receber medicamentos. Ela é idosa, viúva e tem cinco filhos adultos com transtorno mental.

Eu acho que eu é quem posso cuidar porque não tem quem cuide, não tem outra pessoa, sou viúva e moro só com eles. (Familiar 8 - mãe)

Nesse momento surge a pergunta: que estratégias de cuidado são disponibilizadas para dar suporte a essa senhora e a seus filhos?

Os discursos analisados também ressaltaram a efetividade do tratamento quando a família está envolvida, corresponsabilizada, apontando a inclusão do familiar no projeto terapêutico e no território, como forte aliado em direção à resolutividade e aos princípios que preconiza a reforma psiquiátrica.

Eu conheço sujeitos daqui, usuários, que a gente começou a trabalhar com a família: “Quem é esse sujeito? Esse sujeito não é só adoecido, não é só a doença, ele é um sujeito. E olha o que ele é capaz de fazer, olha o que ele traz pra cá e olha a leitura que ele faz da família, né? de carinho, de amor, de gratidão, uma série de coisas”, e a família quando foi se empoderando disso e o percebendo [...] como um sujeito, não só aquele adoecido... Primeiro que a relação melhorou muito, segundo que hoje a sensação que eu tenho é que os familiares estão mais sensíveis [...], a questão da percepção, depois a questão da corresponsabilização “o que a gente pode fazer?”, e a melhora do relacionamento familiar, a melhora não só do sujeito em si, mas a questão da melhora do coletivo! (Psicóloga CAPS)

Com certeza, a família precisa estar totalmente engajada no tratamento, eu sempre falo isso [...]. Se tivesse o apoio da família o paciente já estaria muito melhor, uma melhora significativa. (Psiquiatra CAPS)

Na interface entre o serviço de saúde mental, o usuário e o território, a participação da família torna-se essencial. No entanto, as respostas para o questionamento anterior ainda estão longe de serem resolvidas, pois são muitas as precariedades ainda encontradas nos serviços de saúde mental, tanto no atendimento e acompanhamento, quanto nas dificuldades encontradas para a reinserção social dos usuários em sofrimento psíquico.

As famílias são as principais responsáveis pela procura de serviços, pelo atendimento das necessidades básicas de seus familiares e pela integração destes na comunidade. Gonçalves e Sena (2002) reafirmam que a reforma psiquiátrica não pode ser reduzida à devolução dos doentes mentais às famílias “como se estas fossem, indistintamente capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado”.

Portanto, devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores.

Este trabalho envolve compartilhamento de informações sobre a doença, a discussão conjunta de tarefas e objetivos do tratamento, o uso da medicação, atendimentos clínicos (SCAZUFCA, 2000), terapias em grupo, etc., ou seja, a integração da equipe e familiares no projeto terapêutico. Em seguida, relatos de alguns familiares sobre suas experiências em como lidar com o transtorno na família:

Pra mim é um sofrimento muito grande, muito mesmo [...] É muito sofrimento vê ela doente, é muito ruim ver a filha desse jeito, aí tem gente que diz que ela faz é se fazer pra receber o auxílio e isso me dói muito porque ninguém queira estar na minha pele. Quando ela tá em crise ela se acorda 4h da manhã e varre um quarteirão inteiro e quando acaba fica batendo na porta do vizinho e dizendo “levanta, que eu varri a frente da tua casa, tu é um seboso”. Mas ela não é agressiva, ela é carente. (Familiar 2 CAPS)

É difícil, mas tem que levar, né? (Familiar 3 CAPS)

Ele é assim desde que nasceu, aí ele ficou um certo tempo assim calmo, não tinha nenhuma reação assim agressiva, aí depois com o tempo ele entrou na adolescência aí ele veio dá outras... Ficou agitado, aí ele teve outros, como se diz, outros momentos, né? ficou agressivo e eu tive que trazer pra acompanhamento aqui no CAPS, né? Antes ele tinha acompanhamento onde ele estudava, mas depois com essas dificuldades que ele começou a sentir em relação às pessoas, porque ele tem dificuldade de relacionamento, às vezes ele não se dá com uma pessoa, às vezes ele acha que a pessoa tá olhando diferente pra ele, aí ele fica com raiva, né? começa a ficar agressivo. Outro dia eu fui caminhar com ele e encontramos com duas pessoas, assim de idade, aí ele falou com a pessoa e parece que a pessoa não respondeu aí ele ficou agressivo, sabe? E se eu não tivesse ali perto? Quer dizer, uma pessoa dessa não pode nem andar só! (Familiar 4 CAPS)

Bem, é [...] lamentável, né? eu digo assim que é lamentável porque a gente ter um familiar com problema psiquiátrico não é muito agradável, porque é uma coisa que exige muito da gente de se adequar àquele quadro dele e procurar melhoras pra ele [...], no caso do meu ir-

mão, ele tem dificultado muito [...] a minha ajuda, por conta dos distúrbios psicológicos. (Familiar 5 CAPS)

[...] Com o tempo a gente adquire essa experiência, né? no começo a gente fica meio perdido, mas o tempo... (Familiar 6 CAPS)

Olha, eu já tenho um pouquinho de experiência por causa da família, certo? Eu sou de uma família em que as pessoas tinham muito problema de, de... A minha mãe sofria de síndrome do pânico, certo? Nós convivemos com isso quase a vida toda, ela passou a maior parte, da gente jovenzinho até a vida adulta, ela passou tomando remédio controlado (Familiar 7 CAPS)

Sempre [...] transmite um pouco, né? aquela angústia dele pra gente. A gente fica triste de ver assim aquela situação. (Familiar 9 CAPS)

“A gente não vive e o outro não vive” indicando uma alteração na rotina a partir do adoecimento do marido, pois ele não pode ficar só, e ela precisa trabalhar. (Registro grupo focal - familiar CAPS)

Assim, pode-se perceber que o cotidiano da família transita pela sobrecarga de responsabilidades, podendo disparar sintomas adoecedores e desequilibrar ainda mais a dinâmica familiar. É notável, pois, a necessidade de se recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta, de utilizar uma variedade de recursos, como atividades em grupo, estratégias de educação em saúde, visitas domiciliares, dispositivos na comunidade, teatro, cinema, escola, praças, igrejas ou quaisquer outros espaços produtores de saúde, para agregar às ações clínicas assistenciais, que se restringem à sintomatologia do biológico e não alcançam as dimensões

psicossociais dos sujeitos. É preciso avançar para além das medicações, no sentido de possibilitar o cuidado integral à saúde.

Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças, a organização dos serviços deve considerar tais aspectos, garantindo o direito à saúde dos usuários.

### **3.3 Construção de autonomia do sujeito no processo de cuidado: (des) institucionalização e (des) articulação da rede assistencial**

A desinstitucionalização e inserção social das pessoas com sofrimento psíquico no cotidiano da sociedade são desafios da Atenção Psicossocial, bastante discutidos atualmente. Pois, de acordo com os pressupostos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira, a assistência à saúde deve estabelecer ações de base territorial e em interlocução com a comunidade. Assim, pensando na consolidação destes princípios, é necessário elaborar estratégias e utilização de recursos comunitários que favoreçam o exercício da autonomia dos sujeitos.

Para Yasui (2011) a discussão desses pressupostos remete não apenas aos “princípios de um sistema gerencial”, mas também ao “tecno-assistencial” que organizam um sistema de produção de cuidados de saúde.

Para o autor, nesse contexto estão implicados valores que incidem para uma sociedade com justiça social, com liberdade e igualdade para os cidadãos, com garantia de acesso e assistência singular e integral. Acrescenta ainda que este acesso não se restringe ao setor saúde, mas a uma coletivização de distintos bens e riquezas produzidas pela sociedade, e a ativa participação da comunidade na gestão e no controle.

Sendo assim, pensar autonomia da pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico, é refletir sobre a (des) institucionalização desses sujeitos, por vezes assujeitados. Esta reflexão perpassa a compreensão das experiências vivenciadas por usuários, seus familiares e profissionais do serviço, com a participação social, inserção na vida cotidiana da rede de serviços assistenciais, dos serviços informais, das redes sociais e no caminho percorrido pelo usuário e seu familiar, ao buscar resolução para seu problema de saúde.

A noção de sujeito utilizada nesta reflexão é como uma unidade viva, que deve ser compreendida, essencialmente, como atuante, como vida em pura atividade, autodesenvolvimento, autoarticulação e manifestação de si (MORAIS, 2012). Um sujeito como um ser autônomo ou em busca contínua de autonomia, mediado pelas relações sociais ou interpessoais atreladas a um contexto histórico cultural do momento histórico em que transcorre sua vida.

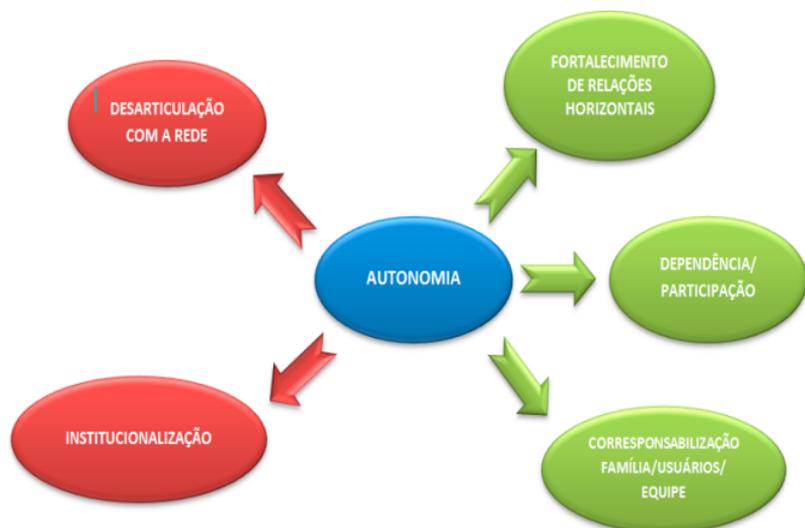
Nesse sentido, é prudente evitar relações de dependência entre profissionais de saúde, usuários e seus familiares, com a marca de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro (SOARES e CAMARGO JUNIOR, 2007).

Diante dessa opção, cabe a este processo, que busca a compreensão das experiências dos sujeitos, delinear a ideia de autonomia. Como descreve Soares e Camargo Junior (2007), autonomia é caracteristicamente relacional, por isso discutir autonomia é refletir sobre a desinstitucionalização. Como pensar em sujeitos autônomos quando estes se encontram, por vezes, institucionalizados em serviços de saúde, sem perspectivas de projetos de vida, sem constituição de redes sociais de apoio?

Assim, por caracterizar-se como relativa e relacional, inseparável da dependência, a autonomia exige a participação na vida social e ampliação das alternativas terapêuticas. Para os autores Soares e Camargo Junior (2007, p.65), é condição essencial para a saúde, pois pode ser compreendida como “potência auto-recuperadora do organismo humano [...] como pré-condição para a saúde e a cidadania, para a própria vida”.

A seguir, elaborou-se um diagrama que representasse a noção de autonomia. Esta envolve dois polos antagônicos, à direita e à esquerda, nos quais se separam características que compõem a constituição de autonomia, entre eles, o fortalecimento de relações horizontalizadas, com graus de dependências, que significam participação social e não subjugação de papéis.

Esta ideia da dependência entra num contexto de responsabilização das ações de cada participante, entre eles: usuário, seu familiar e a equipe. Em outro ponto do diagrama visualizam-se os entraves na consolidação da autonomia do usuário, descritos como a impossibilidade de participação social, caracterizados pela institucionalização e precária articulação com as redes sociais e assistenciais.

**Figura 4:** Diagrama de representação da produção de autonomia

Especificamente no que diz respeito às relações, torna-se fundamental para a produção de autonomia o fortalecimento das relações entre usuários e profissionais da saúde, entre usuários e seus familiares, porque essas redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como essenciais para o cuidado e para a saúde.

Conforme aponta Soares e Camargo Junior (2007, p.65), “o que é preciso superar é a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia à medida que [...] avança o processo terapêutico”.

Dentro da sua característica relacional, a produção de autonomia pressupõe o compartilhamento entre as autonomias profissional e do usuário, proporcionando, dessa forma, melhoramentos e subsídios de ambos, para o processo de cuidado psicossocial. O destaque está na premissa de que o sujeito é um ser

humano único, com singularidades e potencialidades, e que, por meio de um relacionamento de apoio ou dependência, possibilita ao sujeito a oportunidade de realizar escolhas (BARROS e CHIESA, 2008).

Assim, torna-se essencial para o cuidado em saúde mental a superação do modelo asilar, e subentende-se que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcione um curso diferente daquele admitido antes da reforma psiquiátrica.

No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou, até mesmo, manicomia (PANDE, AMARANTE, 2012).

O exercício de fazer saúde, nos CAPS, muitas vezes se confronta com essa realidade institucionalizante, através da cronicidade que é gerada a partir de ações que se concentram e se restringem ao biológico, baseada na prescrição de psicofármacos, conforme se pode visualizar no discurso a seguir:

[...] a gente tem que pensar que a gente acompanha usuários da rede de atenção à saúde mental, que são usuários crônicos [...], na verdade, os usuários que passam por aqui, a grande maioria ela chega e aqui permanece e aí eu faço duas observações: muitos permanecem pelo quadro em si, mas muitos permanecem porque não há um acompanhamento regular, inclusive da medicação, e aí há uma relação de dependência. E aí a gente também

tem uma rede fragilizada, uma rede que em si já é fragilizada, a articulação é fragilizada e os dispositivos que a gente poderia utilizar, eles existem de fato, mas a gente faz pouco, a rede é fragmentada. (Psicólogo CAPS)

Sobre o aspecto da dependência, o estudo de Barros e Chiesa (2008, p. 795) discute a autonomia do paciente na categoria de “flexibilização nas situações de institucionalização”. Os autores descrevem que diante do desconhecido e, sobretudo, diante da dor e das limitações das precárias condições de saúde é uma disposição do ser humano enfrentar com algum grau de regressão esta situação. Além disso, os “profissionais de saúde tendem a reforçar ainda mais a regressão do paciente”, institucionalizando e efetivando uma relação verticalizada, em que o sujeito passa a ser o objeto de cuidados.

O uso, em longo prazo, de psicofármacos, insere-se no campo da Saúde Mental, mais especificamente no debate sobre a medicalização do social no contemporâneo, seus processos de subjetivação da clínica psiquiátrica e as formas de tratamento oferecidas, na atualidade, aos sujeitos em seu sofrimento-existência. Assim, procura-se problematizar essa clínica psiquiátrica dessubjetivante, que produz sujeitos que podemos chamar de sujeito-comprimido (SANTOS, YASUI, DIONISIO, 2012).

A história do sujeito parece não importar e, muito menos, o que ele tem a dizer sobre o seu sofrimento, porque, com as novas drogas psiquiátricas, os sintomas, tão caros aos sujeitos, tiveram uma rápida suspensão, provocando a sensação de resolutividade que se concebe até hoje.

É nesse contexto que Santos, Yasui e Dionisio (2012) trazem o conceito de sujeito-comprimido, através da ação clínica dessubjetivante. Eles explicam que o “comprimido” é usado em dois sentidos, do substantivo “pílula” e do verbo “achatar”. Respectivamente, o sujeito-comprimido é aquele que tem sua subjetividade desvalorizada, escutada pelo viés do medicamento, formatada para se receitar determinado psicofármaco; e tem a sua dimensão subjetiva chapada, reduzida a uma descrição.

No campo empírico, é possível perceber o usuário como sujeito-comprimido, mas, também, mesmo que diante de um processo lento de transformação, pode-se visualizar ações de vínculo e corresponsabilização com o serviço e a equipe, no sentido de romper esse paradigma institucionalizado, como os discursos que seguem:

Ele disse: “- Doutora, aqui é a minha casa!”. Semana passada ela veio todos os dias, mesmo o CAPS fechado pra reforma e ela disse: “- eu não quero entrar não, eu quero só ficar aqui na frente, porque lá onde moro, eu não posso ser eu”. (Psicóloga CAPS se referindo a um usuário do CAPS)

Assim, aqui das terapeutas do grupo, das psicólogas, eu acho ótimo, eles são maravilhosos, não tenho o que dizer não, mesmo trabalhando do jeito que trabalham, com pouca coisa, com poucos recursos, eu acho que eles fazem um trabalho muito bom. (Usuário 5 CAPS)

Os usuários e familiares desconhecem a rede assistencial formal e informal na comunidade, e não se visualizam interlocuções do CAPS com esses dispositivos. Quando questionados sobre a

utilização de outros serviços ou espaços de saúde na comunidade, seguiram-se os discursos:

Dentista ele só foi quando foi o jeito, os dentes já tavam muito desgastados, aí ele teve que ir, mas o posto a gente tem vontade assim que ele vá pra prevenir doenças, porque, às vezes, ele come de uma maneira errada, né? aí a gente fica preocupada com a saúde dele, mas ele diz que não tem nada. (Familiar 9 CAPS)

Não, não, que eu conheça não. (Familiar 5 CAPS)

Não, eu acho que... Ela tem um problema de obesidade, certo? e ela sozinha ela não consegue e ela precisava ter algo pra controlar, ela é diabética e não tem, só o CAPS. (Familiar 7 CAPS)

Não. Porque não tem (nenhum outro serviço que o usuário utiliza na comunidade)... Ela só caminha perto de casa. (Familiar 6)

Não, só o CAPS. Ele fazia natação no SESC, mas eu suspendi que ele [...] eu tava pagando, e aí eu chamei pra fazer uma caminhadazinha [...] (Familiar 4 CAPS)

Outro aspecto identificado nos discursos que dizem respeito à efetivação da interface entre os CAPS e a rede assistencial foi a desarticulação entre o CAPS e a Unidade de Saúde da Família. Nenhum dos participantes referiu a Unidade Básica de Saúde como outro serviço utilizado por eles na comunidade, além do CAPS, evidenciando, deste modo, a desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre atenção básica e especializada, e falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral.

A Organização Mundial de Saúde (2008) apontou a importância da integração de ações de saúde mental na atenção primária, ao recomendar ao território, à comunidade e às redes de serviços de saúde, que se organizassem, de forma a reconhecer que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, com ênfase nas novas formas de cuidar.

No cuidado em saúde, a oferta dos serviços e o conjunto de dispositivos sociais para formulação de uma rede integral de atenção ao usuário possibilitariam uma produção de autonomia na sua assistência. No entanto, a fragmentação do cuidado, a parcialização dos saberes e práticas e as tensões entre oferta e demanda no SUS fortalecem a dependência única e, às vezes, inexistente para suprimento de demandas, problemas e necessidades.

Desse modo, a subordinação ao ato terapêutico no cotidiano de saúde é determinada também por uma ausência de entendimento sobre o próprio processo de cuidar no qual o usuário está inserido. A dificuldade em entender remete à efetivação de relações desproporcionadas pela necessidade e confiança premente daquele instituído socialmente como detentor do saber da cura.

Quando eu falo que nós temos falhas, uma das falhas é essa, é sempre a família que vem ao CAPS, tem as exceções da gente tá buscando a família, mas são poucas. Então a gente aguarda essa família vir pra gente ofertar um serviço, o que tem, quando na realidade faz parte da nossa constituição a gente buscar a família, né? (Psicóloga CAPS)

Deve-se então, recorrer a iniciativas individuais e coletivas que entendam o cuidado em saúde como uma ação acolhedora, que produza vínculo, corresponsabilização e implicação, aprofundando as relações subjetivas entre profissional/usuário/família/serviço de saúde (PINHEIRO E GUIZARDI, 2006).

Essa relação de confiança mútua entre cuidador e usuário surge da interação, da troca de reconhecimentos, do respeito e do entrelaçamento entre o saber popular e o saber científico (LACERDA e VALLA, 2006; BARROS, 2010).

A autonomia, ainda que como um vir-a-ser, merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental, portanto, mas que não é nem pode ser absoluta. É relativa e relacional, deve ser construída em um processo de produção contínua em uma rede de dependências que é bastante maleável e que, necessariamente, se vê reduzida no adoecimento. Mas ela deve estar sendo construída de modo continuado em sua inter-relação com a dependência no cotidiano da prática (JORGE, 2012).

Entretanto, tornam-se claras as relações que comportam perspectivas dicotômicas, ora o CAPS tem a preocupação em favorecer um intercâmbio com a comunidade, ora se reconhece fechado em si mesmo. Se por um lado exalta a cidadania dos usuários, por outro entende que deve protegê-los dos desafios impostos pela sociedade.

Ao mesmo tempo em que entende à necessidade de aproximação entre todos os seus membros, ressalta as diferenças e as mantém intactas. As perspectivas opostas estão presentes em um

jogo de forças que compõe diferentes desenhos, de acordo com a ocasião. Os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar e favorecer a autonomia, a cidadania e o protagonismo.

As experiências de usuários, familiares e profissionais de saúde mental descrevem que o Centro de Atenção Psicossocial, por vezes, institucionaliza o usuário no serviço, enquanto deveria atuar como dispositivo desinstitucionalizante, na interlocução com a rede assistencial em saúde mental. Ou seja, conforme o que a atenção psicossocial preconiza, o CAPS deve atuar no território e em parceria com todos os recursos disponíveis na comunidade (PANDE, AMARANTE, 2008).

Diante desse cenário, questiona-se: Como produzir autonomia neste contexto? A indicação é seguir um raciocínio que busca romper com a limitação das ações dos profissionais, usuários e seus familiares diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influem na capacidade de participação social, ou seja, na compreensão de um indivíduo inserido numa coletividade, mas que possui as próprias fronteiras da singularidade.

## REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA

Os usuários das redes assistenciais do SUS formulam itinerários que se associam ao que está ofertado como solução para seus problemas na rede pública, ou seja, no território vivo em que todas as pessoas estão situadas, são postuladas conexões com dispositivos, sujeitos e atitudes que ampliam as possibilidades de resolução dos agravos, dificuldades e adoecimentos na vida.

Entretanto, é possível reconhecer as tensões nas portas de entrada dos serviços de saúde. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) operacionalizam suas ações, a partir de: atendimento organizado por fluxos referenciados, relações assistenciais focadas na abordagem multiprofissional em saúde e ênfase na medicação psicotrópica.

Nesse contexto, o sujeito-usuário se perde no espaço ofertado pela clínica tradicional e hegemônica, respaldada numa prática medicalizante e prescritiva, portanto medicamentalizante, pela intencionalidade no cuidado recebido, em que tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde.

O fluxo assistencial em saúde mental é limitado, explora minimamente os recursos comunitários e familiares. As interrelações são deficientes, prejudicando a corresponsabilização dos envolvidos, equipe/usuário/família, no processo de cuidado psicossocial. O itinerário terapêutico do usuário é desconhecido pela equipe, e a família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do sujeito.

Dessa forma, o exercício de fazer saúde nos CAPS, muitas vezes, se confronta com essa realidade institucionalizante, através da cronicidade que é gerada a partir de ações que se concentram e se restringem ao biológico, baseada na prescrição de psicofármacos. Aliado a essa conjuntura, identifica-se o desconhecimento dos usuários quanto à sua medicação e ao seu tratamento bastante evidente, o que implica na dificuldade de adesão, automedicação, erros posológicos, entre outros, além da anulação de sua autonomia.

No bojo dessas ações nasce o sujeito-comprimido, cuja subjetividade é desvalorizada, escutada pelo viés do medicamento, formatada para se receitar determinado psicofármaco; e tem a sua dimensão subjetiva chapada, reduzida a uma prescrição. (SANTOS, YASUI, DIONISIO, 2012)

Por outro lado, esse contexto provoca a construção da corresponsabilização da família na gestão dessas alternativas de cuidado, nas quais a participação da família torna-se essencial na interface entre o serviço de saúde mental, o usuário e o território. Os familiares são os principais responsáveis pela procura de serviços, pelo atendimento das necessidades básicas de seus parentes e pela integração destes aos serviços de saúde e à comunidade.

Ainda no âmbito familiar, percebe-se que seu cotidiano transita pela sobrecarga de responsabilidades, favorecendo o disparo de sintomas adocedores, quando comumente essa família não encontra espaço para o autocuidado.

Para seguir a proposição delineada para a atenção psicossocial, o cuidado deve perpassar o entendimento desse serviço como uma estratégia, ou seja, como um dispositivo que articule e consolide a rede de cuidados, olhando para o território, sua complexidade e relações estabelecidas entre os atores sociais do processo de cuidado. Assim, a assistência à saúde deve estabelecer ações de base territorial e em interlocução com a comunidade, é necessário elaborar estratégias e utilização de recursos comunitários que favoreçam o exercício da autonomia dos sujeitos.

Pensar no protagonismo da pessoa em sofrimento psíquico é refletir sobre a (des) institucionalização desse sujeito, e nesse processo, ainda que como um vir-a-ser, a autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental.

Talvez, o caminho a percorrer seja seguir um raciocínio que busca romper com a limitação das ações dos profissionais, usuários e seus familiares, diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influem na capacidade de participação social, ou seja, na compreensão de um indivíduo inserido numa coletividade, mas que possui as próprias fronteiras da singularidade.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 445-464, dez. 2011

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp.

AMARANTE, P., FREITAS, F., NABUCO, E., & PANDE, M. N. R. (2012). Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** 4(8), 125-132.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência e Saúde Coletiva**. 13(Sup):733-736, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 42, n. 1, jan./mar., 2006.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado no programa Saúde da Família: **olhares analisadores em diferentes cenários**. EDU-FB, 2010.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado reconstrução das práticas de Saúde. **Interface-Comunic. Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

BARROS, J. D. Paul Ricoeur e a Narrativa Histórica. **História, imagem e narrativas**. Nº 12, abril/2011 - ISSN 1808-9895 - <http://www.historiaimagem.com.br>

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, 2007, 41.esp.

BRAGA, M. H. Assistência Farmacêutica: um desafio para o SUS. [janeiro – junho/2006]. MG: **Revista APS- NATES** – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – UFJF. Entrevista concedida à Revista APS.

BRASIL. Constituição Federal 5 de setembro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília; 1988.

BRASIL. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996** – Conselho Nacional de Saúde, 2000. Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/comissão/CONEP](http://www.conselho.saude.gov.br/comissão/CONEP).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS.**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2007, p. 13-36.

BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 333-338, 2008.

BRASIL, H., H., A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000;22(Supl II):40-1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da saúde; 2004, 22p, 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 7)

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANVISA**. Disponível em: [www.portal.anvisa.gov.br](http://www.portal.anvisa.gov.br). Acesso em 05/01/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33882](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33882). Acesso em: 10/10/2012.

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

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de Coletivos**. Hucitec, 2000.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Caderno de Saúde Pública**, 2003.

CARDOSO, L.; MIASSO, A. I.; GALERA, S. A. F.; MAIA, B. M.; ESTEVES, R. B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre drogas). II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Relatório Brasileiro sobre Drogas - IME-USP 2009.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011.

COELHO; A. L. A. L.; GODOI, C. K. Análise sociológica do discurso: elementos metodológico-epistêmicos e possibilidades de utilização no campo organizacional. In: **Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração**, nº I, março, 2011, Florianópolis-SC.

CRIVES, M. N. S. dos; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. **Revista Saúde e Sociedade** v.12, n.2, p.26-37, jul-dez 2003.

CRUZ L. P.; MIRANDA P. M.; GIACCHERO K. G.; MIASSO A. I. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. [09telas], 2011.

FERREIRA, J.; MIRANDA, E. Consumo de psicofármacos: entre o cuidado consigo e a sintetização da catarse. In: **II Seminário Nacional de Sociologia e Política**. 2010, Curitiba, PR. Tendências e Desafios Contemporâneos. Anais 2010, vol. 11, PPGSOCIO/UFPR – PPGCP/UFPR, pág. 1-22.

FLOERSCH, J. et al. Adolescent Experience of Psychotropic Treatment. **Transcultural Psychiatry**, v. 46, n. 1, p. 157-179, 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007: Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado**. Imprensa Municipal. 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Site do Município de Fortaleza: **Informações sobre a cidade**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p. 112-9, 2000.

GONÇALVES AM, SENA RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55. Março, 2002.

GONÇALVES, D. M. Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Lume, **Repositório Digital da UFRGS**, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/15571>; acesso em 24/01/2012.

GUARIDO, G. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006, 11.3: 797-805.

HEMELS, M. E.; KOREN, G.; EINARSON, T.R. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. **Ann Pharmacother.** 2002 Sep;36(9):1375-9.

IGNÁCIO, V.T.G.; NARDI, H.C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**; 19 (3): 88-95, 2007.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011

JORGE, M. S. B., FREITAS, C. H. A. D., LUZ, P. M., CAVALEIRO, L. M. M., & COSTA, R. F. D. (2012). Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, 9(1).

JORGE, ONOCO-CAMPOS, VASCONCELOS, PINTO. Experiências com a gestão autônoma da medicação, **Revista PHYSIS**, 2012, no prelo.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): EPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.615-34. (Saúde em Debate, v.170).

LIMA M. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS. **Dissertação de mestrado**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados ao uso de Psicofármacos em Idosos Asilados. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 32(2): 38-43, 2010.

MARGONATO, F. B. As atribuições do farmacêutico na Política nacional de medicamentos. **Infarma**, v. 18, nº ¾, 2006.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.3 ISSN1413-8123. Similarity:0.477868

MARTINS, A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n. 14, p. 21-32, set.2003-fev.2004.

MBONGUE, T. B. N. et al. **Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers.** *Pharmacoepidemiology and drug safety*, v. 14, p. 81–89, 2005b.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.** EDIÇÃO 2, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: **As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Janeiro de 2011.

MORAIS, J. S. R. O conceito de sujeito na introdução da “Filosofia do Espírito” de Hegel. **Sociedade Hegel Brasileira.** Disponível em: [http://www.hegelbrasil.org/gthegegel/arquivos/Julia\\_Sebba\\_Ramalho.pdf](http://www.hegelbrasil.org/gthegegel/arquivos/Julia_Sebba_Ramalho.pdf). Acesso em 18/12/2012.

MORE, Ari ET al. O uso de psicotrópicos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa: uma abordagem comunitária e interdisciplinar. **Extensio-Revista Eletrônica de Extensão**, UFSC, 2008 Maio; 2(2):1-8.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 249-266, 2003.

MOURA, M. T. C.; EWALD, A. P. Reflexões sobre a comercialização do sofrimento psíquico. In: **XIV Encontro Nacional da ABRAPSO**, 2007, RJ. Anais de resumos e trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007, RJ, v. 1. p. 1-4.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003.

MOYA, Clara Isabel. Cotidiano e transformação: a percepção de um grupo de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Sul. 2007. 79f. **Dissertação de Mestrado em Ciências Biológicas** – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade Vale do Paraíba (UniVap), São José dos Campos, São Paulo.

ONOCKO-CAMPOS. Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, Dec. 2008.

PASSOS, P. Projeto de Pesquisa: **autonomia e direitos humanos: validação do guia de gestão autônoma da medicação (GAM). Encaminhado ao CNPq para financiamento**. Rio de Janeiro, 2011.

PICCININI, W. J. Voando sobre a História da Psiquiatria II. **Psychiatry on line Brasil**, v. 5, n. 9, 2000. Disponível em: <http://www.polbr.med.br>. Acesso em 07/01/2013.

PINTO, L. H. Prática da dispensação farmacêutica. **Revista Racine**, 102, jan-fev/2008.

POPE C, MAYS N, ORGANIZADORES. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

RODRIGUES C. R., FIGUEIREDO M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estud. psicol.** 2003 Abr; 8(1):117-125.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2006; 40: 107-114.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. **Palavras e pílulas**: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.*, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

SANTOS, D. V.D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SANTOS, YASUI E DIONISIO. O Sujeito-Comprimido. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 4 , n. 9, p. 103-112 , 2012.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000, 22: 50-52.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface comun. saúde educ**, 2007, 11.21: 65-78.

SPAGNOL, W. P.; IACOVSKI, R. B. Uso de Medicamentos Psicotrópicos no Programa Saúde Mental no Município de Água Doce – SC. **Ágora: revista de divulgação científica**. v. 17, n. 2, 2010.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan/jun 2006.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992 (1987).

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WERLAND, M. C e ROCHA, B. S.. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 0997, 2012.

YASUI, Silvio. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health**, 2011, 1.1: 109-118.

ZANELLA, A. V. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicol. Estud.** [online]. 2004, v. 9, n. 1, pp. 127-135.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

**Pesquisa: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: sujeito, autonomia e corresponsabilização**

Número de participantes:

Local:

### TEMÁRIO DO GRUPO FOCAL

- Cuidado em saúde
- Cuidado em saúde mental
- Medicamento
- Tratamento com psicofármacos
  - o Percepção
  - o Adesão
  - o Dúvidas
  - o Efeitos indesejáveis
  - o Cuidado
  - o Autonomia
  - o Vínculo (profissional, família)
  - o (Co) responsabilização
- Estratégias efetivas na produção do cuidado com eixo corresponsabilização
- Desafios e limites

## APÊNDICE B

### **Pesquisa: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: sujeito, autonomia e corresponsabilização**

Identificação (iniciais)

Data entrevista

Local

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS**

- De que forma você cuida da sua saúde? (responsabilização)
- O que é o cuidado em saúde para você? E cuidado em saúde mental?
- Você faz uso de algum psicofármaco? Qual?
- Como você se sente ao tomar esse medicamento?
- Você sabe para que ele “serve”?
- Você sente algum efeito indesejável?
- Você administra sozinho ou precisa de ajuda para lembrar, saber o horário ou a dosagem?
- Quando você tem dúvidas sobre o medicamento, a quem você costuma perguntar? Você consegue obter as respostas? Quem você sempre procura quando precisa? (acesso, acolhimento, vínculo).
- Quando você não se dá bem com a medicação, você conversa com seu médico ou com mais alguém sobre isso? Você toma alguma atitude sozinho ou sempre faz o que os profissionais pedem? (autonomia)
- Alguém participa do seu tratamento? Quem? É suficiente ou você gostaria que fosse diferente? (corresponsabilização)

## APÊNDICE C

### **Pesquisa: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: sujeito, autonomia e corresponsabilização**

Identificação (iniciais)

Data entrevista

Local

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA PARA FAMILIARES**

- Você cuida da sua saúde de seu familiar? (responsabilização)
- O que é o cuidado em saúde para você? E cuidado em saúde mental?
- Seu familiar faz uso de algum psicofármaco(s)? Qual?
- Você sabe como ele(a) se sente ao tomar esse(s) medicamento(s)?
- Você sabe para que o(s) medicamento(s) é indicado (s)?
- Você sabe se seu familiar sente algum efeito indesejável?
- Você auxilia seu familiar na administração do medicamento(s)? Ele(a) precisa de ajuda para lembrar, saber o horário ou a dosagem?
- Quando você tem dúvidas sobre o medicamento, a quem você costuma perguntar? Você consegue obter as respostas? Quem você sempre procura quando precisa? (acesso, acolhimento, vínculo).
- Quando seu familiar não se dá bem com a medicação, vocês conversam com o médico ou com mais alguém sobre isso? Vocês tomam alguma atitude sozinhos ou sempre fazem o que os profissionais pedem? (Autonomia)
- Alguém mais participa do tratamento de seu familiar? Quem? É suficiente ou você gostaria que fosse diferente? (corresponsabilização)

## APÊNDICE D

### **Pesquisa: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: sujeito, autonomia e corresponsabilização**

Identificação (iniciais)

Data entrevista

Local

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL**

- O que é o cuidado em saúde para você? E cuidado em saúde mental?
- Para você como deve ser o cuidado relacionado ao uso de psicofármacos?
- Comente sobre o cuidado operado na unidade. Tem dado respostas adequadas às demandas e necessidade de saúde da população?
- Quais os limites e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde para prestar um cuidado resolutivo?
- Você se sente seguro quando o usuário aborda o tema medicação? Quando precisa de esclarecimentos, a quem recorre?
- Você acha importante que o paciente opine sobre seu tratamento com medicamentos? É possível modificar o tratamento a partir da percepção ou opinião do usuário?
- Comente sobre sua autonomia perante o paciente na execução de seu trabalho.
- Você se sente responsável pelo tratamento de seu paciente?
- Existe corresponsabilização? Caso exista, como se dá esse processo?

## APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e responsabilização”** cujo objetivo é analisar o uso de psicofármacos na atenção psicossocial, recorrendo ao sujeito e seu desempenho como atuante ou sujeitado, ressaltando a autonomia e a responsabilização como dispositivos que podem interferir no tratamento e na vida de pessoas com sofrimento psíquico.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre seu tratamento no CAPS ou participando de grupos focais com outros usuários, para conversar sobre seu tratamento nos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham

sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

Contatos com a mestrandia Indara Cavalcante Bezerra ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_.

---

Participante

---

Pesquisador

## APÊNDICE F

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DE SAÚDE

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e co-responsabilização”** que tem como objetivo analisar o uso de psicofármacos na atenção psicossocial, recorrendo ao sujeito e seu desempenho como atuante ou sujeitado, ressaltando a autonomia e a co-responsabilização como dispositivos que podem interferir no tratamento e na vida de pessoas com sofrimento psíquico.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre o tratamento do seu familiar no CAPS ou participando de grupos focais com outros familiares de usuários, para conversar sobre o atendimento do seu ente nos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento (CAPS). Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você ou no acompanhamento do seu familiar no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capa-

citados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários e seus familiares, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com a mestrandia Indara Cavalcante Bezerra ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE G

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e co-responsabilização”** que tem como objetivo analisar o uso de psicofármacos na atenção psicossocial, recorrendo ao sujeito e seu desempenho como atuante ou sujeito, ressaltando a autonomia e a co-responsabilização como dispositivos que podem interferir no tratamento e na vida de pessoas com sofrimento psíquico.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos serviços, entrevista semi-estruturada com questões abertas sobre a sua experiência na atenção à saúde mental, bem como no grupo focal com outros profissionais da saúde mental sobre com ênfase no uso de psicofármacos, ressaltando a autonomia do usuário e o processo de co-responsabilização para aprofundamento da temática. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista e/ou participando do grupo focal sobre tema relacionado à sua experiência no cuidado em saúde mental. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no vínculo com o serviço ou usuário independente da sua opinião

sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com a mestrandia Indara Cavalcante Bezerra ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

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

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

# **ANEXOS**

## ANEXO I



Fortaleza

## DECLARAÇÃO

Processo Nº 2702104112832/2013

Título do projeto de pesquisa: **"USO DE FÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Sujeito, Autonomia e Corresponsabilidades."**

Pesquisadores (a): responsáveis: Indara Cavalcante Bezerra.

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 09 de abril de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema  
Municipal de Saúde Escola

## ANEXO II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO, AUTONOMIA E CO-RESPONSABILIZAÇÃO

**Pesquisador:** INDARA CAVALCANTE BEZERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13224713.8.0000.5534

**Instituição Proponente:** Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 387.111

**Data da Relatoria:** 19/08/2013

## Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa com a finalidade de realizar uma dissertação de mestrado pelo Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. A pesquisadora informa que o estudo será de natureza qualitativa, participativa, que busca a compreensão das experiências de 10 (dez) usuários (grupo II), 10 (dez) familiares (grupo III) e 10 (dez) profissionais (grupo I) da saúde mental de nível superior em relação ao uso de psicofármacos, como forma de tratamento em situação de transtorno mental. As técnicas que serão utilizadas para coleta das informações serão o grupo focal, grupo narrativo e entrevistas semi-estruturadas para cada grupo (a pesquisadora informa que a entrevista será gravada). O local da pesquisa será três Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Executiva Regional (SER) IV na cidade de Fortaleza, a saber, CAPS geral, CAPS Ad e CAPS infantil. Os critérios de inclusão para cada grupo são: (Grupo I): profissionais do CAPS com tempo de atuação na instituição de pelo menos 1 ano compondo a equipe do serviço; (Grupo II): adultos (acima de 18 anos); ser usuários de um dos três CAPS (CAPS Geral, CAPS Ad, ou CAPS infantil) com vinculação ao serviço no mínimo de seis meses, fazer uso de psicofármacos e estar em condições de se comunicar verbalmente; e (Grupo III): cuidadores dos seus parentes, compondo a família nuclear ou família extensa e realizar acompanhamento sistemático aos serviços dos CAPS com o usuário

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9900

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinho@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 387.111

que esteja em uso de psicofármacos há pelo menos seis meses. Para cada grupo haverá um TCLE específico. Ressalta-se que no caso do CAPS infantil a abordagem será apenas com os familiares das crianças acompanhadas nos serviços e os profissionais que lá atuam, não havendo abordagem de usuários, pois não se enquadram nos critérios de inclusão por terem menos de 18 anos. Como método de análise será utilizado a análise das narrativas fundamentada na hermenêutica de Paul Ricoeur (compreendendo a transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente do texto).

**Objetivo da Pesquisa:**

O estudo busca, como objetivo principal, analisar o uso de psicofármacos na atenção psicossocial, recorrendo ao sujeito e seu desempenho como atuante ou sujeitado, ressaltando a autonomia e a co-responsabilização como dispositivos que podem interferir no tratamento e na vida de pessoas com sofrimento psíquico. Como objetivos específicos, busca descrever como os usuários se percebem diante do tratamento com psicofármacos; identificar os conhecimentos dos usuários sobre os efeitos, indicações e orientações sobre psicofármacos utilizado em seu tratamento nos serviços de atenção psicossocial; identificar como se dá a relação do farmacêutico com o usuário na dispensação do medicamento; (des)velar como os usuários, a família e a equipe da atenção psicossocial desenvolvem o cuidado e como se estabelece o processo de co-responsabilização e autonomia entre esses atores no tocante ao uso de psicofármacos no processo de cuidado; e compreender quais as experiências vividas na temporalidade de tratamento na rede de atenção psicossocial pela família, usuário e a equipe de saúde mental. A pesquisadora informa que todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para atuação em possíveis intercorrências. Além disso, todas as informações serão mantidas em sigilo e a identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar dentro do grupo. Como benefício para os participantes, haverá a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores que poderão propor intervenções e formas de gestão do cuidado mais participativas e eficientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa que todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para atuação em possíveis intercorrências. Além disso, todas as informações serão mantidas em sigilo e a identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar dentro do grupo.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinho@uece.br

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 387.111

Como benefício para os participantes, haverá a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores que poderão propor intervenções e formas de gestão do cuidado mais participativas e eficientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem valor científico e foi descrita de modo adequado e claro.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Quanto aos termos de apresentação obrigatória, o processo apresenta cronograma de execução adequado, orçamento no valor total de R\$ 3.170,00, sendo este financiado pelo próprio pesquisador, folha de rosto devidamente preenchida e assinada, Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos (para os usuários, para os profissionais e para os familiares) escritos de forma adequada, e termo de anuência da Instituição aonde o estudo será desenvolvido.

**Recomendações:**

Recomenda-se que o título do projeto seja unificado. Em alguns momentos USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO, AUTONOMIA E CO-RESPONSABILIZAÇÃO, em outros USO DE FÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO, AUTONOMIA E CORRESPONSABILIDADES e em outros USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO, AUTONOMIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atende plenamente aos ditames da Resolução 466/12 do CNS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente e respeitam aos preceitos éticos.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9908

E-mail: diana.pinho@uece.br

Página 03 de 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 387.111

FORTALEZA, 07 de Setembro de 2013

Assinado por:

**DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 80.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: [diana.pinheiro@uece.br](mailto:diana.pinheiro@uece.br)

Página 04 de 04

## ANEXO III

### EXTRATOS DO DIÁRIO DE CAMPO E GRUPO FOCAL

A observação sistemática foi realizada pela observação, para possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde mental. Essa técnica aconteceu durante todo o percurso metodológico do estudo, em que foi confeccionando um diário de campo, descrevendo a rotina e cuidado, relacionados à relação profissional, usuário e familiar.

Para ilustrar a metodologia, estão dispostos a descrição do serviço onde foram realizadas as coletas e alguns extratos empíricos correspondentes às técnicas de coleta utilizadas.

No diário de campo, estão contidos alguns registros da observação sistemática e de grupos focais realizados em virtude da elucidação de questões pertinentes ao objeto de estudo. O grupo focal trata-se de uma técnica privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999).

Os nomes de usuários e profissionais do serviço relatados no diário e nos grupos focais são fictícios no sentido de garantir o anonimato dos participantes.

## CAPS GERAL SER IV.

### Descrição do CAPS

O CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) funciona na Av. Borges de Melo, 201, no Bairro Montese. Fica situado numa avenida de grande movimentação, e que em frente ao prédio existe uma escola de ensino fundamental e outra de ensino médio, local onde funciona também uma Unidade Básica de Saúde Figueiras Lima. Nos arredores existe também uma loja de uma grande rede de supermercados, várias linhas de ônibus, o 23º batalhão do Exército Brasileiro. É próximo à rodoviária de Fortaleza, vários comércios, caracterizando a facilidade de acesso por ônibus e carro. Nas proximidades também existem casas humildes, em becos e vielas, mas o que mais se vê são comércios.

O prédio onde funciona o CAPS é pequeno e com um aspecto de mal cuidado, pintura velha, calçadas quebradas, e com a identificação pouco visível. Ao entrar, temos a recepção com cadeiras de plástico e duas recepcionistas. Mas permanece o aspecto de abandono na pintura e piso do local. Seguindo em frente tem

uma pequena sala da coordenadora, que sempre tem pessoas na porta, esperando para falar com a mesma, pegar vale transporte, etc. Ao todo são seis salas divididas em um pequeno espaço, além da sala da farmácia, onde as pessoas fazem fila para pegar a medicação. Esse local é coberto e tem bancos de madeira em que podem esperar as consultas. Existe também um salão em que ocorrem as atividades de expressão corporal, dança e atividade de pintura, cinema etc. A cozinha é pequena, mas comporta fogão, geladeira, uma mesa redonda onde os profissionais se reúnem para um café, e ao lado, numa sala maior, uma mesa retangular para servir as refeições dos pacientes intensivos e semi-intensivos.

As salas de atendimento individuais são pequenas. O local onde realiza-se o grupo de família, é uma dessas salas, comporta uma média de 12 pessoas. Ela tem um formato retangular, o que dificulta a formação de um círculo. Tem uma porta e duas janelas na mesma parede que dão acesso ao pátio, a outra parede possui um quadro decorativo. Os móveis são um birô, um armário, três cadeiras e um ventilador. Nos dias de grupo, levamos mais cadeiras de plástico para os participantes. O ambiente é pouco iluminado e quente e por isso é necessário deixar a porta e janelas abertas. Isso interfere no grupo, pois de vez em quando alguém vem até a porta ou janelas, e as pessoas que estão dentro dispersam a atenção vendo as pessoas que estão fora, esperando consultas ou na fila da farmácia.

## Dia 01 de fevereiro de 2013

Nosso primeiro dia no CAPS para participar do grupo de família, Mardênia e eu, que temos como campo de pesquisa o mesmo cenário, mas objetos de investigação diferentes. Como já havíamos conversado com a psicóloga e marcado o encontro para este dia, ela já nos esperava. Chegamos um pouco antes do grupo focal começar e esse momento nos possibilitou uma conversa sobre o contexto do grupo. A psicóloga disse que esse grupo já vem acontecendo e que ela tem uma grande satisfação em realizá-lo. No entanto, no mês de dezembro houve um esvaziamento do serviço por conta das festas e férias de alguns profissionais e no mês de janeiro não houve nenhum encontro, pois ela estava de férias. Esse momento seria a retomada dos encontros após quase dois meses sem funcionamento. Outro assunto que conversamos e que preocupava Tania, a psicóloga, era o fato da mudança de gestão da Prefeitura de Fortaleza. Com a entrada do novo prefeito, a coordenação de saúde mental mudou, e haveria também um corte de profissionais, especialmente aqueles que não tinham vínculo de trabalho com a prefeitura. Este era o caso de Tania, ela trabalhava para uma prestadora de serviços contratada pela antiga gestão da prefeitura de Fortaleza, por isso não sabia se continuaria no CAPS. A situação de Tania era comum a outros profissionais do serviço, e o que ouvíamos nos corredores dos serviços era sobre a falta de pagamento dos profissionais terceirizados, insegurança com o vínculo de trabalho, cortes de pessoal dos serviços, tanto no nível médio, como superior. Essa situação prejudicava o aten-

dimento e esvaziava o serviço. No entanto, ela nos comunicou que entrou em contato com alguns familiares que participavam do grupo informando que o grupo daria início a seus encontros naquele ano a partir do dia 1º de fevereiro de 2013.

Já passava das 9h, horário marcado para iniciar o grupo quando foram chegando os participantes. Ao todo o grupo teve início com a participação de três mulheres. A psicóloga Tania iniciou o grupo dando boas vindas às mulheres e reforçou o conceito do grupo em apoiar os familiares no sentido de melhorar o tratamento e o convívio do usuário com a família. Em seguida fomos apresentadas como alunas da UECE e esclarecemos nossa atuação no grupo objetivando contribuir com o grupo, participando das vivências dos familiares relacionado ao convívio com o transtorno e tratamento de seu familiar.

Após se apresentarem, cada participante relatou um pouco sobre seu familiar com transtorno mental. A primeira a falar foi Shirley, uma senhora de mais ou menos 45 anos. Ela abordou o transtorno depressivo de seu irmão, atribuindo à esse efeito também o fato de ele ser homossexual. Refere que seu irmão já tentou suicídio, fala isso emocionada e demonstra preocupação com uma outra tentativa de suicídio. A preocupação torna-se maior uma vez que o mesmo não quer morar com a mãe, prefere morar sozinho em uma casa próxima à mãe e às irmãs. Informa que ele não toma a medicação conforme o prescrito, que é necessário a mãe ir acordá-lo diariamente para lembrá-lo dos medicamentos. Como se aproximava do carnaval, Shirley pediu ajuda a psicóloga para tomar a decisão de viajar ou não, pois teria que deixá-lo

sozinho em casa, já que ele não aceitaria fazer esse passeio com a família. Percebemos a confiança que Shirley tem na psicóloga, que também realiza atendimentos individuais com seu irmão.

A outra participante é Branca, mãe de Ana Paula de 30 anos e de Pedro de 13 anos, ambos são usuários do CAPS, sendo Pedro do CAPSi. Ela relata a dificuldade de lidar com os dois filhos com transtornos mentais.

Por último falou Dona Alaíde, uma senhora já idosa, é mãe de Nádia (43 anos) que sofre de depressão, tinha um marido alcoólatra e contou que sempre precisou trabalhar como doméstica para sustentar a família. Hoje conta que sua vida esta mais tranquila, pois suas filhas casaram, tem sua rotina mais livre e que precisa cuidar apenas de Nádia. D. Alaíde possui no rosto muitas rugas, uma aspecto frágil, magrinha e pele branca, mas conta sua trajetória sempre sorrindo e demonstra otimismo com a vida.

## Dia 22 de fevereiro de 2013

O grupo contou com a participação de Lucia (TO), Tania (psicóloga), Indara e Mardênia (alunas da UECE) e com alguns familiares, dentre os quais, o senhor Cláudio, um homem de mais ou menos 50 anos, casado, pai de três filhos. Atualmente trabalha como vigilante noturno de uma garagem de ônibus, trabalhando em dias alternados. Comentou que sua mulher tem um problema renal e três vezes por semana realiza hemodiálise. Ele a acompanha nas sessões de hemodiálise e também fica responsável em cuidar de seu filho Ronald, que é paciente do CAPS.

Ao falar sobre sua experiência com o referido filho, inicia seu discurso abordando a agressividade do adolescente. Relata que o filho não vinha tomando a medicação corretamente e atribui essa falha “uma piora” no comportamento de Ronald, mas que há três dias vem, juntamente com os profissionais do CAPS, tentando melhorar essa rotina, em que o pai deveria supervisionar, já que ele não tomava a medicação apazada para o período da tarde. Em casa, Ronald encontra um ambiente difícil, pois sua mãe está enferma e não pode mais lhe desprender a mesma atenção de antes; além disso, sua irmã adolescente é muito distante e isolada, não interage muito com Ronald. O senhor Cláudio relata que o filho quer escutar música de rock pesado muito alta e que isso perturba toda a família, por causa disso senhor Cláudio já chegou a vender os aparelhos de som da casa várias vezes, ele afirma, “vendi os sons, vendi meu rádio. Essas músicas são horríveis!”.

O senhor Cláudio relatou um pouco a sua história de vida e deu para perceber em seu discurso uma forte relação com a igreja evangélica, sempre relatando milagres em sua vida, e a dualidade do bem e do mal, atribuído a Deus e ao diabo, respectivamente. Contou que era alcoolista e há treze anos parou de beber, ele considera um milagre e atribui à igreja, “a igreja me salvou” (sic). Conversamos com o senhor Cláudio sobre a possibilidade de Ronald escutar suas músicas com um fone auditivo onde só ele possa escutar e não incomode mais ninguém. O pai se mostrou aberto à ideia e concordou afirmando que Ronald vai sempre à lan house escutar suas músicas e que o mesmo volta bem mais calmo. Por fim, o senhor Cláudio relatou comportamento compulsivo de Ronald, com atitudes repetitivas e ideias fixas.

## **Dia 01 de março de 2013**

O grupo hoje teve a participação de oito familiares, foi moderado pela terapeuta ocupacional, Lucia, além de nós, Mardênia e eu. Os familiares variavam em mãe (2), esposo (1), esposa (1), mãe (1), pai (1), irmão (1) e irmã (1). Iniciamos com as apresentações de cada participante e logo eles sentiram a falta da psicóloga que também participava do grupo. Lucia deu a notícia que Tania não estaria mais conosco, pois por ocasião da mudança de gestão de Prefeitura de Fortaleza, como ela não tinha um vínculo estável com o serviço, estava apenas contratada por uma prestadora de serviços, foi desligada do CAPS geral. O grupo ficou triste com a notícia, deu para perceber a vinculação que eles tinham com ela, seja por ocasião do grupo de família, ou pelos atendimentos individuais que ela realizava com os usuários. Eles (os familiares) ficaram preocupados sobre como ficaria a situação dos pacientes a partir de agora, sem a intervenção individual da psicóloga. Observamos que os familiares fazem uma avaliação positiva do acompanhamento terapêutico da profissional com os pacientes. A seguir foi o momento de nos apresentarmos, explicamos que estávamos no grupo para contribuir durante um ano com os encontros, participando ativamente das reuniões às sextas-feiras, mas também estávamos ali para realizar uma pesquisa com familiares de pessoas atendidas no CAPS e por isso, posteriormente eles seriam convidados a participar de entrevistas. Um dos participantes perguntou se estávamos ali para coletar dados, mas explicamos que o momento do grupo não, mas num mo-

mento apropriado e de acordo com a vontade em participar e disponibilidade de cada um, eles seriam convidados para conversar sobre o tema das suas experiências no cuidado dos seus familiares. A atividade foi proposta por Lucia e consistia na leitura e discussão de um texto de Leonardo Boff, intitulado: Como lidar com anjos e demônios interiores. Lemos o texto em voz alta, e depois fizemos uma síntese do contexto. Lucia trouxe duas questões para o grupo: uma sobre que cuidados os familiares tem com o paciente e eles relataram que alertam para que eles não bebam álcool, nem fumem, administrar a medicação no horário e dose certos. Um pai, o senhor C., informou que quando seu filho de 18 anos “ultrapassa o sinal vermelho”, ele [pai] “dá umas lapa-das”. Complementou ainda dizendo que “quando ele se estressa, eu me estresso”. O outro filho do senhor C. e irmão de X. refere que não aguenta ele “mexer com meu pai e minha mãe”, então “eu procuro dar tudo o que ele pede”. O mesmo rapaz completou que seu pai era alcoólatra, e isso o distanciava dele, agora ele diz “eu tenho um pai”. Observamos que essa relação da família, pai com os dois filhos, era estremecida com o distanciamento do pai em virtude do alcoolismo, e após o pai deixar o vício do álcool, o filho se aproxima do pai para “defende-lo” do irmão que tem transtorno mental, me pareceu uma atitude de proteção do filho para o pai. Outros participantes, especificamente uma esposa que acompanha o marido que tem um diagnóstico de depressão, diz que procura “não trazer preocupação” como forma de cuidado. Uma senhora que acompanha sua irmã diz que seu cuidado está em dar a medicação, mas infelizmente ela, a paciente, fica só em casa, pois ela precisa trabalhar. Esta senhora, dona M., estava

muito emocionada e chorou ao contar que no dia anterior tinha assinado os papéis do divórcio e que na ocasião não chorou, mas naquele momento estava muito emocionada, pois se encontrava separada, com um filho pequeno para cuidar, (inclusive a criança estava no grupo, mas depois saiu da sala para brincar no pátio do CAPS) e sua irmã que tem transtorno mental, ela comentou que “a responsabilidade é só minha”. Os outros participantes falaram pouco, mas informaram que o cuidado que eles tinham estava relacionado a participar de atividades da igreja e dar uma volta, um passeio. O outro questionamento que Lucia trouxe para discussão no grupo, foi como eles, familiares, cuidavam de si. Essa pergunta gerou um silêncio no grupo. Pareceu que eles não sabiam responder e que o olhar para si há muito tempo estava esquecido, em meio a tanta dedicação, cuidado com o outro, sobrecarga e centralidade no familiar com transtorno mental. Mais uma vez questionados, dessa vez de modo mais simples, como o que vocês gostam de fazer ou o que vocês procuram fazer em meio a tantos relatos de cansaço, dedicação muitas vezes sem apoio de outros familiares e mesmo dos serviços de saúde mental. A resposta foi simples, como procuram trabalhar, ter vigilância com a saúde, apesar de um participante dizer da vontade que tem de parar de fumar, o outro falou de sua relação com a igreja e como esta influenciou na “libertação” da dependência do álcool, outra disse que participava do Encontro de Casais com Cristo, e isso ajudava reestabelecer as forças e continuar a caminhada. Esta questão não gerou muita discussão, muitos relatos, parecendo que sobre suas próprias vidas não tinham muito o que falar, ou melhor, sua vida estava extremamente relacionada ao da pessoa que cuidavam.

## Dia 15 de março de 2013

Nosso encontro hoje contou com a participação de 5 familiares, entre eles esposas (2), pai (2) e mãe (1). Entre os participantes, apenas o senhor C. estava vindo pela terceira vez, os outros estão participando pela 1ª vez. Lucia, a terapeuta ocupacional, conhece cada familiar pelo nome e sabe quem eles estão acompanhando. Já existe um vínculo talvez estabelecido em outras atividades do CAPS ou atendimentos individuais. Houve o momento da apresentação, alguns perguntaram por Tania, a psicóloga que participava do grupo. Mais uma vez Lucia informou que ela não está mais trabalhando no CAPS pela mudança de gestão da prefeitura de Fortaleza. A discussão iniciou no momento da apresentação. É interessante que ao serem solicitados a se apresentarem eles já desenvolvem uma narrativa sobre a experiência com o marido, filho etc. adoecido.

Assim, a primeira a falar foi B., uma jovem senhora de mais ou menos 40 anos, casada, mãe de duas filhas, trabalha em um salão de beleza. Ela falou seu nome, e que acompanhava seu marido no CAPS, que há mais ou menos 1 ano ele recebeu um diagnóstico de depressão e a partir daí mudou toda a sua rotina. Comentou que ele já tentou cometer suicídio com uma corda no pescoço e sua filha mais velha presenciou. Esta menina também tem um acompanhamento psicológico na UNIFOR, descreveu que a menina tem um comportamento mais reservado e calado como o pai. B. também é mãe de outra menina, ela diz que esta é mais parecida com ela, que ao se deparar com o problema tem a inicia-

tiva de lutar e enfrentar. Foi visível o desejo de ajudar o esposo a sair dessa situação, pois segundo ela ele era um homem “normal”, produtivo, trabalhava numa empresa e começou a sentir os “sintomas”, já demonstrava um sofrimento mesmo trabalhando. Ela não informou em que o marido trabalhava. Continuou seu relato com a afirmação “a gente não vive e o outro não vive” indicando uma alteração na rotina a partir do adoecimento do marido, pois ele não pode ficar só, e ela precisa trabalhar, a casa em que moram é muito grande e distante e isso impossibilita um relacionamento com os vizinhos, e caso aconteça alguma coisa com ele estando só, ele pode gritar, mas os vizinhos não vão ouvir, relata a esposa. Ao ser questionada sobre a importância de resgatar amigos, ter mais contatos sociais, ela afirma que os amigos do trabalhado não o procuram, que ele prefere ficar isolado e às vezes sem conversar nem mesmo com a família. Ao mesmo tempo em que narra essa dificuldade de viver, a senhora B. afirma que aprende muito com ele, diz que vivencia muito preconceito das pessoas em relação à doença do marido, pois muitos acham que é bobagem, mas só ela sabe a dificuldade de sua casa. Relatou que o grupo é importante, pois é possível aprender com a experiência do outro.

O senhor C. (que participa pela 4ª vez do grupo) se coloca e diz que também já teve depressão e cometeu tentativa de suicídio, atribuindo ao demônio essas tentações do mal e quem o ajudou foi a igreja e sua família, aconselhando a senhora B. a fazer o mesmo, buscar ajuda na igreja. Porém ela afirma angustiada que seu marido se encontra em risco iminente de cometer suicídio, e que a todo momento tem ideiação negativa, mesmo em uso de fortes

medicações e dosagens (risperidona 3mg, diazepam e topiramato). Participamos da discussão orientando-a a procurar dispositivos que possam ajudar a sair desse estado depressivo (resgate de amigos, mudança na rotina, CAPS, busca de outras atividades, cursos, igreja, etc.).

Seu J., um senhor idoso, muito alegre, sempre sorrindo, fala um pouco sobre a experiência com seu filho M., que possui 57 anos e cujo histórico possui repetidas internações e fugas hospitalares, “a vida dele é nos hospitais, vivia fugindo”. Relata que M. hoje está bem melhor se tratando no CAPS e que na sua concepção o “estar melhor” consiste em “tá bonzinho, não sai de casa, fica só deitado numa rede, uma maravilha”. Senhor J. tem uma outra filha que ajuda a cuidar do irmão. Em seguida passa a contar episódios de sua história de vida, sempre ressaltando experiências positivas relacionadas ao trabalho, ao acesso a bens materiais e convivência com amigos.

Dona L., uma senhora de mais ou menos 50 anos, que desde o início permanecia calada, inquieta, com a bolsa sobre as pernas e segurando-a, enquanto o seu filho estava fora da sala, esperando pela consulta com o médico. De vez em quando ela perguntava a hora e olhava pela janela, para falar com o seu filho e ver se ele já havia sido chamado. Ela passou a falar de sua experiência e de seu filho, diz que ele recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, relata que ele ouve vozes e tem pesadelos. Ela afirma que também têm problemas e por isso foi aposentada. É alcoólista e devido a esse vício desenvolveu depressão e síndrome do pânico, mas que está há 5 meses sem beber álcool. Também é acompanhada no

CAPS. Contou que possui duas irmãs que moram no exterior, uma na França e outra na Alemanha. Refere ser sozinha, pois seu pai era alcoolista e morreu há muito tempo e sua mãe faleceu há dois anos e de lá pra cá só é ela e o filho. Relatou que antes de sua mãe morrer, ficou acamada por dois anos e ela quem cuidava da mãe. As irmãs sempre estão em contato por telefone. Relata ainda que possui um “curador”, um primo que recebe o dinheiro de sua aposentadoria e não repassa de forma adequada para ela. Comentou também sobre seu namorado, alguns anos mais jovem e que ele diz que “ele tem idade pra ser meu filho”. Conta que ele é segurança, gosta de armas e segundo ela “também é doido”. Narrou uma briga entre seu namorado e o filho, com agressões físicas e que acarretou um conflito até hoje. Questionada por uma pessoa do grupo por que ela ainda está com ele, mesmo sabendo que ele quase matou seu filho, ela responde que o perdoou, pois ele estava bêbado e que as irmãs também diziam que ela era “doida e só um doido para querer uma doida”.

Por último e de forma sucinta falou Dona R., uma mulher de mais ou menos 35 anos, que permaneceu calada todo o grupo. Ela é esposa de Matos, que sofre de síndrome do pânico, mas que está bem melhor depois que iniciou seu tratamento no CAPS.

Encerramos o grupo agradecendo a participação de todos e convidando para o próximo encontro. Reforçamos a importância daquele momento para cada um, pois aquele é um momento de cuidado do cuidador, onde eles podem falar, ouvir os outros, tirar dúvidas e serem acolhidos.

**Dia 19 de abril de 2013**

**Temário: Grupo focal**

**Os significados da medicação para o familiar do usuário de saúde mental**

O grupo hoje contou com a participação de apenas dois familiares. Foi facilitado pela farmacêutica (Indara) e pela T. O. (Lúcia). Um dos familiares era mãe de um usuário e o outro era filha. Quando abordado o assunto do temário, ou seja, o significado da medicação, dois aspectos foram relatados: (1) ser essencial e (2) controle. A filha relatou que a medicação controla o comportamento da mãe, mantendo-a calma e que representa um aspecto positivo do tratamento, já que a mesma acha que não poderia lidar com a mãe na ausência dos mesmos. A outra familiar disse que a medicação é essencial para a vida da filha, pois a ajuda a realizar as atividades cotidianas, oferecendo à mesma uma vida “quase” normal.

Em seguida a farmacêutica (Indara) discutiu algumas informações sobre a importância dos horários de administração dos medicamentos e sanou algumas dúvidas quanto às indicações terapêuticas, como por exemplo os ansiolíticos que controlam a ansiedade e não são indicados para induzir ao sono, como muitos usuários pensam.

O grupo mostrou-se atencioso e agradeceram pelas informações, mostrando-se satisfeitos com a participação dos profissionais presentes.

Com efeito sobre a temática pertinente ao grupo focal sobre medicações, podemos ressaltar o medicamento como um recurso terapêutico essencial e de controle, além de da percepção das dúvidas quanto à prescrição e administração dos mesmos.

**Dia 03 de maio de 2013**

### **Temário: Grupo Focal**

#### **O significado da família para o familiar**

O grupo hoje contou com a participação de alguns familiares. Foi facilitado pela farmacêutica (Indara), Mardênia e pela T. O. (Lúcia).

A esposa de um paciente nos contou a história de seu marido militar, que, segundo ela, há dois anos desenvolveu “síndrome do pânico” e estresse por conta do trabalho. Ela afirma que ele é perfeccionista e possui “mania de limpeza” e que, ao ser transferido para Fortaleza, os colegas de trabalho passaram a chamá-lo de “doido” e a fazer brincadeiras das quais ele não aceita. Ele desenvolveu uma enfermidade de pele (vitiligo), o que fez com que os colegas o apelidassem de Michael Jackson, deixando-o ainda mais furioso. Seu estado mental se agravou e seu comportamento também. “A família é tudo pra mim! Eu me anulei pra cuidar do meu marido”. Afirma ela ao dizer que abandonou o emprego e sua vaidade (ir ao salão, se arrumar, etc.) para se organizar em torno do cuidado do marido, que hoje encontra-se afastado do trabalho (auxílio doença) e toma inúmeras medicações.

Outra participante é mãe de uma moça que sofreu um “surto psicótico”, já na idade adulta, decorrente de um relacionamento frustrado com um estrangeiro (muçulmano) que conheceu na internet e em pouco tempo se casaram. Acontece que ele foi

embora de volta ao seu país na promessa de depois vir buscá-la e, enquanto isso pediu que a mesma fizesse academia e aprendesse inglês para se comunicarem. Após algum tempo ele ligou pedindo o divórcio, justificando que sua mãe não aceitara o casamento, devido à religião. A moça ficou transtornada, tentou suicídio e foi internada em um hospital psiquiátrico. Sua mãe relata que apesar do sofrimento, a família é tudo pra ela!

Em certo momento do grupo pedimos aos participantes pra falarem sobre a atividade de colagem realizada no encontro anterior. Os relatos giraram em torno de: limite, organização, cuidado, auto-cuidado e persistência (não desistir!).

A mãe de um “adolescente esquizofrênico”, como a própria mãe se referiu, não quis falar no início, chorou durante todo o encontro. Parece que a descoberta do transtorno do filho é recente e ela está tendo muita dificuldade em lidar com o problema. Quando abordamos a atividade de colagem, a mesma resolveu falar um pouco e mostrou seu trabalho, representado pela figura de uma mãe cuidando de seu filho e disse que aquela figura representa a sua vida.

## Dia 7 de junho de 2013

### Reunião sobre temáticas

Devido à ausência de familiares para a realização do grupo, foi realizada uma reunião entre Indara, Mardênia e Lúcia (TO do serviço) sobre a demanda dos grupos, especialmente o grupo de jovens, para tentar incluir na discussão dos próximos encontros.

Demanda:

- Manejo das crises (sintomas, sinais incipientes da crise, como amenizar, o que fazer)
- Reinserção dos jovens no campo de trabalho;
- Como lidar com os jovens (usuários) e as tecnologias (internet, redes sociais, riscos, limites);
- Temática música X terapia (pais incomodados com os filhos curtirem rock). Como abordar a temática?

Textos: “mais música, menos haldol” A reunião estimulou a se pensar em um novo grupo para os pais que acompanham esses jovens usuários ao CAPS, aproveitando esse deslocamento para abordar temáticas pertinentes ao cuidado familiar relacionados à jovens em sofrimento mental, como os tópicos sugeridos acima.

**Dia 02 de agosto de 2013**

**Temário: Auto-cuidado, superação, ...**

Seu L. (esposo da Dna.Lúcia) falou da angústia do sobrepeso do casal e da dificuldade de manter os hábitos alimentares mais saudáveis, mostrando preocupação com a saúde.

Aline (irmã do Cléo) também falou do sobrepeso (dela mesma) e abordou como está adquirindo a confiança do irmão, que desde dezembro está sem fazer uso da medicação. Falou ainda dos limites que tem aprendido a estabelecer para lidar com o usuário.

Com a idéia de limite, foi retomada a discussão sobre quando agradar (ceder) e cobrar (responsabilidades), valendo-se da importância da vivência dessas relações no cotidiano.

Em seguida foi proposta uma atividade lúdica com tinta e pincel, onde cada um deveria expressar um pouco de si, de suas idéias e pensamentos.

Dos desenhos desenvolvidos, cada um expôs seus sentimentos e a representação do desenho na vida delas. A maioria eram desenhos alegres, coloridos e falaram de esperança, otimismo e felicidade.

## POSEFÁCIO

O uso de psicofármacos é um recurso terapêutico importante e poderoso na atenção psicossocial. O lugar destes medicamentos na vida cotidiana, familiar dos usuários e no cuidado da equipe multiprofissional da saúde mental podem construir processos para a autonomia e responsabilização no ato de cuidado relacionado ao tratamento psicofarmacológico.

A prescrição e a dispensação de psicofármacos produzem algumas indagações como a função terapêutica, os efeitos colaterais e o significado desse medicamento no cuidado em saúde para o sujeito em sofrimento psíquico, e portanto, para o enfrentamento dessas indagações é necessário que o processo terapêutico conduza efetivamente o estabelecimento de vínculos e a responsabilização entre profissionais de saúde e usuário da atenção psicossocial.

Este livro representa um recurso desafiador e fundamental para o debate do lugar dos psicofármacos na pesquisa com usuário, o qual protagoniza o tratamento e que produz conhecimento para repensar a pesquisa no campo da saúde mental indo além das nosografias e classificações, ou seja, o tratamento farmacológico assume o papel como parte do usuário.

**Ana Paula Soares Gondim**

(Farmacêutica, professora adjunta II do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará).

## AUTORES



### **MARIA SALETE BESSA JORGE.**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (USP). Docente/Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSFE)



### **INDARA CAVALCANTE BEZERRA**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UECE. Membro efetivo do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSFE) da UECE. Farmacêutica.