

“Existe o espaço, mas ao mesmo tempo não existe”: análise do processo de cuidado no tratamento psicofarmacológico na saúde mental

“There is space, but at the same time there isn’t”: the care process analysis in psychopharmacological treatment in mental health (abstract: p. 19)

“Existe el espacio, pero al mismo tiempo no existe”: análisis del proceso de cuidado en el tratamiento psicofarmacéutico en la salud mental (resumen: p. 19)

Roberto Carlos Pires Júnior^(a)

<robertocarlospjuniior@gmail.com> 

Fabrine Costa Marques^(b)

<fabrinecmarques@gmail.com> 

Lêda Antunes Rocha^(c)

<ledaantunesr@gmail.com> 

Bárbara Soares Fonseca^(d)

<basoaresf@gmail.com> 

continua pág. 16

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Avenida Cula Mangabeira, 562, Cândida Câmara. Montes Claros, MG, Brasil. 39401-696.

^(b, c, d, e) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, CCBS, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

^(f) Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, CCBS, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

Considerando os desafios à reabilitação psicossocial, objetivou-se compreender a perspectiva de usuários e trabalhadores no tratamento psicofarmacológico. Trata-se de um estudo qualitativo que entrevistou seis profissionais e dez usuários do Centro de Atenção Psicossocial de um município da região norte de Minas Gerais. As transcrições foram tratadas em Ciclos de Codificação e examinadas pela Análise de Discurso. Definiram-se três categorias relativas à dimensão micropolítica do cuidado: o fluxograma institucional, os espaços intercessores e a produção subjetiva dos agentes. Revelaram-se dissonâncias entre enunciados alusivos à política da atenção psicossocial, com a concorrência de concepções e tecnologias de cuidado emancipatórias e restritivas. Constatou-se a importância da análise micropolítica do cuidado no tratamento psicofarmacológico, favorecendo os processos de contratualidade, protagonismo e autonomia do usuário.

Palavras-chave: Psicotrópicos. Saúde mental. Relação profissional-paciente. Tomada de decisão compartilhada. Autonomia relacional.

Introdução

Verifica-se, nas últimas décadas, uma mudança macroestrutural da política e da gestão das práticas de saúde no Brasil a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitante à reestruturação e democratização da saúde, ocorridas nas décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica impulsionou a transformação do modelo de assistência às pessoas com sofrimento mental, em defesa de seus direitos e da melhoria das condições de vida¹.

A Lei 10.216/2001² foi um marco para a Reforma Psiquiátrica ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento mental, preconizando a assistência humanizada à saúde. A reabilitação psicossocial, expressa em lei como a finalidade permanente dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹, é considerada, atualmente, o principal propósito dessa nova política e é descrita como um conjunto de iniciativas e procedimentos que visam à redução do poder cronicador e debilitante do adoecimento psíquico, potencializando as oportunidades de recuperação e a autonomia no meio sociocomunitário³.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) visa ser uma das principais expressões do princípio da reabilitação psicossocial ao propor a assistência às pessoas com sofrimento mental em um serviço de saúde aberto e comunitário¹. Entre as atribuições, prevê ações de reabilitação psicossocial que incentivem o usuário ao direito à cidadania e ao exercício da contratualidade nos diversos âmbitos da existência, incluindo o próprio tratamento³.

Entretanto, verificam-se desafios a serem superados com o atual paradigma, visto que os novos referenciais se veem coabitados com perspectivas retrógradas remanescentes do modelo manicomial e hospitalocêntrico⁴⁻⁶. Considerando que a reabilitação psicossocial está prevista no escopo das políticas públicas, é no microcosmo de seus dispositivos e das relações entre trabalhadores e usuários que se evidenciam as contradições, especialmente nas conjunturas que envolvem a negociação e decisão do usuário acerca de seu tratamento. O pleno exercício da contratualidade e da tomada de decisão compartilhada com usuários de serviços da saúde mental é ainda um dos pontos controversos identificados em estudos nacionais e internacionais⁷⁻¹⁷, visto que a sua execução, mesmo que almejada, pode ser inibida e dificultada pelos próprios trabalhadores. O tratamento farmacológico, em especial, reforça esse paradoxo, sendo considerado atualmente um dos principais desafios na saúde mental.

Diante disso, importa avançar na investigação da abrangência do estatuto da atenção psicossocial aos seus dispositivos. De acordo com Merhy¹⁸, reformas macroestruturais de sistemas de saúde não são suficientes para uma efetiva mudança da atenção. Essa transição só pode ser alcançada por meio de uma política concebida na rotina dos serviços, que se baseie nas relações e representações construídas entre seus atores. Além disso, é no nível micropolítico dos processos de trabalho em saúde que se concretizam a produção de cuidados e os processos de subjetivação adjuntos¹⁹.



A produção em saúde depende da intencionalidade do trabalhador em relação ao usuário, cujo resultado realiza-se no ato de sua execução, sendo denominado por Merhy^{18,20} como “trabalho vivo”. Diferencia-se, por conseguinte, do “trabalho morto”, relativo à produção concretizada antiga e incorporada aos instrumentos de trabalho. A análise das tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde possibilita compreender a concorrência entre o trabalho vivo e o trabalho morto em modelos tecnoassistenciais, em arranjos tecnológicos de processos em saúde e em modos de produção de cuidado^{21,22}.

Considerando as dissensões do tratamento farmacológico no decurso da Reforma Psiquiátrica^{10,23}, aquele pode ser utilizado como indicador avaliativo da transição tecnológica²¹ na atenção psicossocial. Portanto, objetivou-se compreender a perspectiva de usuários e trabalhadores do processo de cuidado relacionado ao tratamento psicofarmacológico no CAPS.

Metodologia

Trata-se do recorte de um estudo qualitativo, na modalidade de pesquisa-intervenção participativa²⁴⁻²⁶, que envolveu a inauguração do primeiro grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)^{9,10} no norte de Minas Gerais, realizado em um CAPS de um município dessa região.

Anterior à etapa de implantação da GAM, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis profissionais e dez usuários, cujo roteiro foi traduzido e adaptado de um estudo da Catalunha, Espanha¹². Abordou-se a percepção sobre o tratamento, o processo de gerenciamento dos fármacos e a relação de cuidado. A coleta envolveu a gravação e transcrição integral das entrevistas, na qual os profissionais foram identificados por “P” e os usuários, por “U”, seguido de um número representativo da sequência da coleta, que ocorreu entre maio de 2021 e abril de 2022. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 54 minutos (sendo que a mais curta tinha trinta minutos e a mais longa, uma hora e 33 minutos).

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: 1) ser trabalhador do CAPS; 2) possuir vivência com o tratamento psicofarmacológico dos usuários; e 3) ter interesse em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão de usuários foram: 1) estar inserido no CAPS; 2) usar medicação psiquiátrica por pelo menos um ano; 3) concordar em participar da pesquisa; e 4) não apresentar prejuízo cognitivo grave que impossibilitasse essa participação. A seleção de usuários foi realizada pela equipe do serviço, a qual foi orientada sobre a manutenção da heterogeneidade representativa do público. O fechamento amostral dos profissionais deu-se por exaustão, e dos usuários, por saturação²⁷.

As transcrições foram divididas em dois conjuntos – “profissionais” e “usuários” – e agregadas no *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti. Foram operadas a extração, organização e análise preliminar dos dados a partir da técnica de Ciclos de Codificação²⁸, nas etapas 1) pré-codificação: análise preliminar do *corpus*, objetivando a identificação dos elementos sobressalentes à investigação; 2) primeiro ciclo: classificação primária dos dados em codificações descritivas e em termos que permitiam resumir, capturar a essência e/ou evocar os dados contidos; 3) ciclo intermediário: reavaliação

do material e dos códigos, objetivando a identificação e sistematização dos padrões de similaridade, diferença, frequência, sequência, correspondência e causalidade entre os códigos; 4) segundo ciclo: análise aprofundada e refinamento dos códigos, visando maior exatidão de sua rede; e 5) pós-codificação: organização e agrupamento dos códigos em categorias, permitindo transcender a análise na identificação das estruturas latentes no material linguístico.

Para a análise dos dados, adotou-se a Análise de Discurso²⁹. A partir da reordenação do *corpus* em categorias, foi delineada a "superfície linguística", correspondente ao nível concreto e empírico do material coletado, mediante a explicitação do modo de estruturação e enquadramento do material textual enunciado e dos vestígios de seu funcionamento. Em seguida, foi feito o segundo tratamento evidenciando o objeto discursivo; e a relação entre o produto manifesto e as diferentes camadas e formações discursivas. Por fim, foi desenvolvida a análise do processo discursivo e os efeitos de sentido na estruturação e regulação das relações sociais entre os participantes.

A análise foi instrumentalizada, teoricamente, pelos estudos da Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde¹⁸ e do exame qualitativo de suas tecnologias de cuidado²¹. Para a validação da análise dos dados, os materiais foram submetidos à triangulação de investigador³⁰ por meio do compartilhamento e da confrontação das análises de três pesquisadores independentes, possibilitando sintetizar a variabilidade interpretativa dos dados e minimizar as inclinações subjetivas dos pesquisadores.

O estudo seguiu as prerrogativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2013³¹, incluindo a concordância e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética da Unimontes n. 4.034.265/2020, emenda n. 4.332.549/2020.

Resultados e discussão

Ao todo, realizaram-se 16 entrevistas. Dos trabalhadores, participaram três psicólogas, dois técnicos em enfermagem e uma médica. O tempo médio de experiência profissional no CAPS foi de oito anos:

Quadro 1. Caracterização dos profissionais entrevistados.

Identificação	Gênero	Formação	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)
P1	Feminino	Psicologia	63	5
P2	Feminino	Psicologia	42	9
P3	Feminino	Técnico em enfermagem	58	13
P4	Masculino	Técnico em enfermagem	22	2
P5	Feminino	Psicologia	37	10
P6	Feminino	Medicina	41	6

Fonte: Elaboração própria.



Dos usuários, participaram sete homens e três mulheres. A idade média foi de 45 anos e o tempo médio de tratamento foi de 12 anos. No período da pesquisa, os participantes encontravam-se em diferentes estágios do sofrimento psíquico e regimes de permanência no CAPS.

Quadro 2. Caracterização dos usuários entrevistados

Identificação	Gênero	Idade (anos)	Tempo de tratamento (anos)
U1	Feminino	46	10
U2	Masculino	28	16
U3	Feminino	46	2
U4	Masculino	37	5
U5	Masculino	33	13
U6	Masculino	52	32
U7	Masculino	70	8
U8	Masculino	53	16
U9	Masculino	34	3
U10	Feminino	46	11

Fonte: Elaboração própria.

A análise dividiu-se em três categorias relativas aos diferentes planos analíticos da dimensão micropolítica do cuidado na visão dos participantes: a primeira mapeia o processo de trabalho a partir da descrição da rotina institucional; a segunda refere-se aos espaços intercessores provenientes da dinâmica relacional entre os trabalhadores e destes com os usuários; e a última explora a produção subjetiva dos agentes, nos modos de significar e agir nas práticas em saúde.

Apesar da segmentação, os planos são indissociáveis e, em comum, revelam dissonâncias entre o discurso manifesto – remetido à macropolítica da atenção psicossocial – e percepções latentes que abrigam um espectro microcômico de paradoxos, tensionamentos e ambivalências, adensados nas referências ao tratamento psicofarmacológico.

Fluxograma do processo de produção de cuidado: paradoxos no plano institucional

Em geral, os trabalhadores indicaram conhecimento das diretrizes da atenção psicossocial, caracterizando a rotina do serviço em conformidade com a política. Assinalou-se como objetivo do CAPS o resgate da autonomia e a reinserção do usuário no meio sociofamiliar, sendo o tratamento medicamentoso considerado importante, porém, não o único.

Entretanto, a maioria dos participantes apontou tendências instituídas no CAPS ao tratamento psiquiátrico, havendo certa inclinação da “equipe” a condutas farmacológicas que podem levar à hipermedicação e ao “silenciamento” do usuário. Da mesma forma, acredita-se que o público reforça em suas demandas a urgência da intervenção psiquiátrica sobre o sofrimento. Em contraponto, os entrevistados operam na prorrogação da avaliação médica, visando ampliar o tempo para a formação de vínculos com os demais dispositivos e com os profissionais não médicos:

Porque já teve em outros momentos, aqui no serviço, de acontecer do sujeito passar no acolhimento e nesse primeiro acolhimento já ser agendado o atendimento médico. Acaba que o usuário fica com uma adesão na transferência muito mais na figura do médico e nem sustenta uma continuidade desse acolhimento, na verdade, nem tem um acolhimento. Ou, nessa primeira escuta, já marca o atendimento médico, aí adere, mas não sustenta depois, porque já foi silenciado e não teve um espaço para poder trabalhar esses sintomas, essas questões, essa angústia, e acaba que ela é aplacada com a medicação. (P2)

Apesar da criticidade manifesta, constatou-se, subtendida dos próprios enunciados, a convergência do cuidado no CAPS em torno da avaliação médica, englobando os dispositivos relacionais. O acolhimento associa-se a “passar o caso” ao psiquiatra que irá ratificar a avaliação não médica. Na definição do projeto terapêutico, os interesses do usuário são apreciados desde que passíveis ao “controle” da receita. As oficinas terapêuticas podem ser utilizadas para a pedagogização do uso dos fármacos, por meio da “conscientização”. Menções sobre busca ativa relacionam-se no resgate de usuários que divergem do tratamento. O parâmetro para a “alta” dá-se àqueles com potencial à continuidade da prescrição. A participação da família relaciona-se à extensão da vigilância acerca da administração dos psicotrópicos:

O paciente passa por acolhimento, para ver se é paciente do CAPS, ou não, porque lá é atendimento à crise, né? Casos graves. Aí, ele passa pelo acolhimento. Quem está no plantão vai avaliar e vai ver se é caso para o CAPS, se é caso para passar com o psiquiatra. Sendo, no caso, continua o atendimento com a psicóloga e começa a passar com o psiquiatra, que é onde ele vai passar as medicações para controlar essa situação que o paciente esteja no momento. (P3)

A indispensabilidade farmacológica foi mais acentuada nas menções sobre a atenção à crise. Mesmo que alguns participantes apostem na negociação com o usuário, a maioria compreende que somente a intervenção medicamentosa é efetiva. Entretanto, parecem indefinidos, principalmente para os profissionais não médicos, os limites clínicos e legais da intervenção:



A gente estava com vários profissionais ali na abordagem à crise e alguns “Ah, mas ela não vai tomar, porque que não amarra logo e faz?” Outros: “Não! Vamos conversar um pouco mais, vamos ver o que vai ser possível”. As pessoas... alguns profissionais com uma pressa, uma urgência, e a gente tentando, assim, negociar: “Vamos, ainda, tentar mais”. Então, tem essa urgência de querer medicar logo, de silenciar logo, o que dá menos trabalho. (P2)

A ênfase na avaliação médica pressuposta nos discursos dos trabalhadores parece corresponder à percepção dos usuários. Diferente de outros recursos do CAPS, os usuários relataram regulações no acesso à consulta médica. Por outro lado, a sua imprescindibilidade estende-se na articulação com a RAPS, entretendo o fluxo do cuidado. Em conjunto, identificaram-se rupturas, burocratizações e experiências desagradáveis envolvendo intervenções farmacológicas involuntárias ou excessivas. Os usuários apontaram a predileção pela permanência no CAPS devido ao temor de que a assistência fora das instalações não seja assegurada de maneira adequada:

Eu tenho medo de receber alta do CAPS por causa disso, também. Eu penso em um dia receber alta, mas só quando eu estiver bem melhor. Precisar mais de medicamento nenhum. (U2)

Percebe-se a presença de linhas de cuidados divergentes no plano institucional, emaranhando-se, especialmente, nos espaços microdecisórios²¹ sobre o tratamento farmacológico e na atenção à crise. Os entrevistados indicaram deliberações para refrear a tendência medicalizante³²⁻³⁴; porém, indiretamente, os dispositivos são submetidos à lógica tecnicista do olhar médico. Esses atravessamentos são vivenciados pelos usuários na forma de obstruções no cuidado, contradizendo a expectativa dos profissionais no rearranjo do fluxograma do serviço.

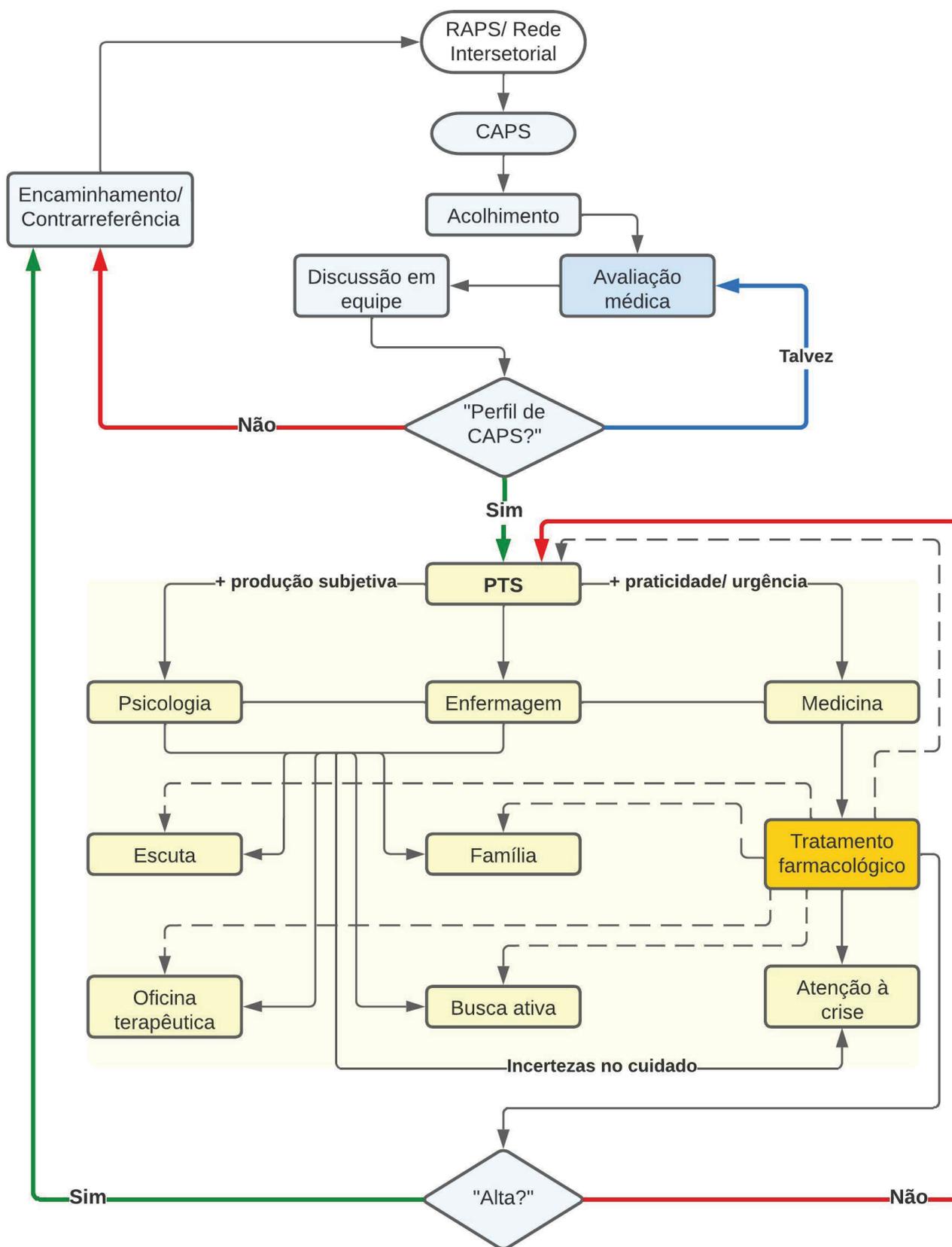


Figura 1. Fluxograma do cuidado no CAPS segundo a descrição dos participantes.

Fonte: Elaboração própria.

Análogo às observações, um estudo conduzido em três localidades brasileiras⁹ revelou discordâncias entre profissionais de CAPS quanto à primazia farmacológica na atenção à crise. Em outra investigação, que analisou práticas de saúde mental mediante a implementação da GAM¹⁰, médicos afirmaram que o monopólio decisório não provém da categoria, mas da estrutura organizacional do serviço. O estudo ainda elucidou o desencontro entre as diretrizes técnicas e políticas com a realidade vivenciada pelos usuários.

Verifica-se a ênfase na instrumentalização do cuidado baseada em tecnologias duras e leve-duras resultantes da hegemonia do modelo biomédico flexneriano¹⁸. Nesse contexto, a medicalização desempenha um papel significativo no controle social, ao redefinir questões de natureza social, comportamental e cultural como questões médicas. Esse processo pode ser fomentado pelos próprios agentes, incluindo médicos e usuários³³. Em decorrência disso, expande-se o uso de fármacos em contextos previamente não considerados médicos, além da hipermedicação para condições já estabelecidas³⁴.

A transição tecnológica efetiva nasce, portanto, da pactuação coletiva dos agentes na inversão do núcleo tecnológico, aspirando um novo padrão para as práticas assistenciais estruturadas no predomínio das tecnologias relacionais, centradas no usuário e baseadas no trabalho vivo^{4,5,22}. A aposta dos trabalhadores nos intervalos da consulta médica pode ser uma via para a abertura de fissuras nos processos instituídos, permitindo a inauguração de novos agenciamentos.

Espaços intercessores na produção de saúde: tensionamentos nas relações de cuidado

Ante a disputa entre as linhas de cuidado no plano institucional, as práticas que os trabalhadores consideram auspiciosas foram frequentemente ditas como isoladas e, caracteristicamente, referidas aos próprios entrevistados, desassociando-os da equipe. Essa disjunção foi mais acentuada nas menções sobre a gestão do tratamento farmacológico e na abordagem à crise:

Já vi muitos pacientes serem muito medicados e isso traz uma angústia [...] por mais que a gente trabalhe com uma equipe multi, a gente não tem o domínio e o poder de barrar. Cada um tem sua autonomia, sua ética profissional e alguns direcionamentos. (P5)

Concomitante à percepção de desassistência, os trabalhadores afirmaram não ter comando sobre as decisões dos projetos terapêuticos, devido a atravessamentos de outras categorias. Ainda que demonstrassem ciência sobre a interdisciplinaridade¹, as falas revelaram atuações setorizadas e hierarquizantes. Na constância da polidez dos entrevistados em não serem invasivos em condutas alheias, destacaram-se respostas que parecem moderar uma tensão latente na equipe, sobretudo de profissionais não médicos para com os médicos:

Eu sento e discuto, sem estar, sem ser invasiva, sem estar interferindo em uma conduta médica [...] e como lá a gente é uma equipe que trabalha em uma linha horizontal, todo mundo senta, conversa e discute. Não é só a figura do médico vertical, só ele que determina. Porque, às vezes, a gente sabe mais do paciente do que ele, com certeza. O que eu procuro ter é essa delicadeza de não estar posicionando de uma forma, como se eu estivesse dando uma ordem ao médico, como se eu estivesse intervindo na conduta dele. (P1)

Apesar disso, evidenciou-se o conchavo implícito entre os trabalhadores, detendo aos médicos o saber, a atuação e o poder decisório sobre a farmacologia, enquanto os outros profissionais encarregam-se das particularidades subjetivas do usuário. Mesmo que estes não se sintam habilitados para falar sobre o tratamento medicamentoso, os relatos indicaram a coparticipação no processo. São os que, primeiramente, identificam atrasos nas avaliações médicas, usos divergentes da prescrição e efeitos adversos; e são também aqueles a quem os usuários recorrem para orientação. Os psicólogos, especificamente, atuam na mediação na tomada de decisão da prescrição, incluindo ou traduzindo as idiosincrasias do caso ao médico:

Eu, tipo, converso com a psicóloga. Explico para ela sobre a situação que o paciente está demandando para mim. Aí, só a psicóloga para estar decidindo. Mas esse poder, que nem você está falando, de eu intervir, eu não tenho, não [...] eu não tenho esse poder de falar! Só a médica para decidir, mais a psicóloga. (P4)

Apesar de os entrevistados manifestarem-se contrários à farmacologização³²⁻³⁴, percebeu-se uma extensão dos interesses médicos por outros profissionais, utilizando-se do próprio vínculo como tática para favorecer a adesão do usuário à indicação medicamentosa. A escuta, considerada como recurso não medicalizante fundamental, emprega-se, igualmente, na disciplinarização do usuário sobre a prescrição. Assim, a percepção dos trabalhadores sobre a “não adesão” ou a “resistência” ao tratamento esteve relacionada, sobretudo, aos usuários que divergem do uso de medicamentos:

Tem muitos pacientes que em um primeiro momento eles não aceitam, não aceitam a medicação, seja qualquer um. Não querem nem conhecer, não quer nem saber o que é, só fala que “estou bem” e que não aceita [...] então, realmente eles são resistentes às medicações. No primeiro momento eles não aceitam. Aí, entra o trabalho, o manejo, para conversar a necessidade. Aí que eles começam a aceitar. (P3)

A predominância do discurso médico e das tensões oriundas das relações de poder observadas entre profissionais coincide na interação usuário-trabalhador. Em geral, os usuários relataram distanciamento e dificuldade de falar abertamente com médicos. Recorrem, por outro lado, aos profissionais não médicos para abordar questões do tratamento farmacológico. O saber médico é visto como superior, correto e inquestionável, inibindo a manifestação dos usuários nos atendimentos, como no seguinte trecho:



Eu também nem pergunto não [ao médico]. Eles também nem têm tempo. Só quem sabe dizer é a psiquiatra. A psiquiatra passa os remédios com pressa. E é calada, não me explica. (U8)

Psicóloga, eu acho que eu estou precisando de uma, porque, às vezes, o médico, você fala só pouca coisa, ele já entendeu que você... ele acha que já entendeu. E o psicólogo te escuta, toda a história. Então, às vezes, a pessoa precisa ter com quem contar o que aconteceu de verdade. Eu estou precisando. (U1)

Por outro lado, os usuários relataram uma percepção de melhora quando iniciaram o acompanhamento no CAPS. Nesse serviço, os entrevistados afirmaram que tiveram maior acesso ao tratamento, reconhecimento e apoio dos trabalhadores, sendo tal contexto crucial na recuperação e enfrentamento do adoecimento. A convivência com outros usuários favoreceu a autopercepção e a aceitação do cuidado, e estes acreditam que conversar sobre o tratamento facilitou a compreensão do mal-estar; e melhorou a vinculação e o compromisso com o autocuidado:

É aqui no CAPS eu consegui estabilizar mentalmente, a conviver mais com a doença, de uma forma mais flexível. Não com tanta cobrança, que nem eu me cobrava muito por que eu ficava assim. Então agora não tenho essa cobrança tão grande. Eu entendo hoje que é uma doença, eu entendo hoje que é um processo que qualquer pessoa passaria, não é só eu que passo. Então eu consigo levar com mais leveza a doença, e acho que por isso que eu consigo sair do transe do psicótico e eu consigo sair todas as vezes. (U10)

Semelhantemente, os trabalhadores acreditam que a efetividade do cuidado está associada às práticas que envolvem as tecnologias relacionais. O acolhimento, o vínculo, a escuta, a tomada de decisão compartilhada e a ampliação da rede social aparecem como estratégias para evitar a hipermedicação. A discussão dos casos em equipe pode conter a necessidade de intervenção medicamentosa imediata.

Apesar disso, não houve unanimidade entre trabalhadores e usuários sobre a existência de espaços dialógicos no cuidado. Parte dos trabalhadores acredita que há pouca comunicação com os usuários e reconhecem que a fragilização do vínculo pode resultar na omissão dos usuários sobre a inadequação ou interrupção do uso dos psicotrópicos e no ocultamento de sintomas do sofrimento mental ou de efeitos colaterais. Os usuários confirmaram essa percepção em suas vivências atuais, indicando a necessidade da criação coparticipativa desses espaços:

É importante falar disso. Porque nem todos eles [profissionais] falam, não. Porque tem alguns que falam o medicamento, entrega a receita e falam: “vai tomando esses remedinhos que você vai ficar bonzinho”. Só fica na embromação, mas não falam os efeitos. Eu gostaria que eles me informassem os efeitos de cada um. (U8)



É uma coisa nova, o paciente estar falando sobre o medicamento dessa forma. Existe o espaço, mas ao mesmo tempo não existe! Porque o pessoal não está acostumado. Nem o profissional de saúde e eu acho que muito menos o paciente, também. Então tem que implantar uma forma de ter essa conversa. (U6)

Investigações brasileiras^{9,10} também identificaram a existência de uma hierarquia no processo decisório do tratamento, a ausência de suporte da equipe e conflitos entre profissionais não médicos e prescritores, segundo a perspectiva dos trabalhadores. O domínio do saber pelos médicos coexiste com a ausência de diálogo sobre tratamento farmacológico. Além disso, profissionais não médicos relatam baixa qualificação técnica e receiam ser exclusivamente responsabilizados pelas decisões clínicas, preferindo encaminhá-las aos prescritores.

Nos mesmos estudos, identificaram-se dificuldades relacionais de usuários com médicos ao percebê-los como autoridades no processo decisório do tratamento^{9,10}. Uma pesquisa etnográfica¹² na Catalunha, que explorou os desafios na gestão colaborativa de antipsicóticos, evidenciou disparidades na comunicação clínica. Enquanto os profissionais enfatizaram o manejo unilateral de tratamentos psicoterapêuticos e médicos, os usuários ressaltaram a importância do relacionamento interpessoal e dos processos colaborativos de cuidado, transcendendo o enfoque exclusivamente farmacológico.

Constata-se, desse modo, a relevância das tecnologias desenvolvidas no encontro entre sujeitos e os "espaços intercessores"¹⁸, tendo em vista que, em seu processo, captam os arranjos singulares da vivência concreta e simbólica dos usuários no tratamento²⁰. Conforme indicado pelos participantes, o próprio domínio farmacológico, predisposto ao enrijecimento instrumental e prescritivo, pode ser palco da transição tecnológica da qual sobressaem as tecnologias leves, proporcionando práticas de cuidado mais realistas, potentes e efetivas^{4,7,11,21,23}.

Produção subjetiva no cuidado: ambivalências nos modos de significar e agir em saúde

Em geral, os trabalhadores declararam compreender ser direito do usuário o acesso a informações do tratamento. Com isso, podem ter mais segurança e autonomia no autocuidado; identificar e prevenir crises; discriminar os efeitos adversos da medicação; suportar as dificuldades do tratamento; fazer uso adequado dos medicamentos; e ter maior participação no cuidado.

Entretanto, parte dos entrevistados reconheceu que os usuários têm pouco ou nenhum acesso às informações do tratamento. Acredita-se que nem todos devem ter conhecimento, uma vez que o entendimento sobre os fármacos pode torná-los "resistentes", de acordo com a visão destes profissionais. Apontaram, ainda, ser importante o esclarecimento profissional da bula, porém, é incerta a sua prática no serviço, ou está associada estritamente à Medicina:



Tem pacientes que a gente não fala, senão é perigoso ele não tomar a medicação. E já outros que a gente já fala, faz o esclarecimento [...] eu geralmente direciono para a médica. Porque só ela pode explicar essa questão da medicação, assim, se o paciente tiver muita dúvida, mesmo, sobre esses efeitos colaterais. (P4)

Os trabalhadores afirmaram que o suporte ofertado pelo serviço é importante para o processo emancipatório dos usuários. Porém, contraditoriamente, reproduzem precauções que visam à proteção, mas limitam a sua autonomia, por compreenderem que nem todos possuem condições de autogoverno. Nos enunciados, práticas restritivas no cuidado são imbricadas a concepções clínicas que resultam em táticas de sujeição dos usuários ao tratamento definido. Há entendimentos paradoxais acerca da contratualidade, na qual as concordâncias com o usuário são consideradas, desde que ele possua “crítica” e não esteja “errado”, sob o ponto de vista da equipe:

Porque o psicótico se ficar totalmente sem as medicações ele não dá conta. E qualquer desvio, qualquer estranhamento que acontecer na vida dele, ou qualquer ocorrência, familiar ou mesmo alguma crise com alguém, ele desencadeia, ele volta a ter uma nova crise. (P3)

Se [o usuário] for contra, não vai! Se tiver a crítica, se for contra, não vai resolver, então eles têm que sentir à vontade na proposta nossa, também. A gente tenta fazer eles se sentirem à vontade, também. Falar para eles o que é melhor. No final, eles, a maioria, com certeza, acaba concordando e traz um efeito bom. Quando tem uma concordância entre ambas as partes no processo de tratamento, de terapia e tudo, com certeza o efeito, a remissão é melhor. (P6)

As restrições no cuidado parecem pesar na autopercepção dos usuários, tendo em vista que poucos declararam possuir poder decisório no tratamento. Parte dos usuários acredita que a pessoa com sofrimento mental não possui condições para a tomada de decisão no cuidado e consideram positivas posturas de exigência dos profissionais àqueles que são vistos como resistentes. Ademais, alguns entrevistados afirmaram ser contrários à participação do usuário nas decisões do tratamento. A partir das vivências de instabilidades com o sofrimento psíquico, prejuízos com a automedicação e desgaste com profissionais, parte dos usuários afirmaram não ter interesse em posicionar-se sobre a prescrição, aceitando e resignando-se às decisões dos profissionais, mesmo que contrárias à sua vontade:

Eu não tenho força de nada, já tomo os medicamentos. Eu não posso mudar, só a médica [...] eu acho que é o médico que tem que decidir, não o paciente. (U1)

Eu não tenho cabeça para definir nada, não. Eu conversando com ela [a médica], ela já sabe o que que eu tenho. O que que ela pode mudar. Eu não posso querer mudar uma coisa que ela já prescreveu e eu estou sentindo ruim. Mesmo quando eu estou meio depressivo, mas, mesmo assim, eu estou melhor do que era. (U9)



Apesar das restrições autorreferidas, os usuários afirmaram que, quando estáveis, podem participar na manutenção do autocuidado com a colaboração da equipe e família. Nas entrevistas, apresentaram discernimentos sobre os fatores protetivos à saúde mental, conhecimento vivencial dos fármacos e resiliência aos ajustes das dosagens em diferentes estágios do sofrimento psíquico. Além disso, compreendem que, na crise, a gestão do cuidado pode ser compartilhada e afirmaram sentirem-se mais seguros com esse apoio:

Eu aceitei [as medicações psiquiátricas] com naturalidade porque eu me conhecia, eu me conheço interiormente. Eu senti que eu não estava bem. Tanto é que eu que procurei o recurso, eu sozinho. Ninguém me orientou, não. Eu procurei um posto de saúde mental antes de ir para o hospital. (U7)

Hoje eu sinto bem melhor, me sinto ótima! Desde que eu tomo o medicamento certo, na hora certa. Também depende do esforço de muita gente. Não pode se deixar levar só pelos remédios! Às vezes, te dá um sono o dia inteiro, você vai dormir o dia inteiro? Não! Vai procurar ocupar sua mente, vai fazer uma caminhada. (U3)

Como barreiras à coparticipação e autonomia no tratamento, os entrevistados relataram dificuldades de negociação com os prescritores, principalmente na redução dos fármacos. Embaraços na relação com médicos geram a extensão da resolutividade, sendo necessária a mediação dos profissionais não médicos para a validação de suas necessidades.

O desconhecimento dos direitos pelos usuários pode levá-los a compreender as práticas dos trabalhadores como exclusivamente altruístas, intimidando manifestações divergentes. Por fim, sentem-se estigmatizados socialmente, sendo o CAPS considerado o único espaço protetivo às violências, inibindo o desejo de alguns participantes de ingressarem na vida social e no trabalho:

A população também falava, ainda fala, que a gente é “doido”, que frequenta o CAPS, que a gente é “doido”. Mas eu não me importo mais, não. Agora eu posso falar, porque é o CAPS que tem me ajudado. Se não fosse o CAPS na minha vida eu não sei o que seria de mim. (P2)

Em outros estudos, identificaram-se desafios no controle exercido pelos serviços sobre os usuários, resultando em barreiras ao acesso a direitos e à cidadania. Trabalhadores demonstraram relutância em compartilhar informações do tratamento, revelando incerteza na promoção da corresponsabilização no cuidado. Essa atitude foi acompanhada pela inflexibilidade com usuários que discordam do tratamento farmacológico¹⁰. Embora os CAPS sejam reconhecidos pelo apoio, paradoxalmente, perpetuam estigmas e abordagens tutelares com base na suposta “falta de racionalidade” dos usuários⁹. A voz dos usuários é frequentemente subestimada nas decisões terapêuticas, contribuindo para um processo de dessubjetivação e redução de suas subjetividades à condição patológica¹².

Pesquisas que utilizaram a estratégia GAM identificaram o aumento do interesse dos usuários na participação no cuidado. Isso melhorou as relações com os trabalhadores, otimizando estratégias clínicas que efetivamente contribuíram para o bem-estar dos usuários. Essa dinâmica fortaleceu os processos coletivos de autonomia e cogestão^{9,11}. Adicionalmente, a valorização do conhecimento produzido na experiência singular dos usuários, integrado ao conhecimento técnico, pôde propiciar a construção de conhecimento em saúde mental^{25,26}.

Contudo, conforme as investigações brasileiras^{9,10}, a eficácia da GAM foi atenuada por fatores institucionais, relacionais e atitudinais dos trabalhadores. Como indicado pelos participantes, garantir espaços de reflexão e de tomada de decisão compartilhada pode permitir aos usuários e trabalhadores novas formas de subjetivar a experiência do cuidado, avaliando criticamente os modos de agir na saúde e orientando-se para práticas mais emancipatórias^{4,7,20,21}.

Considerações finais

O estudo evidenciou a dissonância entre a literalidade do discurso macropolítico da atenção psicossocial e a heterogeneidade de concepções no interior de seus dispositivos. No fluxograma institucional, nos espaços intercessores e na produção subjetiva dos agentes, revelou-se um campo de disputas entre perspectivas inovadoras e retrógradas; e tecnologias de trabalho emancipatórias e restritivas, especialmente nos espaços microdecisórios do tratamento psicofarmacológico, nos quais predominam mecanismos que coíbem o poder de contratualidade, protagonismo e autonomia do usuário.

Nesta pesquisa, surgiram limitações na eleição representativa dos profissionais, tendo em vista que a participação foi motivada pela identificação com o projeto, não abarcando, pois, parte da equipe convidada. Verificou-se, com isso, a insuficiência de participantes que permitissem atingir a saturação, principalmente na compreensão mais dedicada à versão dos prescritores. Além disso, a seleção dos usuários foi triada pela equipe, que, mesmo sob orientação dos pesquisadores, pode ter sido baseada em vieses subjetivos.

Em meio aos desafios destacados, é relevante observar que, no atual contexto brasileiro, estão em andamento iniciativas voltadas para combater a medicalização por meio da adoção de tecnologias inovadoras. Entre essas, destacam-se as práticas de GAM, cujas experiências são promissoras na promoção de abordagens emancipatórias e não medicalizantes. Diante desse cenário, é apropriado considerar a expansão e o aprimoramento de práticas de cuidado dialógicas, participativas e colaborativas na saúde mental.

Sugere-se, portanto, o aprofundamento da análise micropolítica do processo de cuidado no tratamento psicofarmacológico e o esquadramento da polissemia das vozes de sujeitos, fundamentais para a transição tecnológica na atenção psicossocial. Acredita-se que esses estudos podem converter-se em estratégias consistentes que apoiem os trabalhadores no exercício da autoanálise, autogoverno e ressignificação do seu ato, amparado colaborativamente pelo saber vivencial e poder decisório do usuário.



Autores

Jayne Duarte Martins^(e)

<jayneduartmartins@hotmail.com> 

Cristina Andrade Sampaio^(f)

<crisrina.sampaio@unimontes.br> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Simone Mainieri Paulon

Editor associado

Alberto Rodolfo Velzi Diaz

Submetido em

11/05/23

Aprovado em

21/01/24



Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
3. Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?; p. 19-26.
4. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: Merhy EE, Franco TB. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 213-25.
5. Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. Rev Psicol Polit. 2020; 20(47):65-75.
6. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saude Debate. 2008; 32(78/80):27-37.
7. Deegan PE, Drake RE. Shared decision making and medication management in the recovery process. Psychiatr Serv. 2006; 57(11):1636-9.
8. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2):241-8.
9. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa OD Jr, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):967-80. doi: 10.1590/S1414-32832012005000040.
10. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Cienc Saude Colet. 2013; 18(10):2889-98.
11. Barrio LR, Cyr C, Benisty L, Richard P. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. Cienc Saude Colet. 2013; 18(10):2879-87.
12. Martínez-Hernández Á, Pié-Balaguer A, Serrano-Miguel M, Morales-Sáez N, García-Santasmases A, Bekele D, et al. The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: a qualitative study. Soc Sci Med. 2020; 247:112811.
13. Calcedo-Barba A, Fructuoso U, Martinez-Raga J, Paz S, Carmona MS, Vicens E. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. BMC Psychiatry. 2020; 20(1):339.
14. Haugom EW, Stensrud B, Beston G, Ruud T, Landheim AS. Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2020; 20(1):1093.
15. Becher S, Holzhüter F, Heres S, Hamann J. Barriers and facilitators of shared decision making in acutely ill inpatients with schizophrenia: qualitative findings from the intervention group of a randomised-controlled trial. Health Expect. 2021; 24(5):1737-46.
16. Kaminskiy E, Zisman-Ilani Y, Morant N, Ramon S. Barriers and enablers to shared decision making in psychiatric medication management: a qualitative investigation of clinician and service users' views. Front Psychiatry. 2021; 12:678005.
17. Andrade APM, Maluf SW. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis. 2016; 26(1):251-70.



18. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
19. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. O reconhecimento de uma produção subjetiva no cuidado; p. 230-49.
20. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saude Debate. 2003; 27(65):316-23.
21. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde; p. 151-70.
22. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus. 2012; 6(2):151-63.
23. Nascimento ML. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. Physis. 2012; 22(1):275-90.
24. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar "com". Cienc Saude Colet. 2016; 21(6):1737-45.
25. Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. Cienc Saude Colet. 2013; 18(10):2919-28.
26. Passos E, Palombini AL, Onocko-Campos R. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. ECOS Estud Contemp Subjetiv. 2013; 3(1):4-17.
27. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008; 24(1):17-27.
28. Saldaña J. The coding manual for qualitative researchers. 2nd ed. Los Angeles: Sage; 2013.
29. Orlandi ELP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2005.
30. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. Cienc Saude Colet. 2020; 25(2):655-64.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 Jun 2013.
32. Camargo KR Jr. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. Cad Saude Publica. 2013; 29(5):844-6.
33. Conrad P, Leiter V. Medicalization, markets and consumers. J Health Soc Behav. 2004; 45 Suppl:158-76.
34. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. Soc Sci Med. 2012; 75(5):775-83.



Considering the challenges to psychosocial rehabilitation, this study was aimed at understanding the perspective of users and workers regarding psychopharmacological treatment. This is a qualitative study, which interviewed six providers and ten users of the Psychosocial Care Center of a municipality in the north of Minas Gerais. The transcripts were treated in Coding Cycles and examined by Discourse Analysis. Three categories related to the micropolitical dimension of care were defined: the institutional flowchart; the intercessory spaces; and the subjective production of the agents. Dissonances were revealed between statements alluding to the psychosocial care policy, with the competition of emancipatory and restrictive conceptions and technologies of care. The importance of the micropolitical analysis of care in psychopharmacological treatment was verified, favoring the processes of contractuality, protagonism, and user autonomy.

Keywords: Psychotropic drugs. Mental health. Professional-patient relations. Decision making, shared. Relational autonomy.

Considerando los desafíos para la rehabilitación psicosocial, el objetivo fue comprender la perspectiva de usuarios y trabajadores en el tratamiento psicofarmacéutico. Se trata de un estudio cualitativo que entrevistó a seis profesionales y a diez usuarios del Centro de Atención Psicosocial de un municipio de la región norte de Minas Gerais. Las transcripciones fueron tratadas en Ciclos de Codificación y examinadas por el Análisis del Discurso. Se definieron tres categorías relativas a la dimensión micropolítica del cuidado: el diagrama de flujo institucional, los espacios intercesores y la producción subjetiva de los agentes. Se revelaron disonancias entre enunciados alusivos a la política de la atención psicosocial, con la concurrencia de concepciones y tecnologías de cuidado emancipatorias y restrictivas. Se constató la importancia del análisis micropolítico del cuidado en el tratamiento psicofarmacéutico, favoreciendo los procesos de contractualidad, protagonismo y autonomía del usuario.

Palabras clave: Psicotrópicos. Salud mental. Relación profesional-paciente. Toma de decisión compartida. Autonomía relacional.