

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

CARLA PINHEIRO MACIEL

GRUPOS DE MEDICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MÉDICO NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Rio de Janeiro
2018

CARLA PINHEIRO MACIEL

Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção
psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Área de concentração: Intervenções e Práticas na Atenção Psicossocial

Orientadora: Prof. Dr^a. Erotildes Maria Leal.

Rio de Janeiro

2018

GRUPOS DE MEDICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MÉDICO NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

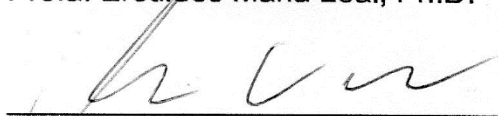
Carla Pinheiro Maciel

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

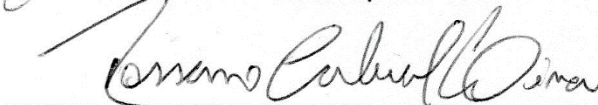
Examinada e aprovada por:



Profa. Erotildes Maria Leal, Ph.D.



Prof. Octavio Domont Serpa Jr., Ph.D.



Prof. Rossano Cabral Lima, Ph.D

RIO DE JANEIRO

MARÇO/ 2018

Ficha catalográfica

M152g Maciel, Carla Pinheiro
Grupos de medicação como estratégia de cuidado
médico na atenção psicossocial / Carla Pinheiro
Maciel. -- Rio de Janeiro, 2018.
128 f.

Orientadora: Erotildes Maria Leal.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2018.

1. Grupos de medicação. 2. Cuidado centrado na
pessoa. 3. Tomada de decisão compartilhada. 4.
Atenção psicossocial. I. Leal, Erotildes Maria,
orient. II. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em Inglês:

Medication groups as a medical support strategie in the psychosocial care.

Palavra-chave em inglês:

Medication groups

Person-centered care

Shared decision making

Psychosocial care

Área de concentração:

Intervenções e Práticas na Atenção Psicossocial

Titulação:

Mestre em Atenção Psicossocial

Banca examinadora:

Erotildes Maria Leal [Orientadora]

Octavio Domont Serpa Junior

Rossano Cabral Lima

Data da defesa: 16-03-2018

Programa de Pós-Graduação: Atenção psicossocial

Dedicatória

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que se encontraram com o adoecimento psíquico em suas jornadas e que confiaram suas experiências ao meu olhar e à minha escuta, marcando profundamente a minha trajetória pessoal e profissional. Vocês são a razão para esse escrito existir e de todo o meu interesse em aprimorar as minhas práticas a cada dia.

Agradecimentos

A minha mãe e pai, por serem a base de quem eu sou, pelo amor que me oferecem todos os dias durante toda a minha vida, pelos ensinamentos e por me guiarem em uma formação ética, respeitosa e empática, alicerces para a profissão que escolhi seguir.

À professora Erotildes Leal, por estimular reflexões transformadoras na minha forma de pensar e agir como psiquiatra. Não é suficiente dizer o quanto você me ensinou sobre as tarefas de pesquisa e escrita, nem agradecer pela orientadora maravilhosa que você foi. Muito além disso, a sua disponibilidade, a sua dedicação, a sua entrega em cada atividade desenvolvida e as suas práticas de cuidado me inspiram em tudo que faço. Sou muito grata por essa parceria.

Ao CAPS UERJ por abrir as portas para mim como residente, como psiquiatra e como pesquisadora, pelo acolhimento, amizade e apoio que recebi dos profissionais, residentes, usuários e familiares de usuários (especialmente aos participantes dessa pesquisa) desse serviço no qual dei os primeiros passos na minha trajetória da atenção psicossocial.

Ao corpo docente do curso de mestrado profissional do IPUB/ UFRJ, por fomentarem debates pertinentes ao processo de trabalho, fortalecendo a defesa de uma rede de saúde mental pública e equânime mesmo em tempos temerosos de ataques aos direitos da população brasileira e à democracia.

Às professoras Lilian Miranda e Núria Malajovich pela gentileza de suas atentas e preciosas contribuições nas disciplinas, Lilian na banca de qualificação e ambas durante as supervisões do NUPPS.

Ao professor Octávio Serpa por participar das bancas de qualificação e de dissertação, pelo seu olhar cuidadoso e pelas sugestões durante toda a construção desse trabalho, desde o percurso para o desenho metodológico.

Ao professor Pedro Gabriel por aceitar participar da banca de dissertação e pelos debates pertinentes e análises da conjuntura das políticas de saúde mental no contexto do golpe de estado e suas repercussões em nossa prática.

Aos professores Rossano Cabral e Juliana Pimenta pela disponibilidade em aceitar compor a banca dessa dissertação e compartilhar suas experiências no campo da saúde mental.

A Vinícius, por ter me falado sobre o mestrado em saúde mental e grupos de medicação, pela força que me passou entre idas e vindas, pela companhia nos momentos de escrita, entre sugestões, cafés e parágrafos.

A Taci, minha amada irmã, pelo apoio constante e pela ajuda com a leitura e correções do material antes da qualificação. A Junior, meu irmão querido, pela confiança e incentivo.

Aos colegas de turma, pela partilha no aprendizado e na caminhada.

Às amigas Sarah e Alessandra, presentes que recebi de bom grado do mestrado para a vida.

Aos queridos colegas de orientação e supervisão, Ana Lúcia, Mônica e Marco Túlio, por compartilharem os desafios desse percurso.

A Ana Gabriela pela participação nos grupos focais como estagiária da pesquisa e observadora e pelas transcrições dos áudios coletados.

A Vanessa França por fazer a leitura e revisão final desse estudo.

Aos amigos pangeicos, dos quais me acompanho há tantos anos: Fábio, Isabella, Paulo, Janaina, Thales, Clara e Diego por acreditarem em mim, por me estimularem sempre e porque a existência e amizade de vocês traz cores, aromas e sabores para a vida.

A Thiago pela escolha que fazemos continuamente para os nossos dias, por me ofertar seu amor, cuidado, companheirismo, tranquilidade e compreensão. Por estar ao meu lado e tornar nossos momentos mais agradáveis, belos e felizes.

À natureza, ao universo e à vida por sua grandeza e generosidade, por proporcionarem tantos bons encontros e por me apresentarem às possibilidades de escolhas que trazem sentido para os meus dias.

Lista de abreviaturas

AMB – Associação Médica Brasileira
BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFM – Conselho Federal de Medicina
F – Familiar (1, 2, 3, 4)
GAM – Gestão Autônoma da Medicação
GF – Grupo Focal (1, 2, 3)
GGAM – Guia de Gestão Autônoma da Medicação
GM – Gabinete do Ministério
GrM – Grupo de Medicação (1, 2)
HDRM – Hospital Dia Ricardo Montalbam
HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto
Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica
IPUB – Instituto de Psiquiatria
MS – Ministério da Saúde
P – Pesquisadora (1 e 2)
PPC – Policlínica Piquet Carneiro
RPA - Recibo de pagamento autônomo
RRASMQ – Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
U – Usuário (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)
UDA – Unidade Docente Assistencial
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNCISAL – Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

O uso de medicação no adoecimento mental grave é uma das ferramentas utilizadas pelo psiquiatra na atenção psicossocial. Partindo da utilização da estratégia de grupo para abordar esse tema e reconhecendo as dimensões simbólica e experiencial do manejo dos remédios no cotidiano dos nossos usuários, esse estudo se propõe a conhecer as narrativas dos participantes de grupos de medicação, sua experiência em participar da atividade, a experiência do adoecimento e identificar o alcance e os limites do grupo de medicação na construção do cuidado centrado na pessoa e do manejo compartilhado do uso dos psicotrópicos. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-observacional, utilizando grupos focais como técnica para coleta de dados, bem como o registro audiogravado de encontros do próprio grupo de medicação. Para análise dos resultados encontrados, foi utilizado o método de análise temática de conteúdo e a partir dos temas abordados pelo roteiro e das leituras do material coletado surgiram as categorias analisadas: experiência de participação em grupos de medicação, uso e manejo de medicação, relação terapêutica e compartilhamento do cuidado, experiência de adoecimento e diagnóstico, negociação dos medicamentos, grupo de medicação e o cuidado nos CAPS e outras atividades com potencial terapêutico. As narrativas obtidas nessa pesquisa apontaram que o grupo de medicação se mostrou um espaço potente para a produção de uma prescrição dialógica, incluindo os diversos atores envolvidos e possibilitando o compartilhamento de experiências e dos saberes adquiridos com elas entre os participantes e o psiquiatra, em uma aliança terapêutica horizontal e centrada na pessoa. O principal limite dos grupos, indicado pelos participantes, foi que nem todos se sentem confortáveis com o compartilhamento de suas experiências e dúvidas em grupos. Também foi referido que o grupo pode ser útil mesmo para quem não se sente confortável para falar em grupo, desde que essa pessoa não se sinta pressionada a falar e que o espaço de atendimento individual seja preservado.

Palavras chave: grupos de medicação, cuidado centrado na pessoa, tomada de decisão compartilhada, atenção psicossocial.

ABSTRACT

The use of medication in severe mental illness is one of the tools provided by the psychiatrist in psychosocial attention caretaking. Starting from the use of the group strategies to approach the subject and recognizing the symbolic and experimental dimensions on the handling of these medications in the everyday life of our users; this study purpose is to acknowledge the narratives of the participants of the medication groups, their experience in this activity, the mental illness experience itself and identify the range and limits of the medication groups in the building of the personal centered care and in the shared handling of psychotropic drugs.

It is a qualitative, descriptive-observational study, using focal groups as the method to gather data as well as audio records made during the medication groups meetings.

For the analysis of the results found, it was used the method of thematic analysis of content and starting from the themes addressed by the guide and the gathered reading material, the following analyzed categories came up: the experience of participating in medication groups; the use and handling of psychotropic drugs; the therapeutic relation and shared caretaking; the mental illness experience and its diagnostic; the negotiation of medicines; the medication groups and the CAPS caretaking and other potential therapeutic activities. The gathered narratives in this research pointed out that the medication group showed itself as an appropriate environment for the production of a dialogic prescription, including the many active people involved and enabling the share of experiences and knowledge acquired with the narratives between the participants and the psychiatrist in a horizontal and personal centered therapeutic alliance. The main limits of the medication groups, pointed out by the participants, was that not all of them feel comfortable with the share of their own doubts and experiences in groups. It was also mentioned that the group might be useful for those who are not comfortable to speak in-group, as long as the person does not feel pressured to talk and that the space for individual support is preserved.

Key words: medication groups, person-centered care, shared decision making, psychosocial care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Grupos em atenção psicossocial	20
2.2	Grupos de medicação em atenção psicossocial	24
2.3	Experiência de adoecimento.....	27
2.4	Abordagem centrada na pessoa	29
2.5	Tomada de decisão compartilhada	35
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo geral.....	41
3.2	Objetivos específicos.....	41
4	METODOLOGIA	42
4.1	Aspectos metodológicos	42
4.2	Local de realização do estudo.....	43
4.3	Objeto de estudo	44
4.4	Amostra	46
4.5	Sobre a técnica de grupo focal	47
4.6	Construção do roteiro para o grupo focal	52
4.7	Metodologia para análise dos dados	56
5	RESULTADOS	57
5.1	Caracterização da amostra	57
5.2	Impressões sobre os grupos focais	59
5.3	Apresentação e discussão das narrativas - Análise de conteúdo	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
	APÊNDICES	119

1. INTRODUÇÃO

Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero é uma verdade inventada. (Clarice Lispector)

Desde antes da minha formação em medicina, a saúde mental já me fascinava. Em minhas lembranças mais remotas, redesenho a composição da vida no bairro do interior do Ceará, onde a loucura fazia parte da normalidade em uma cidade na qual o turismo religioso era elemento central da economia. Entre as particularidades das tantas romarias, apresentavam-se diversas personagens cuja forma de participar nos ritos católicos e no meu cotidiano já me traziam curiosidade e inspiravam muita admiração e cuidado. O funcionamento da cidade incluía aquelas pessoas de maneira natural, as diferenças, apesar de identificadas, não eram encaradas como decisivas ou limitantes para a circulação naquele contexto urbano, elas tinham seu lugar respeitado compondo as paisagens e cenas na rotina da nossa comunidade.

Ao decidir pela formação médica, sempre me interessei pelo que havia de interpessoal no contato com o outro. As teorias e técnicas serviam como pano de fundo para os diálogos e trocas que se mostraram de riqueza inestimável para minha construção pessoal e profissional. Assim segui em meu objetivo: atuar na saúde como uma forma de entender as peculiaridades humanas e tratar doenças para diminuir a dor, transformando a realidade causadora de sofrimentos.

Cursei Medicina na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) entre os anos de 2005 a 2010. Durante a minha graduação, atuei em estágio extracurricular de psiquiatria no Hospital Escola Portugal Ramalho, instituição onde realizei também atividades acadêmicas curriculares. Neste período, pude ter contato prioritariamente com o modelo psiquiátrico asilar, através de enfermarias de curta e longa permanência, com o serviço de urgência psiquiátrica, além de uma breve vivência no Centro de Atenção Psicossocial inserido na unidade hospitalar – CAPS Casa Verde.

Durante a minha experiência estudantil e depois como médica generalista atuando na medicina de família e comunidade, pude reconhecer a dor do adoecimento psíquico na vida das pessoas como um sofrimento que também

aparecia representado no corpo, porém de maneiras sutis e com razões pouco claras. Com a prática do cuidado, acabei me deparando com reflexões sobre as doenças no contexto de vida das pessoas, ampliando o olhar sobre o sujeito e enxergando na promoção de saúde um mecanismo importante e necessário para o trabalho.

A decisão pela psiquiatria foi tornando-se óbvia e muito desejada. Não queria a psiquiatria dos asilos, queria algo mais potente e transformador. Optei por não priorizar instituições de formação em hospitais psiquiátricos. Desta forma, escolhi cursar a psiquiatria em um hospital geral e conhecer uma psiquiatria diferente da que vivenciei durante a faculdade, em um hospital psiquiátrico com tantos leitos, com pessoas em internações longas, algumas abandonadas pelas famílias e esquecidas pela sociedade, destituídas da liberdade de ir e vir pela cidade. Assim, saí de Maceió, cidade que me recebeu ainda na adolescência para estudar medicina, a caminho da UERJ para ampliar os meus estudos em psiquiatria e conhecer novos contextos profissionais.

Iniciei a minha especialização em psiquiatria no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2013. Nos dois primeiros anos da residência, estava focada nos cursos teóricos e no ambiente hospitalar, durante o primeiro ano na enfermaria de psiquiatria e no segundo ano em atividades de interconsulta junto às enfermarias de outras clínicas, além de ambulatório em consultas individuais.

Neste ambiente ambulatorial, percebi que alguns questionamentos feitos aos usuários sobre suas vivências relacionadas a seus diagnósticos e ao uso de medicações psicotrópicas não produziam diálogo. O cuidado médico no contexto de consultas individuais, muitas vezes, acabava restrito e centrado na prescrição. Mesmo com repetidas tentativas de conhecer mais a experiência subjetiva e a relação estabelecida com os medicamentos utilizados, sentia uma recusa dos usuários em falar de suas percepções sobre esses temas, restringindo-se a respostas curtas e apressadas.

Inicialmente, pensei que esta discussão poderia não interessá-los ou remeter-lhes a reflexões desagradáveis a respeito de seu adoecimento. Esta suposta recusa e suas possíveis motivações marcaram a minha formação, trazendo questionamentos sobre a minha prática e posteriormente me direcionando ao interesse pelo tema deste estudo.

No terceiro ano do curso, nossa atuação ocorria também em outros dispositivos de cuidado: no matriciamento em saúde mental da atenção primária e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas práticas me convidaram a pensar em uma psiquiatria menos presa a manuais diagnósticos e mais inserida nos cenários da vida cotidiana e na doença como um, entre tantos outros, elementos da subjetividade.

Chegando ao estágio no CAPS UERJ, encontrei uma realidade diferente em muitos aspectos daquela vivenciada nos ambientes hospitalares, podendo participar de atividades em grupos, visitas domiciliares, atendimentos multidisciplinares, assembleias e festividades do CAPS. Através dessa possibilidade de convivência com os usuários em atividades coletivas, de observá-los em outros espaços e em outras formas de interação, do compartilhamento do cuidado com outros profissionais da equipe e do contato mais intenso com familiares e outros dispositivos do território meu olhar sobre a psiquiatria se expandiu para os novos horizontes que a atenção psicossocial me apresentava.

O meu entendimento prévio sobre os casos considerados mais graves que transitavam pelo ciclo crise – internação – controle sintomático – atendimento ambulatorial (até uma nova crise) passou a não fazer sentido, tudo que emergia para mim nos fazeres do CAPS me fazia enxergar o quanto a minha prática era limitada. A percepção de uma clínica que não se produzia na consulta sendo produzida de outras formas, envolvendo outros atores, entendendo as reais necessidades do usuário para além dos seus sintomas e as repercussões do adoecimento na sua existência social e subjetiva despertava em mim novas inquietações.

Porém, mesmo na realidade do CAPS algo se repetia: o trabalho médico realizado predominantemente por meio de consultas individuais, a prescrição de medicamentos como eixo central no tratamento psiquiátrico em uma atuação dissociada das outras atividades existentes no serviço e pouco conectada ao trabalho da equipe. Resolvi estender meu estágio obrigatório e continuar na atenção psicossocial durante meu estágio eletivo, na tentativa de entender melhor a rede de saúde mental para dar consistência ao meu aprendizado e contribuir na oferta de uma assistência psiquiátrica mais comprometida com a integralidade do cuidado em rede.

A atuação da psiquiatria nos serviços de saúde mental tem sua história marcada por práticas verticalizadas e abusivas desde os primeiros asilos. Apesar de muitas mudanças ocorrerem no intuito de reconfigurar o papel do psiquiatra no cuidado às pessoas em adoecimento psíquico, ainda esbarramos em uma formação muito voltada para condutas prescritivas, tutelares e pouco acolhedoras à diversidade sociocultural e de interesses dos sujeitos.

Com a introdução de serviços substitutivos, em especial os centros de atenção psicossocial, os psiquiatras encontram novos desafios de trabalho os quais se ampliam na perspectiva do trabalho em equipe e na construção de projetos terapêuticos que entendam a singularidade de cada pessoa em seu território, indo além do conhecimento técnico que restringe a clínica psiquiátrica aos manuais diagnósticos e da psicofarmacologia.

Era necessário revisitar o meu repertório profissional e pessoal e me disponibilizar a um mergulho em cada história de vida que se apresentava para mim, com todas as suas vicissitudes. O que fazer para não seguir reproduzindo uma lógica de cuidado insuficiente e desalinhada com as demandas dessa minha nova realidade de atuação? Como potencializar meus atendimentos, ampliando o cuidado e reconstruindo o meu papel como psiquiatra na atenção psicossocial, comprometida com a dimensão desse trabalho? De que maneira seria possível utilizar a prescrição como uma ferramenta para produzir narrativas sobre a experiência de adoecimento?

Durante o meu percurso final como residente, tive o privilégio de contar com duas interlocuções importantes. Logo ao aviso que iniciáramos as atividades de estágio no CAPS, realizei alguns contatos com um amigo psiquiatra que já atuava na rede de saúde mental. Falava sobre o meu desconforto por ter sido enviada para um serviço com o qual não tinha nenhuma familiaridade, cuja última psiquiatra contratada havia pedido desligamento, um lugar onde eu não sabia muito bem o que faria ou quem poderia me orientar nas práticas a serem desenvolvidas. Ele vinha implementando atendimentos em grupos no CAPS onde atuava em Pernambuco, inspirado por leituras a respeito de grupos e do guia da gestão autônoma da medicação (GGAM) e prontamente se disponibilizou a me enviar o material que estava utilizando para que eu pudesse me aproximar do seu trabalho na atenção psicossocial e para seguirmos no debate sobre esse tema.

Logo em seguida, o CAPS UERJ foi contemplado com a chegada de uma psiquiatra, professora Erotildes, do setor de psicologia médica da UERJ, que iniciaria um trabalho de mapeamento e aproximação territorial do CAPS UERJ com a estratégia de saúde da família e que se disponibilizou a dar suporte e supervisão aos residentes de psiquiatria que se interessassem. Nesse espaço instituído pude compartilhar a minha curiosidade sobre a atividade desenvolvida pelo amigo pernambucano e o meu interesse em conhecer outras formas de atuação.

Dessa forma, contando com a familiaridade e experiência da professora com o tema e no trabalho como psiquiatra de CAPS, passamos a manter uma regularidade de supervisões para orientar as práticas naquele cotidiano e para pensarmos em formas de implementar uma nova estratégia de cuidado médico adequada ao contexto no qual estávamos inseridas. Na UDA de psiquiatria do HUPE, não havia professores nem psiquiatras assistentes para desenvolver atividades de preceptoria naquele campo, apenas contávamos com uma reunião semanal para discutir os casos mais complicados para os quais precisássemos de orientações. Com a chegada de Erotildes, novas perspectivas se lançavam para o estágio da residência e para a psiquiatria no CAPS UERJ.

Foi a partir desse caminho que foram implementados os grupos de medicação, organizados de acordo com o território de moradia dos usuários, onde o atendimento médico do CAPS passou a ser ofertado. Essa proposta teve como interesses: conhecer as narrativas dos usuários e familiares sobre o processo de adoecimento e uso de psicofármacos, propiciar as trocas de experiências entre os atores envolvidos no manejo da medicação (cuidadores, equipe e usuários), construir um trabalho multidisciplinar visando o estímulo ao protagonismo do usuário em seu tratamento e valorizando os saberes culturais e experienciais, realizar uma prescrição dialógica levando em consideração os limites dos medicamentos (efeitos colaterais, crenças negativas, histórico de prescrições anteriores, etc), proporcionar um cuidado médico centrado na pessoa e produzir um ambiente propício para tomada de decisão compartilhada e favorável à adesão medicamentosa.

Dessa forma, os grupos se configuraram como uma atividade multidisciplinar, contando com a participação de profissionais, residentes, usuários e familiares, geralmente com cerca de dez a quinze participantes e

duração por volta de uma hora e meia a duas horas entre o início das falas e a prescrição dos medicamentos, com entrega de receitas para disponibilização de medicamentos até o próximo grupo agendado para cada usuário.

A introdução desses grupos como a principal modalidade de atendimento médico no CAPS encontrou, a princípio, ressalvas dos usuários, familiares e equipe técnica sobre a consistência dessa iniciativa e sobre prováveis dificuldades que existiriam para a sua consolidação, gerando questionamentos se as experiências de uso de medicação seriam passíveis de possibilitar discussões coletivamente. Como iniciativa inovadora naquele dispositivo, consideramos natural que houvesse resistência e fomos lidando com as questões que se apresentavam, pensando conjuntamente com os participantes em como incluí-las no trabalho e reavaliando a atividade a partir delas. Após meses do funcionamento regular dessa prática, as dúvidas sobre a continuidade dos grupos foram superadas pela efetivação da atividade como estratégia contínua de cuidado médico no CAPS UERJ.

Neste contexto, surgiram as seguintes perguntas: os grupos de medicação favoreceram falas mais detalhadas e aprofundadas sobre a experiência com a medicação? o trabalho em grupo se apresenta como um facilitador para os usuários expressarem suas vivências e superarem os entraves socioculturais que os conduziam a relatos genéricos, abstratos e impessoais sobre a doença e o tratamento? essa atividade alcança o objetivo de promover um manejo compartilhado do cuidado, centrado nas necessidades da pessoa? quais as potencialidades e os limites para a utilização dessa ferramenta?

Esse estudo vem atender ao interesse de conhecer as narrativas dos participantes dos grupos de medicação sobre os desdobramentos de sua participação nessa atividade em seu tratamento, na maneira de lidar com sua doença, com o uso de medicamentos, em sua relação com a prescrição, com o prescritor e na produção do cuidado compartilhado em grupo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Ao contrário da psiquiatria tradicional, a “psiquiatria psicossocial” é algo novo no mundo e, particularmente, no Brasil, muitas questões que tocam a atenção psicossocial ainda aguardam respostas. Em oposição à psiquiatria asilar, a atuação da psiquiatria em atenção psicossocial se dá a partir das particularidades de cada território, sendo importante aliarmos os estudos de sua teoria e clínica com a flexibilidade necessária a uma psiquiatria com bases territoriais (MENEZES; YASUI, 2009).

Correa, (2011) destaca que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) traria como traços constituintes a promoção da vida, o funcionar na comunidade e a operação por meio da equipe interdisciplinar. Com este novo equipamento, existiria uma busca pela ruptura com a “instituição total”, diversificando os cenários de acompanhamento e reconhecendo os aspectos da vida dos seus usuários em diversos cenários: no serviço, na comunidade, promovendo vida e buscando também romper com a hegemonia do saber médico através dos processos de trabalho de uma equipe interdisciplinar (CORREA, 2011).

Entretanto, mesmo com os avanços dos novos arranjos em saúde mental, ainda há muito o que enfrentar a respeito de produzirmos mudanças efetivas nas práticas de atenção. No conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a primazia do tratamento farmacológico reduz, muitas vezes, o tratamento apenas ao uso de psicotrópicos. Frequentemente, hospitalizar e renovar receitas sem a avaliação presencial dos usuários ainda são condutas frente às demandas que aportam ao sistema. Práticas como essas intencionavam evitar a interrupção dos tratamentos e garantir o cuidado, porém vieram a tornar-se parte de um problema, resultando em indivíduos medicados submetidos a um cuidado fragmentado (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; SANTOS, 2014).

O modelo científico e a sua pouca habilidade em incluir a subjetividade diversa dos que recebem cuidado, pode ampliar a exclusão dos usuários de saúde mental – grupo já em situação de muita vulnerabilidade social – e orientar as políticas públicas, as práticas de assistência e os próprios cursos de saúde nesta direção. Respalhado por um saber distante de sua experiência, o sujeito incorpora a postura de quem apenas aceita ou rejeita o tratamento que lhe é indicado, deixando de questionar as razões das condutas. Esse modelo se afasta

da realidade de quem vive o sofrimento e fortalece uma prática reducionista, em que a lógica mecânica prevalece sobre a interpretação e a criatividade (OTANARI et al., 2011).

Para Sade (2013), o problema principal não seria o uso ou não dos psicofármacos, mas o modo como têm sido prescritos, com pouca ou nenhuma inclusão dos usuários nas decisões do tratamento. No processo de produção de saúde é preciso criar condições para uma mudança de atitude e para alterar a maneira como os diferentes sujeitos se engajam. Interessa que, em relação à medicação, o usuário não apenas fale o que está sentindo ou pensando, mas que tenha a sua experiência valorizada e reconhecida como relevante para a gestão do tratamento. Almeja-se uma mudança de atitude pressupondo que os usuários e os diferentes profissionais dos serviços de saúde mental compartilhem experiências e protagonizem as ações, no intuito de coletivizarem questões que, de alguma maneira, possam afetar a todos, promovendo modos coletivos de relação com as vivências e representações pessoais e considerando os diversos pontos de vista (SADE et al., 2013).

Em seu estudo, Seale e colaboradores (2006) evidenciaram obstáculos na pactuação das condutas e em construir alianças terapêuticas cooperativas onde a honestidade mútua é a norma. Psiquiatras entrevistados nesse estudo questionaram a competência dos usuários graves para participar das decisões e expuseram dificuldades para abordar os efeitos colaterais dos medicamentos. Apesar dessas questões, revelaram uma preferência pela negociação de acordos com senso de parceria e por ouvir as pessoas sobre a sua situação, sua doença e os seus medicamentos, investindo no modelo centrado na pessoa para construção do vínculo terapêutico (SEALE et al., 2006).

Para traçar o percurso teórico e os conceitos chave utilizados por esse estudo, realizou-se uma revisão teórica abordando: grupos em atenção psicossocial, grupos de medicação, experiência de adoecimento, cuidado centrado na pessoa e tomada de decisão compartilhada.

2.1. Grupos em atenção psicossocial

Em busca de situar a estratégia e o uso de grupos nos contextos terapêuticos, iniciamos retomando em Maximino (2001) a definição de grupo como um conjunto de pessoas em relação umas com as outras, destacando-se que esse não é um conjunto qualquer pois as pessoas que participam dos grupos devem apresentar características específicas que as incluam neste coletivo, de modo que as pessoas que não apresentem estas peculiaridades não possam estar incluídas nesse mesmo grupo. Além das características em comum, como pensamentos e atitudes, participantes de grupos apresentam certo grau de confiança e afeto entre si, compartilhando proposições que podem ser atingidas através da interação e trabalho conjunto.

O grupo assume ainda uma função de espaço potencial, devendo prezar pela confiabilidade para que os usuários possam arriscar estabelecer relações, funcionando como um ambiente facilitador para uma exploração gradual do mundo. Acredita-se que, através de grupos integrados os quais funcionam como uma espécie de caixa de ressonância, ampliam-se as possibilidades terapêuticas com tentativas de intervenção por caminhos diversos que, mesmo quando direcionadas a algum participante, tendem a ecoar e atingir o grupo como um todo (MAXIMINO, 2001).

A aposta na utilização das práticas grupais aparece, muitas vezes, como uma tentativa de produzir um modo de atuação em saúde pública inovador, voltado às características e necessidades da população atendida. Esse investimento está relacionado ao trabalho em grupo que se mostra sensível à cultura, ao vocabulário, à linguagem de seus membros e à valorização do contexto social. O grupo representa a marca do coletivo, permitindo o reconhecimento de compartilhar experiências como forma de alargar a significação do processo saúde e doença, potencializando a organização de ações conjuntas (RASERA; GODOY ROCHA, 2010).

As práticas grupais, dessa maneira, alinham-se ao preconizado pelo SUS e seus princípios de controle social, universalidade do acesso e integralidade da atenção pois podem contribuir para a democratização da saúde, permitir a participação da comunidade em sua atenção integral de acordo com suas

necessidades específicas, variabilidade de crenças e costumes e na própria gestão dos serviços (RASERA; GODOY ROCHA, 2010).

Alguns objetivos apontados por profissionais de variadas áreas na utilização da abordagem grupal foram descritos por Liebmann (2000), divididos entre pessoais e sociais. Os objetivos pessoais gerais citados foram: construção de autoconfiança, validação pessoal, percepção do seu potencial próprio; espontaneidade e criatividade; aumento de motivação pessoal, autonomia e desenvolvimento individual; autoconsciência, reflexão e *insight*; liberdade para realizar experiências, testar ideias e tomada de decisões; expressão de sentimentos, conflitos e emoções; trabalho com o inconsciente e a imaginação; organização verbal e visual de vivências; relaxamento. Já os objetivos sociais gerais citados foram: cooperação e envolvimento na atividade do grupo; reconhecimento, consciência e apreciação do grupo; comunicação; possibilidade de compartilhamento de problemas e experiências; constatação da universalidade da experiência/ singularidade do indivíduo; compreensão do relacionar-se com os outros em grupo e do quanto afetamos os outros e os relacionamentos; apoio e confiança social; coesão do grupo; análise das questões do grupo. Destaca-se que esses objetivos não demonstram sua centralidade no tratamento de uma doença específica e direcionam seu foco para a ampliação e até modificação do funcionamento pessoal e social dos integrantes do grupo (LIEBMANN, 2000).

Villares e colaboradores (1998) acrescentam ainda os seguintes benefícios ou possibilidades terapêuticas dos grupos: o pertencimento a um espaço social; a reconstrução da possibilidade de laços afetivos, papéis sociais e códigos de convívio coletivo; a diminuição do isolamento e a experimentação de novas maneiras de contato interpessoal; a ampliação do repertório de atividades expressivas e culturais, por meio do compartilhamento de projetos individuais e da própria execução de atividades coletivas; e a reconstrução de narrativas que ressignifiquem a própria história.

Em seu estudo sobre psicoterapias, Costa (1989) observa, a partir de sua experiência, que os usuários em contexto dos grupos sentiam-se menos inibidos para falar, contrastando com o ambiente de consulta face-a-face com o terapeuta. Uma dos motivos apontados, seria o estilo interrogativo dual que não ocorre nas atividades coletivas, havendo nestas o favorecimento da construção

de falas mais livres e discursivas, facilitando a tomada da palavra pelos membros quando desejada. Além disso, o autor defende que no grupo ocorre maior respeito às particularidades socioculturais dos envolvidos em um enquadramento não centrado na figura de um terapeuta detentor de conhecimento e dessa forma os participantes sentem-se menos acuados para se expressarem e acompanhados pelas experiências dos pares.

Liebmann (2000), sugere algumas razões para a escolha da utilização do trabalho grupal, entre elas:

1. O trabalho grupal fornece um contexto pertinente para a prática do aprendizado social, geralmente feito em grupos;
2. Possibilidade de pessoas com necessidades semelhantes apoiarem-se mutuamente a sugerir soluções para problemas em comum;
3. Os integrantes de um grupo podem aprender com o “*feedback*” dos outros;
4. Os integrantes de um grupo tem a oportunidades de experimentar novos papéis, ao verem qual é a reação do outro diante deles (modelagem dos papéis) e podem receber apoio ou reforço nisso;
5. Os grupos podem ser catalisadores para que os recursos e habilidades latentes sejam desenvolvidos;
6. Os grupos são mais adequados para pessoas que consideram a intimidade do trabalho individual intensa demais;
7. Os grupos podem ser mais democráticos através do compartilhamento do poder e da responsabilidade;
8. Alguns terapeutas consideram o trabalho grupal mais satisfatório que o individual;
9. Os grupos podem ser econômicos, permitindo um auxílio especializado de um único profissional a diversas pessoas ao mesmo tempo.

Contudo, a mesma autora cita ainda algumas desvantagens dessa abordagem, que devem ser levadas em consideração e tratadas da melhor forma para que os possíveis prejuízos ao grupo possam ser minimizados. As desvantagens são relacionadas à manutenção do sigilo do grupo, já que há mais pessoas envolvidas na atividade; ao fato de que os grupos dependem de recursos e de organização, por vezes difíceis; a uma atenção individual menor ao usuário e à rotulação ou estigmatização que pode haver em um grupo (LIEBMANN, 2000).

No contexto de trabalho da saúde mental, utilizam-se atividades grupais com diversas finalidades terapêuticas. A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, incluindo as seguintes modalidades de assistência prestadas ao paciente no CAPS II: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

A interação em grupo permite a troca de experiência entre os participantes, que podem perceber suas limitações e possibilidades no contexto coletivo. Partindo de proposições em conjunto com os indivíduos que possuem vivências semelhantes, membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da sua realidade e a repercussão deles na sua saúde, atuando como sujeitos de suas próprias vidas (SOUZA et al., 2005).

O trabalho com grupos exige preparo e habilidades particulares dos profissionais, uma vez que o enlace com a atividade deve ocorrer desde a sua concepção até as avaliações sobre seu funcionamento as quais devem contar com a participação dos membros envolvidos em uma situação de parceria, inclusive contando com apoio da instituição vinculada. A dinâmica de um grupo significa mais que um simples conjunto de pessoas agregadas em uma atividade, instituem-se movimentos internos e externos do grupo, contextualizados em uma identificação coletiva própria, fundamentada em regras e formas de funcionamento que só fazem sentido para aquele grupo específico e naquele determinado momento (SILVA et al., 2003).

A atuação grupal também possibilita a mudança da relação tradicional e verticalizada existente entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos. Apresenta-se como um importante instrumento para estimular a crítica dos indivíduos sobre seu meio social e suas condições de vida.

Emergem dos grupos, a partir do conhecimento compartilhado, possibilidades que advêm das experiências. Juntos, os indivíduos percebem o potencial que possuem para organizar e concretizar ações de mudança. Dessa forma, o grupo pode promover conscientização sobre a realidade e sobre os aspectos que podem ser transformados para favorecer escolhas saudáveis, avaliando a necessidade de repensar atitudes em nível individual e coletivo (SOUZA; et al., 2005).

2.2. Grupos de medicação em atenção psicossocial

Foi realizada busca no PubMed utilizando os descritores “groups”, “mental health services” e “psychotropic drugs”, pesquisados no título/e ou resumo de artigos dos últimos dez anos (2007 a 2017). Foram obtidos cinco artigos, dos quais apenas um estava relacionado a estudos realizados em serviços comunitários de saúde mental, a saber “A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental”, ligado à temática do uso de psicotrópicos e proveniente de periódico brasileiro, utilizando o guia de gestão autônoma da medicação, discutido a seguir no tópico de tomada de decisão compartilhada (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Buscando na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) com os mesmos descritores no resumo em inglês de defesas ocorridas entre 2007 e 2017, foram obtidos doze resultados, seis dissertações e seis teses, porém nenhuma trazendo como tema central o uso de grupos para abordar o manejo de medicações no contexto da atenção psicossocial.

Em seguida, para delimitar melhor o interesse da pesquisa bibliográfica a experiências semelhantes a nossa, utilizo os termos “saúde mental” e “grupo de medicação” com os quais não são encontrados resultados na BDTD para o mesmo período.

Expandindo a busca ao Google Acadêmico com os mesmos termos são localizados cinquenta resultados, dentre eles dois estudos no qual encontramos a descrição de grupos de medicação realizados por profissionais da enfermagem, a saber: “Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem” e “A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo

psicossocial” (KANTORSKI et al., 2010; 2013). Realizando também uma busca aberta com uso das palavras-chave “saúde mental” e “grupo de medicação” no Google, encontro o relato de uma experiência intitulada: “Roda de conversa sobre medicamentos: Construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental” (COELHO; BRAGA, 2012).

Entre esses três artigos encontrados nas fontes descritas, nenhum relatou experiências similares à nossa, com a utilização de grupos por psiquiatras atuando na atenção psicossocial como estratégia de cuidado médico e/ ou como ferramenta para o debate sobre medicação entre esse profissional e os usuários do serviço.

No estudo de Kantorski e colaboradores (2013) intitulado “Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem” os autores encontraram a seguinte narrativa de um dos profissionais do CAPS participante da pesquisa a respeito do grupo de medicação realizado por ele em seu contexto de atuação:

O Grupo de Medicação é um espaço muito importante para que se consiga trabalhar a medicação com o usuário, isto porque vai muito além da simples dispensação desta, ampliando para o esclarecimento de dúvidas e responsabilização do indivíduo em sofrimento psíquico e equipe para com o tratamento medicamentoso. (KANTORSKI et al., 2013)

A maneira como são pactuadas as relações dos usuários com a equipe, tema também abordado por esse estudo, interfere diretamente na adesão do indivíduo ao seu tratamento e em seu protagonismo nesse processo. Nos grupos de medicação citados há discussão com os usuários sobre a sua terapêutica e oferta de informações que contribuem para a eficácia do seu tratamento (KANTORSKI et al., 2013).

Ainda na visão da mesma autora, em outra publicação que também aborda a realização de grupos de medicação, a enfermagem assumiu a responsabilidade das ações referentes à medicação (atividades de administração, supervisão, recebimento, fornecimento e controle são constantes no cotidiano dos enfermeiros em saúde mental) como herança do modo manicomial e a necessidade de ressignificar tais práticas para que estejam em

consonância com os preceitos do trabalho preconizado pela saúde mental (KANTORSKI et al., 2010).

Na prática psicossocial a medicação é usada para auxiliar o sujeito a retomar ou reconstruir seu projeto de vida, participar das atividades que desenvolvam suas habilidades, sua autonomia e promovam sua reinserção na sociedade, de cenários em que o uso do medicamento tem foco exclusivo na supressão dos sintomas. O cuidado com a medicação tende a se tornar uma atividade necessária e importante para uma abordagem terapêutica e psicossocial. Assim, em um estudo com quinze profissionais de enfermagem a respeito de sua atuação em atenção psicossocial, apontou-se um envolvimento dos enfermeiros em grupos de medicação, em alguns casos, em parceria com psiquiatras (KANTORSKI et al., 2010).

A outra experiência similar, nomeada de “Roda de conversa sobre medicamentos”, foi realizada por uma psicóloga e uma farmacêutica que formaram uma roda de conversa semanal abordando o tema dos medicamentos de maneira livre e diferente do consultório no qual perceberam que a formalidade e autoridade do profissional de saúde poderiam inibir o usuário. As pesquisadoras entenderam que instituir esse espaço por si só incitaria os usuários à reflexão e facilitaria a discussão e orientação sobre problemas com os medicamentos. O objetivo da atividade é contribuir para a adesão dos usuários ao tratamento formando uma consciência crítica em relação aos riscos e benefícios advindos do uso de medicamentos. A roda de conversa sobre medicamentos é considerada um espaço para a promoção e educação em saúde e trabalha com a prevenção do uso incorreto de medicamentos e suas consequências. Atua potencializando a terapia medicamentosa e melhorando as condições de saúde e qualidade de vida, formando sujeitos mais autônomos, que se apropriam de seu cuidado, contribuindo assim para a efetividade do tratamento de cada usuário (COELHO; BRAGA, 2012).

2.3. Experiência de adoecimento

A discussão da experiência de adoecimento trazida nesse estudo, a qual se almeja acessar através das narrativas coletadas, foi situada no recorte da participação dos usuários em grupos de medicação nos quais eram compartilhadas vivências sobre o problema de saúde que os levava àquele contexto de cuidado em saúde mental e sobre o tratamento que era realizado. Tendo em vista essa temática abordada pelos grupos de medicação e questionada no roteiro dos grupos focais, trazemos alguns pontos da literatura sobre experiência de adoecimento (também nomeada por alguns autores como experiência da enfermidade).

Recorremos, para introduzirmos essa temática, à distinção entre os termos de língua inglesa *disease*, *sickness* e *illness*, traduzidos para o português como “doença” mas utilizados em contextos diferentes. *Disease* define-se como problema de saúde, doença orgânica mensurável por meios objetivos, que consiste no mau funcionamento fisiológico resultando na redução real ou potencial das capacidades físicas e/ ou em uma vida expectativa de vida reduzida. *Sickness* é uma identidade social na qual a saúde precária define-se com referência à produtividade do indivíduo, medida através de seus níveis de desempenho nas atividades esperadas em sua participação no sistema social. *Illness* é descrito como um estado de sentimento subjetivo do indivíduo e suas percepções sobre seu funcionamento corporal e/ ou sentimentos de competência os quais só podem ser experienciados diretamente pelo sujeito e acessados indiretamente por meio de seus relatos. (HOFMANN, 2002)

De modo semelhante, o conceito de experiência da enfermidade refere-se à forma que os indivíduos assumem a situação de doença e situam-se perante ela (como algo a ser suportado ou enfrentado, conhecido e experimentado, rejeitado ou incorporado à identidade etc.), conferindo-lhe significados e desenvolvendo maneiras de lidar com o adoecimento em sua rotina. É importante considerar que os problemas gerados por uma doença e suas respostas são constituídos socialmente e remetidos diretamente a um mundo de práticas, crenças e valores compartilhados. A pessoa doente e aquelas que estão envolvidas em seu contexto de vida (como familiares, amigos, vizinhos e

terapeutas), ao vivenciarem uma doença, formulam, (re)produzem e transmitem um apanhado de proposições genéricas, soluções e receitas práticas em diálogo com seu universo sociocultural (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Nessa perspectiva, convencionou-se que as impressões sensíveis produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico constituem o início de um caminho onde o indivíduo irá se reconhecer como doente, primeiro passo para designar o sentido subjetivo da enfermidade. Entretanto, nem toda alteração ou disfunção orgânica ou psíquica desperta necessariamente uma experiência de sentir-se mal pois alguns estados patológicos podem estar presentes no nosso corpo sem que haja uma consciência deles. A investigação biomédica se ocupa em tomar as perturbações fisiológicas como objeto de seu estudo, mas é a presença da percepção de sintomas que transforma uma reação corporal em uma situação emotiva para além dos limites do mundo sensível. *“Se a enfermidade se inicia com a experiência, isso não prova que toda ela derive da experiência.”* (ALVES, 1993, p. 268) A ideia de enfermidade não aponta para as impressões sensíveis exclusivamente, e sim para o sentido que é atribuído a elas. Dessa maneira, circunscrever as reações corporais em sistemas significantes torna-se necessário (ALVES, 1993).

Tanto as representações como a experiência vem impregnadas uma das outras em uma mútua interinfluência na qual se transformam ou se acomodam nas situações, nos contextos relacionais e sociais, nos espaços sócio-históricos e no tempo. Isso ocorre no percurso das enfermidades de longa duração e de acordo com as singularidades biográficas, as quais estão imersas nas bagagens culturais, nos hábitos e conhecimentos acumulados, nas interações sociais, no repertório de condições materiais e imateriais da vida e em suas possibilidades de ressignificação, mudança, permanência e continuidade (CANESQUI, 2015).

A partir desse modo de olhar, entende-se a doença como um processo ao invés de enquadrá-la apenas como uma categoria fixa ou um momento único. Os eventos que se seguem após o adoecimento tem os objetivos de entender o sofrimento no sentido da organização da experiência vivida e também de aliviar esse sofrimento, quando possível. Todo o episódio da doença em seu itinerário terapêutico e nos discursos dos atores envolvidos em cada passo será

incorporado na interpretação do significado da doença que emerge através de cada processo (LANGDON, 1996).

O significado envolve as vivências entre percepção, decisão e ação e se expressa através de estratégias pragmáticas. Esse processo se dá, no geral, em etapas: (a) o reconhecimento de sintomas como doença, (b) o diagnóstico e a escolha de tratamento, e (c) a avaliação do tratamento. O processo terapêutico não se caracteriza por um consenso simples, na prática ele pode ser entendido como um conjunto de decisões sequenciais e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações próprias a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia mais adequada (LANGDON, 1996).

A compreensão do adoecer não ocorre apenas partindo dos enunciados das narrativas dos usuários. Pode-se alcançar a articulação entre o representado e o vivido do ser doente buscando-se estratégias que sirvam de base para produzir ações terapêuticas contemplando a dimensão experiencial (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Nesse sentido, uma das questões tidas como cruciais no cuidado em saúde é o reconhecimento da importância de ouvir os adoecidos na perspectiva de participantes ativos que falam de seus saberes e modos de refletir e atuar sobre seus corpos, saúde, doença e cuidado. Desse modo, tentamos nos aproximar das vidas, narrativas e representações e afastar a visão cartesiana que fragmenta a pessoa total entre corpo e mente, o olhar abstrato e generalizante sobre a doença e o pensamento que as técnicas biomédicas, por si só, irão garantir a restauração e a manutenção da saúde. Reconhecer que as pessoas não se reduzem a sujeitos passivos submetidos a intervenções técnicas, dos quais se espera adesão, colaboração e resignação, contribui para reorganizar os programas de saúde de forma mais adequada à realidade sociocultural dos adoecidos e de seu entorno (CANESQUI, 2015).

2.4. Abordagem centrada na pessoa

Heath (2005) destaca que os importantes avanços trazidos pela medicina moderna na compreensão científica de doenças e no desenvolvimento de tecnologias valiosas para diagnóstico e tratamento também direcionou o foco do cuidado para doenças e órgãos de modo hiperbólico, impessoal e

desumanizante, com uma super especialização de disciplinas médicas, fragmentação de serviços de saúde, enfraquecimento da relação clínico-paciente e comoditização de medicamentos. O método clínico centrado na pessoa trata-se de um modelo utilizado com o objetivo de assegurar que as características particulares e as preferências de cada pessoa sejam consideradas e que a elaboração do plano terapêutico seja realizada de acordo com esses fatores (HEATH, 2005; STEWART et al., 2010)

No início da década de 1960, o primeiro a usar o termo "centrado na pessoa", foi o psicólogo Carl Rogers em relação à psicoterapia (e usou "centrado no cliente" já na década de 1950). Rogers foi o precursor da psicologia humanista e destacou a empatia como elemento-chave para sua abordagem psicoterápica. Embora haja dissidências entre o uso feito por ele e o significado mais atual do "cuidado centrado na pessoa", sua forma de atuação psicoterápica, nas interações sociais e sobretudo no modo de estar no mundo, em todas as situações em que se tivesse como intenção o desenvolvimento de uma pessoa, de um grupo ou de uma comunidade se mantêm como basal para a discussão dessa abordagem na atualidade, em comunhão com o papel do profissional em suspender qualquer julgamento e apreciar a perspectiva do usuário. (FOUNDATION, 2014; CASTRO, 2015).

Outra obra, publicada em 1940, que fundamenta esse debate é o livro "Medicina da Pessoa" escrito por Paul Tournier. O autor era um médico generalista muito ligado ao movimento cristão calvinista que transitava, em sua abordagem, pelos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das pessoas propondo não apenas um conceito ou técnica, mas uma atitude perante a singularidade e a dignidade humana, também em seu sofrimento, com seus recursos, fragilidades e desejos. Michael Balint também contribuiu no sentido de trazer o usuário do serviço de saúde para o centro do interesse em seu tratamento. Desenvolveu o conceito de medicina centrada no paciente, utilizado por ele pela primeira vez em 1970 em sua obra "Tratamento ou diagnóstico: um estudo das prescrições repetidas em clínica geral" na qual diferencia duas maneiras de compreender e praticar a medicina, uma focada na doença e outra no paciente (CASTRO, 2015).

No contexto mais recente, em seu relatório "Atravessando o abismo de qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI" o Instituto de Medicina

da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos opinou sobre a necessidade de redesenhar o modelo de assistência e propôs seis atributos que o cuidado em saúde deve ser: seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equânime (MEDICINE, 2001).

Como regras para um serviço de saúde centrado no paciente, o relatório cita: customização baseada nas necessidades e valores do paciente (atender aos tipos mais comuns de necessidades, mantendo a capacidade de responder às escolhas e preferências individuais do paciente), ter a pessoa como fonte de controle (recebendo as informações necessárias e a oportunidade de exercer o grau de controle que elas escolherem), propiciar a atuação dos usuários nas decisões de cuidados de saúde que os afetem (deve acomodar as diferentes preferências e incentivar o compartilhamento da tomada de decisão), livre fluxo de informações e conhecimento (acesso irrestrito a sua própria informação médica e ao conhecimento clínico de forma eficaz), necessidade de transparência (disponibilizar aos pacientes e suas famílias todas as informações que lhes permitem tomar decisões) e antecipação das necessidades (em vez de simplesmente esperar para reagir aos eventos) (MEDICINE, 2001).

Interessa-nos destacar a diferença entre "cuidados centrados no paciente" e a designação de "abordagem centrada na pessoa" a qual é alvo de interesse do nosso trabalho. Ekman e colaboradores (2011) consideram que a palavra paciente tende a objetificar e reduzir a pessoa a um mero destinatário de serviços médicos e que o cuidado centrado na pessoa está focado na importância de conhecer a pessoa que está por trás do paciente, suas razões, vontades, sentimentos e necessidades, envolvendo-a ativamente como parceira em seus cuidados e tratamento.

A noção de pessoa é crucial pois chama alguém a uma responsabilidade por seus próprios atos e comportamentos em uma situação que lhe diz respeito. A abordagem centrada na pessoa pode ser compreendida como contrária ao reducionismo de alguém apenas a uma doença, reafirmando que os pacientes são pessoas com sua subjetividade, integrada ao seu ambiente, seus pontos fortes, seus planos futuros e seus direitos. Isso significa uma mudança de um modelo em que o paciente é o alvo passivo de uma intervenção médica para outro modelo onde é pactuado um arranjo no qual o paciente atua ativamente (LEPLEGE; et al., 2007).

O profissional de saúde é desafiado a receber a expressão pessoal de cada indivíduo de forma que a confiança seja fortalecida e os recursos terapêuticos identificados. Ao nos tornarmos doentes, o significado e a coerência do nosso projeto de vida se tornam ameaçados. Dar oportunidade para que a narrativa pessoal sobre si e sobre a doença seja apresentada é o ponto de partida para a construção de uma parceria colaborativa, horizontal, que estimula e capacita as pessoas no sentido de participarem da solução de seus problemas (EKMAN; et al., 2011).

Entretanto, a abordagem centrada na pessoa não conseguirá atender a alguns dos maiores desafios de saúde, se estiver apenas visando as questões da qualidade do serviço e do cuidado individual holístico. Ela poderá alcançar questões mais amplas reconhecendo que antes que as pessoas se tornem pacientes, eles precisam ser informadas e capacitadas para promover e proteger sua própria saúde. É necessário chegar a todas as pessoas, famílias e comunidades além do cenário clínico. Da mesma forma, devem-se levar em consideração as necessidades das pessoas que trabalham em saúde e das organizações e sistemas de cuidados de saúde, também compostos por pessoas, as quais devem ter o poder de realizarem mudanças e promover melhorias para o sistema. Ou seja, uma abordagem centrada nas pessoas requer uma consideração equilibrada dos direitos e necessidades, bem como das responsabilidades e capacidades de todos os constituintes e partes interessadas do cuidado em saúde (WHO, 2007).

Do ponto de vista da ética nas práticas profissionais, a abordagem centrada na pessoa é um pré-requisito para a boa atuação da psiquiatria clínica e da saúde mental. Existem paradigmas históricos de comportamento antiético em relação a portadores de doenças mentais cometidos por parentes, profissionais, governos e sociedade como um todo. Um dos motivos para isso é que os pacientes com problemas de saúde mental são mais vulneráveis a abusos físicos e psicológicos que podem ocorrer por condutas prejudiciais como em posturas negligentes. É necessário desenvolver um bom relacionamento entre profissionais e usuários, centrado na pessoa, para que seja produzido um impacto terapêutico para a saúde e o bem-estar do usuário. Isto é especialmente relevante no momento atual em que a dependência excessiva das tecnologias modernas e dos exames complementares reduziu o atendimento clínico a um

papel aparentemente secundário. A psiquiatria clínica, por sua própria natureza, requer uma estreita relação interpessoal entre duas pessoas, a pessoa do terapeuta e a pessoa do usuário (provedor e destinatário de serviços). A interação entre essas duas pessoas determina em grande medida o resultado da intervenção realizada, relacionando-se estreitamente com o alcance do benefício terapêutico (MEZZICH; et al., 2017).

Entretanto, as decisões e os objetivos do tratamento, como a redução de sintomas, a diminuição de hospitalizações e a busca de eliminar os problemas comportamentais são, em sua maioria, genéricos e conduzidos unicamente pelos profissionais. Em vez disso, os resultados esperados devem ser as mudanças identificadas e avaliadas pelo indivíduo. Normalmente, eles abordarão preocupações pessoais e específicas sobre o funcionamento psicossocial, melhoras do estado clínico, qualidade de vida e satisfação com os serviços. Os resultados devem ser centrados na pessoa e orientados para o empoderamento, envolvendo algum grau de autodeterminação, auto-estima e auto-eficácia e, em conjunto, levam a maximizar a própria vida e a minimizar a doença (ADAMS; GRIEDER, 2004).

Embora possa haver algum reconhecimento relativamente tácito da importância da aliança terapêutica, isso geralmente recebe pouca atenção na prática rotineira. Claramente, muitas vezes encontramos um modelo baseado no controle profissional dos serviços e na presunção de passividade dos usuários. A idéia de ver a pessoa como um participante ativo e parceiro ainda é recebida com estranhamento pelas equipes mesmo no contexto da saúde mental. Muitos profissionais não sabem como estabelecer essa parceria e se sentem ameaçados pela percepção de perda de controle e suas implicações, demonstrando dificuldades em redefinir suas contribuições essenciais para uma relação terapêutica realinhada (ADAMS; GRIEDER, 2004).

A motivação dos profissionais é um fator importante nas práticas centradas na pessoa. Em nível pessoal, a maioria dos psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas e assistentes sociais entraram na profissão escolhida porque querem melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas e se esforçam para ser centrados na pessoa. Às vezes, os profissionais têm as melhores intenções e acreditam que sabem o que o paciente quer. Um paciente perguntaria: "como você pode saber o que eu quero, se você não me perguntar e me ouvir?". No

modelo tradicional de gestão biomédica envolvendo o tratamento "paternalista", onde o profissional decide o curso adequado de tratamento, muitas vezes não há qualquer envolvimento do usuário nas decisões. Na psiquiatria, a importância de ouvir a pessoa e tentar entender suas experiências e como sua saúde mental/física e sua vida estão entrelaçadas faz parte de uma abordagem centrada na pessoa, sendo necessários modelos mais personalizados e integrados de cuidado (MEZZICH et al., 2017).

A prática multidisciplinar que prevalece no campo da saúde mental e a ideia de um modelo baseado na atuação em equipe pode ajudar a reforçar uma abordagem centrada na pessoa, com a necessidade de cooperação, abertura e transparência entre os membros desse trabalho (ADAMS; GRIEDER, 2004).

Davidson e colaboradores (2015) descrevem alguns princípios para o cuidado centrado na pessoa, a saber: 1) Identifica e constrói sobre os pontos fortes, recursos e oportunidades da pessoa em sua comunidade mantendo uma vida com significado e gratificante na comunidade, de acordo com o que a pessoa está tentando fazer, em qual lugar, o que utiliza para isso e onde busca suporte. 2) Foca em equipar e empoderar a pessoa a atuar ativamente no autocuidado de sua condição estimulando-a a ser agente primário de sua própria vida, apesar dos estigmas, desmoralizações e discriminações. 3) Seu planejamento e promoção é um processo colaborativo no qual os indivíduos e seus suportes naturais são encorajados e habilitados a exercer um papel ativo e autônomo alicerçando-se na ideia de "nada sobre nós sem nós" e não considerando apenas as decisões específicas sobre alternativas de tratamento, mas todo o planejamento do cuidado. O papel na tomada de decisão centrada na pessoa é influenciado pelo repertório de experiências anteriores de oferta de cuidado, pelas preferências pessoais, culturais e familiares, é importante que os profissionais estimulem as pessoas a expressarem suas preferências e, em alguns casos, incluam membros da família para um processo mais coletivo de tomada de decisão. 4) Reconhece a dignidade do risco e o direito de falhar entendendo que as pessoas com doenças mentais têm direito a viver suas vidas e fazer suas próprias escolhas, deve-se encorajar ativamente as pessoas a traçarem seus objetivos, fazerem suas escolhas e correrem seus próprios riscos. A ênfase na necessidade do risco não absolve os profissionais de proteger a pessoa e a sociedade dos danos relacionados aos efeitos da doença,

identificando e dialogando sobre os limites de autoridade em cada circunstância (DAVIDSON; et al., 2015).

Para que a abordagem centrada na pessoa ocorra, é necessário estabelecer um plano terapêutico culturalmente competente e com base em uma avaliação individual. Em essência, o plano é o registro escrito das estratégias de cuidado e contratualiza um acordo entre a equipe e o usuário, detalhando quem deve fazer o que e quando ajudar o indivíduo e as pessoas que atuam em seu suporte nos objetivos traçados. O planejamento individual é a ferramenta do trabalho centrado na pessoa e orienta a coordenação de uma gama de serviços para atender as necessidades complexas de cada situação (ADAMS; GRIEDER, 2004).

A avaliação a respeito da oferta de cuidado centrado na pessoa pode ser realizada através das seguintes perguntas: O cuidado ofertado é planejado especificamente para uma pessoa ou poderia ser igualmente usado para várias pessoas? O plano de cuidado fornece a você e ao usuário um caminho a ser seguido juntos? O cuidado baseia suas intervenções e etapas nos pontos fortes e interesses da pessoa ou no seu diagnóstico e em seus problemas? O plano registra o que o usuário estará fazendo entre os atendimentos? O plano e o cuidado mudam de acordo com a evolução das metas e necessidades da pessoa no decorrer do tratamento? A linguagem utilizada é acessível e compreensível? (DAVIDSON; et al., 2015)

2.5. Tomada de decisão compartilhada

Embora o debate sobre o cuidado centrado na pessoa venha sendo presente em muitos serviços de cuidado de saúde, envolver as pessoas rotineiramente na tomada de decisões em seus tratamentos se apresenta como um dos maiores obstáculos nesse tema para transformar a retórica em realidade. Através da tomada de decisão compartilhada, considerada o pináculo da abordagem centrada na pessoa, os profissionais podem ajudar os pacientes a valorizar seus próprios interesses e decidir sobre o que consideram de maior importância para si mesmos (BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012).

O contato inicial com esse tema ocorreu a partir das leituras sobre o guia de gestão autônoma da medicação (GGAM) o qual foi desenvolvido no Canadá

por um grupo de pessoas usuárias de serviços de saúde mental no intuito de conhecerem melhor seus medicamentos e construir uma relação mais autônoma com seu tratamento e com a equipe de referência.

A GAM é utilizada para garantir que os usuários participem efetivamente nas decisões relativas aos seus tratamentos, ressaltando que o diálogo e a troca entre os atores envolvidos em saúde mental são fundamentais para que essa estratégia possa interferir e atuar modificando as relações de poder que estão colocadas entre usuários e profissionais. Os idealizadores dessa ferramenta questionavam, no princípio, a medicação em si, entretanto, reconhecendo que já existe um sofrimento antes do uso da medicação, o eixo central passa a não ser mais a suspensão do medicamento e o debate volta o seu foco para a partilha do significado de sua utilização.

A proposta de cuidado era ampliar o acesso dos usuário às informações sobre seus tratamentos e as suas condições de reivindicarem pelos seus direitos. O movimento da GAM em Quebec, envolvendo os usuários que a desenvolveram e membros da academia interessados nessa problemática, realizaram pesquisas nas quais perceberam que, para alguns, a medicação psiquiátrica contribuía para reduzir o sofrimento, enquanto outros desejariam viver com dosagens menores e reduzir seus efeitos secundários, bem como havia quem não desejava fazer tratamento farmacológico, buscando alternativas terapêuticas diferentes. Dessa forma, não havia uma resposta única no sentido de retirar os medicamentos ou no sentido de reforçá-los, ficando claro que cada pessoa deveria ser entendida e apoiada em sua singularidade (RODRIGUEZ DEL BARRIO; POIREL, 2007; SANTOS, 2014).

O governo da província canadense de Quebec, em 2007, reconheceu a iniciativa da gestão autônoma da medicação como uma boa prática, incentivando a estratégia nos planos governamentais da saúde mental. Ainda no mesmo ano, o Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), organização canadense que visa reforçar o paradigma comunitário da reinserção social, realizou um congresso internacional para divulgar práticas alternativas na área de saúde mental, entre elas a GAM. Nesse contexto, surge a iniciativa de pesquisadores brasileiros conhecerem a proposta e trazê-la ao nosso país (SANTOS, 2014).

No contexto brasileiro, o guia foi adaptado a partir do entendimento de uma autonomia coletiva na qual os limites entre pesquisa, clínica e gestão muitas vezes se tornavam indiscerníveis. A cogestão da pesquisa e do cuidado entre os atores envolvidos gerou um trabalho de compartilhamento que incluiu um esforço comum de formular as estratégias do processo de adaptação do guia como instrumento adequado à nossa realidade (PASSOS et al., 2013).

A tomada de decisão compartilhada é um processo de interação colaborativa entre o profissional de saúde e o usuário com o intuito de tomar as decisões a respeito dos cuidados de saúde (SCHAUER et al., 2007). As definições do termo são variadas, havendo, em comum, o entendimento de uma oposição desse modelo em relação ao modelo tradicional e ao modelo de escolha informada. No primeiro, os profissionais utilizam seu conhecimento técnico para determinar qual o melhor tratamento e como ele deve ser feito, chegando a decidirem sozinhos, de maneira algumas vezes autoritária, quando a intervenção será iniciada. Já na escolha informada, originada por um movimento de consumidores que passaram a questionar as direções dos tratamentos médicos e a exigir outras possibilidades de intervenções, o papel principal do médico é informar os pacientes sobre suas opções e os possíveis resultados relacionados. As decisões são deixadas para os pacientes, que devem escolher livremente seu tratamento, sem que o médico faça recomendações de suas preferências, mesmo que tenha opiniões fortes, para não promover prejuízos ao processo individual de escolha (HAMANN, JOHANNES; LEUCHT; KISSLING, 2003).

Na grande maioria das decisões sobre os tratamentos de problemas de saúde não existe uma intervenção isenta de riscos, portanto os pacientes precisam estar envolvidos na determinação da estratégia de manejo de cuidado mais convergente com seus valores. Nesse processo, as partes compartilham suas percepções, o clínico apresenta as opções e descreve seus riscos e benefícios e o paciente expressa seus desejos e preferências. Cada participante passa a estar munido com uma melhor compreensão dos fatores relevantes envolvidos e a ter sua parte de responsabilidade na direção do cuidado. A tomada de decisão compartilhada pode ser encarada como um mecanismo para diminuir as diferenças de conhecimentos e de poder entre médicos e usuários, através da oferta mútua de informações técnicas e experienciais, do senso de

autonomia e de controle sobre as decisões que afetam o bem-estar da pessoa. O apoio para a decisão destina-se a embasar o entendimento e o fortalecimento individual que permite a participação ativa do usuário nesse processo, se esta for a sua preferência (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997).

Alguns usuários falam sobre a preferência de incluir amigos e familiares na sua tomada de decisão. Eles esclarecem que familiares ou amigos estão bem informados sobre suas necessidades de saúde e bem adaptados para contribuir com as decisões do tratamento e fornecer informações valiosas sobre suas experiências com medicamentos. Em sentido contrário, outros usuários enxergam que sua saúde mental continua sendo um domínio privado, não desejando o envolvimento de familiares e amigos e considerando-os desinteressados, sem habilidades e conhecimento para contribuir de forma produtiva na tomada de decisões. Há também ocasiões onde eles entendem que a melhor escolha é deixar que os profissionais decidam sobre o tratamento baseando-se em suas experiências anteriores, desde que se sintam recebendo a ajuda que precisem para lidar com seus problemas (ELIACIN et al., 2015).

Na saúde mental, a tomada de decisão compartilhada envolve uma relação de trabalho necessária para otimizar tratamentos a longo prazo, aprendendo a gerenciar a doença e o uso de medicamentos em um processo dinâmico e longitudinal que engloba a resolução de conflitos nas decisões, realizando tentativas na busca pelo equilíbrio entre efeitos positivos e negativos. Para que isto ocorra, um aliança terapêutica estreita entre profissional e usuário é condição fundamental do sucesso. Para criar um ambiente participativo, acredita-se que a colaboração entre os diversos profissionais atuando em equipe é crucial para o processo de empoderamento do paciente (DRAKE; CIMPEAN; TORREY, 2009; HAMANN, J; HERES, 2014).

Para o gerenciamento de indicação e uso de medicamentos em saúde mental, envolvem-se múltiplas questões relacionadas aos agentes psicotrópicos como perfil de eficácia e de custo-benefício. Essas decisões não devem ser apenas decisões médicas. São decisões pessoais e envolvem riscos de efeitos adversos como síndrome metabólica, discinesia tardia ou redução do desejo sexual em troca do alívio dos sintomas. São escolhas de cuidados de saúde difíceis para as quais as pessoas precisam de orientação e suporte equilibrado em vez de paternalismo (DRAKE; DEEGAN, 2009).

Os psiquiatras referem preocuparem-se com a incapacidade decisória entre as pessoas que apresentam transtornos mentais graves. Entretanto, observou-se que, ao receber informações detalhadas sobre seu tratamento, os usuários foram capazes de entender, sendo considerados competentes para fazer uma escolha a respeito. A prática da tomada de decisão compartilhada se baseia, em parte, na autonomia e no direito do usuário participar ativamente no momento de determinar o que poderá acontecer com seus corpos e mentes: "Meu corpo, minha mente, minha escolha". A tomada de decisão compartilhada, os apoios e os auxílios à decisão capacitam os adultos com transtornos psiquiátricos a participarem das escolhas difíceis em seus cuidados de saúde junto aos profissionais. Portanto, devemos colocar o sujeito de volta no centro do cuidado centrado na pessoa (DRAKE; DEEGAN, 2009).

Para que a tomada de decisão seja compartilhada, Angell e colaboradores (2015) distinguem três etapas na evolução desse percurso: intercâmbio de informações, deliberação e a tomada de decisão propriamente dita. No primeiro tempo, acontece um processo bidirecional de compartilhamento de informações entre pacientes e os provedores de cuidado no qual os profissionais transmitem as informações técnicas envolvidas, incluindo as opções de tratamento, seus riscos e benefícios. Os usuários compartilham suas informações pessoais, expressando suas expectativas, valores e preferências que podem ser relevantes para a tomada de decisão. A deliberação é a fase interativa para negociação e articulação de crenças, preocupações e preferências. Desentendimentos e conflitos podem surgir neste momento e ambas as partes devem estar dispostas a negociar, devendo-se encorajar os usuários em suas reflexões individuais, já que eles não tem sido tradicionalmente convidados a verbalizar sobre suas questões. Na fase final da tomada de decisão, a principal tarefa é selecionar um tratamento ou uma combinação de tratamentos para serem implementados. Como as decisões são tomadas de maneira compartilhada, todas as partes envolvidas estão comprometidas e investidas na alternativa escolhida (ANGELL et al., 2015).

Nesse modelo, algumas competências são essenciais para atuação do médico, entre elas: desenvolver uma parceria com os pacientes, identificar com o paciente o seu papel primordial no processo de tomada de decisão, estimular e responder às perguntas, expectativas e medos dos pacientes quanto ao

tratamento, verificar frequentemente a compreensão e as preocupações emergentes, descrever e revisar as opções possíveis para selecionar uma decisão, gerar um plano de ação concreto, organizar e acompanhar as estratégias escolhidas, utilizar uma comunicação não-diretiva e adequada ao contexto cultural, linguístico, de valores e preferências do paciente. Em relação aos usuários, as competências ideais, desejáveis para o exercício de seu papel, são: desempenhar um papel pró-ativo na expressão de seus pontos de vista e na avaliação da informação médica a partir de seus valores e preferências, engajando-se ativamente na negociação ou resolução de conflitos surgidos no tratamento (ANGELL et al., 2015).

Na nossa realidade, acrescentam-se ainda ao médico as competências etnográficas e hermenêuticas, no sentido de mapear a realidade de cada situação e eleger maneiras de acessar as especificidades encontradas no caso vivenciado. Para os usuários, adicionamos a competência em reconhecer a sua expertise experiencial, dando a importância devida ao saber vivenciado e adquirido, para atuar a partir dessa perspectiva. Destacamos a existência de diferenças culturais e de modelos de saúde ofertados em países onde a escolha se dá principalmente pelo usuário, após receber informações técnicas sobre o adoecimento em um exercício mandatário de autonomia.

A tomada de decisão compartilhada é congruente com os princípios fundamentais dos movimentos de usuários em saúde mental e sua implementação pode melhorar a qualidade dos cuidados e das decisões, a satisfação pessoal do usuário, seu autogerenciamento, a aliança terapêutica e resultados obtidos de modo significativo. Perceber os potenciais desse modelo se apresenta como um desafio no qual devemos envolver os usuários do sistema de saúde mental como figuras centrais e ativamente atuantes (DRAKE; DEEGAN; RAPP, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Conhecer, a partir de suas narrativas, a experiência dos usuários de um serviço de saúde mental em grupos de medicação utilizados como principal ferramenta para oferta do cuidado médico/ psiquiátrico, em um Centro de Atenção Psicossocial.

3.2. Objetivos específicos:

- Conhecer a experiência de participação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em grupos de medicação.
- Conhecer a experiência de adoecimento narrada pelos participantes dos grupos de medicação.
- Identificar o alcance e os limites do grupo de medicação na construção do cuidado centrado na pessoa.
- Identificar o alcance e os limites do grupo de medicação na construção do manejo compartilhado do uso dos psicotrópicos.

4. METODOLOGIA

4.1. Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, com obtenção de dados por intermédio da técnica de grupo focal do tipo homogêneo, dos registros em prontuários dos participantes no CAPS e dos dois encontros do grupo de medicação propostos. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com a aceitação dos usuários e familiares presentes. As reuniões foram audiogravadas e transcritas em sua integralidade.

O tema central abordado por esta pesquisa é a participação em grupos de medicação em um CAPS e seus desdobramentos na maneira de lidar com o adoecimento e o manejo dos psicofármacos pelos usuários.

No primeiro momento, pesquisou-se a bibliografia existente a respeito do assunto abordado para basear as informações argumentadas neste trabalho. Este levantamento foi feito durante toda a trajetória do estudo. O projeto foi apreciado pelo Comitê de ética em pesquisa do IPUB/ UFRJ e aprovado em 30 de novembro de 2016, no parecer de número 1.842.845. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2017.

Foram realizados dois grupos focais no intuito de testar o roteiro construído, o qual foi modificado de acordo com as observações discutidas pelas duas pesquisadoras em um grupo de supervisão contando com as contribuições de outros dois pesquisadores mestrandos e de uma estagiária da pesquisa, aluna de graduação em serviço social. Já com o roteiro finalizado, realizamos o terceiro grupo focal. Ambas as pesquisadoras e a estagiária da pesquisa participaram dos três grupos focais.

É importante ressaltar a inserção das pesquisadoras como médicas psiquiatras assistentes no CAPS UERJ antes da pesquisa e da pesquisadora principal durante o desenvolvimento da pesquisa. Identificamos essa informação como relevante no contexto da apresentação da metodologia proposta por entendermos que pode ser um fator limitante do trabalho na construção de falas mais livres por parte dos participantes e pela existência de suposições e implícitos entre pesquisadoras e usuários relacionados ao vínculo pré-existente

e à relação terapêutica onde características das pessoas envolvidas e detalhes de suas histórias de vida dos já eram conhecidas previamente.

4.2. Local de realização do estudo

O CAPS UERJ, dispositivo de modalidade CAPS II, iniciou suas atividades em 2009 na Policlínica Piquet Carneiro (PPC), a partir da experiência remanescente do Hospital Dia Ricardo Montalbam (HDRM), projeto de extensão desenvolvido na Unidade Docente Assistencial (UDA) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE UERJ) entre os anos de 1993 e 2008.

Situa-se no território da área de planejamento (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro, composta pelos 375.221 moradores dos bairros Tijuca, Vila Isabel, Maracanã, Praça da Bandeira, Grajaú, Andaraí e Alto da Boa Vista. A AP 2.2 tem como características: alta densidade demográfica, grande número de idosos (22,1% dos idosos do município), baixo número de crianças e um dos índices de desenvolvimento humano mais elevados do município (RIO DE JANEIRO, 2013).

Neste território descrito acima, o CAPS UERJ é o único dispositivo na modalidade CAPS II disponível e atua como referência em saúde mental para as pessoas adultas residentes na área adscrita que são acometidas por sofrimento psíquico grave (o território conta também com um serviço CAPS AD II). Durante este estudo, o CAPS UERJ prestava serviços a uma clientela de duzentos e nove usuários, sendo vinte e seis moradores das quatro residências terapêuticas vinculadas ao serviço e trinta e dois não moradores da AP 2.2, alguns advindos do HD (que não era territorializado), outros que mudaram de endereço no decorrer do tratamento e alguns com circulação por diferentes territórios devido à dificuldade em fixar um local de moradia.

Por se tratar de um CAPS universitário, funciona como campo de estágio para estudantes de graduação e pós-graduação vinculados a UERJ e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, contando com a presença de estagiários de diversas categorias fator que gera uma rotatividade constante de pessoas atuando na unidade.

O serviço contava, na época da realização desse estudo, com dez profissionais de vínculo estatutário pela UERJ, quatro contratados pela PPC sem

vínculo empregatício (entre eles a pesquisadora responsável por esse estudo), dois cedidos por outras instituições (um pela secretaria municipal de saúde e um pelo ministério da saúde) e quatro terceirizados (dois por empresa que presta serviços à PPC e dois por contrato com uma instituição social filantrópica prestadora de serviços de saúde à prefeitura), totalizando vinte profissionais na assistência, sendo três psicólogos (um deles exercendo a função de supervisor do serviço), três assistentes sociais, três assistentes administrativos, dois médicos psiquiatras, dois técnicos de enfermagem, dois oficinairos, duas copeiras, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e uma técnica de nutrição.

A equipe de residentes era composta de dez profissionais com formação em psicologia (seis), enfermagem (três) e serviço social (um). Nos meses da coleta de dados, não havia residentes de psiquiatria atuando no serviço, a turma de 2016 já havia encerrado suas atividades e a turma de 2017 só iniciaria o estágio no segundo semestre.

4.3. Objeto de estudo: o trabalho médico e os Grupos de Medicação

O CAPS UERJ enfrenta uma dificuldade crônica de continuidade da assistência psiquiátrica e manutenção do médico no serviço devido, em grande parte, à precarização da mão de obra desse profissional no dispositivo. A contratação de psiquiatra do dispositivo vem ocorrendo há alguns anos por sistema de recibo de pagamento autônomo (RPA) o qual funciona sem gerar vínculo empregatício, sem direitos trabalhistas e com remuneração consideravelmente abaixo do que é ofertado por outros CAPS do município. Durante a realização desse estudo, a UERJ enfrenta um momento de crise e desfinanciamento, não havendo perspectivas de novos concursos para médicos assistentes em curto ou médio prazo.

Iniciei minhas atividades no CAPS UERJ no estágio como residente de psiquiatria em agosto de 2015. Ao terminar a residência, em fevereiro de 2016, continuei realizando atividades voluntárias até abril (como única médica no serviço), iniciando em maio como contratada em RPA pela PPC, com carga horária de doze horas semanais.

Em sua implementação, entre outubro e novembro de 2015, funcionavam seis grupos de medicação, batizados com nomes referentes a elementos de presença marcante em cada bairro, a saber: Aéreo (fora da AP 2.2), Penta (Maracanã e Praça da Bandeira), Praça (Tijuca), Zoológico (Grajaú), Noel (Vila Isabel), Verdun (Andaraí e Alto da Boa Vista) os quais foram implementados e eram conduzidos inicialmente pela prof^a Erotildes. Com a saída dela do CAPS, os grupos continuaram a acontecer em outros moldes, contando com a colaboração de profissionais de outras categorias e eu assumi a condução dos grupos Noel e Verdun, às sextas-feiras (meu único dia de trabalho no CAPS).

Com a chegada da nova turma de residentes de psiquiatria da UERJ em maio de 2016, eles passaram a conduzir os grupos com supervisões voluntárias da prof^a Erotildes. Alguns grupos precisaram ser agregados entre si para adequação aos horários dos residentes e posteriormente reorganizados para serem encaixados nos turnos do psiquiatra que foi cedido pela secretaria de saúde e iniciou suas atividades no CAPS UERJ em julho de 2016.

Devido à trajetória descrita percorrida pelos grupos de medicação, muitos usuários também passaram a frequentar grupos que não correspondiam ao bairro de sua residência. Pelos percalços expostos, optei por estudar os grupos que foram conduzidos por mim, selecionando usuários que participavam da atividade às sextas feiras para convidar a serem participantes dos grupos focais desta pesquisa.

Os grupos de medicação, desde que foram implementados em novembro de 2015, configuram a ferramenta central de cuidado médico no CAPS UERJ. Sua média de duração é de uma hora e meia, geralmente são agendados de seis a dez usuários e é aberto também para seus familiares, com participação de profissionais, residentes e estagiários do CAPS – que dividem as tarefas de tomar notas nos prontuários, escrever a ata da reunião e realizar intervenções quando necessário – totalizando cerca de dez a quinze participantes, havendo a entrega de receitas dos medicamentos no final da reunião e agendada a data de retorno ao grupo.

O encontro inicia-se com uma rodada de apresentação para que as pessoas se familiarizem entre si. Logo após esse momento inicial, estimulamos as primeiras falas pedindo para que alguém que já participou outras vezes fale sobre o grupo e sobre a sua experiência anterior de participação na atividade. A

intenção é que a palavra circule com o maior número de falas dos participantes para que eles possam interagir entre si.

A condução do grupo visa facilitar a interação entre os presentes. Para isso, o moderador evita expressar suas opiniões continuamente ou responder a solicitações diretas. As dúvidas e os questionamentos direcionados ao moderador são compartilhados ativamente com o grupo de modo que todas as pessoas que desejarem possam expressar suas opiniões e vivências sobre os temas abordados, o que favorece negociações coletivas de acordos e condutas bem como a responsabilização mútua. Questões específicas dos usuários e familiares que não se resolvem durante a atividade são trabalhadas em um momento reservado para possíveis abordagens individuais após o grupo.

A intenção dessa forma de trabalho é estimular o protagonismo do usuário em seu tratamento, ofertando um cuidado centrado na pessoa e favorecendo o compartilhamento das tomadas de decisão. Apesar do estímulo ofertado, alguns usuários não aceitavam participar da atividade e outros não se sentiam à vontade para falar espontaneamente no grupo ou para tratar de assuntos que consideravam confidenciais.

4.4. Amostra

Participaram dos grupos focais deste estudo usuários do serviço de atenção psicossocial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foram utilizados como critérios de inclusão que os participantes estivessem vinculados ao CAPS há, pelo menos, seis meses anteriormente à realização do estudo, terem comparecido a, no mínimo, seis reuniões do grupo de medicação, apresentarem interesse e desejo de participar da pesquisa. O critério de exclusão foi não possuir condições cognitivas para o entendimento da pesquisa. Também foram convidados a participar da pesquisa familiares presentes em dois grupos de medicação ocorridos no CAPS, mediante solicitação para autorizar a gravação de áudio e consentimento livre esclarecido com a assinatura de termo impresso para possibilitar o uso do material coletado durante a atividade.

A seleção ocorreu por conveniência e a composição da amostra foi intencional, na tentativa de abranger a diversidade de perfis de usuários do CAPS, incluindo usuários com diferentes diagnósticos, que apresentam

diferentes formas de lidar com o uso da medicação e posologias distintas, dentre eles usuários com uso de apenas um psicotrópico ao dia, usuários em polifarmácia de psicotrópicos (mais de um antipsicótico ou associações entre outras classes) uso de medicação de depósito regular e irregularmente, esquema de medicação assistida pelo CAPS (algumas vezes impossibilitado por períodos de ausências no dispositivo) presença e ausência de comorbidade clínicas, uso de medicações não prescritas bem como de doses alteradas das medicações prescritas, e com uso abusivo de psicotrópicos e cafeína. Além disso, foram escolhidas pessoas com facilidade para falar e boa fluência verbal, para que não se sentissem inibidas ou não conseguissem se expressar durante as atividades. O convite para participar da pesquisa foi realizado pessoalmente, por meio de abordagem espontânea verbal feita pela pesquisadora.

4.5. Sobre a técnica de grupo focal

A primeira descrição a respeito da técnica de pesquisa com entrevistas grupais, precursora dos grupos focais, foi publicada em 1926 por Bogardus. Em seu estudo, realizado com alunos de um escola, ele comparou entrevistas individuais e em grupo, observando as discussões e conteúdos gerados nos dois contextos (BOGARDUS, 1926). Durante a Segunda Guerra Mundial, grupos focais ganharam o interesse dos sociólogos, tendo sido usados para investigar a potencialidade de persuasão da propaganda de guerra para as tropas. A partir dessa experiência, Merton, Fiske e Kendall intensificaram seus estudos sobre a técnica e publicaram, em 1956, o livro intitulado *The focused interview: a manual of problems and procedures*. (MERTON, FISKE e KENDAL, 1956)

Já no contexto das pesquisas na área de saúde, a utilização de grupo focal tem sido mais consistente desde meados dos anos 80, notando-se um considerável aumento dos estudos no início da década de 90, com um número médio de duas publicações por mês entre 1990 e 1994, tendo sido empregado para coleta de dados qualitativos sobre temas diversos em saúde como: sexualidade/ AIDS, planejamento familiar, avaliação de serviços e profissionais de saúde, nutrição, imunização, drogas e câncer (CARLINI-COTRIM, 1996).

Para Kitzinger e Barbour, o grupo focal é uma discussão em grupo utilizada para explorar um conjunto especificado de problemas, estando focado

em alguma atividade coletiva ou no debate de perguntas apresentadas, valendo-se da interação grupal como um caminho para gerar novas informações no processo de coleta de dados (KITZINGER; BARBOUR, 1999). Esta técnica promove, a partir de discussões organizadas mediante um planejamento cauteloso prévio, a obtenção de dados com os participantes expressando suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais a respeito do tema especificado em um ambiente permissivo e não-constrangedor (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Para que o grupo focal ocorra de maneira produtiva, alguns aspectos devem ser considerados, entre eles, a duração, a composição do grupo, a seleção de participantes, o local onde ocorrerão as reuniões, a elaboração de um roteiro de perguntas e o papel do moderador e do observador.

Sobre o número de participantes do grupo, apesar de se convencionar entre quatro e dez pessoas, isto irá depender do nível de envolvimento das pessoas com o assunto; se este desperta interesses em particular, as pessoas irão participar mais. Neste caso, o tamanho não deve ser grande, para não diminuir as chances de todos falarem. Em um tema polêmico, fica difícil para o moderador mediar o processo, havendo uma tendência a polarizar o debate e gerar conflitos (GONDIM, 2003).

Para Debus (1988) existe uma tendência de estudos com grupos pequenos e sua recomendação para um grupo ótimo seriam entre cinco e sete participantes. Entretanto, afirma que a dimensão mais aceita tradicionalmente estaria situada próxima de oito a dez membros em um grupo focal. A autora destaca que o tamanho do grupo depende do que se tem estabelecido como seus objetivos e finalidades. Quando há interesse de gerar a maior quantidade de ideias possível nota-se que o mais adequado seria optar-se por um número maior de participantes; porém se o desejo é intensificar a profundidade da expressão de cada participante, um grupo pequeno se mostra mais enriquecedor para alcançar essa finalidade.

Na composição do nosso grupo focal, realizamos uma seleção da amostra intencional por conveniência, buscando perfis diferentes em relação ao tema do estudo: participação nos grupos de medicação. Foram convidados cinco usuários para compor a amostra, dos quais quatro compareceram ao encontro no dia combinado. Devido à proximidade dos participantes com as questões do

roteiro, as quais buscaram acessar narrativas sobre as experiências dos usuários em seu tratamento e durante sua participação na atividade de grupos de medicação, consideramos que um número pequeno de participantes nos ajudaria a promover um debate aprofundado sobre o objeto do nosso estudo.

Devem ser reservados espaços apropriados para os encontros, sendo preferíveis locais neutros e de fácil acesso. Idealiza-se que a sala abrigue de maneira confortável os participantes e moderadores e que haja proteção contra ruídos e interrupções externas. A disposição dos participantes pode ocorrer em torno de uma mesa ou em cadeiras arrumadas em círculo. Espaços privados e comunitários são utilizados com frequência para realização de grupos focais, entre eles residências, escritórios, salões de igreja, sedes de associações de bairro e salas de aula (BOMFIM; TRAD, 2009).

O tempo de duração média sugerido como regra geral é entre uma hora e meia e duas horas, porém se a informação desejada for de natureza muito específica, o grupo não deverá durar mais de quarenta minutos (DEBUS, 1988).

É importante que o tempo acordado inicialmente com o grupo não seja ultrapassado. Considera-se que uma combinação de objetivos de pesquisa claros, a construção de um roteiro de temas adequado e a atuação do moderador e do observador capacitados dispensa mais de um encontro por grupo. Caso perceba-se que o debate sobre o tema tenha sido insuficiente, um novo encontro pode ser acertado na intenção de complementar a coleta de dados da pesquisa (KIND, 2004).

De acordo com Morgan (1997), um moderador deve promover uma discussão produtiva, cobrindo o máximo de tópicos pertinentes sobre o tema do estudo. Para obter sucesso nessa função é necessário limitar suas intervenções permitindo que a discussão flua, interferindo apenas para introduzir novas questões e para facilitar o curso do processo. É preciso estar atento para não deixar que o grupo comece a falar sobre um assunto importante muito tarde para ser explorado e evitar que as interpelações findem antes da hora. Para driblar estes dois últimos problemas, é tarefa do moderador dominar as perguntas ou tópicos para o debate.

Um bom roteiro é aquele que permite um aprofundamento e também a fluidez da discussão sem que o moderador precise interromper muitas vezes. As regras do grupo focal devem ser expostas nos momentos iniciais no intuito de

ajudar na sua autonomia para prosseguir conversando. São elas: a) só uma pessoa fala de cada vez; b) evitam-se discussões paralelas para que todos participem; c) ninguém pode dominar a discussão; d) todos têm o direito de dizer o que pensam (MORGAN, 1997).

As etapas previstas por Debus (1988) para o funcionamento dos grupos focais são: abertura, preparação, debate, encerramento, discussão, ação posterior. Cada etapa envolve tarefas específicas por parte do moderador. O papel de observação está um pouco mais diluído nas etapas iniciais, ficando mais específico na etapa de discussão. Um breve comentário sobre as etapas:

1) Abertura: O moderador deve fazer uma introdução para tranquilizar e estabelecer o enquadre para o grupo; ele se apresenta e explica os objetivos do grupo, assegurando para os participantes que não existem opiniões corretas, que todas as opiniões serão bem-vindas e que não há interesse em nenhuma opinião em particular. Pede-se permissão para gravar o encontro, se essa forma de registro estiver prevista na pesquisa.

2) Preparação: O moderador convida os participantes a se apresentarem visando estabelecer uma boa relação entre os participantes. Ao final desta etapa, deseja-se que os indivíduos estejam interagindo e começando alguma organização em torno do tema. A transição entre as etapas deve ocorrer de forma fluida, sem rompimentos bruscos.

3) Conjunto do debate em grupo: Agora o objetivo se aproxima mais dos objetivos da pesquisa. O debate requer a passagem para questões progressivamente mais específicas; das mais concretas para as mais abstratas. O moderador deve dispor de habilidade para permitir que o debate transcorra de forma espontânea, recorrendo a técnicas que aprofundem a discussão, como repetir a afirmação do participante de forma interrogativa e lançar mão de perguntas como: “você parece ter uma opinião muito arraigada sobre isso. O que você acha que os outros pensam?; pode me dar um exemplo?; você começou a dizer alguma coisa...”. O moderador deve estar antenado também para deixar em suspenso um tema considerado muito profundo, levantado prematuramente por algum participante, e retomá-lo em momento oportuno, dando a palavra a quem o trouxe para a discussão. A inserção de perguntas não previstas, mas que se mostrem importantes para a elucidação do tema proposto, pode ocorrer durante o grupo. É relevante fomentar desacordos legítimos entre os

participantes tendo em vista que a técnica de grupos focais não pressupõe a busca de consensos.

4) Encerramento do grupo: Requer a exposição sintética da discussão ocorrida no grupo focal. Dúvidas que tenham ficado pendentes podem ser esclarecidas. O propósito é identificar os temas principais, consolidar os sentimentos do grupo acerca de algumas questões e identificar diferentes posicionamentos principais. O moderador não deverá inferir juízos de valor.

5) Questões posteriores à avaliação do grupo: Envolve a análise das implicações do moderador sobre a pesquisa e o grupo, tentando separar o sentimento do grupo daqueles expressos pelo moderador. É a hora de avaliar a experiência do grupo, se é possível compará-la à de outros grupos e se a divisão do grupo, o temário e moderação foram adequadas.

6) Ação posterior: Após a obtenção dos resultados, esta etapa visa verificar se as informações coletadas foram satisfatórias, se serão necessários outros grupos, se o roteiro de questões precisa ser revisto e se outras técnicas de coleta e análise serão necessárias para complementar a pesquisa.

O papel central do observador é viabilizar a discussão com o moderador após o término do grupo no intuito de rever o temário, evitar conclusões precipitadas do moderador sobre suas impressões, avaliar as intervenções realizadas, etc. O observador é fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal. Outra função pertinente do observador é analisar as interações presentes no processo grupal. Também faz parte de sua atuação apontar as reações do moderador na relação com o grupo, suas dificuldades e limitações. O observador deve ocupar uma posição menos ativa, registrando as comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que sejam percebidas. Conhecer bem o tema auxilia no registro que cabe ao observador (KIND, 2004).

4.6. Construção do roteiro para o grupo focal

Para Kind (2004), é no temário ou guia de temas (o qual optamos por chamar de roteiro em nosso estudo) que a ligação entre os objetivos de pesquisa e o grupo focal se evidencia. Uma boa definição dos objetivos conduz a um bom temário o que leva a uma investigação mais produtiva.

Entre os desafios metodológicos encontrados por esse estudo, destacou-se a elaboração de um roteiro alinhado com o objetivo e o perfil dos participantes dessa pesquisa. A busca por conhecer a experiência dos participantes de grupos de medicação nos direcionou à tentativa de encontrar perguntas capazes de produzir narrativas que pudessem acessar a dimensão experiencial nesse contexto do cuidado médico do CAPS.

Essa etapa foi iniciada com a elaboração de um primeiro questionário, o qual foi encaminhado para aprovação pelo comitê de ética em pesquisa. No processo de reavaliação das questões para elaborar o roteiro, apontamos a necessidade de circunscrever o objetivo do estudo, entendendo que perguntas mais amplas poderiam desviar o foco de atenção do interesse central bem como tornar o grupo focal longo e cansativo.

Questões para uma abordagem preliminar como – Há quanto tempo vocês fazem tratamento no CAPS e por qual motivo? Quais pontos positivos e negativos do CAPS? Quais atividades vocês frequentam no CAPS? Vocês já ouviram falar sobre projeto terapêutico e técnico de referência? O que vocês conhecem sobre esses termos usados no CAPS? Qual papel da equipe do CAPS no seu tratamento? Qual o seu papel no seu tratamento? Qual o papel dos seus familiares no seu tratamento? – foram retiradas do roteiro por considerarmos que não acessariam a experiência da forma como optamos por investigar nessa pesquisa. Algumas destas perguntas foram adicionadas à ficha de dados demográficos que compôs a caracterização dos participantes e outras foram excluídas do estudo por não serem pertinentes aos objetivos em questão.

Ainda em Kind (2004) encontramos a indicação do papel do temário de orientar e auxiliar na memorização dos pontos importantes a serem abordados pelo grupo focal, com flexibilidade para uma discussão espontânea e assegurando que novas questões possam ser introduzidas. A autora considera importante estar atento para eliminar perguntas desvinculadas dos objetivos do

estudo e, apesar de sugerir que o temário não seja muito grande devido à possibilidade de tornar o grupo focal cansativo e a discussão pobre, destaca a necessidade de formulação de um temário no intuito de evitar o risco do debate transcorrer no formato de uma conversa desestruturada.

Os seguintes questionamentos levantados por Leal e Serpa Junior (2008) foram norteadores para a construção do nosso roteiro:

Como acessar esses aspectos individuais, específicos, idiográficos, da experiência vivida dos adoecidos? Se as narrativas são o modo privilegiado para acessar o que o outro vivencia em sua experiência de adoecimento, como trata-las para garantir que não se restrinjam à dimensão das representações abstratas das doenças e das suas consequências gerais sobre a vida cotidiana? Que desafios metodológicos se impõem para a realização dessa tarefa que é um pouco diversa daquela apresentada pela maioria dos manuais que orientam a realização dos grupos focais e dos autores mais relevantes no uso dessa metodologia? (LEAL; SERPA JR, 2008)

Segundo Davidson (2003), muitos pesquisadores que utilizam métodos qualitativos não deixam claro como criaram suas perguntas, o estilo ou técnicas usados, ou o critério pelo qual julgaram a melhor forma de entrevistar. O autor enfatiza que a maior parte dos estudos qualitativos apresenta pouca ou nenhuma consideração dada para os tipos de perguntas feitas e para a maneira de fazê-las, levando a crer que essa seja uma parte simples e óbvia, não necessitando de explicações. A condução de uma pesquisa qualitativa rigorosa e de alta qualidade, demanda dedicação de tempo e energia no desenvolvimento e administração de suas entrevistas de narrativa semelhantes aos utilizados em estudos quantitativos para desenvolver e padronizar seus instrumentos. Parte considerável do desafio para pesquisadores qualitativos é identificar as perguntas certas, a maneira e o momento de fazê-las, elencando como passos essenciais no processo de formulação de seus protocolos: discussões informais extensas com membros dos grupos-alvo e/ou das outras partes interessadas, revisões dos tópicos/ perguntas e a condução de entrevistas piloto para testar amostras de roteiros.

Davidson (2003) elenca algumas sugestões para elaborar questões em pesquisas qualitativas, entre elas: evitar questões "fechadas" que possam ser respondidas com um sim, não, ou respostas curtas, evitar começar as perguntas com "por que" (passa a impressão que a pessoa deve se explicar ao invés de descrever e valoriza a racionalização e abstração sobre dada temática e não a

sua dimensão vivencial), evitar perguntas vagas, gerais ou abstratas, bem como o uso de linguagem técnica ou jargões, utilizar perguntas que comecem com "como" ou "de que maneira", fazer perguntas detalhadas e específicas, usando uma linguagem próxima à do participante sempre que possível, perguntar uma questão de cada vez, definir claramente um tempo de antes, durante e depois ao invés de generalizar em um tempo estático.

Um guia planejado para sessão única de grupo focal com pessoas com doença mental grave pode não dar conta de abordar integralmente o tema durante uma reunião devido às narrativas não-lineares dos participantes. Desta forma, utilizar esse método para pesquisas com esse público requer mais tempo e flexibilidade do moderador do grupo focal pois os participantes podem responder a alguns tópicos, mesmo quando parecem falar sobre assuntos aparentemente periféricos. Os usuários geralmente têm dificuldades em manter a concentração por longos períodos também por causa de seus medicamentos, por isso é muito importante que o guia seja breve e claro e que haja tempo suficiente para completar seus objetivos (ONOCKO-CAMPOS; et al, 2017).

A partir das discussões entre as pesquisadoras envolvidas, resolvemos dividir o roteiro em três eixos temáticos: Sobre o grupo de medicação, Sobre o uso de psicofármacos e Sobre a relação terapêutica no grupo. Foram realizados dois grupos focais iniciais nos quais foi possível testar as perguntas e as narrativas que eram produzidas por elas e substituir ou excluir algumas questões do roteiro a ser utilizado no terceiro grupo focal.

No eixo sobre o grupo de medicação, modificamos: “Como é contar o que se passa com você e ouvir o que se passa com os outros no grupo de medicação?” para “Como você se sente em falar o que se passa com você e ouvir o que se passa com os outros no grupo de medicação?”, percebendo que a expressão “como é contar o que se passa” não foi bem assimilada. A segunda pergunta que seria “Como é levado em conta o que você fala?” foi melhor compreendida na forma de “Quando você fala, como isso é recebido?”

Em relação ao segundo eixo, o que mais nos chamou a atenção foi a inexistência da dissociação entre uso de medicamentos e a vida dos usuários. Percebemos que a materialização do uso dos psicotrópicos se apresenta aos usuários através dos efeitos no corpo percebidos por eles e que isso aparece totalmente interligado aos eventos do cotidiano. A percepção do problema de

saúde, na maioria das vezes, apareceu nas narrativas dos grupos focais em sua dimensão física. Portanto, decidimos por iniciar essa parte do roteiro questionando “Vocês sentem alguma coisa no seu corpo/ mente com o uso dos seus remédios?” na tentativa de evocar as experiências com os psicofármacos no corpo e na vida, estimulando a fala a respeito dos efeitos considerados positivos e negativos.

Sobre o eixo da relação terapêutica no grupo, optou-se por personalizar as perguntas, tendo em vista que a moderadora dos grupos focais era também a psiquiatra que conduzia os grupos de medicação e realizava o cuidado médico daqueles usuários. Além disso, inserimos a pergunta “Qual o problema de saúde que vocês vem tratar aqui” e “Tem alguma coisa que você gostaria de mudar nos seus remédios?”. Nessa parte, buscou-se investigar como os usuários percebem sua participação nas decisões a respeito de seus medicamentos utilizando a questão “Durante os grupos de medicação, você é convidado a falar e decidir sobre o uso dos seus remédios?”.

Para Leal e Serpa Junior (2013), a pesquisa empírica tem como objeto o vivido subjetivo acompanhado da experiência corporal e da singularidade do ponto de vista de quem vive a experiência e sobre o qual a reflexão está apoiada, na busca por explicitar o que está implícito na experiência. Os autores consideram que as narrativas abstratas ou generalizantes, ancoradas em representações coletivas e no conhecimento comum não expressam as experiências singulares que se apresentam relacionadas ao fenômeno estudado. Em concordância com esta ideia, entendemos como necessário para a qualidade do roteiro que conseguíssemos circunscrever nossas perguntas para evitar falas distanciadas do vivido (LEAL; SERPA JR, 2013).

As etapas descritas para a construção do roteiro e o resultado final desse processo foram enriquecedores, ampliando o debate entre o coletivo de pesquisadoras em relação aos objetivos do estudo, às maneiras diversas de elaborar questões e as possibilidades de respostas resultantes, na busca de encontrarmos o modo mais adequado de acessar narrativas consistentes sobre a experiência de participar dos grupos de medicação. Esses elementos serão melhor discutidos na análise dos dados coletados nos três grupos focais, utilizando as duas versões preliminares e a versão finalizada do roteiro (disponibilizadas nos APÊNDICES).

4.7. Metodologia para análise dos dados

Análise de conteúdo temática.

Para BARDIN (1977), a análise de conteúdo temática deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos:

1. a pré-análise;
2. a exploração do material; e, por fim,
3. a tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Para tanto, o material audiogravado foi reproduzido pela pesquisadora e transcrito já com o intuito de destacar os trechos mais relevantes no contexto da temática do estudo. A partir de sucessivas leituras flutuantes das transcrições para a exploração do conteúdo obtido, foram elencadas as categorias: Experiência de participação em grupos de medicação; Uso e manejo da medicação; Relação terapêutica e compartilhamento do cuidado; Experiência de adoecimento e diagnóstico; Negociando a medicação; Grupo de medicação e o cuidado no CAPS e Outras atividades com potencial terapêutico. Através desse trabalho de categorização, utilizando marcadores diferentes para cada um desses tópicos, realizamos a organização da análise de conteúdo e interpretação de resultados encontrados.

5. Resultados

5.1. Caracterização da amostra

Participaram desse estudo vinte e dois usuários do CAPS UERJ, doze homens, dez mulheres e cinco familiares, todas mulheres. Seguem nos quadros abaixo os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica dos participante de grupos focais e/ ou grupos de medicação, usuários de um CAPS, Rio de Janeiro, 2017. Fonte: Dados da pesquisa.

Usu- ário	Gênero	Idade	Cor	Estado Civil	Escola- ridade*	Religião	Início do tratamento no CAPS
U1	F	75	Branca	Solteiro	ESI	Católica	2013
U2	M	68	Parda	Casado	ESC	Cristã	2009
U3	M	53	Branca	Solteiro	EMC	Judia	2013
U4	M	51	Branca	Solteiro	EMC	Católica	2010
U5	F	65	Branca	Solteiro	EFI	Católica	2012
U6	M	44	Negra	Solteiro	EFI	Católica	2011
U7	F	57	Negra	Separado	EFI	Católica	2009
U8	F	46	Parda	Solteiro	EMC	Não tem	2009
U9	F	50	Negra	Solteiro	EFI	Protestante	2011
U10	M	53	Branca	União estável	EMC	Católica	2009
U11	F	39	Parda	União estável	EFI	Não tem	2009
U12	M	27	Branca	Solteiro	EFI	Protestante	2014
U13	F	50	Branca	Separado	EMI	Católica	2014
U14	M	39	Branca	Solteiro	EMC	Messiânica	2012
U15	F	43	Branca	Solteiro	EMI	Protestante	2013
U16	F	26	Branca	Solteiro	EFI	Protestante	2014
U17	M	37	Parda	Solteiro	EMI	Protestante	2009
U18	M	51	Parda	Solteiro	ESI	Espírita	2015
U19	F	65	Negra	Solteiro	EMC	Católica	2015
U20	M	25	Parda	Solteiro	EMI	Não tem	2011
U21	M	34	Branca	Solteiro	EMI	Não tem	2014
U22	M	35	Negra	Solteiro	EMC	Não tem	2015

* Esta variável foi caracterizada como: Ensino Superior Incompleto (ESI); Ensino Superior Completo (ESC); Ensino médio incompleto (EMI); Ensino Médio Completo (EMC); Ensino Fundamental Incompleto (EFI) e Ensino Fundamental Completo (EFC).

Quadro 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos de medicação, familiares de usuários de um CAPS, Rio de Janeiro, 2017. Fonte: Dados da pesquisa.

Familiar	Gênero	Idade	Cor	Estado civil	Escolaridade *	Religião	Parentesco
F1	F	72	Branca	Casado	EMC	Católica	Mãe
F2	F	68	Branca	Viúvo	EMC	Católica	Mãe
F3	F	24	Branca	Casado	EMC	Não tem	Filha
F4	F	36	Branca	Solteiro	ESC	Espírita	Irmã
F5	F	63	Negra	Solteiro	EMC	Católica	Irmã

* Esta variável foi caracterizada como: Ensino Superior Incompleto (ESI); Ensino Superior Completo (ESC); Ensino médio incompleto (EMI); Ensino Médio Completo (EMC); Ensino Fundamental Incompleto (EFI) e Ensino Fundamental Completo (EFC).

Nossa amostra foi composta por uma maioria de participantes de cor branca (55%, n=15), católicos (41%, n=11), solteiros (70%, n=19) e que cursaram até o ensino médio (59%, n=16). Todos os participantes eram alfabetizados e três usuários e uma familiar chegaram a frequentar o ensino superior, evidência de um padrão elevado de escolaridade no grupo estudado.

A faixa etária foi compreendida entre 24 e 75 anos, com uma média encontrada de 48 anos para a totalidade dos participantes, sendo mais elevada no grupo dos familiares – 52,6.

A religião católica foi citada pelo maior número de pessoas (n=11), havendo bastante diversidade para essa variável, incluindo participantes que se denominaram: sem religião (n=6), protestantes (n=5), espíritas (n=2), judeu (n=1), cristão (n=1) e messiânico (n=1).

O predomínio de pessoas solteiras foi mais pronunciado no grupo de usuários, 77%, enquanto no grupo de familiares participaram 40% de pessoas solteiras (n=2), 40% casadas (n=2) e 20% viúvas (n=1).

Na cor da pele, o grupo de familiares foi composto de 80% brancos (n=4) e 20% pretos (n=1). No grupo de usuários 50% eram brancos (n=11) e 50% tinham pele preta (n=6) ou parda (n=5).

Sobre o parentesco das familiares que participaram da pesquisa foram duas mães, duas irmãs e uma filha, demonstrando a maior participação de mulheres como referência de cuidado no contexto familiar.

5.2. Sobre os grupos focais

Foram realizados três grupos focais para a coleta de dados desse estudo, ocorridos entre janeiro e abril de 2017 (GF1, GF2 e GF3). O primeiro grupo teve duração de noventa minutos, contando com cinco participantes, no segundo participaram dois usuários, com duração de trinta minutos e no terceiro foram quatro participantes e duração de oitenta minutos.

A ideia inicial era testar o roteiro em grupos piloto e realizar modificações nas perguntas disparadoras, de acordo com alguma dificuldade que encontrássemos relacionada ao entendimento da questão, à produção incipiente de narrativas ou à fuga dos objetivos do estudo. Entretanto, devido à riqueza do conteúdo gerado nos encontros, resolvemos utilizar todo o material obtido nos três grupos realizados com os diferentes roteiros, sem distinção entre os três grupos focais. Nos dois primeiros grupos, convidamos usuários que estavam presentes no serviço no momento que reservamos para a atividade. Para o segundo grupo focal, foi problematizado entre as pesquisadoras se seria válido realiza-lo mediante a presença de poucos usuários no serviço, com apenas duas aceitações em participar entre aqueles que se enquadraram nos critérios do estudo. Porém, decidimos por seguir com a programação e fazer o grupo focal no intuito de avaliar a aplicação do nosso roteiro.

Para o último grupo focal, foram convidados cinco usuários com antecedência de uma semana entre a realização do convite e o dia que aconteceu a atividade. Em todos os convites realizados, a pesquisadora falou a respeito do estudo em questão, realizou a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido enfatizando a garantia do sigilo das informações obtidas e coletou a assinatura dos participantes. Na véspera do dia combinado para o terceiro grupo focal, os usuários foram contatados por telefone para confirmar a presença, com exceção de um deles, com o qual não conseguimos realizar o contato telefônico e não compareceu ao grupo focal.

Iniciamos os grupos focais falando sobre a proposta da pesquisa, seus objetivos, a metodologia de realização da atividade, a necessidade de uso do gravador de áudio para registro do material produzido, a existência de um roteiro de questões para conduzir o debate e a possibilidade de falarmos sobre outros

assuntos que fossem do interesse dos participantes. Foram explicadas as razões para a presença de três convidados observadores e a importância deles para contribuir com a pesquisa em questão, situação que foi bem compreendida e aceita pelos usuários.

Todos os participantes dos grupos se conheciam previamente, os grupos ocorreram de forma fluida, a interação entre as falas aconteceu de modo natural e não foram percebidas pelos observadores hesitações ou constrangimentos para que as respostas ocorressem. A condução foi compartilhada pelas pesquisadoras de acordo com as demandas que foram se apresentando e o roteiro conseguiu atender à sua função, sendo flexível e norteando o debate, sem impossibilitar que outros interesses emergissem e fossem abordados. Os participantes se dirigiram a ambas pesquisadoras durante os grupos e demonstravam estarem familiarizados com a proposta da atividade e com o local onde ela ocorreu.

Apesar de ter sido enfatizado na apresentação inicial que a atividade não se configurava em um grupo de medicação do qual os usuários participam em seu tratamento, os grupos focais pareceram ter sido experimentados ainda como um espaço similar ao grupo de medicação.

Alguns aspectos parecem ter contribuído para que esses dois tipos diferentes de grupos se sobrepusessem: o espaço físico onde ocorreu o grupo focal foi o mesmo onde ocorrem os grupos de medicação e a condução foi realizada pelas pesquisadoras que também já conduziram grupos de medicação com os usuários participantes da pesquisa.

Algumas falas foram semelhantes às que costumam ser feitas nos grupos de medicação sobre a história de adoecimento, tratamentos prévio e atual (*“passei um mês lá e a psiquiatra de lá me chamou e meus familiares e disse, oh vou encaminha-la pro CAPS mais próximo pra ela fazer tratamento”*) (*“Ela disse: olha, eu vou encaminhar pro CAPS UERJ, lá pro centro de terapia, lá tem terapias pra ele e ele vai conseguir se sentir bem. Eu não queria de jeito nenhum, eu não queria vir pro CAPS, (...) mas com o passar do tempo eu fui gostando.”*) e ocorreram também solicitações de mudanças em suas medicações (*“Eu tô com a intenção hoje de mudar minha medicação pra dormir”*). Este fenômeno foi observado em todos os grupos focais realizados.

A gravação dos áudios dos grupos focais foram transcritas em sua totalidade para possibilitar a análise do material produzido. Após os grupos, os três observadores e as duas moderadores se reuniram para um debate de compartilhamento das impressões sobre a atividade, norteando a direção do trabalho a ser feito a partir dos dados coletados. Nos dois primeiros momentos, foram realizadas modificações no roteiro utilizado.

Mesmo no terceiro grupo focal percebemos que outras alterações poderiam ser feitas no roteiro e na condução do grupo na tentativa de encontrarmos narrativas mais alinhadas aos objetivos do estudo. Entretanto, a própria dinâmica do grupo nos direcionou ao entendimento de que sempre haveria mais a buscar, pois cada grupo teve sua forma de reagir aos questionamentos do roteiro, não havendo como produzir uma padronização da maneira de narrar as experiências.

Nossos roteiros, mesmo com as revisões feitas a cada grupo, funcionaram como um guia aberto onde algumas perguntas não foram realizadas e a sequência de questões não foi linear por surgirem falas entrelaçadas de temáticas distintas. Optamos por tentar acolher todas as narrativas, voltando ao roteiro no intuito de compreender melhor as falas e conectá-las aos nossos objetivos de investigação. Partindo dessas percepções, decidimos utilizar o material obtido nos três grupos focais e trazer a discussão daquilo que o roteiro e a nossa compreensão deram conta de alcançar, bem como das limitações pertinentes ao nosso interesse pela singularidade das narrativas, as quais estiveram presentes nessa pesquisa.

5.3. Apresentação e discussão das narrativas – Análise de conteúdo

As narrativas que serão discutidas nesse estudo foram obtidas em três grupos focais e dois grupos de medicação. Dividimos a temática de interesse nas seguintes categorias, as quais emergiram do próprio roteiro utilizado e da observação do material obtido na coleta de dados:

- 1) Experiência da participação em grupos de medicação;
- 2) Uso e manejo da medicação;
- 3) Relação terapêutica e compartilhamento do cuidado;
- 4) Experiência de adoecimento e diagnóstico;

- 5) Negociando a medicação;
- 6) O grupo de medicação e o cuidado no CAPS;
- 7) Outras atividades com potencial terapêutico.

Partindo de diversas leituras para a exploração de todo o material coletado transcrito, foram identificadas as falas considerados mais pertinentes aos objetivos desse estudo as quais foram destacadas da totalidade da transcrição, marcadas em diferentes cores a partir das categorias utilizadas e copiadas para uma tabela de análise. Desse modo, cada um desses tópicos foi composto por narrativas realizadas durante grupos de medicação e grupos focais as quais foram reunidas para organizar os resultados encontrados. Após a categorização do material e agrupamento por aproximação temática dos trechos selecionados, iniciamos o tratamento dos resultados e a interpretação dos dados coletados, alinhada aos interesses dessa pesquisa.

5.3.1. Experiência de participação em grupos de medicação

As perguntas iniciais do roteiro foram direcionadas à experiência de participar do grupo de medicação:

“Como você se sente em falar o que se passa com você e ouvir o que se passa com os outros no grupo?”

“Quando vocês falam no grupo, como isso é recebido?”

Ao falar sobre o grupo de medicação, comparando-o com o atendimento em particular, a atividade é vista por um dos participantes como melhor em relação ao problema da mente e psicológico.

U4/ GF3 – Eu acho que o grupo de medicação é uma coisa mais válida e melhor que uma consulta particular às vezes, com relação ao problema da gente da mente e até psicológico. Porque no grupo de medicação a gente pode ouvir outras pessoas e opinar, saber também e conhecer as pessoas, que, às vezes, o nosso problema também é menos grave, é melhor que o problema da outra pessoa, a gente pode se ajudar mutuamente em grupo, pode conversar, pode interagir, ouvir e falar o que a gente está sentindo.

Embora esse participante não tenha explicitado o que descrevia como “problema da mente”, nem os seus pontos em comum e diferenças em relação ao que chamou de “problema psicológico”, e isso não tenha sido explorado pelo pesquisadores, ficou claro que o grupo de medicação tem um maior alcance que a consulta porque possibilita aos participantes:

- a) Ouvir o problema de outros e opinar,
- b) Saber – aprender sobre o seu problema – e conhecer pessoas,
- c) Comparar o seu problema com o de outros e tirar conclusões sobre sua gravidade a partir dessa comparação com o que é vivido pelos outros,
- d) Ajudar-se mutuamente em grupo,
- e) Conversar, interagir, falar o que está sentindo.

O mesmo usuário, ao seguir narrando a sua experiência no grupo, nos permite conhecer que outras oportunidades esta atividade lhe proporciona:

U4/ GM1: No espaço aqui do grupo os pacientes tem e sempre terão oportunidade de falar do estado de saúde, trocando ideia, conversando com o psiquiatra e com as outras pessoas que estão também aqui trabalhando (...) é um grupo pra gente ficar consciente do nosso estado, do que a gente tá sentindo, e aí a gente vai trocando ideia, trocando experiência do nosso estado, a gente vai, aos poucos, se sentindo bem.

Neste fragmento, o processo de conversar entre pares, com o psiquiatra e com outros profissionais, a possibilidade de falar de seu estado de saúde e troca de ideias e experiências aparecem como recursos que concorrem para que a tomada de consciência sobre o seu estado e consciência sobre o que sente, produzindo gradativamente uma sensação de bem-estar.

Outra ação reconhecida pelos participantes como realizada durante os grupos além de “conversar” foi “desabafar”, também relacionada a sentir-se bem.

U7/ GF1 – Eu me sinto bem, eu sinto que estou desabafando e falando para os meus amigos.

U10/ GF1 – Pra mim eu estou desabafando também.

Segundo o dicionário Aurélio (2010) podemos atribuir como significados para a palavra “desabafo”:

- Exteriorização de pensamentos ou sentimentos íntimos, penosos ou reprimidos;
- Expressão espontânea e franca de uma ideia ou emoção;
- Estado do que não está abafado;
- Desafogo, alívio.

Essa possibilidade de exteriorização de ideias e emoções pessoais parece ser proporcionada pela identidade que o grupo constrói e amiza entre os usuários participantes, os quais convivem em outros espaços terapêuticos ofertados no CAPS e no cotidiano do serviço. Não foi explorado pelos pesquisadores as possíveis diferenças entre “conversar” e “desabafar”, mas as pistas sugeridas pelas narrativas indicam que a conversa produz consciência, de seu estado e de seus sentimentos, e o desabafo, promove o alívio, o desafogo de algo que penoso. As duas ações se revelam assim importantes para a produção do bem estar.

O grupo de medicação foi experimentado também como espaço de aprendizado. Um aprendizado que se realiza tanto pela aquisição de informações – no fragmento abaixo, o participante refere a aquisição de informação sobre os medicamentos– quanto de modo horizontal, em que se aprende e se ensina, a partir das troca de experiências vividas e conhecimentos adquiridos:

U4/ GF3 – [...] acho que em grupo a gente consegue dividir, aprender, colaborar, ensinar um pouco, ouvir as pessoas também.

U3/ GF3 – Eu aprendi algumas coisas, por exemplo, eu não sabia, eu achava que um Fenegan® só pra mim, uma medicação chamada Fenegan® um antihistamínico, que é para enjoo né um Fenegan® só, para mim já é péssimo, me deixa com a voz fraca e cambaleante, mas tem um xará meu, toma três Fenegan®, voz forte, fica ótimo, tem muita diferença de organismo para organismo, um se dá bem e o outro pode não se dar bem com a mesma medicação, eu me sinto bem em falar. [...] Aí eu vi, verifiquei que isso depende de organismo pra organismo a medicação, depende da dieta também...”

Dividir, aprender, colaborar e ensinar são citadas como características positivas dos grupos. Em sua narrativa, o participante expressa um aspecto do grupo de medicação não abordado diretamente no roteiro: a possibilidade de

compartilhamento dos saberes nessa circulação de falas entre todos os participantes, gerando aprendizados múltiplos e transversais, numa relação onde todos podem ensinar e também aprender, a partir de seus saberes técnicos ou experienciais. Conhecer a vivência de alguém bem adaptado com determinada medicação que o usuário considerava “péssima” para ele, trouxe-lhe uma verificação direta dos diferentes efeitos que um mesmo remédio pode causar em diferentes organismos.

Outra forma de aprendizado que foi evidenciada pode se dar através do debate de temas que são trazidos pelos usuários ao grupo:

U9/ GF1 – [...] se eu disser que uma determinada medicação tá me causando tonteira, se eu trazer isso pro grupo isso vai ser debatido.
 P2 – E esse debate serve pra que pra senhora?
 U9/ GF1 – Serve pra eu me esclarecer sobre aquele assunto né?

As narrativas a seguir dizem respeito a pergunta sobre como o que falam é recebido no grupo:

U2/ GF3 – Cada um escutava também. Acho que [...] as pessoas ficam ouvindo e tirando suas conclusões.
 U9 / GF1 – Eu acho que é recebida a contento, [...] de acordo com minhas expectativas.
 P.E – E quais são suas expectativas?
 U9 / GF1 – De cura, né? Sempre é cura. [...] Expectativa de melhora, dentro do quadro que a gente vive. [...]
 U7/ GF1 – É, tá tomando remédio na hora certa, o remédio certo, e a cura também né? Que se a pessoa tiver fé, a pessoa fica curada.

A pessoa inicia sua narrativa expressando que a receptividade do grupo às suas falas correspondia às suas expectativas. Quando questionada sobre quais seriam estas expectativas e responde “de cura”, utiliza um conceito de cura ressignificado, associado à percepção de melhora “dentro do quadro vivido”, relativizando assim a ideia de cura como alcance de um estado ideal, abstrato e desconectado da história pessoal. Outro participante também conecta sua expectativa de cura ao uso de remédios certos, na hora certa. Todavia, ampara sua expectativa de alcançar a cura através do uso do medicamento na fé, e não apenas no exclusivo efeito dos medicamentos sobre o organismo. O medicamento, assim, ganha uma outra dimensão, a sua dimensão simbólica.

Alguns participantes falaram do grupo de medicação como um espaço

inédito e que atribuía valor ao tratamento que lhes era dispensado:

U4/ GF3 – [...] A proposta é uma coisa inédita, nova, diferente, que tá acontecendo em relação a mim e aos pacientes aqui do CAPS. (...) Eu nunca tive um grupo de medicação, que falasse de psiquiatria.

U10/ GF1 – Ninguém tem um atendimento desses, isso é uma exclusividade [...] Lugar nenhum tem esse tipo de atendimento, rápido, essa conversação, a entrega das receitas como ela procede, agora ela vai fazer mestrado e vai se aprimorar mais.

A utilização da atividade em grupo como ferramenta de trabalho para a psiquiatria não aparece com frequência na prática nem relatada na literatura. No contexto brasileiro, não encontramos publicações que discorram sobre experiências semelhantes vividas pelo profissional médico no contexto da equipe multidisciplinar em que houvesse a negociação da prescrição medicamentosa a partir do debate em grupo, com fornecimento de receitas aos usuários no final da atividade.

Outro aspecto referido no fragmento acima e nos fragmentos a seguir é o tempo/ rapidez do atendimento em grupo:

U10/ GF1 – Eu acho mais eficiente [o grupo de medicação] [...] Porque acho que resolve mais rapidamente, consegue as receitas, consegue a manipulação da farmácia, entendeu? Então é muito útil essa vinda aqui.

U4/ GM1 – [...] Tá ajudando, é uma coisa diferente e tá ajudando bastante[...]. Tem mais tempo para nos avaliar, para saber o que está se passando no grupo é melhor porque a senhora tem oportunidade de ver todos ao mesmo tempo, a vantagem é essa.

Contra-pondo-se ao tempo ofertado a cada usuário em consulta individual, a duração do grupo é maior e variava entre uma e duas horas, a depender do número de participantes e das demandas apresentadas, incluindo a realização das prescrições ao final. A rapidez, então, citada mais de uma vez, provavelmente não se referia ao tempo de duração de cada grupo. Considerando isso entendemos que a rapidez dizia respeito a agenda de marcações para o grupo. Havia um agendamento prévio para os grupos realizados ao longo da semana, mas era franqueado a todos os usuários do CAPS frequentar qualquer grupo, de acordo com sua necessidade, sem que o agendamento prévio fosse exigido. Essa possibilidade também era oferecida para aqueles que perdessem

o dia de seu grupo, previamente agendado. Essas pessoas poderiam participar do grupo que acontecia no dia em que retornassem ao serviço, desde que os limites quantitativos de pessoas para o bom andamento do grupo – máximo de quinze participantes – não fossem desrespeitados. A possibilidade de obter receitas, sem maiores barreiras e com agilidade, é destacada como um ponto positivo da participação nos grupos.

Além da vantagem de otimização de tempo, importante no contexto em que a grande demanda de atendimentos médicos é vivida pelo usuário como mais uma barreira para acessar o cuidado, nota-se que a interação entre os participantes, o compartilhamento de ideias, opiniões e experiências, que favorecem outros olhares sobre a experiência de adoecimento e tratamento – aspectos diretamente ligados ao atendimento grupal – contribuem para uma avaliação positiva dessa modalidade de atendimento. Um participante também destaca a vantagem que supõe existir para o médico: mais tempo para avaliar cada paciente, já que o grupo tem duração maior que uma consulta, e a possibilidade de ver várias pacientes ao mesmo tempo.

A facilidade para falar em grupo não está presente em todos os participantes. É perceptível que alguns se expressam mais intensamente e outros são mais reservados durante os grupos. Porém, para os menos expressivos, escutar também aparece como ação que possibilita aprendizado e tem caráter terapêutico.

U4/ GrM1: Às vezes não tem tanta necessidade de falar, é para ouvir um pouco mais e aprender.

U5/ GF2 – É bom. Eu sou convidada a falar [durante o grupo] mas não gosto muito de falar não.

U8/ GF1 – [...] o meu problema com remédio eu sempre falei com a dra Carla, individual, às vezes a gente tava em grupo e falava depois que acabava o grupo [...] Então, eu gosto pra falar alguma coisa se me perguntam, e pra escutar, é bom por isso.

Sobre os limites do grupo de medicação para abordagem médica, alguns aspectos foram sublinhados:

U1/ GF3 – Eu acho que individual, a gente fala mais coisa, conta passagens, que a gente não fala no grupo, eu sou assim.

U4/ GF3 – [...] Eu acho que individualmente, é, a gente pode falar outras coisas que às vezes a gente não quer falar em grupo.

U12/ GrM1: Não, eu não gosto de ficar no grupo não. [...] a gente conversa sozinho depois... Acho melhor, aqui é chatão, eles ficam falando besteira.

Entre essas limitações fica evidenciado que algumas situações e temáticas são entendidas como impróprias para serem conversadas em coletividade. Nesses casos, se faz necessária a oferta de atendimento médico individual, mesmo com a participação nos grupos. Algumas vezes, a resistência inicial em falar sobre algumas temáticas foi superada quando o participante se deparava com a exposição, por outras pessoas, de vivências similares às suas.

A participação nos grupos de medicação não era bem aceita por todos os usuários. Esse participante que expressou o seu desinteresse pelo grupo de medicação, deixou a atividade logo após o seu início. A sua preferência por atendimento individual fica clara e justificada pela qualificação do grupo como chato e espaço onde outros usuários falam besteiras. O compartilhamento de experiências não é vivido positivamente por todos. A proposta de falar em grupo e ouvir os outros participantes falarem sobre suas questões, seu adoecimento e tratamento pode remeter o usuário a pontos negativos de suas próprias experiências ou a proposta da atividade grupal pode ser considerada desagradável e não atrativa para algumas pessoas. Apesar de convidar e estimular todos os usuários a frequentarem o grupo de medicação, esse espaço não era obrigatório. Outras estratégias para atendimento médico no serviço eram oferecidas porque reconhecia-se que cada uma delas tem os seus limites e alcances.

Em outra narrativa, o grupo de medicação é apresentado como uma atividade que pode tornar-se repetitiva. O usuário aponta um risco que deve ser considerado pelos profissionais em atividades coletivas:

U2/ GF3 – Também quando você tá numa oficina que começa a se repetir, coisas que você já viu, a tua vontade é de fugir, a minha vontade é de fugir. O que eu estou fazendo aqui? Tomando remédio, mas se eu não prestar atenção estou arriscado a ficar intoxicado...

P2 – Você acha que isso acontece no grupo de medicação?

U2/ GF3 – Acho, acho.

P2 – Explica melhor

U2/ GF3 – Porque é muita gente pra pouca gente tomando conta dos doentes. Essa doença é uma doença muito perigosa, porque ela

suscita, quando não medicada adequadamente ainda, a pessoa fica transtornada e eu acho que tem pouco médico pra muita gente doente.

A que repetição o usuário se refere? Quando convidado a explicar melhor seu pensamento sobre oficinas, que ele toma como similar ao grupo de medicação, o usuário refere que a doença mental, se medicada inadequadamente, produz mal-estar intenso. Sublinha ainda que medicar atentamente exige que a prescrição seja feita com tempo. A repetição de um mesmo esquema medicamentoso, sem discussão e sem levar em conta a experiência do usuário com o uso do medicamento, é prática médica usual, embora o uso crônico de psicofármacos nos transtornos mentais graves seja discutível e haja recomendação explícita de se levar em conta a experiência do usuário com o fármaco na confecção das prescrições. O grupo de medicação não está necessariamente livre de tal risco.

5.3.2. Sobre o uso e o manejo da medicação

Para esse tema, nos guiamos pelas seguintes questões:

- a) Vocês sentem alguma coisa no seu corpo/ mente com o uso dos seus remédios?

[Vocês sentem efeitos positivos do remédio? Quais?

Vocês sentem efeitos negativos do remédio? Quais?

Evocar experiências dos efeitos no corpo e na vida]

- b) Como você toma seus remédios?

[Usa todo dia? / Alguém te ajuda a tomar? / Sempre? / Você acha positiva essa ajuda? / Sempre foi assim?]

- c) Como você reconhece seus remédios? Para que serve cada um deles?

As narrativas sobre efeitos do uso dos medicamentos, relacionam suas ações ao sono e apetite, ao ouvir vozes e a seu efeito calmante e a possibilidade de sua ação sofrer também o reflexo de outras atividades:

U22/ GrM2 – o remédio, ele serve pra, cada um tem um tipo de doença, um é esquizofrênico, o outro é bipolar, (...) cada um tem um sintoma diferente, esses remédios, ele funciona em certos tipos de pessoa,

como aqui, por exemplo, pessoa que não dorme, pessoas que não se alimentam, que às vezes, tem remédio que dá fome pra caramba, tem remédio que não te tira a fome, mas te deixa meio assim com ansiedade, né, de ver as coisa acontecer, às vezes a pessoa tá até bem mas às vezes toma um remédio e já fica já serena [...] sonolento, meio assim, meio lento... aí de vez em quando dá uma preguiça, não consigo levantar, entendeu?

U19/ GrM2 – É porque acalma.

U20/ GrM2 – Eu acho que a reação dele é essa mesma, de acalmar. [...]

U19/ GrM2 – De acalmar. Tem muita gente que vem pro hospital fazer exame de sistema nervoso, que trabalha fora e tudo...

U1/ GF3 – Embora eu não seja de tomar remédio, me fazem bem.

P2 – Fazem o que? Que bem que eles fazem?

U1/ GF3 – Me acalma.

U4/ GF3 – Deixa eu dormir melhor.

U2/ GF3 – É induzido né.

P2 – Você sabe qual remédio te acalma, dos que você toma?

U1/ GF3 – Eu acho que é o Risperidona. De um miligrama. Agora, caminhada tem feito muito bem. Porque eu parei e deu uma insônia insuportável.

A noção de calma e relaxamento, relacionada ao uso de medicação, também é indicada no fragmento abaixo. A participante sublinha que sob seu efeito sente-se “boazinha”, “calminha”, tem reduzida a sensação de estar “atacada” – estado em que xinga, briga, agride – e ampliada a sua capacidade de não responder as provocações que sofre de familiares e de não ficar dominada nem por uma cabeça que só pensa nisso, nem pela vontade de agredir fisicamente os outros.

U5/GF2 – Remédio é bom [...] se eu não ficar com ele eu fico aqui atacada, eu começo a xingar a minha tia, começo a brigar com ela. [...] Aí eu tomo e fico calminha. Aí eu não brigo mais com minha tia. Aí minha tia fica querendo discutir comigo, aí eu não dou bola, aí eu não discuto com ela não. [...] eu tomo e fico boazinha, se não tomo fico atacada.

P2 – Quando você tá atacada você sente o que?

U5/GF2 – Eu fico querendo brigar com uma pessoa e não pode brigar. E eu fico louca pra dar um soco e na minha cabeça não sai isso. [...] Aí vou, tomo um remédio e fico quietinha. Aí passa.

Um outro participante associa os efeitos do medicamento àqueles que experienciam ambientes religiosos e descreve uma cabeça relaxada como a percepção de “um silêncio em sua cabeça”.

U6/ GF2 – O remédio me ajuda bem, [...] vai relaxando minha cabeça aí eu não penso em nada não, eu não vejo nada não, é que nem na

igreja, quando eu vou ouvir a palavra eu vou na igreja, na igreja eu não vejo nada.

P2 – Quer dizer que o remédio tem o mesmo efeito da igreja?

U6/ GF2 – Tem, o remédio tem o mesmo efeito da igreja. [...] Dá um silêncio na minha cabeça.

Sobre a influência dos medicamentos sobre o comportamento e seus efeitos sobre a interação social dos usuários e familiares fazem relatos semelhantes durante os grupos:

P2 – Você acha que os remédios te trouxeram algum efeito positivo?

U9/ GF1 – Facilita a socialização.

U8/ GF1 – Evitar crise, eu estava em crise, aumentou e eu fiquei bem.

[...]

P2 – Que crise você tem?

U8/ GF1 – Essa última, é que eu não podia ficar com minha mãe, eu estava pensando em agredir, maltratar ela novamente, e aí eu não tinha condição de ficar com eles lá, eu estava em crise, eu tinha que ir embora dali e eu tive que ir embora, para não agredir ela de novo.

U10/ GF1 – Ah, eu desenvolvi muito!

P.E – E você acha que isso foi por causa dos remédios?

U10/ GF1 – Sem os remédios eu não conseguiria.

P2 – Você estava falando que os remédios ajudaram na sua socialização, pode falar um pouquinho mais disso?

U9/ GF1 – Atingi uma calma que eu não tinha.

F4/ GrM2 – [...] mas a medicação deixou ela uma pessoa muito sociável, o que antes não existia, ela não tinha vida de ser humano antes. [...] Ficava o dia inteiro na rua gritando e sendo judiada pelas pessoas [...] gritava na rua à noite inteira, aí tacava ovo, água nela, [...] ela também pegava ônibus e ia pra outros estados, ia pra outro lugar sem rumo [...] agora não, agora ela tá vivendo socialmente, cuida da família, hoje em dia ela tá perfeita, [...] o remédio regularizou ela, passou a viver socialmente, sem o remédio ela era outra pessoa.

O efeito positivo dos medicamentos é experimentado em âmbitos diferentes da vida:

- a) Sobre a socialização, que se torna mais fácil, porque produz calma citada como condição para tal;
- b) Sobre comportamento agressivo que compromete e limita a convivência e caracteriza crise;
- c) Permitindo que a pessoa se desenvolva/ se torne uma pessoa melhor.

A ideia de acalmar aparece também associada à remoção da ansiedade e consequente indução do sono:

U19/ GrM2 – E toma o ... [...] como é que chama aquele? Clonazepam é pra, é porque...

U22/ GrM2 – Clonazepam é pra tirar ansiedade.

U19/ GrM2 – Ansiedade, aí você acalma, você dorme, que é pra tomar de noite né? [...] Fica quieto na cama que aí vai vir o sono.

Seguindo nas narrativas sobre os efeitos dos medicamentos sobre o sono:

U3/ GrM1: Em falar em dormir muito, eu andei tomando um remédio, eu estava reclamando que não estava dormindo nada, mas tive uma experiência boa, aí eu comecei a tomar o remédio, chamado Levozine®. Aí eu comecei a dormi 16h, 14h é um exagero né? Aí eu voltei a tomar a medicação anterior, tomava Melleril® 200 mg para dormir à noite, aí falei com o porteiro e ele disse: Você tem que tomar o remédio e esperar um pouco para pegar no sono. Porque eu tomava o remédio e ia pra cama, passa 10, 15 minutos queria ir pra rua, pegava ônibus (...) pedi para minha mãe trancar a porta para eu não sair, depois eu mesmo dormiria, ficava alegre quando estava bocejando, pois era sinal que eu iria pegar no sono. Aí há mais de sete dias para cá que eu não saio à noite e durmo com minha dosagem antiga de medicação, sem tomar mais o Levozine®.

A dificuldade para dormir e a sua melhora com o uso da medicação aparece como efeito importante, algo concreto a ser compartilhado. Durante o grupo sugestões aparecem, ou mesmo em situações do cotidiano. Remédios, receitas e formas de agir capazes de assegurar o sono são indicados e compartilhados. Ao compartilharem métodos como potencialmente eficazes para todos em relação à insônia, a ansiedade pode ocorrer se a ação sugerida não funciona como esperado.

O tempo de início de ação do medicamento em relação às questões do sono também apareceu como um fator pertinente a ser observado em relação às dificuldades para dormir, já que alguns usuários fazem uso da medicação e logo em seguida já esperam o efeito sedativo ou queixam-se de sentirem-se sonolentos após despertarem, havendo uma duração do medicamento mais prolongada que suas expectativas. Essas interrogações provenientes do pouco conhecimento a respeito das características dos medicamentos, a inquietação em não saber quanto se deve esperar para o início dos efeitos dos remédios, quais efeitos podem ser encontrados com o uso de cada medicação e o tempo de permanência da ação deles muitas vezes causam mais incômodo aos usuários que seus próprios sintomas.

Percebemos aqui que os usuários se ressentem quando o foco da prescrição do medicamento se restringe ao propósito de redução dos sintomas. Eles explicitam a necessidade de maior conhecimento sobre outros prováveis efeitos dos fármacos que utilizam, sobre início e tempo de ação, tempo de uso,

etc. O interesse do usuário envolve aspectos que dizem respeito tanto ao manejo dos sintomas quanto ao manejo do próprio tratamento medicamentoso. Buscam uma melhor compreensão de seu tratamento e de como lidar com ele, o que implica levar em conta as sensações que decorrem do seu uso ou o que a ele atribuem.

Ainda sobre dificuldades no sono, aspectos ligados a hábitos de vida foram referidos como prejudiciais, bem como estratégias não medicamentosas foram citadas e compartilhadas como relevantes:

U2/ GF3 – O que eu fazia, eu levantava e ia assistir um programa tipo o canal quarenta e ficava assistindo aqueles noticiários todos. Depois eu pensei: como é que eu posso dormir com essa luz, essa luz me dá impressão que tá de dia, pra mim tá de noite. Largava tudo e falava eu vou dormir, aí deitava e ficava pensando, vou dormir, vou dormir, daqui a pouco tava dormindo. Então também é um exercício psicológico, de não ser só pelo remédio, o efeito também tinha de se auto dominar.

As consequências dos psicotrópicos no aumento ou diminuição de apetite e da massa corporal foram sinalizadas, demonstradas também através do incômodo pelo remédio “deixando gorda”:

F2/ GrM1 – eu acho que olanzapina que tá botando ele assim barrigudo, ele fez uma ultrassonografia e não deu nada...eu acho que ele deveria tomar uma de manhã e uma à noite, mas ele disse que não era olanzapina, era o Amplictil®... O que a senhora acha?

P1 – Alguém já passou por alguma coisa semelhante? Alguma mudança de peso que acha que foi do remédio?

U3/ GrM1 – Remédio psiquiátrico engorda, dá fome e engorda.

U13/ GrM1 – Eu também acho.

U3/ GrM1: – O bom é fazer ginástica e não tomar refrigerante.

F1/ GrM1 – Tem algum medicamento que corta o apetite? Porque [cita o nome do usuário] é assim, não come, não tem apetite.

U3/ GrM1 – A maioria aumenta.

U4/ GrM1 – Às vezes também pode ser o caso clínico da pessoa de repente, não é uma questão mental só, pode ser o quadro clínico da pessoa. Eu, por exemplo, estou magro assim por conta de um problema de endocrinologia.

P1 – [...] o remédio está te incomodando em alguma coisa?

U15/ GrM1 – Está me deixando gorda.

Os efeitos da medicação em relação ao peso e à distribuição de gordura corporal, expressados aqui com a palavra “barrigudo”, são percebidos por essa familiar como efeito da olanzapina e da clorpromazina. A possível diminuição na dose de um dos remédios se apresentou como sugestão em um contexto anterior

para contornar o aumento de peso, entretanto foi informado que a causa daquele efeito não seria relacionada ao medicamento sob suspeita.

Ao estimularmos a circulação da palavra no grupo, nos deparamos com a generalização de que “remédio psiquiátrico engorda, dá fome e engorda” a qual é contestada por outro participante ao perguntar se algum remédio pode cortar o apetite, partindo da observação de que seu familiar não se alimenta bem e não tem fome, fazendo uso regular de medicações.

Nesse momento, também são questionadas outras alternativas sobre o tema e relacionadas a comprometimento na saúde física, nomeados aqui como “caso clínico da pessoa” e colocadas à parte das questões mentais. Esse fragmento, extraído de um grupo de medicação, mostra também a estratégia utilizada para não responder imediatamente às interrogações direcionadas, mantendo o cuidado de encorajar as pessoas a explicitarem e compartilharem os conhecimentos que adquiriram com a experiência, sem julgamentos, nem preponderância de um tipo de saber sobre outros.

A ansiedade também é citada, por causa da preocupação e estresse experimentados quando presente, como fator a ser levado em consideração dentre as prováveis causas do ganho de peso:

U4 / GrM1 – [...] tenho quadro de ansiedade desde 1995 [...] Então, a ansiedade ela pode deixar uma pessoa muito preocupada, muito assim estressada né, e isso talvez pode engordar, talvez pode alterar o aspecto físico da pessoa de engordar e emagrecer.

A respeito da escuta de vozes e o uso de medicamentos:

P1 - Alguém percebe alguma mudança depois que começou a tomar a medicação?

U20/ GrM2 - Eu percebo. [...] Percebo que eu antes de tomar a medicação eu ficava pensando coisas que, que não existia, e escutava vozes. Pensava coisas que, que iam invadir minha casa e iam me atacar lá [...] Escutava vozes, só que as vozes é, não dava pra saber o que tava falando não. Era tipo um sussurro assim, mas nada disso era imaginação não, era tipo, descontrole, da cabeça. Aí depois que eu passei a tomar a medicação, aí melhorou bastante.

[...]

P1 – Qual remédio que você tá tomando [...]?

U20/ GrM2 - Olanzapina.

P1 – Você acha que você se adaptou com o Olanzapina?

U20/ GrM2 – Acho sim, porque também eu ficava gritando também. [...]

Eu ficava gritando assim "A AAAAA", doido da cabeça, né?

P1 – E agora, como que tá?

U20/ GrM2 – Agora eu só escuto vozes só, mas não é muito não.
 U19/ GrM2 – Mas também nem liga, liga? Cê liga pra voz? Agora?
 U20/ GrM2 – Não escuto mais... não dá pra saber o que tá falando não.
 U19/ GrM2 – Ahh, então, que também você não liga mais. É o jeito não ligar. [...] O remédio deixa a gente sem escutar. E a gente não liga quando tá tomando remédio, aquelas vozes, mas você sabe que a voz tem um negócio, a gente não pode com ele não. Você vai atravessar a rua, você escuta voz, aí você vê que é pra você tomar atenção. Você não tem raiva. [...] É triste falar isso pros outros. Os outros diz que é maluco né? Mas tem vezes que a voz não é ruim não. [...] Às vezes é bom, quando a gente tá distraído, que aí, a voz às vezes não é ruim não, é boa.

Apesar da associação entre o medicamento a um maior controle sintomático, principalmente sobre ouvir vozes, essa vivência pode não ser totalmente eliminada. Apesar do participante expressar que o remédio deixa sem escutar as vozes, logo em seguida fala que a voz tem um negócio que “a gente não pode com ele não”. A possibilidade de não ligar para as vozes quando se está tomando o remédio aparece aqui acompanhada também de uma maneira mais positiva encontrada pelo usuário para lidar com essa experiência. O pressuposto presente em nossa cultura de que quem ouve vozes é “maluco” pode inibir a pessoa a falar mais sobre sua experiência sobre concepções próprias sobre o fenômeno e significados para esse sintoma em seu cotidiano, como exemplificado na utilidade da voz alertar sobre a ausência de atenção no momento de atravessar a rua.

Em estudo no qual discute a experiência de ouvir vozes, Muñoz e colaboradores (2011) discorrem sobre a tendência existente no universo da pesquisa científica de utilizar relatos pessoais como mera ilustração da teoria. Essa abordagem tende a excluir o ponto de vista dos usuários e a jogar pouca luz sobre a elaboração e o planejamento de estratégias pessoais utilizadas por eles para tornar sua rotina menos penosa através do uso de recursos alternativos que se revelam mais eficientes para encarar as consequências e implicações de seu adoecimento. Na prática, observam-se estratégias espontâneas e originais no convívio com a psicose e seus fenômenos, sendo imprescindível para um tratamento bem sucedido a atenção a essas soluções personalizadas de relação com o mundo e os obstáculos com os quais se deparam, pontos fundamentais para a oferta de um cuidado mais personalizado (MUÑOZ et al., 2011).

P2 – O que que ele [o remédio] faz na sua cabeça?
 U6/ GF2 – Ele faz as pessoas, ele bota as pessoas pra ouvir vozes.
 P2 – O remédio? Você ouve mais vozes com o remédio?
 U6/ GF2 – Eu vejo mais vozes. [...] Quando eu tomo o remédio eu vejo

mais vozes.

P2 – Como é que é isso? Conta pra gente.

U6/ GF2 – Quando eu tomo o remédio, eu vejo vozes falando de mim.

[...]

P2 – E quando você toma remédio, o que acontece com essas vozes que você vê falando de você?

U6/ GF2 – As pessoas querem me matar, por causa de riqueza, acho que é por causa de dinheiro.

Narrativas experienciais que atribuem aos medicamentos a piora do fenômeno de audição de vozes ou mesmo os tomam como causa não são raras na clínica. O relato desse participante de que os remédios intensificaram as vozes pode ser compreendido por algumas hipóteses, dentre elas:

a) a manutenção dessa vivência quando há forte expectativa, por parte do paciente, de sua interrupção com o tratamento medicamentoso;

b) a percepção mais nítida do fenômeno das vozes, decorrente da vivência de uma mente menos “barulhenta”, mais calma, em que a maior clareza perceptiva de fenômenos previamente existentes garantem a sua melhor observação e descrição.

Em outra narrativa citada, esse participante fala sobre a medicação como produtora de um “silêncio na cabeça”. Ele também nos lembra que fenômenos descritos como sintomas de uma doença não serão, obrigatoriamente, vividos assim pelo paciente. A experiência de adoecimento não necessariamente será descrita a partir do modelo explicativo e ou vocabulário psiquiátrico (KIRMAYER; CORIN; JARVIS, 1998; LEAL; DAHL; SERPA JR, 2014).

Quando essa coincidência não acontece é comum que se imponha a impressão de que a descrição de tais fenômenos adotada pelo paciente borra os limites entre o que consideramos causado pela doença e pelo tratamento, especialmente quando esses limites são analisados sob a perspectiva do observador.

Ouvir vozes pode ser experienciado de modo doloroso, perturbador ou mesmo desesperador. A propagação da ideia que erradicar as vozes seria a meta dos profissionais de saúde, bem como a visão social negativa sobre esse fenômeno em nossa cultura, pode favorecer o isolamento do ouvidor, tornando esse processo muito mais solitário. Apoio e acolhimento são passos valiosos para construir um cuidado mais humano e contribuir para mudar a forma como a sociedade trata essa experiência. Ampliar o conhecimento acerca das

possibilidades de resposta a essa vivência auxilia àqueles que a experimentam de forma angustiante e pouco sistematizada (MUÑOZ; et al., 2011).

Comparando medicações e as possibilidades para alterá-las:

F1/ GrM1 – Teve médico que quis alterar a medicação dele tirando a Olanzapina e colocando aquele outro remédio Leponex®. Aí alguns pacientes têm reação a Leponex®.

P1 – O Leponex® que ela está falando é a clozapina, quiseram entrar com clozapina... [...]

F1/ GrM1 – Aí quando eu soube que outros pacientes tem problemas com a clozapina eu falei pro doutor.

U13/ GrM1 – Pra mim o clozapina faz super bem!

P1 – Pra você fez bem, tem gente que não se dá bem... Alguém mais toma clozapina?

U13/ GrM1 – Eu tomo há dois anos e meio e me faz super bem, nunca mais fui internada. [...] Clozapina é bom à beça, quando eu tomava Haldol®, Risperidona eu era internada, eu fui internada nove vezes. Clozapina me faz bem à beça!

F1/ GrM1 – Mas essa medicação tem que ficar fazendo exame periodicamente, não tem?

U13/ GrM1 – Não, de três em três meses!

Saber da existência de reações secundárias à clozapina induziu essa participante a uma rejeição em trocar o medicamento de seu familiar. Pela narrativa, esse conhecimento não foi adquirido em um contexto formal de consulta nem ofertado por um profissional de referência, sendo informado por ela ao médico. O relato de uma experiência positiva com o remédio parece abrir diálogo sobre o medicamento, seus efeitos terapêuticos, colaterais e cuidados necessários para o uso.

Dois critérios foram usados para avaliar o remédio: fazer “super bem”, aspecto não explorado pelos entrevistadores, no sentido da explicitação de seus sentidos; e um outro efeito que não se deu diretamente sobre os sintomas e a ausência de internação, mas sobre o uso recorrente de determinado recurso terapêutico, que pode ter sido determinado, ou não, pelo efeito direto do medicamento sobre os sintomas. Um remédio pode ser experimentado por alguns como aquilo que determina o fim da necessidade de internação. Para alcançar uma compreensão mais clara sobre essa narrativa, seria importante aprofundar o conhecimento do que os usuários esperam do medicamento e aquilo que atribuem a ele em suas histórias. Ainda sobre as trocas de medicações:

P1 – Ela perguntou pra que serve o Risperidona, você quer falar pra ela?

U19/ GrM2 – É igual o Haldol® [...]tomo no lugar do Haldol®.

F4/ GrM2 – Que que o Haldol® faz?

U19/ GrM2 – O Haldol® é pra acalmar os nervos [...] ele que é o principal, pra acalmar o nervo, ele é tipo um calmante.

F4/ GrM2 – Então o Risperidona é mais fraco?

P1 – Que que você achou de ter mudado pra Risperidona?

U19/ GrM2 – Não achei ruim não, mas também gosto do Haldol®.

F5/ GrM2 – Ela tomava Haldol® no começo né, mas eu achei que o Haldol® deixava ela mais lerda, mais lenta, aí foi quando a gente mudou pro Risperidona, não foi?

P1 – Foi.

F5/ GrM2 – Eu mesma falei com você se não tinha como mudar isso. O Haldol® é o que eu acho que deixa mais lesado, assim, mais mole, achava ela mole, entendeu? Então ficava até preocupada. [...]

U19/ GM2 – Mas eu gosto do Haldol® também.

O antipsicótico como medicação principal, agindo para “acalmar os nervos”, segundo exposto pela participante, dialoga com trabalhos de Duarte. O autor discute uma oposição entre as categorias calma/ calmante – frequentemente empregadas para designar os efeitos de alguns recursos terapêuticos, práticas e condições de vida – e a categoria nervoso, que aludiria a uma compreensão do mental definida prioritariamente a partir do corpo, dos nervos, construção erudita, própria do conhecimento científico do século XIX sobre irritação e irritabilidade, que se vulgariza tornando-se prevalente, ainda nos dias de hoje, nas descrições que as classes populares fazem do seu sofrimento mental (DUARTE, 1988).

No trecho abaixo fica evidente que a prescrição dos medicamentos muitas vezes é realizada sem a oferta de informações objetivas sobre seus efeitos para os usuários e seus familiares. O grupo se revela aqui como um local onde os conhecimentos técnico e experiencial se complementam e são partilhados entre os participantes.

F1/ GrM2 – O Akineton® é pra tirar impregnação da injeção, não é? Quem toma? Essa injeção HaldolDecanoato®?

P1 – O Akineton® que vocês conhecem, o Akineton tem outros nomes né? A senhora falou do Cinetol®, o Cinetol® e o Akineton® é a mesma substância, que é o Biperideno. (...) Alguém já tomou o Biperideno?

U22/ GrM2 – Já tomei o Biperideno (...) é o amigo do Fenergan® né? (...)

U19/ GrM2 – O antialérgico que é pra combater, né?! Toma Fenergan®, é Prometazina.

P1 – Prometazina ou Fenergan®, alguém mais toma o Fenergan®?

U15/ GrM2 – Eu tomo...

P1 – E pra que que serve o Fenergan®?

U15/ GrM2 – Não sei...

U19/ GrM2 – O Fenergan® é pra... pra... não deixar o Haldol®, o risperidona tomar conta sozinho, toma ele e ele, eu acho que ele conserva, ele é antialérgico, pra não dar alergia. Eu não sei se é bolinha que dá, mal a gente passa o Fenergan®, qualquer lugar, qualquer área, eu fui lá em Botafogo, passou Haldol®, tacou o Fenergan® (...) é tipo

antialérgico, mas como tem esse negócio de pele, é antialérgico. É pra não dar perturbação.

Sobre a percepção de efeitos colaterais causados pelos medicamentos:

- P2 – E vocês, tem algum efeito colateral com o remédio?
 U7/ GF1 – Quando eu estava internada eu tinha.
 U8/ GF1 – É, os outros, eu tô falando desse que é o melhor de todos. O que faz menos mal é esse.
 U7/ GF1 – Parecia que eu ia cair, mas eu me segurava.
 U8/ GF1 – É, eu me seguro aí eu não caio.
 U7/ GF1 – Mas agora que estou tomando esses remédios não tem mais esse problema, mas agora o problema é a tremeadeira, quando eu estou tremendo eu começo a fumar.
- P1 – E vocês sentem alguma coisa no corpo ou na mente de vocês com o uso desses remédios?
 U4/ GF3 – Eu também sinto minha língua ressecada.
 U1/ GF3 – Boca ressecada.
 P1 – Você também?
 U1/ GF3 – Sim.
 U3/ GF3 – Resolve mascarando chiclete e salivando.

A noção que os participantes têm dos efeitos colaterais não foi explorada pelos entrevistadores que utilizaram o termo sem se certificar sobre o sentido que lhe atribuíam ou mesmo se o conheciam. Talvez, por essa razão, poucos participantes tenham comentado tal pergunta. Relataram que o medicamento fazia parecer que iriam cair, dava tremeadeira e deixava boca/ língua ressecada. Este último efeito foi referido quando se perguntou "vocês sentem alguma coisa no corpo ou na mente com o uso dos seus remédios?".

Sobre a tomada da medicação, as respostas foram objetivas e diretas:

“Como vocês tomam os remédios?”

- U10/ GF1 – Manhã, tarde e noite.
 U9/ GF1 – Manhã e noite.
 U8/ GF1 – Manhã e noite, às vezes eu saio muito cedo e aí eu faço café e tomo. (...)
 P2 – E vocês precisam de ajuda para tomar o remédio?
 U7/ GF1 – Às vezes eu preciso, a (cita a filha) está sempre em cima de mim, de manhã quando ela acorda para ir ao trabalho ela me lembra: mãe, não esquece de tomar o remédio. Ela me lembra, pois às vezes eu fico acordada e eu acabo esquecendo.
 P2 – E essa ajuda é positiva pra você?
 U7/ GF1 – Ahh, é boa pra mim, é bom, eu me sinto bem a pessoa me ajuda com o remédio.
 P2 – E pra você, como que é essa ajuda?
 U11/ GF1 – Eu pergunto que remédio que ele tá me dando.
 P2 – Você pergunta? E aí?
 U11/ GF1 – Aí ele fala que tá certo.
- U5/ GF2 – Eu tomo de manhã, de noite e de dia, com água.
 P1 – Você toma sozinha?
 U5/ GF2 – Não, minha tia que me dá.
 P1 – E você, como que você toma seu remédio?

U6/ GF2 – Minha mãe que leva lá.
 P1 – Toma quantas vezes por dia?
 U6/ GF2 – Duas vez né? Agora é duas vez, antes era três vez no dia né?
 P1 – E você acha bom que sua mãe te ajuda?
 U6/ GF2 – Ah, ela me ajuda.
 P2 – Porque você não toma sozinho?
 U6/ GF2 – Não, ela não deixa não.
 P2 – Não deixa não, porquê?
 U6/ GF2 – (risos) ela acha que eu tomo remédio pra doido.
 P2 – Ela deixa lá pra você tomar ou ela te dá pra beber na hora?
 U6/ GF2 – Não, eu mesmo que tomo o remédio.
 P2 – Ela deixa lá, deixa aonde, na sua casa?
 U6/ GF2 – Deixa em cima da geladeira.

U4/ GF3 – Ah, eu tomo duas carbamazepina de manhã e oito gotas de clonazepam de manhã, a tarde a mesma coisa, né, e a noite tomo três carbamazepina, uma clorpromazina pra dormir, né? Uma olanzapina e quinze gotas de clonazepam.
 U2/ GF3 – Ahh, antes do café da manhã, e quando volto, não estou tomando mais à tarde, separo antes de dormir, à noite, normalmente sete horas, oito horas da noite.
 P1 – Você toma sozinho?
 U4/ GF3 – É, eu tomo, eu guardo as medicações no meu quarto, eu tenho essa responsabilidade eu chego em casa, eu separo a minha medicação da noite e a do dia seguinte, aí eu tomo né.

A maioria dos participantes demonstra conhecer seus esquemas terapêuticos, mesmo aqueles que contam com o auxílio dos familiares. Um deles expressa a impossibilidade de tomar a medicação sozinho devido a uma negativa da parte de sua mãe, que justifica referindo que a familiar acha que ele “toma remédio pra doido”. Tal explicação expressa o senso comum que associa loucura a incapacidade. Apesar disso a tomada da medicação não se faz acompanhada. O remédio é deixado em cima da geladeira para que o usuário faça uso nos horários prescritos. Também não ficou claro se a mãe disse isso ou se o usuário supõe que essa seja a opinião dela. Não aprofundamos, durante o grupo focal, o sentido que ele atribuía à palavra doido, se também compartilha da opinião de que toma remédio “pra doido”, nem sobre as vivências que isso produz em sua vida diária.

Os participantes também referiram, sobre a prescrição de medicamentos, excessos cometidos devido ao poder de mercado que envolve a indústria farmacêutica e os médicos de forma pouco ética:

P1 – O que vocês acham? Acham que o remédio ajuda?
 U3/ GrM1 – Ajuda, mas a indústria farmacêutica é uma indústria de milhões, (...) tem remédios que o efeito colateral é pior que o próprio remédio, às vezes

aparece nos jornais: tarja preta bateu o recorde de vendas, psiquiatra recebe propina para dar palestra, vai para hotel de luxo com piscina.

Em seu posicionamento conjunto mais atual "Em defesa das boas práticas no relacionamento entre a classe médica e a indústria farmacêutica" (2016), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Associação da Indústria Farmacêutica (Interfarma) orientam que o apoio de laboratórios a profissionais para participar de eventos não pode estar condicionado à prescrição e/ou dispensação, venda ou promoção por tais profissionais de qualquer tipo de produtos, não podendo também ser paga qualquer espécie de remuneração (direta ou indireta) pelo acompanhamento do evento, exceto quando tal participação corresponda a serviços legitimamente prestados em decorrência de obrigação contratual previamente ajustada.

O local escolhido para realização do evento deve proporcionar ambiente adequado para que sejam desenvolvidos os temas científicos e/ou educacionais propostos, contando com salas de conferência, workshops e reuniões profissionais e, se necessário, material de apoio. Não é permitido realizar eventos em locais cujo apelo turístico ou de entretenimento possam desvirtuar o caráter científico e/ou educacional do evento. Alguns locais citados como inadequados são: navios de cruzeiro, parques temáticos, hotéis ou complexos hoteleiros predominantemente para entretenimento.

Despesas com transporte, refeições e hospedagem devem limitar-se às ocasiões inerentes ao próprio evento e são direcionadas exclusivamente ao profissional convidado, podendo ser estendidas aos dias imediatamente anterior e posterior à agenda oficial, caso aspectos de logística e transporte justifiquem tal concessão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; et al, 2016).

A opinião do participante, na qual ele associa "recorde de vendas" de "tarja preta" com benefícios concedidos a psiquiatras, diverge da resolução citada. Apesar do empenho das entidades em delimitar esse relacionamento dos médicos com os laboratórios, preservando a autonomia profissional e priorizando o interesse dos usuários, esses limites podem esbarrar nos conflitos de interesses e expor as pessoas a prescrições influenciadas por outras motivações alheias às suas reais necessidades.

Acerca das peculiaridades da ação dos medicamentos em cada pessoa e das formas de perceber suas respostas singulares no corpo:

U2/ GF3 – Porque às vezes o que tá no laboratório é feito uma medida lá no laboratório, mas o corpo da gente também exprime uma certa resposta, dá uma resposta, ah não precisa ser três comprimidos, mesmo que seja um de manhã, um à tarde e um à noite, você pode experimentar menos.

[...]

U2/ GF3 – Então, eu fico me sentindo assim, também com o remédio, que às vezes passa por exemplo de 1,2 de Carbolitium®, aí já sei, eu começo a me sentir intoxicado, começo a sentir falta de sincronismo na respiração. Espero chegar o médico [...] e eu digo pra ele: doutor, estou me sentindo intoxicado. Que eu já conheço o efeito do remédio e já conheço o meu corpo. Quando eu não fazia isso, o médico mandava eu diminuir. Então eu vou pro médico, mas já vou diminuído, porque para, quando diminui para. Meio comprimido já dá um efeito bom pro organismo. Agora ultimamente, eu falei com a dra Carla e ela me receitou, meio comprimido de manhã e dois comprimidos à noite, mas eu confesso que não estou tomando tudo isso não, tô tomando de manhã meio comprimido, mas de noite eu experimento, entendeu?

[...]

U2/ GF3 – Faço isso quando eu sinto que mesmo eu vindo aqui, eu até mostrei pra ela o meu exame de sangue, que eu estava com 1,2, passar de 1,2 já é intoxicação. Aí eu vou lá e diminuo meio. Se não melhorou, diminuo mais meio. Eu tenho coragem de ver os outros efeitos que vão dar, como a dor aqui no plexo, quando eu deixo de tomar esse remédio eu sinto uma dor aqui muito forte, nessa região aqui.

[...]

U2/ GF3 – É uma dor que eu sinto aqui quando não tomo remédio [...] no plexo, e ela vai aumentando, vai aumentando, e eu vou ficando nervoso, e altera meu sistema nervoso.

P2 – Então seu mal-estar começa no corpo?

U2/ GF3 – Fico mais rígido, começa no corpo. [...] É porque eu acho que há uma somatização, não sei o que o cérebro tá ajustando lá que quando tira isso, mas somatiza dor, nessa região aqui, não sei por quê, não sei se não me alimento bem, não como fibras, não sei porque é não... Mas como tá controlado eu fico mais calmo.

A padronização de dose relacionada ao controle laboratorial aparece nessa narrativa como uma das formas que o usuário encontrou para relacionar sensações percebidas no seu corpo, nesse caso específico utilizando a dosagem do aumento de seus níveis de litemia sérica, com possibilidades de lidar com a medicação, seus efeitos e o manejo deles através da realização de ajustes particulares em seu esquema medicamentoso. Esse movimento revela-se para ele como um ato de coragem por arriscar a piora de seus sintomas do adoecimento, representados aqui de maneira corporificada através de uma dor física no local nomeado de plexo, região apontada pelo usuário entre o tórax e o abdome.

A percepção dos sintomas psíquicos apresentados no corpo através de sintomas físicos, bem como a dificuldade em separar as sensações e localizá-las de modo circunscrito a determinados órgãos, aparece também na fala desse participante em uma reflexão sobre o olhar médico fragmentado, prejudicando a avaliação da pessoa como um todo:

U2/ GF3 – eu questiono muito essa coisa de separar, isso de médico da cabeça, médico do coração, essa coisa, você fica sem entender as outras partes...

5.3.3. Relação terapêutica e compartilhamento do cuidado

Sobre a relação terapêutica e a maior proximidade com o médico como efeito do grupo:

P2 – O que a senhora acha da sua relação com o médico pelo grupo?

U9/ GF1 – Acho que deixa a gente mais próximo né?

P2 – Você acha que aproxima?

U9/ GF1 – Aproxima, inevitavelmente.

[...]

P2 – E vocês acham que são convidados a decidir?

U8/ GF1 – Acho, mas quem dá o final é a médica. [...] A gente pergunta até se pode, mas quem resolve mesmo é a médica.

P2 – Você acha que isso é assim também na consulta individual? Ou isso acontece só no grupo?

U8/ GF1 – É, porque no caso a médica é a mesma, ela não vai mudar no grupo pro individual [...] ela é uma coisa só.

P2 – Você acha que é uma coisa só, é isso?

U8/ GF1 – Ela e qualquer outro médico, como é que o médico vai falar uma coisa no grupo e depois vai fazer outra no individual? Não tem como, ela é médica, ela estudou e ela acha aquilo e vai ser aquilo.

A participante sente-se mais próxima do profissional, mas a percepção de uma diferença radical entre médico e paciente – dada pela superioridade do saber médico – faz com que a pergunta sobre compartilhamento de decisão produza estranhamento.

É comum que relações médico-paciente sejam qualificadas de paternalistas se uma conduta é definida predominantemente pelo profissional, sem abertura para a participação do paciente na tomada de decisão e sem sensibilidade às singularidades da experiência de adoecimento (HAMANN, JOHANNES et al., 2003).

A participante acima apresentada, todavia, nos indica que há nuances entre os dois pólos – postura “paternalista”/ postura de compartilhamento de decisão – e que a proximidade entre os dois atores dessas relação pode existir mesmo quando o saber médico é tão claramente descrito como algo a ser simplesmente acatado. Os entrevistadores não exploraram como a experiência de proximidade é vivenciada, o que permitiria sua melhor descrição, mas a fala apresentada sugere que a proximidade, no contexto do grupo, foi condição importante para a possibilidade de perguntar.

O evidente estranhamento da participante quando indagada sobre semelhanças e diferenças entre os dois cenários, no que diz respeito ao convite a participar da decisão sobre o tratamento, deixa entrever que atribuir ao médico a palavra final não necessariamente é experimentado como algo que ignora ou desqualifica a opinião do paciente. A narrativa de U8 no primeiro grupo focal demonstra que, em sua visão, se o médico define as questões do tratamento com base no conhecimento técnico, isso lhe é suposto porque estudou para isso (“ela estudou e ela acha aquilo e vai ser aquilo”). Nesse caso, a participação se restringiria a possibilidade de perguntar sobre o que lhe é sugerido, algo que o participante U9 desse mesmo grupo focal destaca como efeito positivo da proximidade promovida pelo grupo. O desafio que fica é conhecer melhor os demais determinantes dessa experiência narrada pelos participantes.

A superioridade absoluta do saber técnico – num cenário em que o compartilhamento experimentado é o compartilhamento de dúvidas e não de decisões – pode ser tributária de experiências prévias em que acatar, e não perguntar, é a vivência dos usuários e a expectativa dos médicos. Todavia, é igualmente possível que a superioridade dada ao médico e ao seu saber técnico, como expresso nesse fragmento, seja proveniente também de certas concepções, comum entre classes trabalhadoras menos próximas do individualismo enquanto visão de mundo (COSTA, 1989).

Na perspectiva individualista, as relações entre pessoas são concebidas principalmente como encontro de unidades/ individualidades independentes entre si. Nos grupos em que o individualismo não define integralmente a visão de si e do mundo, as pessoas compartilham uma perspectiva mais próxima das sociedades hierárquicas. Nelas as relações não são vividas como encontro de

individualidades isoladas; as pessoas se percebem como parte de uma rede solidária que os aproxima e os define (COSTA, 1989).

Assim, ter um médico que decida, ele mesmo, sobre o tratamento a partir do seu saber, se o pano de fundo for a rede relacional, a solidariedade, e não o individualismo estrito, poderia ser experimentado como algo que atribui valor ao usuário e ao seu cuidado. Outro aspecto a ser considerado, ainda sobre a questão acima, é que a mesma profissional que realizou os grupos focais era a médica de referência dos grupos de medicamentos e das consultas individuais. Teria isso influenciado também para que a diferença entre os dois espaços, no que diz respeito a tomada de decisão, fosse minimizada? A relação de confiança que muitos tinham com a médica seria também elemento a ser considerado?

O compartilhamento também se apresenta entre os participantes do grupo de medicação, como explicitado abaixo:

U4/ GF3 – Aqui a gente tá falando a verdade em grupo, as pessoas também tão expondo suas dificuldades, isso estimula a gente a se sentir bem.

A opinião sobre o compartilhamento de experiências como facilitador do cuidado de si aparece em algumas falas, a sensação de não estar sozinho e reconhecendo que outras pessoas também vivem situações conflituosas, semelhantes ou diferentes, consideradas melhores ou piores, parecem trazer inspiração no sentido de compreender que algumas mudanças podem ser realizadas, transformando as dificuldades encontradas no quadro de cada um.

U2/ GF3 – [...] eu sempre fugi um pouco dessa coisa da medicação e do médico. [...] Eu achava que já falou uma vez, pronto. Tô tomando o remédio e pronto. Mas ficar lá toda hora falando com o médico a mesma coisa. Às vezes eu dava um tempo, quando eu sentia algum efeito eu procurava. Vivia desse jeito. Na época da Dra Carla eu vinha mais vezes.

P2 – Ah é? E o que fez você vir mais vezes?

U2/ GF3 – Eu acho que eu queria entender melhor o que se passava comigo, por que eu estava tomando esse Carbolitium®, por que eu tomava Fenegan®, por que que combinava. Anteriormente a médica até disse pra mim que o Carbolitium® é um estabilizador de humor e o Fenegan® é um anti-impregnador, ele combate a impregnação do Carbolitium®. Aí eu fiquei nisso daí, acreditei e fui tomando e prestando atenção, mas eu fico com a boca muito seca...

Na narrativa desse usuário, observamos que participar do grupo de medicação, para ele, modificou a sua relação com o médico e o tratamento. Antes, com o médico “falava sempre a mesma coisa”, sendo a consulta um espaço repetitivo, e a tomada do medicamento o seu único propósito desde a realização da prescrição.

A intenção de ampliar o diálogo através do compartilhamento de vivências relacionadas à medicação, com a presença do prescritor fomentando o debate, foi descrita a partir do interesse do usuário em entender melhor o que se passava com ele, as razões pelas quais fazia uso de cada remédio prescrito. Mesmo já tendo recebido informações técnicas sobre a função de cada um de seus medicamentos durante sua trajetória de cuidado médico, o conhecimento mais pautado por situações concretas se mostra como um atrativo para a vinda mais frequente desse usuário à atividade, possibilitando-o integrar a informação generalizante que define o papel de cada medicamento às suas questões particulares.

As pessoas que utilizam medicações continuamente, falando no nosso caso dos psicotrópicos, geralmente manejam esse uso de maneira diferente das orientações prescritas. Isso pode ocorrer por vários motivos, entre eles a presença de efeitos colaterais não suportados pelo usuário. A dificuldade em conversar sobre esse tema com os psiquiatras pode induzir a modificações feitas por conta própria no esquema medicamentoso indicado pelo profissional. Sobre essa conduta e o modo de externá-la:

P2 – E esse seu conhecimento, você compartilhava no grupo? Você chegou a falar disso no grupo, com as pessoas?

U2/ GF3 – Não, eu falava, as pessoas ouviam, ouvem. Mas ninguém nunca disse pra mim como você se sentiria se você diminuísse um comprimido. A resposta sempre é que poderia adaptar uma dosagem com o médico, você administra uma dosagem que o médico entende. Então não tem esse relacionamento com o paciente.

[...]

P2 – As mudanças que você faz na sua medicação, você já contava para o seu médico?

U3/ GF3 – Não, acho que não [...] eu contei mais tarde.

U2/ GF3 – Primeiro eu fazia, depois eu contava.

U4/ GF3 – [...]No início da minha doença eu tomava Akineton®, eu tinha um embrulho no estômago, meu organismo não tolerava Akineton® [...] depois que eu saí de alta [...] que eu falei pro doutor lá, olha eu não aguento mais tomar esse Akineton®, está me dando náusea. Eu fiquei esse tempo todo na internação porque lá [...] eu

convivia com todo tipo de gente [...] ficava com medo de falar alguma coisa e eles brigarem comigo.

Há ainda alguns sintomas que podem ser equivocadamente, se tomada a perspectiva técnica, atribuídos a determinadas medicações. Uma comunicação usuário - psiquiatra que não valorize a experiência vivida com o adoecimento e tratamento e que não busque conhecer como tais correlações se estabeleceram a partir das vivências da pessoa, acabam tendo pouca força para modificar conhecimento e experiência e assim interferir no tratamento. Trazer essa negociação para o ambiente do grupo em uma aliança terapêutica sincera e bilateral, em que conhecimento técnico interagisse com o saber experiencial, proporcionando um manejo dialógico do uso das medicações, bem como de seus efeitos desejados e adversos, foi uma das motivações centrais para realização dos grupos.

Sobre a existência dos grupos e o papel do médico no tratamento, destacamos algumas falas:

U2/ GF3 – Eu acho que se não houvesse o grupo médico, né, acompanhando, o que que seria da gente? A gente iria tomar os remédios por aí...

P2 – Antes era individual né?

U2/ GF3 – Eu acho que tudo, tudo é importante... Em grupo ou individual, tudo que somar pra... porque às vezes a necessidade é de uma semana pra falar como é que está acompanhando... Eu já passei dois meses sem falar com médico, tomando remédio e não ia acontecendo nada aí deixa pra outro... mas eu percebo, não sei se o remédio que vem de fábrica, não sei se é por causa da dose, não sei o que que acontece, mas acontece uma diferença no comportamento da gente em função de ter tomado aquele remédio, então precisa do médico.

A oferta de vinda aos grupos com maior frequência, de acordo com a demanda do usuário e do serviço, entendendo que a necessidade de um espaço para falar sobre o acompanhamento algumas vezes pode ser maior, foi citada por esse participante como um ponto positivo. Apesar de enxergar ambas as propostas como importantes, no atendimento individual, devido a maior restrição quantitativa de agendamento e de tempo para cada consulta, o usuário restringia suas vindas ao médico para quando percebia alguma diferença em seu comportamento ocorrida pelo uso de medicação. Nos momentos nos quais ele tomava a medicação e, a partir de sua percepção, nada de diferente ia

acontecendo com ele, esse participante optava por não procurar o atendimento com o intuito de dar a sua vez a outros usuários que poderiam estar precisando de maior atenção para suas questões terapêuticas.

U2/ GF3 – Vamos falar das coisas boas, é o médico, a figura do médico já representa para a gente, a pessoa do médico...

U1/ GF3 – Uma ajuda, segurança.

U2/ GF3 – Então tem o médico, eu acho que tem que ter mais, na minha opinião. Mas a figura, o médico chegou, ele cria uma aura, uma coisa boa.

U1/ GF3 – Uma energia boa.

U2/ GF3 – Porque o doente sabe que o caminho da cura ou da não cura, mas do tratamento é com o médico.

U1/ GF3 – Através da ciência.

A figura do médico foi descrita como a representação de algo positivo, portadora de potencial de ajuda e caminho para o alcance da cura ou da “não cura”, mas tratamento. A presença do médico seria positiva por si só, dada a sua capacidade de criar uma aura / energia boa, sendo sugerido até um aumento numérico desse tipo de profissional no CAPS. Essa visão quase mística do médico o aproxima do pajé, do curandeiros “médicos” das sociedades tradicionais, não individualistas e holistas. Nas sociedades contemporâneas, essa dimensão do médico e do seu fazer deixam de ser centrais, embora o participante a resgate, restituindo a centralidade que pode ter em certas experiências e contextos:

Aqueles que praticavam as curas, que possuíam conhecimento empírico sobre a fragilidade do ser humano, as virtudes das plantas e dos venenos dos animais eram considerados detentores de poderes, de faculdades fantásticas, sendo diferenciados dos demais homens. Suas práticas de cura, envolvidas em rituais extraordinários, tornavam-nos conhecidos como mediadores entre o homem e os deuses, ou entre o homem e a natureza, pois a capacidade de curar doenças transformava-os em detentores do poder sobre a vida e a morte. (GEWEHR et al., 2017)

Outras questões que apareceram no discurso do participante foram ligadas à fragilidade do vínculo dos profissionais no CAPS e ao modelo de cuidado ofertado nesse contexto:

U2/ GF3 – [...] Uma coisa que eu observei, é que aqui não cria vínculo, por exemplo, eu tenho um psicóloga particular, eu tô há seis anos com ela, ela já me conhece, é diferente o sentimento da gente quando sai do consultório, é diferente. Aqui não, esse monte de gente doente

andando, isso confunde a gente, isso traz, isso não dá um tratamento correto, vamos dizer assim, nem pode dar, principalmente porque tem pouco médico, as salas dos consultórios, pessoal abre a porta, bate, grita do lado de fora, fala... É como as outras pessoas que pagam os seus tratamentos, vão lá, o médico tá lá, eles são atendidos e ficam ali e dali vão embora.

Nessa comparação entre o modelo de assistência ambulatorial que ele acessa por meios privados e o modelo encontrado nesse serviço são apontadas dificuldades para o tratamento experimentadas neste CAPS: o pouco respeito ao uso que é feito do espaço físico a cada momento, com limites pouco precisos a definirem tais usos; a circulação de pessoas, usuários que confundem o participante; a fragilidade dos vínculos profissionais, que dificulta que relações duradouras, de confiança e respeito possam se estabelecer. Esses elementos o levam a questionar se o tratamento ofertado nesse contexto é correto e eficaz.

O participante demonstra ter a expectativa de receber um cuidado mais centrado na relação terapeuta-paciente. Os espaços de convivência não lhes parecem positivos e ele apresenta a rotatividade de médicos no serviço como fator que também fragilizaria o acompanhamento pela ausência/ permuta constante desses profissionais, bem como o não comparecimento dos usuários nas datas marcadas e o incômodo provocado pela necessidade de repetir sua história a cada nova abordagem.

U2/ GF3 – Quando a dra Carla veio eu praticamente já tinha uma noção, depois eu quis meio assim, acompanhar de perto, por causa desses efeitos colaterais que me davam né... Porque eu não tinha às vezes um médico. Às vezes porque o médico faltava, às vezes porque eu faltava, às vezes porque não tinha médico, aí troca de médico, aí sai médico, depois vem conversar tudo com a gente de novo, não tem vínculo, então fui me aproximando, tomando um pouco mais de certeza, tô tomando esse remédio até hoje.

5.3.4. Experiência do Adoecimento e Diagnóstico

Ao expressar o desejo de que fosse solicitado um exame radiológico, para saber o que tinha dentro de sua cabeça, enquanto relatava episódios de cefaleia apresentados em sua infância, o participante U6 fez relatos que se mostraram importantes para esta temática, explorada com uma pergunta que não estava incluída no roteiro utilizado até aquele momento:

P2 – Qual o problema de saúde que você acha que você tem?

U6/ GF2 – Eu tenho dor de cabeça, eu tinha dor de ouvido, dor de dente, febre, muita febre e dor na cabeça.

P2 – E agora, você acha que tem algum problema de saúde?

U6/ GF2 – Dor na barriga, e hã?

P2 – Você acha que agora tem algum problema de saúde?

U6/ GF2 – Não, depois que eu cresci não tive mais não. Depois que eu cresci graças a deus não tive mais dor de cabeça não.

P2 – Mas você teve algum outro problema?

U6/ GF2 – Só quando eu tomava um porre, [...] tomava cerveja.

Partindo dessa fala, avaliou-se necessário incluir uma questão objetiva a respeito do problema de saúde mental. A pergunta aberta sobre problema de saúde, sem foco na saúde mental, não nos deixou saber se a experiência de adoecimento psíquico não foi acessada porque o participante simplesmente não estava privilegiando tal tema, naquele momento, ou se ele nos apresentava uma descrição fisicalista de seu problema.

A saúde mental estaria necessariamente dentro do conceito de saúde para todos? A ideia de “problema de saúde” incluía a saúde mental ou os sintomas físicos descreviam um certo mental que se materializa no corpo, como as dores físicas citadas pelo usuário?

No sentido de garantir que o tema da conversa fosse o problema psíquico, acrescentamos ao roteiro para o terceiro grupo focal a pergunta: “Qual o problema de saúde que vocês vem tratar aqui?” Essa pergunta, em nossa expectativa, reduziria o risco de impor ao participante o uso da categoria “problema mental”, sem que ela fosse originada pelo participante, mas nos asseguraria que estávamos tratando, ao longo da entrevista, da mesma temática: No terceiro GF as respostas a essa pergunta foram:

U3/ GF3 – O meu é transtorno bipolar.

P1 – E você?

U2/ GF3 – O meu é transtorno bipolar também.

U1/ GF3 – O meu é porque eu fui internada no Pinel, antes de 2013, passei um mês lá e a psiquiatra de lá me chamou e meus familiares e disse, oh vou encaminha-la pro CAPS mais próximo pra ela fazer tratamento. Nunca mais precisei ser internada, depois que vim pro CAPS, já tem quase quatro anos.

Mesmo na ausência da interrogativa direta, conteúdos relacionados ao diagnóstico emergiram como relevantes na abordagem sobre o adoecimento, sendo trazidas falas a respeito desse tema nos grupos de medicação e nos

grupos focais, inclusive no terceiro grupo focal antes de perguntarmos a questão formulada e apresentada acima. Nos fragmentos a seguir, ressaltamos esse tema e como os participantes percebem e narram suas vivências. Durante os grupos de medicação, fatos biográficos envolvendo situações da doença e de tratamentos anteriores eram relatados com frequência.

P1 – Alguém lembra por que começou a tomar remédio?

U15/ GrM2 – Foi pelo que ela disse, que eu fiquei internada.

U18/ GrM2 – Era depressão, no meu caso.

U19/ GrM2 – Eu parei lá no PAM do Mattoso porque eu escutava vozes, porque, mas que eu não ligava pra vozes não, que a voz mandava eu me matar, eu falava "tá bom", nunca mandou, eu não ligava não. Assim que tá, assim vai ficar. Agora foi que minha irmã me levou.

F5/ GrM2 – É porque há uns anos a gente via que ela já não se importava com ela não, só andava, já não queria mais se cuidar.

Essas quatro respostas distintas expressam uma diversidade de eventos desencadeadores da experiência de adoecimento/ tratamento em uma gama muito mais ampla que os sintomas psiquiátricos:

- A internação – aqui não foram relatados acontecimentos, sensações, observações próprias de si ou externas que levaram à necessidade de internação, não se sabe também se essa participante concordava que ser internada era a melhor resposta para aquilo que estava ocorrendo com ela, mas a internação foi apontada como motivo para iniciar o uso de medicamentos.
- O diagnóstico – “era depressão” – nomear sua doença, aparentemente, isentou a pessoa de expressar sua vivência singular. Esse rótulo universal, que pode descrever diversas experiências subjetivas. Era depressão, mas o que você sentiu nessa depressão que te levou a buscar ajuda? Como isso se apresentava, no seu caso? Seriam questões para avançarmos na busca da descrição da experiência.
- O sintoma e o olhar do outro – “eu escutava vozes”: A usuária escutou vozes ordenando que ela se matasse e indicou esse fato como algo que, apesar de justificar a busca pelo atendimento, não a incomodava. Concretamente, ela aponta o que lhe moveu para chegar até local de

tratamento como tendo sido a intervenção familiar – “minha irmã me levou”.

- Alteração do comportamento/ prejuízo no autocuidado – a última fala, realizada por uma familiar, traz um pouco do que pode ser enxergado pelas pessoas que convivem e dão suporte a alguém adoecido. O que se desvela aos olhos do outro muitas vezes não é o que faz a pessoa sofrer. O familiar muitas vezes compara o comportamento presente com os anteriores, e valoriza as mudanças no cuidado pessoal (aparência, higiene, atividades do cotidiano). Essa maneira não enunciada pela palavra pode comunicar a presença de algum sofrimento exteriorizado através de alterações na lida com a vida e com o próprio corpo, consideradas negativa pelas pessoas que acompanham o usuário.

Sobre a revelação do diagnóstico:

U4/ GF3 – Eu nem sabia que era esquizofrênico, eu fiquei sabendo quando eu fui lá no Pínel e minha mãe perguntou pro médico, “Que problema ele tem doutor? Qual a doença dele?” “Ele é esquizofrênico.” Até então eu não sabia qual era a minha doença, porque nem meu pai nem minha mãe eram esquizofrênicos, eu não sei por quê. Eu tive uma paranoia de delírio, tomei uma vitamina pra memória e fiz um quadro depressivo, aí comecei a quebrar as coisas dentro de casa, a quebrar o telefone, derrubei de tudo, em estado de consciência, por isso que eu fui internado. (...)

U1/ GF3 – O que que é paranoia?

U4/ GF3 – Paranoia é uma doença que a pessoa fica achando que estão falando dela.

U3/ GF3 – Eu sei, é mania de perseguição, se tem uma câmera lá, você acha que tá te filmando, se tem um grupinho conversando, se tem um grupinho afastado conversando, você acha que estão falando de você. Eu já tive isso, quando eu comecei há 33 anos atrás com minha doença mental, eu comecei com a paranoia.

A narrativa exemplifica a descoberta do diagnóstico e seu poder para designar quem é a pessoa, não sendo vivenciado como algo que corresponde ao experienciado. Quando revela-se, ele tem a força de determinar um lugar comum para aquele que “é esquizofrênico”, presente no ser mesmo antes de saber-se sendo. No diálogo que se origina em seguida, evidenciamos uma troca de conhecimentos não só sobre o diagnóstico em si, mas também sobre sintomas relativos a ele. Como tantas vezes ocorreu nos grupos de medicação, nesse grupo focal o usuário faz uso da sua experiência própria para ilustrar o

significado de um termo utilizado durante a atividade (paranoia) aos participantes que não conheciam ou não haviam vivenciado determinado sintoma.

A busca por um rótulo que classifique o processo de adoecimento aparece nos profissionais que se apressam em definir um diagnóstico e nos usuários e familiares, que buscam, nomeando o fenômeno experimentado/ observado, entender o que vivenciam/ observam, embora essa compreensão possa não ser alcançada pela nomeação de uma doença.

F2/ GrM1 – A pessoa vai em um médico e diz uma coisa, vai em outro e diz outra coisa. Ele tratou no Pedro Ernesto (...), lá dizia que ele tinha uma coisa, aqui diziam que ele tinha outra coisa, então eu não entendo, fico perdida.

U14/ GrM1 – Antigamente, eu só tinha TOC e depressão.

Partindo desse relato do usuário que antes “só tinha TOC e depressão”, nos questionamos sobre a sua compreensão a respeito das categorias citadas, de que maneira elas apareciam incorporadas em seu cotidiano e o que ele percebeu de diferente em sua existência que justificasse uma mudança de diagnóstico. O familiar relata sentir-se perdida em meio a informações diferentes. Qual seria o lugar dessas informações no contexto da experiência do adoecimento e qual o ponto de partida para conhecer melhor uma doença?

Outro trecho destacado abaixo demonstra a conexão do uso de um medicamento a um diagnóstico específico. O participante U3 explicita que fez uso de um medicamento por muitos anos, sem que nada fosse dito sobre suas indicações terapêuticas (“não sabia [...] que o Haldol® era pra esquizofrenia”) nem sobre seu diagnóstico (“que eu era esquizofrênico”). Evidenciou-se uma lacuna no diálogo envolvendo a prescrição e o diagnóstico. Entretanto, outra participante U1 expõe uma fala que vai de encontro à ideia que o remédio trata uma dada condição descrita por um determinado diagnóstico. Mesmo tendo feito uso do Haldol® durante muitos anos, ela conta que nunca recebeu o diagnóstico de esquizofrênica, mas de bipolar, compartilhando suas percepções na relação do seu tratamento com o uso do fármaco.

U4/ GF3 – Aí eu tive minha primeira internação naquele mesmo ano, fiquei internado lá. Mas eu não sabia esse tempo todo da minha vida que o Haldol® era para esquizofrenia, que o remédio é pra... que eu era esquizofrênico.

U1/ GF3 – Tomei muito Haldol® de 5mg durante muitos anos, agora passei para o injetável, mas nunca fui diagnosticada como esquizofrênica, mas bipolar sim.

Ao descrever seu tipo de esquizofrenia, o participante explicita sua experiência de adoecimento no cotidiano e a interpretação que dá a ela:

U22/ GrM2 – Ahh, o meu tipo de esquizofrênico é um mais irritação, sabe? É mais desconforto, né nada pessoal não, é mais desconforto, sabe? Uma coisa que, tipo assim, é momento de gosto que eu passo, aí vê, tipo assim, entendeu, aí fica, é como se fosse superstição, entendeu? Po... os copos fica em cima vazio, não deixa os copos em cima da geladeira vazio não que senão vai passar e vai quebrar, entendeu? Tipo essa bobeira.

U19/ GrM2 – E quebra mesmo.

U22/ GrM2– E traz o maior desconforto mesmo, sabia?

Incluídos sob o leque do termo “superstição” podem estar sendo nomeados outros fenômenos vivenciados pelo usuário, por exemplo, alterações no juízo de realidade que ele interpreta como crenças supersticiosas/ bobeadas. Questionamos aqui se o desconforto causado pelas ideias descritas pode ser gerado devido à repetição de conteúdos e se isso estaria induzindo o usuário a realizar atividades e rituais desagradáveis para ele. Outra característica que ele descreveu como sendo do seu tipo de esquizofrenia foi a irritação. Ele, todavia, não descreve o contexto no qual essa irritação se manifesta e se ela aparece interligada a esse desconforto e às superstições como causa, se seriam consequência disso ou se apenas coexistiriam.

Outra opinião mais difundida tanto entre os usuários como no senso comum relaciona-se à presença mandatória de alterações da sensopercepção na esquizofrenia, como revela o trecho abaixo:

F4/ GrM1 – Esse lance de não aceitar tem muitos limites, é que minha irmã tem esquizofrenia...

U15/ GrM1 – Não, eu não tenho esquizofrenia, eu não vejo vultos e nem ouço vozes.

A irmã dessa usuária aborda, em sua fala, os limites da aceitação do adoecimento. Qual a expectativa construída pelos familiares e profissionais em relação ao reconhecimento da doença, por parte dos usuários? Mella e colaboradores (2011) problematizam, através da análise de casos clínicos, o que a literatura refere como comprometimento do *insight* nas psicoses. Destacam em

sua amostra – usuários com quadros psicóticos – a presença de elementos componentes do *insight* como percepção subjetiva de mudanças, ressignificação da realidade, elaboração de inferências sobre os sintomas e a relação deles com a necessidade de cuidado e de adesão ao tratamento. (MELLA; DANTAS; BANZATO, 2011; KIRMAYER et al., 1998).

A recusa de um diagnóstico nosológico não significa ausência de *insight* sobre a doença, necessariamente. O *insight* estaria presente se os elementos que o compõem estiverem presentes, mesmo que a categoria diagnóstica seja recusada. A usuária citada por sua irmã no fragmento acima parece estabelecer umnexo entre o que se passa com ela e o tratamento que realiza, pois está inserida em acompanhamento regular, participa espontaneamente de atividades terapêuticas e faz uso de medicação. A imposição da etiqueta “esquizofrenia” também nos parece se comportar como um fator limitante que pode afastar o acesso a elaborações singulares da pessoa sobre suas vivências.

Angústia, preocupação, ansiedade e depressão apareceram durante o grupo como parte da doença mas também como sentimentos relacionados ao adoecimento físico/ mental e ao desejo de melhora:

U4/ GF3 – então às vezes eu me sinto angustiado, um pouco angustiado e um pouco preocupado (...) porque eu quero ficar bem clinicamente pra que também a minha mente melhore um pouco. (...) em relação à doença esquizofrenia que não tem cura, então eu nunca deixei de tomar minha medicação.

F2/ GrM1 – Ele (U14) toma esses remédios porque tem depressão, ansiedade e angústia. E ele toma isso tudo e continua a mesma coisa.

U4 / GrM1 – Eu também tenho ansiedade, um quadro de ansiedade.

U3 / GrM1 – É que sem esse remédio vai ficar pior ainda, pode ficar pior ainda. [...] eu tomo remédio pra bipolaridade, tenho todos os sintomas de bipolaridade: gasto excessivo, falar demais, tagarela, eu tenho todos os sintomas, só que, ó, tou com trinta e três anos que tou com todos os sintomas. Aí me falaram "pode ser que você se importe", mas não pode se importar, se eu me importar vou ficar pior ainda.

U4 / GrM1 – Tenho quadro de ansiedade desde 1995, com 29 anos de idade [...] eu adquiri depressão da minha mãe e coisa e tal. Então, a ansiedade ela pode deixar uma pessoa muito preocupada, muito assim estressada né [...]

U14 / GM1 – É, sinto ansiedade, sinto angústia, sinto depressão.

Uma possível forma encontrada para diferenciar a ansiedade como patologia aparece quando o participante que diz ter ansiedade, reitera a fala com a expressão “um quadro de ansiedade” e depois fala sobre algumas

consequências que a ansiedade pode trazer, como preocupação e estresse. Outro usuário fala de sua experiência de “bipolaridade” e sobre as características descritas para esse transtorno, percebidas em sua vida, narrando ter todos os sintomas da doença e citando como exemplos: falar demais/ tagarela e gastos excessivos. Apesar de serem sugeridos como indícios da doença, esses aspectos podem também aparecer como traços individuais de pessoas não portadoras desse diagnóstico. Não é impossível que este usuário tome tais marcas como patológicas porque conhece a categoria nosológica. Esse conhecimento pode fazê-lo definir toda uma existência singular pelas lentes da enfermidade.

Em relação às possíveis barreiras de acesso ao tratamento, apareceu na narrativa da irmã de uma usuária o relato de que a religiosidade de sua mãe influenciava na não aceitação do adoecimento da filha, impedindo que buscassem outros recursos terapêuticos além da crença na providência divina:

F4/ GrM2 – Foi uma fase muito longa porque minha mãe achava que Deus que ia ajudar, achava que remédio não curava, que minha mãe era muito religiosa, então ela ficou anos assim. [...] aí a gente tentou internar uma vez e não foi possível porque ela achava que era Deus que tinha que curar. Aí então minha mãe faleceu e eu internei ela e ela tá tratando... agora ela cuida da família [...] porque o meu pai tem acho que é bipolar, meu irmão tem Síndrome de Down [...] ela faz tudo, ela que é a líder ali e ela cuida bem... mas isso é por causa do remédio, que ela conseguiu ter isso, porque antes ela não conseguia, não tinha controle nenhum, e hoje em dia ela só toma Fenergan® e Haldol®.

U15/ GrM1 – Eu acho que eu não fico agitada não, principalmente à noite. Eu vou muito na igreja também, eu tenho consciência para saber do meu estado, do que eu tenho que fazer.

F4/ GrM1 – Você acha que quando você tava sem remédio você tinha essa consciência?

U15/ GrM1 – Tenho essa consciência desde 2013.

F4/ GrM1 – Então, depois que você começou a tomar remédio, antes não.

U15/ GrM1 – Antes eu tinha também, mas com o remédio ajuda. [...]Agora eu estou bem, eu estou curada, eu ficava agressiva e andava pela rua, mas agora entendi, vi que era errado. [...]Agora eu tenho vergonha daquilo.

F4/ GrM1 – Essa sensação de cura tem a ver com remédio.

Comumente, a eclosão de um transtorno mental em um determinado contexto sócio familiar gera uma situação complexa que mobiliza todos ao redor da pessoa adoecida na busca de soluções, dirigidas ao sujeito que sofre e também ao próprio grupo do qual ele faz parte. Nesse percurso, a própria identificação do problema surge no entrelaçamento das relações e a partir da

percepção das mudanças produzidas pelos sintomas nas interações cotidianas, desencadeadas especialmente pelas diferenças no comportamento ocorridas durante a crise. Assim, entende-se que a doença tem um caráter, ao mesmo tempo, individual e coletivo, revelando-se como um fenômeno que envolve a rede social (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Desde o passado mais remoto até os tempos atuais, a associação entre transtornos mentais e religião atravessa a humanidade. Percepções e representações localizando as doenças e suas curas no âmbito do sagrado atuam interligando-as social e culturalmente à religiosidade. A maioria das religiões incentiva sentimentos de solidariedade, compaixão, caridade e perdão contribuindo para uma maior coesão social e apoios mútuos, promovendo uma visão otimista da vida e construindo sentido para os sofrimentos e as perdas, algo que incrementaria a esperança e a motivação. Apesar disso, em alguns contextos e para alguns grupos, a religião pode exercer uma ação negativa sobre a saúde mental e o bem-estar subjetivo, fazendo emergir sentimentos de culpa, vergonha e medo nas pessoas, resultando em rebaixamento da autoestima, piora do isolamento social e dos sintomas, levando-as, muitas vezes, a rejeitarem a oferta dos cuidados de saúde. Entretanto, um balanço geral das evidências sugere que a busca pelas religiões e outras formas de espiritualidade exerce mais frequentemente efeitos positivos para a saúde e alívio para o sofrimento resultante dos transtornos mentais (DALGALARRONDO, 2008).

A respeito da noção de consciência sobre seu estado e da sensação de cura apresentadas pela usuária no fragmento, observa-se que a interpretação da familiar atribui esses conteúdos exclusivamente ao uso do medicamento, não dialogando com outras possíveis construções subjetivas edificadas durante o processo de adoecimento e do tratamento não medicamentoso.

Em uma narrativa sobre as restrições impostas pelo adoecimento, a participante expressa o receio de ficar limitada, sem possibilidade de andar, comer e realizar seu autocuidado mudanças que teme como consequência de “bater a cabeça.”

U19/ GrM2 – Óh, a pior coisa que eu rezo todo dia pra Deus, é pra mim não bater com a minha cabeça, se for pra bater cabeça e morrer, tudo bem, não deixa ninguém com problema. E a perna pior, tá pior. O que é o bom é que eu ando sozinha e não tem que os outros me dar banho. Aí eu como sozinha, aí não tem que me dar comida. [...] Peço a Deus pra conservar eu assim, já que eu não meloro mais que isso.

A usuária deixa implícito a relação que estabelece entre a doença mental e danos que a cabeça pode sofrer. Desse modo a usuária conecta questões psíquicas às neurológicas, com seus atravessamentos mútuos. O desejo de não piorar é acompanhado pela conformação com a não melhora. Isso nos leva a pensar, partindo dessa fala e da nossa observação dessa usuária em outros momentos, em uma acomodação dela – manutenção das mesmas atividades, sem variação de seu repertório – por receio do risco de piora e pela falta de perspectivas de produzir transformações que melhorem a sua vida.

Outro ponto associado à doença foi a constatação de preconceitos em situações corriqueiras, como exposto por um dos participantes no grupo focal:

U4/ GF3 – É, eu acho que o preconceito também, é, me atrapalha sabe, me deixa incomodado, né, não psicologicamente falando mas como pessoa, como ser humano também. Pra vocês terem uma ideia, eu falei pra senhora, tenho um vizinho [...] ele maltrata os animais dele, domésticos, manda os cachorrinhos fazer as necessidades médicas fisiológicas no jornal, né, aí se os cachorrinhos não fazem, fala "não, Bruce, eu já falei, é aqui no jornal! no jornal!" e fica gritando. Outro dia tava gritando com minha prima em casa, sabe o que ele fez? Ele pegou o livro de reclamação, falou que eu tava gritando e tava incomodando ele, porque ele é aposentado chegava do trabalho, queria descansar e tinha um maluco gritando em frente ao apartamento dele e não deixava ele descansar. Então ele tem preconceito, sabe doutora? [...] Aqui também, as vezes na policlínica [...] eu trabalho nas vendas, às vezes eu observo que eu, quando eu falo "brincos, colares, pulseiras e mosaico", é, café com leite, cafezinho, né, sanduíche e tal, aí as vezes as pessoas passam e tal, nem olham pra gente, vira o rosto. Eu falo bem assim "venha conhecer nosso trabalho", aí a pessoa passa devagar, "gostaria de conhecer nosso trabalho?", "não não", às vezes não gosta, quer dizer, ninguém é obrigado a comprar, mas também às vezes a pessoa passa assim, aí eu tou olhando, aí ela começa a dar uma risadinha assim, de deboche, depois vai embora, sabe? Então é isso sabe, são coisas assim, porque as pessoas, as vezes, é, elas não compram porque não tem dinheiro, porque não gostam, elas não compram por preconceito mesmo. [...] me apresento e falo "eu sou paciente do CAPS UERJ, fazemos os trabalhos de geração de renda, aqui nós estamos oferecendo brincos, colares, pulseiras, chaveirinhos, marcadores de livro...

U3/ GF3 – Mas às vezes a abordagem que você...

U4/ GF3 – Não, não, não é isso, não, não é bem isso, isso é preconceito sim, porque às vezes ela ri de deboche, a gente sente que é de deboche, entendeu?

U3/ GF3 – Mas isso não é paranoia não?

U4/ GF3 – Não, não é paranoia não, às vezes, pode até ser, mas é que eu acho, eu acho que ri de deboche...

U3/ GF3 – Mas por que vão debochar?

U4/ GF3 – Porque existe preconceito. Assim como esse vizinho me chamou de maluco às vezes, "para de gritar, maluco!", mas às vezes o vizinho não quer que grita aqui em casa mas tá gritando lá.

A relação entre os transtornos mentais e o estigma aparece em diversos autores, sendo observadas posturas preconceituosas por parte dos familiares, dos profissionais de saúde, na sociedade em geral e mesmo nos próprios usuários de serviços de saúde mental.

Thornicroft (2006) define estigma como uma afirmação de rótulos, estereótipos, preconceitos e discriminações em um contexto no qual as forças sociais, políticas e econômicas atuam em detrimento de membros de um grupo social. Esse autor expõe a insatisfação com o cuidado recebido como principal razão para o abandono do acompanhamento nos serviços de saúde mental. (THORNICROFT, 2006)

Na abordagem à crise por médicos e outros profissionais socorristas, evidenciou-se a persistência do olhar corretivo sobre a loucura, na lógica de que toda a sintomatologia presente deve ser rapidamente extirpada e veementemente combatida, o que contribui para a ocorrência de abusos na realização de contenções físicas, químicas ou na tomada de medidas repressivas e violentas diante da agitação e/ou agressividade verificadas em algumas situações agudas de crise. Verificou-se que um profissional despreparado pode ter condutas inapropriadas, devido à emoção do momento e aos seus medos e preconceitos relacionados ao sujeito em sofrimento psíquico (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

A respeito da representação da loucura, apesar do conhecimento racionalizado sobre as doenças, permanecem na sociedade crenças estereotipadas e estigmatizantes de periculosidade e incurabilidade, bem como atitudes autoritárias e dogmáticas. Por outro lado, encontram-se atitudes paternalistas ligadas a crenças mais tolerantes e positivas de aceitação à convivência com os usuários integrados na comunidade.

Ao mesmo tempo que solicitam-se medidas de promoção da saúde mental, realçando-se o sucesso dos tratamentos e o humanismo que o regresso dos doentes à comunidade proporciona, ainda conservam-se recusas à aproximação ou repúdio a presença de pessoas com transtornos mentais.

Mesmo reconhecendo a possibilidade das intervenções médicas, psicológicas e psicossociais, mantêm-se os mesmos tipos de receios de um dos paradigmas do ser humano: o temor da perda de controle das emoções e dos impulsos. Assim, pode-se enquadrar as tentativas de construir um abismo entre os “desconvocados da razão” e “nós mesmos” (LOUREIRO; DIAS; ARAGÃO, 2008).

5.3.5. Negociando a medicação

Entre os propósitos do grupo de medicação, destacamos a utilização deste espaço como local para negociar a prescrição do esquema terapêutico no diálogo entre psiquiatra e participantes.

P2 – Então você está dizendo que tem sentido os efeitos negativos do remédio e você quer mudar?

U8/ GF1 – Não, não é mudar o remédio, eu já experimentei um monte de remédio, não tem muito mais o que correr de remédio, já experimentei muitos que me fizeram muito mais mal que esse, tem mais algum para experimentar? Então queria colocar só um de cinco, se fosse possível.

P2 – Por que você quer colocar só um de cinco?

U8/ GF1 – Para experimentar, porque eu tive crise quando ela colocou um de cinco, aí ela aumentou um de cinco de manhã e um a noite.

P2 – E você não está gostando um de cinco de manhã e um de cinco de noite?

U8/ GF1 – Eu tô bem, a minha parte psiquiátrica tá bem, mas de vez em quando eu fico indo e voltando de passar mal, se pudesse fazer essa experiência para ver como é que eu fico.

P2 – O que você quer mudar passando o remédio para um comprimido só? O que você espera que aconteça de diferente?

U8/ GF1 – Eu espero não ter crise e que passe um pouco menos mal, de vez em quando eu passo mal ainda para desmaiar, se não der tudo bem.

P2 – Você acha que desmaia por conta dos dois?

U8/ GF1 – Não eu não desmaio, eu fico para desmaiar, mas não chego a passar mal por conta desse remédio.

P2 – Mas você acha que isso é por causa dos dois comprimidos?

U8/ GF1 – Sim, pois quando eu estava tomando um, eu fiquei bem, não passei tanto mal. O efeito colateral melhora um pouco porque é menos.

P2 – Qual o efeito colateral que você sente?

U8/ GF1 – Parece que eu vou desfalecer, desmaiar, mas eu não cheguei a desmaiar não, depois eu melhoro.

A solicitação, exposta pela usuária durante o grupo focal, explicita o desejo de diminuir a dose de sua medicação. Como foi dito, ela fazia uso de dez miligramas de olanzapina ao dia e encontrava-se bem “da parte psiquiátrica”, entretanto queixava-se de um mal-estar que atribuía ao medicamento.

Considerando seu pedido de experimentar esquema terapêutico com dose menor de medicação, a dose foi renegociada para sete miligramas e meio e estratégias para reconhecer e manejar uma possível piora sintomática foram apresentadas e negociadas. A descrição do “passar mal” é clara para ela, bem como a atribuição de causalidade ao uso do remédio, tendo sido um dos desafios nesse acompanhamento trabalhar com essas experiências subjetivas e com os significados apresentados para as vivências de crise e de passar mal, orientando a condução do cuidado nesse sentido.

Desenvolver uma relação de parceria e responsabilização mútua entre terapeutas e usuários indica um caminho interessante na oferta de múltiplas possibilidades de desenvolvimento do projeto terapêutico. Para conseguirmos promover mudanças de conceitos e práticas em saúde mental, como a ressignificação dos papéis tradicionalmente atribuídos aos usuários e aos profissionais, é fundamental o compartilhamento da elaboração dos processos de cuidado com os sujeitos. A identificação e a reflexão sobre as demandas e necessidades devem ocorrer num processo contínuo e conjunto com os envolvidos, avaliando e reavaliando os caminhos traçados e as suas repercussões no tratamento (MÂNGIA, 2002).

Além do interesse dos participantes em alterar o modo de utilizar seus medicamentos, outros fatores são considerados:

F4/ GrM1 – Ela é proativa, só toma medicação à noite, ajuda meu pai em casa. Minha preocupação é isso, que diminuiu, agora já está no mínimo, só à noite, agora ela quer ficar sem.

P1 – Então, a gente convidou vocês hoje aqui para conversar sobre isso [...], U15 já tem trazido isso no grupo, a gente diminuiu a medicação, ela está se sentindo bem, a gente tem observado como ela está ficando... eu acho que a medicação tem uma função, a gente tem que conversar sobre o que a medicação está fazendo, como é que vocês ficam com a medicação para a gente poder saber manejar essa medicação.

F4/ GrM1 – Mas, por exemplo, eu já percebo que quando diminui ela fica um pouco mais agitada [...] fica andando de um lado pro outro.

U15/ GrM1 – Eu acho que eu não fico agitada não.

No trecho acima, a usuária vinha comparecendo ao grupo de medicação referindo sentir-se bem e expressando sua intenção de não utilizar mais

remédios, entendendo sua sensação de bem-estar como fruto da cura do seu problema de saúde. Iniciamos uma diminuição na dosagem do remédio, chegando em dose terapêutica mínima do antipsicótico, dialogando com a usuária sobre a importância de convidarmos os familiares mais próximos a participarem desse processo de modificação do tratamento, tendo comparecido sua irmã e sua filha no grupo de medicação posterior.

Na ocasião, elas contaram um pouco sobre o histórico da doença e do tratamento da usuária, sob seu ponto de vista. A usuária comentou a respeito do que elas falaram e também compartilhou suas percepções sobre sua trajetória de adoecimento. Como havia sido realizada uma diminuição recente do medicamento, combinamos que elas observariam melhor as possíveis mudanças de comportamento após o uso do novo esquema terapêutico e retomariamos essa negociação sobre os próximos passos a serem dados em um novo encontro no grupo de medicação da semana seguinte.

Envolver as pessoas que ofertam suporte aos usuários nas tomadas de decisão foi um dos pilares utilizados pelo grupo de medicação, pois quando existe a necessidade de maior atenção ou de cuidado em momentos de crise precisamos contar com o apoio delas. Além disso, percebemos que, em nosso contexto, a opinião dos familiares e cuidadores em geral exerce um papel relevante para as deliberações dos usuários, bem como na execução do que é resolvido, por esses motivos o grupo de medicação era aberto para participação dos usuários e dos acompanhantes convidados por eles ou pela equipe mediante combinação. Tentávamos, assim, que o funcionamento do grupo fosse sensível ao modo de decisão encontrado: a decisão dos usuários não se esgotam neles próprios, pois eles mesmos levam em conta como relevante para o seu processo decisório a consideração das opiniões de familiares e às vezes de amigos com quem compartilham a vida cotidiana.

Boccardoe colaboradores (2011), em sua revisão sobre projeto terapêutico singular, recomenda que a negociação do tratamento e das metas a serem alcançadas seja desenvolvida com usuário e familiares, bem como sejam planejadas as ações de cuidado pela equipe e realizada uma divisão de responsabilidades na execução do plano terapêutico. Destaca que o foco da construção e do desenvolvimento do cuidado deve ser o usuário em sua singularidade, acrescentando a importância de contemplar, nesse processo, a

participação da família e da rede social dessas pessoas, todos atuando em parceria no projeto elaborado (BOCCARDO et al., 2011).

Mudanças na medicação são citadas também como causadoras de melhora na aparência, algo que a participante associa com o efeito calmante do medicamento, embora ela não traga maiores detalhes:

P1 – Tem alguma coisa que vocês gostariam de mudar no remédio de vocês?

U5/ GF2 – Mudar uma vez ou outra é bom.

P2 – É bom pra quê?

U5/ GF2 – É bom para melhorar a aparência da gente.

P2 – O remédio melhora a aparência?

U5/ GF2 – Melhora. [...] Quero mudar pra um melhor mais ainda.

P1 – Você acha que se mudar o seu remédio vai te ajudar nisso?

U5/ GF2 – Vai me ajudar mais ainda, vou ficar mais calma, minha cabeça vai melhorar.

O desejo de melhorar a aparência aparece aliado ao interesse de ficar mais calma, citado como sua condição. À mudança do remédios ela associa a possibilidade de “melhorar a cabeça”, alcançando assim tanto melhor aparência quanto mais calma. A viabilidade de negociar modificações no seu esquema terapêutico pode simbolizar também uma possibilidade de atuação direta no tratamento.

No caso dessa participante, suas primeiras participações nos grupos de medicação foram precedidas de advertências por parte dos familiares a respeito de sua pouca capacidade de fala e da insegurança da própria usuária sobre sua possibilidade de atuação no grupo sem incluir seus familiares. A partir do seu desejo anunciado de fazer algumas mudanças em seus remédios, percebemos que as pequenas alterações realizadas de maneira pactuada, contemplando suas observações sobre seu tratamento, produziam respostas em seu envolvimento na atividade, estimulando-a para expressar-se mais e tornando sua participação mais frequente e efetiva no grupo, a partir do interesse em falar sobre o resultado das intervenções solicitadas por ela.

Em grupos iniciais, que foram realizados antes da estruturação da atividade, só era permitida a participação de usuários. Com a sistematização dos grupos, optamos por uma ampliação para abranger também os cuidadores, gerando um avanço em criarmos um ambiente propício para o diálogo entre psiquiatra, usuário e seus suportes no intuito de uma condução negociada do tratamento, onde todos se implicam na execução do que pactuarem

coletivamente, produzindo um cuidado compartilhado e centrado na pessoa. Entre os familiares que participavam regularmente dos grupos de medicação estavam a tia e o irmão dessa usuária:

P2 – Você tem vindo sozinha?

U5/ GF2 – Não, com minha tia e meu irmão.

P2 – E como é que é a sua conversa no grupo com sua tia e seu irmão?

U5/ GF2 – Eu não converso esse assunto [medicação] com eles não.

P2 – Não? Mas e aqui, você conversa?

U5/ GF2 – Só aqui.

5.3.6. O grupo de medicação e o cuidado no CAPS

Não foi incomum que perguntas sobre o grupo de medicação fossem respondidas através da referência a outras atividades coletivas existentes no CAPS como oficinas, grupos terapêuticos e espaços de cuidado e convivência. O tratamento no CAPS, em sua totalidade, foi referido nas narrativas sugerindo que a experiência do grupo de medicação ocorre em um fluxo com as demais atividades oferecidas e de modo articulado, não havendo tanta nitidez nas fronteiras entre os espaços terapêuticos do serviço para os usuários.

Por essa razão, o cuidado no CAPS aparece como pano de fundo do nosso trabalho, no qual os grupos de medicação devem ser inseridos, planejados e analisados como mais um recurso na produção da melhora. O fragmento abaixo revela isso. Após responder sobre como se sentia a respeito de sua participação no grupo de medicação, o usuário segue falando sobre outras atividades das quais participa e que fazem com que se sinta bem, sendo identificadas por ele como recursos importantes na produção de seu bem estar:

P1 – E como você se sente falando sobre isso que acontece com você no grupo de medicação e escutando o que as outras pessoas falam?

U4/ GF3 – Eu me sinto bem.[...] quando eu terminei minha primeira peça de mosaico, eu me senti bem porque eu achei que a terapia era útil pra mim né? Naquela época ainda não era oficina de geração de renda aí a oficina que eu mais gosto realmente é o mosaico, por quê? O mosaico deixa a gente centrado, nossa mente melhora, a gente fica mais calmo, mais tranquilo, porque a gente tem uma responsabilidade de fazer uma pecinha bem, todo mundo tem os seus erros, mas cada um faz o seu estilo, [...] a oficina da palavra eu gosto, [...], acho que tudo é importante, a oficina de culinária [...]ali você aprende a fazer as coisas, a gente olha, faz as coisas pra gente, olha, tem até um espaço que a gente vai ali, e a gente faz coisas pra gente degustar um pouco antes do almoço.

Um outro usuário, ao ser questionado sobre como vem sendo a sua frequência no grupo de medicação, responde sobre seu “contrato”:

P2 – E você tem vindo quantas vezes ao grupo de medicação?

U2/GF3 – Olha, o meu contrato é pra semana toda, mas quando eu vou melhorando vou vindo menos.

P2 – E no grupo de medicação?

U2/GF3 – Eu acho que eu vinha mais, depois eu deixei de vir, eu vinha duas vezes na semana.

A inserção do grupo como parte do seu projeto de cuidado contratualizado, demonstra que o usuário estabelece uma conexão entre as atividades que realiza, vencendo a possível divisão que poderia se supor a partir das diferentes práticas profissionais. Apesar de existirem conhecimentos diferentes, próprios de cada profissão, Campos (2000) descreve que os saberes são institucionalizados e organizados mediante a conformação de núcleo e campo. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional como uma aglutinação de conhecimentos e imerso em um determinado padrão de compromisso concreto na produção de valores de uso. Já o campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria apoio de outras no cumprimento de suas atribuições teóricas e práticas. Desse modo, tanto o núcleo quanto o campo sofrem interinfluências e mutações nas quais tornam-se tênues as fronteiras entre um e outro. Contudo, o núcleo mantém uma aglutinação de saberes e práticas ao compor uma certa identidade profissional e disciplinar. Utilizando uma metáfora para ilustrar os conceitos, os núcleos se comportariam como os círculos concêntricos formados ao atirmos um objeto em água parada e o campo seria a água e o seu entorno (CAMPOS, 2000).

Sendo assim, percebemos que mesmo com as delimitações produzidas através das diversas atividades propostas e pelas especificidades de atribuições nucleares dos técnicos da equipe, o campo da atenção psicossocial em sua amplitude multidisciplinar aparece nas narrativas desses usuários ao falarem do CAPS como um espaço terapêutico único, do qual o grupo de medicação faz parte, refletindo e sendo reflexo do trabalho desempenhado pelo serviço em sua totalidade.

A conversa a seguir demonstra a existência de interesses particulares pelas oficinas, grupos, tarefas e eventos ofertados no serviço:

U4/ GrM1 – Mosaico é uma oficina que tem aqui no CAPS que ajuda a gente, deixa a gente focado.

U3/ GrM1 – Deve ser bom para você, mas o que interessa a um nem sempre interessa a todos.

U4/ GM1 – Não, eu sei, eu tô dizendo que se você tiver o interesse de participar do mosaico, melhora seu estado de saúde, sua saúde mental, psicológica também, se você quiser participar.

P1 – Você está falando que você gosta né, e ele está falando que outras pessoas podem não gostar.

F5/ GrM2 – Eu falo pra ela que ela tem que tentar fazer isso, sentar um pouco, conversar um pouco né, ela não tá conversando aqui, então conversar um pouco, andar um pouquinho aqui nem que for pouca distância, mas andar, entendeu? Ir na casa de um parente, de uma amiga, sabe? Ou até na casa de um dos parentes, ela não vai [...] terapia aqui ela não participa, ela só vem aqui.

P1 – Pro grupo de medicação né, precisa fazer outras atividades.

F5/ GrM2 – Que não consiga vir nas festinhas aqui, às vezes tem, ela falou com o pessoal que ia participar, nada. [...] Eu falo que ela tem que fazer terapia igual tão participando aqui, que isso ajuda, mas, ela não aceita, se ela aceitasse, eu tentava levar ela.

O papel das atividades coletivas na assistência em saúde mental na comunidade e na vida dos indivíduos, suas finalidades terapêuticas e o valor simbólico que agregam à formação e autonomia do ser humano são questionadas na liberdade de “ir e vir”, de querer ou não participar e também no que desejam fazer ou não fazer. Mais do que uma simples ocupação, devem revitalizar as relações entre os sujeitos, atuando como ferramentas para a expressão da criatividade humana e para dar novos sentidos à plenitude da vida.

Além de redimensionar a função das atividades terapêuticas é preciso incorporar, nos planos e ações, que elas não podem ser tratadas como processos estáticos e que devem ser pensadas e constituídas baseadas nas necessidades daquela clientela e não apenas visando as habilidades profissionais. Bem mais do que simplesmente “tê-las”, devemos enxergá-las como tecnologias de cuidado efetivo e como espaço com aptidão para trocas simbólicas e para potencialização de seus participantes (PINHO et al., 2013).

5.3.7. Outras atividades com potencial terapêutico

O entendimento de cuidado em saúde mental comunitária inclui não só a frequência e as práticas terapêuticas realizadas no serviço. Deve-se abranger também o cotidiano da vida dos usuários e as possibilidades de condutas produtoras de uma existência mais saudável. Nesse aspecto, o grupo de medicação se mostrou como um local para compartilhamento de experiências, a seguir vemos algumas opiniões sobre as práticas de exercícios físicos:

U4 / GrM1 – Agora estou fazendo exercício na praça de Vila Isabel, botaram uns aparelho lá, estou me sentindo melhor, um pouco mais forte fisicamente [...] toda atividade, principalmente pra pessoa que tem problemas mentais, é bom porque dizem que o corpo libera aquele hormônio chamado endorfina, não sei se é esse o nome, que causa sensação de prazer e bem estar, então, às vezes quando tô muito preocupado com alguma coisa, depois que eu saio do CAPS e vou lá fazer a atividade física, eu me sinto melhor, melhora meu estado mental, a minha mente fica mais aberta, mais tranquila, meus pensamentos ficam melhores [...] aí eu chego em casa, faço minhas tarefas, aí depois eu vou e tomo aquele banho gelado, aí também alivia a ansiedade. Então aí gente, é bom você tentar fazer uma atividade física, caminhar num final de semana, [...] eu acho a atividade algo bem importante né, na nossa vida.

F3/ GrM1 – Uma coisa que eu sempre falo para minha mãe, que eu vou falar com o pessoal aqui é que essa questão que ele tá falando de exercício físico, é bom para todo mundo, não só para um ou outro não, não é só porque é diferente. Não é só porque eu tenho problema, tem que fazer, eu falo para minha mãe que eu faço exercício desde criança. Eu acho que a gente tem que fazer porque você, ela, eu, todo mundo, a gente sai do trabalho, escola ou curso, o que for, a gente sai com algum tipo de estresse ou ansiedade... Para todo mundo que tem esse tipo de problema ou tem outros problemas do dia a dia, é importante fazer exercício físico. Ninguém deve se sentir diferente, o que eu tô querendo dizer é que não é só para quem tem problema mental, é coisa geral, uma coisa comum para todo mundo!

U3/ GrM1 – Isso é fundamental... A gente não precisa correr e nadar, só caminhar já mexe com tudo! Outra coisa, o U4 falou do hormônio é esse mesmo a endorfina, a gente faz ginástica endorfina é uma substância, que quem tá para baixo, meio deprimido, ela eleva, é uma substância, que eleva, estimulante e calmante. Se a pessoa estiver nervosa, acalma e se estiver triste, alegre. E também foi comprovado em estudos nos Estados Unidos que exercício físico é melhor que terapia, ou os dois juntos, talvez exercício físico seja melhor que terapia.

U20/ GrM2 – Eu faço caminhada.

P1 – Você faz caminhada, né? Você gosta?

U20/ GrM2 – Gosto sim, é bom pra mente, bom pra cabeça.

A prática de atividade física contribui, de maneira natural e eficaz, para preservar o equilíbrio mental de todo indivíduo, atuando na prevenção e reabilitação de agravos em conjunto com outras intervenções. Assim, através de hábitos mais ativos, incluindo exercícios regulares, pode-se alcançar uma melhoria da qualidade de vida e aumento da saúde física e psíquica (ROEDER, 2012).

U14/ GrM1 – Acupuntura é bom para ansiedade?

P1 – Acupuntura? Alguém já fez acupuntura?

U13/ GrM1 – Não, eu tenho medo! Já fiz massagem.

F2/ GrM1 – Tem que fazer com um bom profissional, se não estoura uma veiazinha né?!

P1 – São agulhas muito fininhas na acupuntura.

F2/ GrM1 – A minha filha tinha uma amiga que fazia. A senhora acha que melhora a ansiedade?

P1 – Existem estudos que dizem que sim, mas é claro que é importante fazer com um bom profissional [...] a gente tem que buscar não só a acupuntura, mas coisas que nos ajudam. [...]

U3/ GrM1 – Tem que ser viciado em saúde física, espiritual, mental e emocional.

O uso da acupuntura aparece como uma proposta terapêutica na atenção aos transtornos mentais e baseia-se em uma noção ampliada de saúde, levando em conta a teoria e as técnicas milenares. Essa abordagem considera o ser humano em seu aspecto integral, de forma que o fluxo de energia pelo corpo estabelece o equilíbrio físico, emocional, ambiental e espiritual de modo que órgãos e emoções relacionam-se e influenciam-se mutuamente. No caso dos transtornos de ansiedade, a acupuntura aparece como um tratamento que propõe ampliar o foco de atenção, visando não apenas os sintomas, mas uma atuação sobre a pessoa e suas singularidades de forma menos invasiva e fragmentada que a prescrição medicamentosa em larga escala, comum na saúde brasileira, onde a racionalidade principal provem da medicina ocidental contemporânea. Seu foco é ofertar métodos para reduzir o estresse e a ansiedade, aumentar o bem estar físico e emocional e propiciando melhora da

qualidade de vida. A acupuntura estabelece também a expansão do olhar sobre o processo saúde-doença e a promoção global de cuidado, especialmente do autocuidado (BRANT, 2016).

Através desse olhar sobre a acupuntura, destacamos o interesse que a participante compartilhou por essa atividade como uma alternativa a ser trabalhada em grupo. Construir uma percepção sobre a saúde mental que também possa abranger intervenções direcionadas ao corpo integrando seu funcionamento físico e psíquico aparece aqui como uma potencialidade do grupo de medicação. Seguindo na mesma linha:

U1/ GF3 – Queria falar sobre a insônia, teve uma fase da minha vida que eu tive muita insônia, eu experimentei, os médicos passavam Lorax®, Valium®, Diempax®, Dormonid®, experimentei quase todos os remédios pra insônia. Hoje em dia eu durmo uma beleza, sem remédio, sem nada...

P1 – Que bom!

U1/ GF3 – Porque passei a caminhar, ficar cansada, chego em casa tomo um banho caio na cama e durmo. Por causa da caminhada, andar né... andar.

O exercício físico aparece também como complementar e possivelmente substitutivo a algumas medicações e terapias, apontando uma pista no cuidado em saúde mental. Devido à complexidade da experiência de mal-estar e à sua origem a partir do sintoma que não melhora com o tratamento ou seu surgimento como fruto do próprio tratamento, percebemos os desafios constantes aos profissionais e usuários na ampliação da busca por recursos terapêuticos, como exemplificado aqui pelos sintomas de ansiedade e pela insônia que, muitas vezes, não encontram resposta satisfatória aos tratamentos convencionais e aos psicofármacos. Dessa forma, reconhecer e compartilhar descobertas exitosas de estratégias não médicas experimentadas no enfrentamento do incômodo e do mal-estar vivenciados apresentam-se como parte do repertório do grupo de medicação.

6. Considerações finais

A proposta do trabalho com grupos de medicação, inserido na perspectiva da atuação do psiquiatra na atenção psicossocial, veio no intuito de promover um cuidado médico horizontalizado, incluindo usuários e demais atores participantes de sua rede de apoio nas tomadas de decisão do tratamento e do manejo da medicação.

Na cena do cuidado médico, há mais que o saber técnico e experiencial do psiquiatra. O saber vivido e pessoal do usuário e de sua rede de suporte precisa ser reconhecido e considerado, condição para que o uso do medicamento deixe de estar exclusivamente centrado na redução do sintoma.

Ofertar um espaço convidativo ao diálogo sincero onde todos os participantes estivessem confortáveis para expressar suas opiniões, experiências e questionamentos a respeito de temas variados, destacando-se as concepções próprias construídas a respeito das medicações utilizadas, foi uma etapa importante na consolidação da atividade revisitada por esse estudo.

Para alcançarmos o engajamento do serviço nesta aposta dos grupos de medicação foi preciso enfrentar alguns desafios, entre eles a pouca familiaridade de usuários, familiares e profissionais – até mesmo da pesquisadora – com a realização de grupos e com a abordagem da medicação e do cuidado de forma coletiva, porém singularizada.

Tomando como principal norteador desse estudo o cuidado centrado na pessoa, nosso objetivo geral foi conhecer as narrativas dos participantes dos grupos de medicação e acessar suas experiências relacionadas a essa atividade, ofertada como ferramenta principal para o cuidado psiquiátrico em um Centro de Atenção Psicossocial. Como objetivos específicos buscamos conhecer a experiência de adoecimento e tratamento dos usuários no contexto dos grupos, e os alcances e limites do grupo de medicação em promover uma prescrição interativa, com um manejo de psicotrópicos compartilhado e centrado na pessoa.

As narrativas coletadas foram produzidas em grupos focais, mas utilizamos também o registro audiogravado de encontros do próprio grupo de medicação, com o propósito de compreender melhor o seu funcionamento. Foi elaborado um

roteiro guia para condução dos grupos focais com três eixos – grupo de medicação, uso de psicofármacos e relação terapêutica no grupo.

Além dos temas pensados previamente para esse estudo, os quais foram abordados nas questões do roteiro, as categorias que utilizamos na análise de conteúdo foram originadas também a partir da leitura do material coletado nos grupos, sendo elas: 1) Experiência de participação em grupos de medicação; 2) Uso e manejo da medicação; 3) Relação terapêutica e compartilhamento do cuidado; 4) Experiência de adoecimento e diagnóstico; 5) Negociando a medicação; 6) Tratamento no CAPS e 7) Outras atividades terapêuticas.

Em nossos resultados para a primeira categoria analisada – Experiência de participação em grupos de medicação – foram explicitados os alcances do grupo como um espaço de trocas no qual os participantes podiam compartilhar suas experiências, opinar a respeito das questões trazidas por outros usuários e familiares, sentindo-se escutados e acolhidos para isso e gerando uma sensação de bem-estar. Alguns usuários indicaram como limites para participarem nos grupos de medicação o desinteresse pela atividade, a pouca adaptação em espaços coletivos de atendimento e a existência de assuntos que não poderiam ser conversados em grupo.

Sobre o manejo da medicação, suas ações terapêuticas e colaterais, obtivemos narrativas que nos sugeriram que os usuários e familiares conseguiam ficar à vontade durante os grupos para expressar suas opiniões, dúvidas e interpretações próprias sobre os remédios, bem como para interagir com outros participantes que pudessem acrescentar vivências semelhantes às suas, enriquecendo o debate e não enxergando as questões como passíveis de serem respondidas apenas pelo saber técnico, mesmo sabendo-se contar com a atuação da psiquiatra durante a atividade.

No aspecto da relação terapêutica, as narrativas descreveram que o vínculo existente no grupo assemelhava-se àquele percebido em atendimentos individuais e a atividade foi considerada como um instrumento relevante para intensificar a proximidade entre a médica e os usuários e para a ampliação de cuidado compartilhado entre usuários, familiares e psiquiatra. Também visualizamos alguns exemplos de negociações sobre o tratamento e sobre o uso das medicações ocorridas nos grupos, nas quais os atores envolvidos se tornam

corresponsáveis pela continuidade do cuidado, pilar fundamental do cuidado centrado na pessoa e da tomada de decisão compartilhada.

A experiência de adoecimento foi um tema que atravessou os grupos de medicação, aparecendo de forma longitudinal durante o percurso da atividade e desse estudo. Através da internação, do olhar sobre si, comparativo ou não com momentos diferentes de sua história, do olhar ou da intervenção do outro, do diagnóstico e também do uso de medicações os usuários falaram sobre como iniciaram seus tratamentos e sobre o modo que enxergam a necessidade desse cuidado em suas vivências as quais se apresentam na conexão entre corpo, mente e vida cotidiana.

Observamos que o tratamento ofertado pelo grupo de medicação não foi recebido como algo a parte do cuidado. As falas dos participantes nos indicaram que a experiência no grupo não está isolada do que é experimentado no contexto do Centro de Atenção Psicossocial no qual nos inserimos, apontando a necessidade de trazer o atendimento médico e a prescrição de medicamentos como uma ferramenta não dissociada dos outros espaços terapêuticos ofertados pelo serviço, compondo um arsenal de possibilidades no cuidado em saúde mental.

Nesse conjunto de recursos de cuidado foram reconhecidas atividades externas como exercício físico, acupuntura, cuidados com a saúde em outros dispositivos, circulação pelos ambientes da cidade utilizando o território em seu potencial, entre outros. Evidencia-se, assim, que as práticas experimentadas como saudáveis não se restringem àquelas relacionadas ao adoecimento e à tomada de medicação psicotrópica nem ao CAPS.

Para compreender a pessoa em sua singularidade precisamos conhecer seus interesses, experiências e expectativas. Tomamos o uso da medicação, em sua dimensão experiencial, para acessar tais dimensões da pessoa. As narrativas produzidas mostraram que ao falar do medicamento se fala das vivências em geral, e não necessariamente o foco se mantém na doença, ela própria se apresentando como mais um elemento na vida da pessoa.

Ao iniciar os grupos de medicação, eu pouco conhecia sobre a realização de grupos com usuários e até onde conseguiria seguir com essa prática. Apesar

de já estar atuando no CAPS como residente de psiquiatria, foi a partir dessa atividade e, como consequência, desse estudo que tive a oportunidade de me aproximar da atenção psicossocial e da literatura sobre grupos terapêuticos, cuidado centrado na pessoa, experiência de adoecimento e tomada de decisão compartilhada.

Com base nessa tradição que me foi apresentada, pude me distanciar da crença hegemônica da psiquiatria em uma ciência padronizada capaz de dar conta de tratar igualmente todas as pessoas com o mesmo diagnóstico centrando-se na prescrição medicamentosa e destituindo-a de sua dimensão simbólica e experiencial.

A forma concreta do remédio estar presente no cotidiano da pessoa, o seu uso do modo indicado ou não ou mesmo sua recusa não podem estar à margem do cuidado nem colocados como inerente ao tratamento de modo irrefletido, sem que exista um diálogo sobre a prescrição e seus efeitos.

A potência do uso de grupos de medicação na construção de um manejo compartilhado das decisões ficou clara em minha prática e foi mostrada nesse estudo o qual me impulsionou a buscar o aprimoramento em atividades com grupos e a continuar utilizando essa ferramenta.

Alicerçada pela aprendizagem obtida com essa pesquisa, percebo uma ampliação do meu repertório de práticas profissionais proveniente da mudança na forma de enxergar o adoecimento mental e as ofertas de cuidado médico nesse campo. Os grupos de medicação e seus desdobramentos em minha formação profissional continuada através desse mestrado me transformaram para a psiquiatria e para a vida, na direção do cuidado voltado para as necessidades da pessoa e inserido no seu contexto, nas suas redes de suporte e na sua subjetividade singular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, N.; GRIEDER, D. M. **Treatment planning for person-centered care: The road to mental health and addiction recovery**. 1 ed. Academic Press, 2004. ISBN 0080521576.

ALVES, P. C. B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set. 1993.

ANGELL, B. et al. Shared Decision Making. In: CORRIGAN, P. W. (Ed.). **Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination**. Washington, DC: American Psychological Association, 2015. p. 251. ISBN 1433819775.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BARRY, M. J.; EDGMAN-LEVITAN, S. Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 9, p. 780-1, mar. 2012.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BOGARDUS, E. The group interview. **Journal of Applied Sociology**, v. 10, p. 372-382, 1926.

BOMFIM TRAD, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-96. 2009.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-36, abr./jun. 2012.

BRANT, N. C. C. **A acupuntura como prática de cuidado aos estados de ansiedade: uma possibilidade de desmedicalização em saúde mental**. [MONOGRAFIA]. Rio de Janeiro: Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz - FACIBRA; 2016. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, 2002.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CANESQUI, A. M. **Pressão alta no cotidiano: representações e experiências**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 306p. ISBN: 9788575414699.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, jun. 1996.

CASTRO, R. C. L. D. **A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção**

primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo. [TESE]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015. 218p.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). **Social science & medicine**, v. 44, n. 5, p. 681-92, mar. 1997.

COELHO, J. S.; BRAGA, G. A. R. **Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental.** Ministério da saúde. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA. **Em defesa das boas práticas no relacionamento entre a classe médica e a indústria farmacêutica.** São Paulo, 2016, p.9.

CORREA, S. G. D. P. **Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro.** [DISSERTAÇÃO]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 93p.

COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural. Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias.** 1 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 176 p. ISBN: 8570015542.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia & saúde mental.** Editora Artmed, Porto Alegre, 2008. 288p.

DAVIDSON, L. et al. Person-Centered Care. In: CORRIGAN, P. W. (Ed.). **Person-Centered Care for Mental Illness: The Evolution of Adherence and Self-Determination.** 1ed. Washington: American Psychological Association, 2015. p. 251. ISBN: 978-1-4338-1977-3.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales.** 1 ed. Washington: Academy for Educational Development, 1988. 97p.

DRAKE, R. E.; CIMPEAN, D.; TORREY, W. C. Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, New Hampshire, v. 11, n. 4, p. 455, dez. 2009.

_____; DEEGAN, P. E. Shared decision making is an ethical imperative. **Psychiatric Services**, v. 60, n. 8, p. 1007, ago. 2009.

_____; _____; RAPP, C. The promise of shared decision making in mental health. **Psychiatric rehabilitation journal**, v. 34, n. 1, p. 7-13, jun. 2010.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas.** 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 290p. ISBN 8571100586.

EKMAN, I. et al. Person-centered care: Ready for prime time. **European journal of cardiovascular nursing**, v. 10, n. 4, p. 248-251, dez. 2011.

ELIACIN, J. et al. Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. **Journal of Mental Health**, v. 24, n. 1, p. 24-8, fev. 2015.

FOUNDATION, T. H. **Person-centred care made simple**. London: The Health Foundation, 2014. p.40. ISBN 978-1-906461-56-0.

GEWEHR, R. B. et al. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 33-43, jan. 2017.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1207-14, set./out. 2002.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-61, dez. 2003.

HAMANN, J.; HERES, S. Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. **Psychiatric services**, Washington, DC, v. 65, n. 12, p. 1483-6, dez. 2014.

_____; LEUCHT, S.; KISSLING, W. Shared decision making in psychiatry. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 107, n. 6, p. 403-9, jun. 2003.

HOFFMAN, B. On the Triad Disease, Illness and Sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2002, Vol.27, No. 6, p. 651-673.

HEATH, I. Promotion of disease and corrosion of medicine. **Canadian Family Physician**, v. 51, n. 10, p. 1320-2, out. 2005.

KANTORSKI, L. P. et al. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial a luz do modo psicossocial. **Revista Mineira de Enfermagem**, Pelotas, v. 14, n. 3, p. 399-407, ago. 2010.

_____. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1022-9, out./dez. 2013.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-36, jun. 2004.

KIRMAYER, L. J.; CORIN, E.; JARVIS, G. E. Inside knowledge: Cultural constructions of insight in psychosis. **Insight and psychosis**, p. 193-220, 1998.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER, J. e BARBOUR, R. (Ed.). **Developing focus group research: Politics, theory and practice**. 1 ed. London: Sage, 1999. p. 1-20. ISBN 0761955682.

LANGDON, E. J. M. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. UFSC. Palestra oferecida na conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1996.

LEAL, E. M.; SERPA JUNIOR, O. D. D. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2939-48, out. 2013.

LEPLEGE, A. et al. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. **Disability and rehabilitation**, v. 29, n. 20-21, p. 1555-65, jul. 2007.

LIEBMANN, M. **Exercícios de arte para grupos**. 4 ed. São Paulo: Summus Editorial, 2000. 288 p. ISBN 8532305776.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense "prática de terapia ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-34, mar. 2002.

_____; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, fev. 2007.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividade com pacientes psicóticos**. 1 ed. São José dos Campos: Univap, 2001. 176p.

MEDICINE, I. O. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: Institute of Medicine, 2001. 364p. ISBN: 978-0-309-07280-9.

MELLA, L. F.; DANTAS, C. R.; BANZATO, C. E. Insight na psicose: uma análise conceitual. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 2, p. 135-40, fev. 2011.

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 217-26, jan. 2009.

MEZZICH, J. E. et al. **Person Centered Psychiatry**. 1 ed. Springer, 2017. 569 p. ISBN 3319397249.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2 ed. SAGE, 1997. 80p. ISBN 0761903437.

MUÑOZ, N. M. et al. Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.83-9, jan./abr. 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-52, dez. 2011.

_____; et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-98, out. 2013.

_____; et al. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness.. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p.01-13. jul. 2017.

OTANARI, T. M. D. C. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.35, n. 4, p. 460-7, out./dez. 2011.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, v.41, n.1, 24-38p. ago. 2013.

PINHO, L. B. D. et al. Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 534-41, jul./set. 2013.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **People-centred Health Care: A Policy Framework**. Manila: 2017: 20 p. 2007.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 p.

RASERA, E. F.; GODOY ROCHA, R. M. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, mar. 2010.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L.; POIREL, M.-L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: La Gestion autonome des médicaments de l'âme. **Nouvelles pratiques sociales**, v. 19, n. 2, p. 111-27, fev. 2007.

ROEDER, M. A. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 62-76, fev. 2012.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p.2813-24, out. 2013.

SANTOS, D. V. D. D. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta**. [TESE]. São Paulo: Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas; 2014. 228p.

SANTOS, R. M. F. et al. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Referência – Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 2, n. 8, p. 33-44, 2008.

SCHAUER, C. et al. Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. **Psychiatric rehabilitation journal**, v. 31, n. 1, p. 54, jan. 2007.

SEALE, C. et al. Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences. **Social science & medicine**, v. 62, n. 11, p. 2861-73, jun. 2006.

SILVA, A. L. A. C. D. et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-24, jan. 2003.

SOUZA, A. C. D. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, ago. 2005.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. In: (Ed.). **Medicina Centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed, 2010.

THORNICROFT, G. **Shunned: discrimination against people with mental illness**. Oxford university press, jan. 2006. 301p. ISBN: 0198570988

VILLARES, C. C. et al. Terapia ocupacional na esquizofrenia. In: (Ed.). **O Desafio da Esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1998. 279p.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. D. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 472-82, jun. 1996.

APÊNDICES

1. Ficha de dados sociodemográficos

Usuários

Idade:

Gênero:

Estado civil:

Escolaridade:

Cor:

Religião:

Início do tratamento no CAPS:

Ficha de dados sociodemográficos

Familiares

Idade:

Gênero:

Estado civil:

Escolaridade:

Cor:

Religião:

Parentesco com o usuário (familiares):

2. Questionário de perguntas iniciais para o roteiro (apresentado ao CEP)

Usuários

1. Abordagem preliminar
 - 1.1. Há quanto vocês fazem tratamento no Caps e por qual motivo?
 - 1.2. Pra que serve o Caps? Quais pontos positivos e negativos do Caps?
2. Sobre sua saúde mental
 - 2.1. O que vocês conhecem sobre seus problemas de saúde mental?
 - 2.2. Como vocês lidam com os seus sintomas em suas rotinas?
 - 2.3. Vocês percebem quando estão apresentando mudanças no seus quadros ou iniciando um episódio de crise? De qual maneira?
 - 2.4. Qual a atitude vocês costumam ter nessas ocasiões? O que vocês costumam fazer para sentirem-se melhores?
3. Sobre seu tratamento
 - 3.1. Quais atividades vocês frequentam no Caps?
 - 3.2. Vocês já ouviram falar sobre projeto terapêutico e técnico de referência? O que vocês conhecem sobre esses termos usados no Caps?
 - 3.3. Qual papel da equipe do Caps no seu tratamento? Qual o seu papel no seu tratamento? Qual o papel dos seus familiares no seu tratamento?
 - 3.4. Qual sua percepção sobre o uso de remédios diariamente? Como esses remédios que vocês usam foram indicados para vocês?
 - 3.5. Como vocês poderiam melhorar a sua forma de lidar com sua doença e seu tratamento?
4. Sobre os grupos de medicação
 - 4.1. O que vocês pensam a respeito do grupo de medicação e de participar dessa atividade?
 - 4.2. Qual papel o grupo de medicação tem no Caps Uerj?
 - 4.3. Qual papel de vocês, de seus familiares usuários e da equipe do Caps no grupo de medicação?
 - 4.4. Vocês acreditam que o grupo de medicação é capaz de produzir um cuidado compartilhado entre vocês, seus familiares e a equipe? Como?
 - 4.5. Você enxergou alguma mudança no seu tratamento após participar dos grupos de medicação?
5. Sobre a continuidade dos grupos de medicação
 - 5.1. Quais suas sugestões de mudanças para o grupo de medicação?

Questionário de perguntas iniciais para o roteiro (apresentado ao CEP)

Familiares

1. Abordagem preliminar
 - 1.1. Há quanto tempo seus familiares fazem tratamento no Caps e por qual motivo?
 - 1.2. Pra que serve o Caps? Quais pontos positivos e negativos do Caps?
2. Sobre a saúde mental do seu familiar
 - 2.1. O que vocês conhecem sobre o problema de saúde dos seus familiares?
 - 2.2. Como vocês lidam com o cuidado de seus familiares em sua rotina?
 - 2.3. Vocês percebem quando seus familiares estão apresentando mudanças no quadro ou iniciando um episódio de crise? De qual maneira?
 - 2.4. Qual a atitude vocês e suas famílias costumam ter nessas ocasiões?
3. Sobre o tratamento do seu familiar
 - 3.1. Quais atividades seus familiares frequentam no Caps?
 - 3.2. Vocês já ouviram falar sobre projeto terapêutico e técnico de referência? O que vocês conhecem sobre esses termos usados no Caps?
 - 3.3. Qual sua percepção sobre o uso de remédios diariamente pelos seus familiares? De que maneira esses remédios foram indicados para eles? Vocês receberam informações sobre os remédios e os motivos que pelos quais eles estavam sendo usados?
 - 3.4. Qual papel da equipe do Caps no tratamento? Qual o papel do usuário no tratamento? Qual o papel dos familiares no tratamento?
4. Sobre os grupos de medicação
 - 4.1. O que vocês pensam a respeito do grupo de medicação e de participar dessa atividade?
 - 4.2. A partir da sua experiência, qual papel o grupo de medicação tem no Caps Uerj?
 - 4.3. Qual papel de vocês, de seus familiares e da equipe do Caps no grupo de medicação?
 - 4.4. Você acredita que o grupo de medicação é capaz de produzir um cuidado compartilhado entre vocês, seus familiares e a equipe do Caps? Como?
 - 4.5. Você enxergou alguma mudança no tratamento do seu familiar após participar dos grupos de medicação?
5. Sobre a continuidade dos grupos de medicação
 - 5.1. Quais suas sugestões de mudanças para o grupo de medicação?

3. Roteiros

Grupo Focal 1

- 1) Sobre o grupo de medicação
 - a) Como é contar o que se passa com você no grupo de medicação?
 - b) Como é contar o que se passa com você e ouvir o que se passa com os outros no grupo de medicação?
 - c) Como é levado em conta o que você fala no grupo?

- 2) Sobre o uso de psicofármacos
 - a) Como tem sido falar sobre os seus remédios no grupo?
 - b) E como é tomar esses remédios para cada um de vocês?
 - c) Vocês sentem efeitos positivos do remédio? Quais?
 - d) Vocês sentem efeitos negativos do remédio? Quais?
[Evocar experiências dos efeitos no corpo e na vida]
 - e) Como você toma seus remédios?
[Usa todo dia? / Alguém te ajuda a tomar? / Sempre? / Você acha positiva essa ajuda? / Sempre foi assim?]

- 3) Sobre a relação terapêutica no grupo
 - a) A sua participação no grupo mudou algo na sua relação com o uso de medicamentos?
 - b) A sua participação no grupo mudou algo na forma que você usa seus medicamentos?
 - c) O grupo te ajuda no seu tratamento? Como?
 - d) Como é a sua relação com a psiquiatra no grupo de medicação?
 - e) Sua participação no grupo mudou sua relação com sua psiquiatra?
 - f) Durante os grupos, você é estimulado a falar e decidir sobre o uso dos seus remédios? [De que forma isso acontece? / Como isso poderia ser feito?]
 - g) Você mudaria alguma coisa no seu tratamento?
 - h) Como o grupo de medicação poderia melhorar? De que forma o grupo poderia te ajudar mais no seu tratamento?

Grupo Focal 2

- 1) Sobre o grupo de medicação
 - a) Como você se sente em falar para o grupo?
 - b) E ao ouvir o que se passa com os outros?
 - c) Quando vocês falam no grupo, como isso é recebido?

- 2) Sobre o uso de psicofármacos
 - a) Como tem sido falar sobre os seus remédios no grupo?
 - b) E como é tomar esses remédios para cada um de vocês?
 - c) Vocês sentem efeitos positivos do remédio? Quais?
 - d) Vocês sentem efeitos negativos do remédio? Quais?
[Evocar experiências dos efeitos no corpo e na vida]
 - e) Como você toma seus remédios?
[Usa todo dia? / Alguém te ajuda a tomar? / Sempre? / Você acha positiva essa ajuda? / Sempre foi assim?]
 - f) Como você reconhece seus remédios e para que serve cada um deles?

- 3) Sobre a relação terapêutica no grupo
 - a) O grupo te ajuda no seu tratamento? Como?
 - b) Como vocês acham que é a minha relação com vocês no grupo de medicação?
 - c) Vocês percebem alguma diferença entre a nossa relação no grupo de medicação e no consultório?
 - d) Durante os grupos, você é convidado a falar e decidir sobre o uso dos seus remédios? [De que forma isso acontece? / Como isso poderia ser feito?]
 - e) Tem alguma coisa que você gostaria de mudar nos seus remédios?

Grupo Focal 3

1) Sobre o grupo de medicação

- a) Como você se sente em falar o que se passa com você e ouvir o que se passa com os outros no grupo?
- b) Quando vocês falam no grupo, como isso é recebido?

2) Sobre o uso de psicofármacos

- b) Vocês sentem alguma coisa no seu corpo/ mente com o uso dos seus remédios?

[Vocês sentem efeitos positivos do remédio? Quais?

Vocês sentem efeitos negativos do remédio? Quais?

Evocar experiências dos efeitos no corpo e na vida]

- d) Como você toma seus remédios?

[Usa todo dia? / Alguém te ajuda a tomar? / Sempre? / Você acha positiva essa ajuda? / Sempre foi assim?]

- e) Como você reconhece seus remédios? Para que serve cada um deles?

3) Sobre a relação terapêutica no grupo

- a) Qual o problema de saúde que vocês vem tratar aqui?
- b) O grupo de medicação te ajuda nesse tratamento? Como?
- c) Como vocês acham que é a minha relação com vocês no grupo de medicação? [Percebem alguma diferença entre grupo de medicação e consultório?]
- f) Durante os grupos, você é convidado a falar e decidir sobre o uso dos seus remédios? [De que forma isso acontece? / Como isso poderia ser feito?]
- g) Tem alguma coisa que você gostaria de mudar nos seus remédios?
- h) Tem mais alguma coisa que vocês gostariam de falar para contribuir com o grupo de medicação?

4. TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/ UFRJ

Usuários

Nome da pesquisa:

Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial.

Objetivo geral: conhecer a experiência dos participantes de grupos de medicação, no contexto de cuidado médico, em um Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisadoras envolvidas: Carla Pinheiro Maciel e Erotildes Maria Leal, ligadas ao IPUB/ UFRJ, localizado na Avenida Venceslau Brás, 71, Campus da Praia Vermelha. Telefones para contato: (21) 969996555/ (21) 996093360.

Sua participação no referido estudo se dará através do comparecimento a reuniões que utilizarão a técnica de grupo focal ou em encontros individuais para realização de entrevistas que serão gravadas em áudio, com a proposta de debater a participação nos grupos de medicação realizados no CAPS UERJ. Os arquivos com os dados coletados serão guardados com as pesquisadoras durante cinco anos e após esse período serão excluídos virtualmente e as transcrições incineradas.

É garantido o respeito à privacidade. Os dados pessoais ou quaisquer outros elementos que possam, de qualquer forma, identificar os participantes dessa pesquisa serão mantido em sigilo. Informamos que não haverá nenhum prejuízo ao seu tratamento se você se recusar a participar desse estudo ou se decidir retirar o seu consentimento a qualquer momento. Não será necessário justificar a saída da pesquisa em qualquer etapa de sua realização.

É assegurada a assistência integral relacionada à participação nessa pesquisa durante e após a sua realização, se necessário, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que haja interesse em saber antes, durante e depois da sua participação nesta pesquisa.

Participação voluntária: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pela participação neste estudo. No entanto, informamos que, caso haja qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte e alimentação para o participante e seus acompanhantes, quando necessário, haverá ressarcimento em dinheiro pelas pesquisadoras. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei e de acordo com as determinações e diretrizes éticas constantes na resolução nº 466/2012.

Benefícios: Não haverá qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo por sua participação neste estudo. Entretanto, espera-se com esta pesquisa contribuir para a produção de conhecimentos e possibilitar melhorias nos grupos de medicação e no cuidado médico integrado do CAPS.

Riscos: Embora não se tenha previsto nenhum risco significativo para os participantes deste estudo, não é impossível que existam possíveis desconfortos e incômodos decorrentes dos temas abordados durante a pesquisa. Será disponibilizada assistência de saúde integral integral, com possibilidade de atendimento por profissionais da Policlínica Piquet Carneiro, conforme as necessidades apresentadas,

para minimizar eventuais danos que venham a ocorrer decorrentes dessa pesquisa. Caso experimente algum desconforto ou sinta que necessita de ajuda, por favor, informe às pesquisadoras para que elas lhe orientem e providenciem o apoio adequado.

Enfim, declaro que eu _____
_____, brasileiro (a), RG: _____,
data de nascimento: _____, endereço: _____
_____, após os esclarecimentos já mencionados e
tendo sido orientado (a) com tempo suficiente para fazer perguntas relativas à minha
participação e compreendido satisfatoriamente a natureza e objetivo deste estudo,
manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente informado (a)
sobre esta pesquisa. Minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente. Reconheço
que não terei nenhum benefício direto com a minha participação neste estudo. Sei que
minha participação depende completamente de minha vontade e que tenho o direito de
me recusar a responder algumas perguntas ou a interromper a minha participação a
qualquer momento, sem consequências para o meu tratamento.
Eu recebi uma cópia deste documento para guardar comigo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB. Endereço: Avenida Venceslau Brás, 71 – Fundos – 2º andar. Campus da Praia Vermelha, Botafogo. CEP: 22290-140 – Rio de Janeiro/RJ. Telefone: (21) 39385510 e pelo email: comite.etica@ipub.ufrj.br. O expediente acontece de segunda à sexta, na sala do CEP-IPUB/UFRJ, entre 09 as 12 horas e entre 14 as 16 horas sendo disponibilizado também o atendimento telefônico no mesmo horário.

TCLE – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/ UFRJ

Familiares dos usuários

Nome da pesquisa:

Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial.

Objetivo geral: conhecer a experiência dos participantes de grupos de medicação, no contexto de cuidado médico, em um Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisadoras envolvidas: Carla Pinheiro Maciel e Erotildes Maria Leal, ligadas ao IPUB/ UFRJ, localizado na Avenida Venceslau Brás, 71, Campus da Praia Vermelha. Telefones para contato: (21) 969996555/ (21) 996093360.

Sua participação no referido estudo se dará através do comparecimento a reuniões que utilizarão a técnica de grupo focal ou em encontros individuais para realização de entrevistas que serão gravadas em áudio, com a proposta de debater a participação nos grupos de medicação realizados no CAPS UERJ. Os arquivos com os dados coletados serão guardados com as pesquisadoras durante cinco anos e após esse período serão descartados virtualmente e as transcrições incineradas.

É garantido o respeito à privacidade. Os dados pessoais ou quaisquer outros elementos que possam, de qualquer forma, identificar os participantes dessa pesquisa serão mantido em sigilo. Informamos que não haverá nenhum prejuízo ao tratamento do seu familiar nem quaisquer restrições ou penalidades se você se recusar a participar desse estudo ou se decidir retirar o seu consentimento a qualquer momento. Não será necessário justificar a saída da pesquisa em qualquer etapa de sua realização.

É assegurada a assistência integral durante e após a pesquisa, se necessário, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que haja interesse em saber antes, durante e depois da sua participação nesta pesquisa.

Participação voluntária: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pela participação neste estudo. No entanto, informamos que, caso haja qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte e alimentação para o participante e seus acompanhantes, quando necessário, haverá ressarcimento em dinheiro pelas pesquisadoras. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei e de acordo com as determinações e diretrizes éticas constantes na resolução nº 466/2012.

Benefícios: Não haverá qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo por sua participação neste estudo. Entretanto, através desta pesquisa você estará contribuindo para a produção de conhecimentos e possibilitando melhorias nos grupos de medicação e no cuidado médico integrado do CAPS.

Riscos: Embora não se tenha previsto nenhum risco significativo para os participantes deste estudo, não é impossível que existam possíveis desconfortos e incômodos decorrentes dos temas abordados durante a pesquisa. Será disponibilizada assistência de saúde integral, com possibilidade de atendimento por profissionais da Policlínica Piquet Carneiro, conforme as necessidades apresentadas, para minimizar eventuais danos que venham a ocorrer decorrentes dessa pesquisa. Caso experimente algum desconforto ou sinta que necessita de ajuda, por favor, informe às pesquisadoras para que elas lhe orientem e providenciem o apoio adequado.

Enfim, declaro que eu _____
_____, brasileiro (a), RG: _____,
data de nascimento: _____, endereço: _____
_____, após os esclarecimentos já mencionados e
tendo sido orientado (a) com tempo suficiente para fazer perguntas relativas à minha
participação e compreendido satisfatoriamente a natureza e objetivo deste estudo,
manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente informado (a)
sobre esta pesquisa. Minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente. Reconheço
que não terei nenhum benefício direto com a minha participação neste estudo. Sei que
minha participação depende completamente de minha vontade e que tenho o direito de
me recusar a responder algumas perguntas ou a interromper a minha participação a
qualquer momento, sem penalidades ou restrições para mim nem para o tratamento do
meu familiar, usuário do serviço de saúde onde a pesquisa será realizada.
Eu recebi uma cópia deste documento para guardar comigo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em
Pesquisa do IPUB. Endereço: Avenida Venceslau Brás, 71 – Fundos – 2º andar.
Campus da Praia Vermelha, Botafogo. CEP: 22290-140 – Rio de Janeiro/RJ. Telefone:
(21) 39385510 e pelo email: comite_etica@ipub.ufrj.br. O expediente acontece de
segunda à sexta, na sala do CEP-IPUB/UFRJ, entre 09 as 12 horas e entre 14 as 16
horas sendo disponibilizado também o atendimento telefônico no mesmo horário.

5. Termo de autorização para realização da pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP IPUB UFRJ
A/c. Prof. Dr. Jorge Adelino Rodrigues da Silva – Coordenador do CEP IPUB UFRJ

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Neilanza Micas Coe, diretora do Centro de Atenção Psicossocial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CAPS UERJ), venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo a pesquisadora Carla Pinheiro Maciel, aluna do curso de Mestrado profissional em Atenção psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB UFRJ, a realizar a pesquisa intitulada "Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial", sob orientação da Profa. Dra. Erotildes Maria Leal. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 196/96 e 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes dessa pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Neilanza Micas Coe
Coordenadora CAPS UERJ
Matrícula UERJ 34174-3

Neilanza Micas Coe

Matrícula UERJ 34174-3