

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB**

ANA LÚCIA BASÍLIO FERREIRA TOGEIRO

**PSICOFÁRMACOS NO CONTEXTO DE UM CAPS AD:
A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS**

Rio de Janeiro

2018

ANA LÚCIA BASÍLIO FERREIRA TOGEIRO

**PSICOFÁRMACOS NO CONTEXTO DE UM CAPS AD:
A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS**

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: Profa. Dra. Erotildes Maria Leal

RIO DE JANEIRO

2018

CIP - Catalogação na Publicação

T645p

Togeiro, Ana Lúcia Basílio Ferreira
Psicofármacos no contexto de um CAPS AD: a
experiência dos usuários / Ana Lúcia Basílio
Ferreira Togeiro. -- Rio de Janeiro, 2018.
136 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. Psicofármacos. 2. CAPS AD. 3. Experiência. 4.
Medicamento Psicotrópico. I. Leal, Erotildes Maria ,
orient. II. Título.

**PSICOFÁRMACOS NO CONTEXTO DE UM CAPS AD: A EXPERIÊNCIA DOS
USUÁRIOS**

ANA LÚCIA BASÍLIO FERREIRA TOGEIRO

**Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de
Janeiro (UFRJ) para obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.**

Dissertação aprovada em ____/____/____

Presidente Prof.

Prof.

Prof.

Prof.

RIO DE JANEIRO

JUNHO / 2018

Dedico este trabalho, postumamente, ao médico psiquiatra Dr. André Carneiro, com quem tive o privilégio de trocar boas ideias e realizar boas práticas em saúde mental, uma delas o Grupo de Cuidado aos usuários do CAPS AD Porto.

Dedico ainda aos trabalhadores do SUS que se empenham no cumprimento ético e constitucional de oferecer atendimento em saúde de qualidade a todos.

Por fim, dedico às pessoas que, como usuários dos serviços do CAPS AD Porto, compartilham suas experiências confiando a mim e aos meus colegas suas trajetórias de saúde, doença e cuidado.

Agradecimentos

Começo agradecendo a todo corpo docente do mestrado profissional IPUB – UFRJ por esta oportunidade de aprimoramento para o trabalho na saúde mental pública. Oportunidade de encontros, troca de saberes, experiências e fortalecimento das lutas.

Ao meu marido Maurício Togeiro e meus filhos João Maurício e Maria Clara por todo apoio e incentivo que me deram. Maurício pelas incansáveis vezes que me levou a rodoviária de madrugada, revisão de textos e tabelas, Maria Clara pelas constantes trocas de ideias e sugestões. Aos meus familiares e amigos pelo apoio e compreensão do longo período de ausência. Em especial a minha sogra Wanda pelas palavras de incentivo e compreensão da distância.

À professora Dra. Erotildes Leal, por sua confiança e incentivo, pela generosa e paciente orientação, sem os quais não teria sido possível chegar até aqui. Por sua incansável dedicação a produção de conhecimento, estimulando novos saberes, práticas e experiências e pela parceria que se renova a cada empreitada como foi a realização deste mestrado.

Aos professores Octávio Serpa, Núria Malajovich e Lilian Miranda pelas contribuições nos encontros de orientação e nas disciplinas. A professora Lilian pelas ricas contribuições na banca de qualificação.

Ao professor Pedro Gabriel Delgado por sua transmissão provocadora de reflexão e análise dos diversos atores envolvidos no cenário da política de cuidado em saúde mental brasileira. Pelas valiosas observações na banca de qualificação e por ter aceito participar da banca de defesa.

À professora Maura Lima por ter aceito compor a banca de defesa e contribuir com sua experiência. E as professoras Cristina Loyola e Ândrea Souza pela disponibilidade e pela cordialidade em aceitar o papel de suplentes da banca.

Aos meus companheiros de trabalho no CAPS AD Porto, parceiros na luta diária na defesa do SUS e da garantia de um cuidado em saúde mental integral e em liberdade, pelo apoio e encorajamento para a realização deste trabalho.

Aos colegas Jean Correa, Chistiane Moraes, Ana Beatriz Barreto, Fátima Candeco e Barbara Vianna pelo trabalho braçal de levantamento de dados nos prontuários. Em especial ao Jean pela generosa disponibilidade e pela organização

dos dados em gráficos. À Fatima Candeco e Barbara Vianna colegas da equipe do CAPS AD, e Valdelucia Caldas estagiária, por toparem fazer parte do grupo de trabalho de organização da pesquisa e terem colaborado com os grupos focais.

Ana Gabriela Ribeiro e Valdelucia Caldas pela da transcrição dos áudios produzidos nos grupos focais e à Vanessa Franca pela cuidadosa revisão e adequação final da dissertação.

Aos colegas da turma do mestrado pelos encontros enriquecedores e trocas de experiências e saberes. Em especial a Mônica Andrade, Alessandra Martins e Marco Tulio pelas trocas de ideias nos encontros de orientação. À Carla Maciel um dos muitos encontros felizes desse mestrado, obrigada pela afetuosa parceria.

Por fim, agradeço aos protagonistas desta pesquisa, os usuários do CAPS AD Porto que aceitaram participar dos grupos focais contribuindo com suas narrativas para produção de conhecimento e cuidado.

ANA LÚCIA BASÍLIO FERREIRA TOGEIRO

Lista de abreviaturas

AD – Álcool e outras Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DQ – Dependência Química

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GF – Grupo Focal

GGAM-BR – Guia da Gestão Autônoma da Medicação Brasileiro

IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

MS – Ministério da Saúde

P – Participante desta pesquisa (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)

PET – Programa de Educação para o Trabalho

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RP – Reforma Psiquiátrica

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

RD – Redução de Danos

SM – Saúde Mental

SPA – Substância Psicoativa

SUS- Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo e descritivo que objetivou conhecer a experiência com uso de psicofármacos de pessoas em acompanhamento no CAPS AD do município de Macaé/RJ, a partir de suas próprias perspectivas e saberes. Participaram do estudo 10 usuários em uso regular de psicofármacos acompanhados neste serviço. Narrativas produzidas em grupos focais, foram estudadas a partir da Análise de Conteúdo Temática. Na análise do material produzido, foram identificados seis eixos temáticos: 1- início do uso de psicofármacos; 2- mudança da medicação; 3- continuidade do tratamento medicamentoso; 4- relação com os efeitos dos medicamentos; 5- psicofármaco e tratamento para o uso de álcool e drogas; 6- relação com o médico prescritor. Os achados mostram que na experiência dos participantes, os medicamentos psiquiátricos são tomados dentro de uma expectativa de ajuda, tanto para o enfrentamento dos problemas com o uso de álcool e drogas, quanto para promover qualidade de vida. Entretanto, as narrativas revelaram que a falta de informação e desconhecimento sobre o tratamento medicamentoso, a prática prescritiva pouco dialogada e a baixa participação nas decisões sobre os medicamentos, repercutem no tratamento uma vez que sem poder compartilhar suas experiências vividas com o uso de psicofármacos, associado ao uso de substâncias, os participantes referem alterar o esquema ou suspender a medicação por conta própria. Nessa perspectiva, além do tratamento medicamentoso ter seu potencial de ajuda reduzido, observa-se a utilização de álcool e outras drogas como “remédio” para o mal-estar. Dessa forma, o cuidado farmacológico sem uma escuta que considere a experiência singular e o saber próprio dos usuários de medicamentos, indica a existência de um modelo de cuidado na clínica AD ainda pautado na prática biomédica, centrada na doença e não no sujeito. Assim, faz-se oportuno investir na discussão dialógica, entre usuários e equipe de saúde, sobre os alcances e limites dos medicamentos a partir de um cuidado compartilhado promotor de corresponsabilização e autonomia para os usuários de CAPS AD em uso de psicofármacos.

Palavras-chave: Psicofármacos; CAPS AD; Experiência; Medicamento Psicotrópico

ABSTRACT

This research consists in a qualitative and descriptive study with the objective of investigating psychopharmaceutical drug use experience from people undergoing treatment in the Psychosocial Care Center of Macaé, Rio de Janeiro through their own perspectives and knowledges. Ten regular psychopharmaceutical drug users have participated in this research. Narratives produced in focal groups were studied through Thematical Content Analysis. Reviewing the consequent material six key themes have been identified: 1) Start of psychopharmaceutical drug use; 2) Medication change; 3) Medical treatment continuity; 4) Relation with the medication effects; 5) Psychopharmaceuticals and drug use treatment; 6) Relationship with the prescribing physician. Findings show that in the experience of the subjects, medication is taken with the expectation of both dealing with drug use related issues and promoting quality of life. However, narratives revealed that lack of information regarding the medical treatment, the lack of dialog and the one-sided decisions on the prescribed medication reflect negatively on the treatment. Because the subjects are unable to share their experiences on the use of psychopharmaceuticals and drugs, they refer to making changes on the prescription or even suspending the medication on their own. Consequently, the medical treatment has its potential reduced and the users tend to return to the use of drugs and alcohol as remedy to their discomfort. In this sense, the lack of consideration for the singular experiences of the users points out for a Psychosocial Care model based on biomedical practices, centered on the disease and not on the patient. Therefore, it is important to expand more dialogical approaches between the users and the Health Care team, considering the reaches and limits of the medication. That can be achieved by a shared Health Care that promotes co-responsibility and autonomy to the users.

Key-words: Psychopharmaceuticals, Psychosocial Care Centers, Psychotropic Medication

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Política AD no contexto brasileiro: O CAPS AD e a RAPS	18
1.2 Referencial teórico da pesquisa.....	19
1.2.1. Experiência de adoecimento.....	19
1.3 Objetivos	26
1.3.1 Objetivo Geral	26
1.3.2 Objetivos Específicos.....	26
2 REVISAO DA BIBLIOGRAFIA	27
2.1 Teorização sobre o tratamento medicamentoso no contexto da atenção psicossocial.....	29
2.2 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da pesquisa GAM.	30
2.3 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto Álcool e outras Drogas.....	32
2.4 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Saúde Mental..	38
2.5 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Gestão do Cuidado	46
3 METODOLOGIA.....	50
3.1 Aspectos metodológicos	50
3.2 Contextualização do cenário de estudo	50
3.3 Critério de escolha da amostra e aspectos éticos.....	52
3.4 Ferramenta de produção de narrativas: o Grupo Focal	53
3.5 Análise dos dados	55
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 Descrição do perfil dos usuários acompanhados no CAPS AD Porto...	57
4.2 Descrição da amostra	65
4.3 Resultados das narrativas.....	72
4.4 Discussão dos resultados	108
4.5 Considerações Finais	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE A: Roteiro para o Grupo Focal Piloto	130
APÊNDICE B: Roteiro para Grupo Focal apresentado à banca de qualificação	131
APÊNDICE C: Roteiro para os Grupos Focais I e II (Versão final).....	132
APÊNDICE D: Instrumento de coleta das informação socio-demográfica dos usuários	134
APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	135

APRESENTAÇÃO

Quando cheguei ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas- CAPS AD Porto, em 2007, para integrar a equipe como psicóloga, pouco sabia sobre aquele trabalho. Logo percebi que se tratava de uma proposta que demandava uma formação técnica para sua realização, não apenas pela complexidade da clínica Álcool e outras Drogas (AD), mas, sobretudo, pelos desafios colocados pela ainda incipiente Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Entre outros importantes desafios da jovem política, colocava-se para o CAPS AD Porto, que atravessava um momento de transição, o de implementar uma proposta de trabalho comunitário, territorializado e orientado pela lógica da Redução de Danos (RD).

O CAPS AD Porto surgiu em substituição ao Programa de Orientação ao Toxicômano – PORTO, dispositivo ambulatorial criado em 2002, pela Fundação de Ação Social do Município de Macaé para atendimento de pessoas com dependência química (DQ). O modelo *Minnessota* e a abstinência total eram as referências para as atividades. O programa foi gradativamente sofrendo alterações promovidas pelos profissionais da equipe, alguns com formação em saúde mental, e se transformou num espaço de tratamento e cuidado sem a exigência da abstinência do uso de substâncias.

Em 2007, após reforma administrativa da Prefeitura, o Programa tornou-se um equipamento da Secretaria Municipal de Saúde sendo possível dar início ao processo de seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde - SUS como CAPS AD, concluído em 2008. A equipe que já vinha se reestruturando, começou a se organizar de forma mais democrática e interdisciplinar, ainda preservando alguns dispositivos da clínica anterior como programa de 12 passos e entrevista motivacional, concebendo os novos dispositivos (oficinas, grupos, visitas domiciliares, assembleias) na perspectiva da Clínica da Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004).

Diante da minha necessidade de qualificação para o trabalho em CAPS AD, em 2007 e 2008 participei dos cursos de extensão “Álcool, Outras Drogas e Comorbidade: implicações clínicas, diagnóstico e tratamento” e “Impasses e Estratégias na Abordagem do Uso de Drogas”, ambos pela Pró-reitoria de Extensão da UFRJ.

Em 2012, por ocasião da preparação de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ - IPUB, tomei como questão de minha monografia um recorte do tema da pesquisa do Projeto “PET Saúde Mental/Crack, Álcool e Outras Drogas – Experiência de adoecimento de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas que não deram continuidade ao tratamento no CAPS AD – Porto/Macaé RJ”. Este estudo, desenvolvido entre 2011 e 2013 pelo Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde Mental/UFRJ-Macaé, se dispôs a compreender o fenômeno da não adesão a partir da experiência de adoecimento vivida por aqueles que buscavam o CAPS AD Porto e não permaneciam em tratamento nesse serviço.

A pesquisa ajudou a equipe a enfrentar as questões da não continuidade do tratamento, fenômeno comum nesta e em outras áreas da saúde, e que tem como um dos fatores determinantes a característica de os projetos terapêuticos serem pouco sensíveis à experiência do usuário. Quanto a mim, tive a oportunidade de conhecer a metodologia da pesquisa qualitativa no contexto da saúde pública, assim como o estudo de narrativas como modo de ter acesso a experiência singular do adoecer. Chamou-me atenção ainda, o potencial que havia na interlocução entre o saber acadêmico e o saber constituído pela prática dos serviços para a construção do cuidado em saúde mental (SM).

Por conseguinte, na oportunidade de aproximação minha e do serviço com a universidade recém-chegada na cidade, participei como preceptora em outra pesquisa do PET, também tutorada pela professora Erotildes Leal, desta vez no território junto à Atenção Básica de Saúde, acompanhando, com alunos de graduação de medicina e enfermagem, usuários com transtorno mental grave que não acessavam os serviços de saúde mental. Foi uma experiência muito rica, ainda mais pelo fato de entre os pacientes escolhidos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família - ESF para participarem do projeto, dois terem sido usuários que não deram continuidade a seus acompanhamentos no CAPS AD – Porto, dando-me a oportunidade de dar continuidade ao acompanhamento destes usuários.

Um outro fenômeno se dava no cotidiano da clínica no CAPS AD - Porto, sem que a equipe pudesse compreendê-lo. Observávamos uma intensa demanda dos usuários por medicamentos psiquiátricos prescritos, ou seja, um grande número de pacientes buscava o CAPS AD exclusivamente para renovar receitas de medicamentos prescritos e não seguia adequadamente seus projetos terapêuticos.

Mesmo o usuário que mantinha frequência no serviço, conforme orientação de seu projeto terapêutico singular - PTS, dava sinais da importância desse recurso em sua experiência de tratamento. Alguns solicitavam troca de receita antes do prazo previsto para sua substituição, outros andavam com sacolas cheias de remédios e quando interrogados sobre como estavam usando a medicação expressavam dificuldades de organização e separação dos medicamentos de acordo com as prescrições médicas. Por acreditarem ser a medicação ferramenta prioritária e exclusiva do cuidado médico, podia ser observado pouco envolvimento dos outros profissionais da equipe com a questão.

Entre 2011 e 2013 realizamos no CAPS AD Porto um projeto nomeado de “Grupo de Cuidado”, que tinha como objetivo discutir questões acerca do uso das medicações (indicação, efeitos esperados, efeitos colaterais, automedicação, interação com outras substâncias), através do saber coletivo e do cotidiano dos usuários, melhorando assim o manejo clínico do acompanhamento psiquiátrico e do uso dos medicamentos. Desse modo, os atendimentos individuais com médico psiquiatra teriam, então, prioridade na porta de entrada e em situações de crise, ficando as trocas de receitas realizadas ao final dos grupos.

Apesar de realizada de forma intuitiva, ou seja, sem um referencial teórico clínico, com essa prática foi possível conhecer melhor como os usuários utilizavam seus medicamentos, decidiam aumentar, diminuir ou suspender o uso e o que sabiam sobre efeitos e indicações. No entanto, o trabalho coordenado por três profissionais da equipe, médico psiquiatra, psicóloga e assistente social, com boa adesão dos usuários, teve suas atividades suspensas em decorrência do adoecimento do psiquiatra e não foram mais retomadas, porque a presença do médico foi considerada indispensável.

Em 2014, a convite da professora Erotildes, participei na Universidade de Campinas do Evento de Encerramento da Aliança Internacional de Pesquisa Universidade-Comunidade/Brasil-Quebec, onde foram apresentados resultados de pesquisas em torno dos temas da Gestão Autônoma da Medicação - GAM, Recovery e Reabilitação Psicossocial, com o fomento de relevantes questões sobre o uso de medicamentos psiquiátricos no contexto da saúde mental brasileira, despertando o interesse pelo tema.

Na oportunidade deste mestrado, considerando a experiência que vivi no estudo qualitativo do PET SM e a observação do pedido de tratamento

farmacológico dos usuários do CAPS AD Porto, que se mantinha como importante demanda, me interessou conhecer a experiência desses usuários com os psicofármacos, segundo suas próprias perspectivas. O que esperam alcançar? Que tipo de ajuda esperam dos medicamentos? Tomam-nos como ajuda para enfrentar a relação problemática que estabelecem com as substâncias psicoativas de que fazem uso? Qual diálogo se estabelece entre o que eles buscam alcançar com o uso de medicamentos, o que experimentam, e o que seria, segundo as orientações apresentadas na bibliografia, o bom uso dos medicamentos neste cenário, considerando as diretrizes da atual política de saúde AD?

No tratamento farmacológico no contexto AD o termo psicotrópico se refere tanto aos psicofármacos ou medicamentos psiquiátricos comumente prescritos em saúde mental, quanto às substâncias psicoativas qualificadas de Drogas (RODRIGUES, 2014a), sejam elas lícitas (álcool, tabaco, cafeína) ou ilícitas (maconha, cocaína e crack, LSD, ecstasy, entre as mais usadas). Desse modo, iremos utilizar apenas os termos psicofármaco ou medicamento psiquiátrico para nos referirmos à medicamento e substância psicoativa (SPA) para nos referirmos às Drogas.

Os medicamentos psiquiátricos no cuidado de pessoas com problemas com uso prejudicial de álcool e outras drogas visam tratar a intoxicação, a síndrome de abstinência ou sintomas que podem estar presentes na síndrome de dependência das substâncias psicoativas (FORMIGONI, 2014). Ainda não há evidências consistentes que sustentem que os medicamentos sejam eficazes no tratamento do uso prejudicial/dependência de crack (JESUS; et al, 2016), cocaína (FOCCHI; LEITE; SCIVOLETTO, 2001) e da Cannabis (BUDNEY; VANDREY; STANGER, 2010), ou mesmo do álcool (exceção para a síndrome de abstinência). Nestes casos o tratamento com medicamentos psiquiátricos se concentra na diminuição dos sintomas de fissura, agitação psicomotora, delírios ou alucinações e alterações do humor causados pelo uso destas substâncias (FORMIGONI, 2014).

No que se refere ao uso de álcool, os psicofármacos tem um papel relevante no tratamento da Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA), prevenindo a ocorrência de convulsões, *delirium tremens* e até mesmo morte por complicações e da Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA) (FORMIGONI, 2014). Castro e Baltieri (2004) referem a intervenção farmacológica no tratamento da SPA destacando seu papel na redução do *craving* (desejo, compulsão) favorecendo a manutenção da

abstinência do consumo do álcool. Todavia, tais medicamentos, que interagem com as substâncias de uso, alguns com efeitos aversivos, oferecendo risco, exigindo acompanhamento de controle médico, têm uso limitado não havendo evidências consistentes para o tratamento farmacológico das dependências químicas. Dessa forma, tais tratamentos não devem ser tomados como a estratégia principal, devendo, quando utilizados, estarem associadas a outras terapêuticas (CASTRO; BALTIERI, 2004; FORMIGONI, 2014).

Jesus e colaboradores (2016) consideram que uso, dependente ou abusivo, de álcool e outras drogas podem ser tratados sem que, no entanto, haja um modelo terapêutico eficaz que se aplique a todos os usuários. Dessa forma, a terapêutica deve ser interdisciplinar com foco nas características psicossociais, utilizando tratamento medicamentoso de psicofármacos com o intuito de diminuir os efeitos ocasionados pela falta da droga.

A indicação de psicofármacos para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, entretanto, pode se justificar para o tratamento de outros sintomas ou transtornos psiquiátricos associados. Não é incomum que transtornos mentais estejam associados aos problemas decorrentes do uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas, caracterizando as comorbidades no contexto AD (RATTO, 2000). Estudos que exploram esta temática mostram que a prevalência dessa associação é alta (SILVEIRA; JORGE, 1999; SILVA; et al, 2009; LEAL;et al, 2012).

Segundo Colins (2006), 31 a 65% dos indivíduos que apresentam pelo menos uma vez na vida transtorno por abuso de substância, apresentam igualmente, pelo menos uma vez na vida, história de ao menos outra doença psiquiátrica. Do mesmo modo, os 51% daqueles que apresentam, pelo menos uma vez na vida, transtornos mentais, também apresentam, pelo menos uma vez na vida, história compatível com o diagnóstico para transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas.

O uso de psicofármacos no contexto AD está orientado assim, por todas essas questões apresentadas acima, sendo amplamente utilizados na clínica do CAPS AD. Não sabemos, entretanto, o que querem os usuários quando nos pedem o tratamento farmacológico. Não há estudos que mostrem o que eles desejam ao pedir o remédio, o que esperam dos medicamentos no que diz respeito a problemática da dependência ou do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Assim sendo, este estudo se propõe a conhecer a experiência e saberes dos usuários em relação aos medicamentos prescritos, a partir de narrativas. Utilizaremos para acessar narrativas sobre experiência e saberes dos usuários com os psicofármacos, a técnica de grupo focal (GF).

Uma brevíssima caracterização da política e do cuidado AD no Brasil, que constituem o pano de fundo do CAPS AD, cenário onde este estudo se realiza, juntamente com o referencial teórico e os objetivos do estudo compõem o primeiro capítulo.

O segundo capítulo apresenta a revisão da bibliografia que foi realizada com o propósito de se conhecer melhor a temática da experiência de uso dos psicofármacos, no contexto AD.

Os aspectos metodológicos do estudo estão dispostos no terceiro capítulo. Ainda neste capítulo, a ferramenta metodológica do GF, o roteiro e o método de análise adotado são indicados.

Encontram-se no quarto capítulo a apresentação e discussão dos resultados. Com o intuito de delinear o perfil dos usuários do CAPS AD, um levantamento foi realizado nos prontuários dos usuários que frequentaram o CAPS AD Porto, no período de abril a junho de 2017. Estes dados, que serviram ainda de base para a escolha dos participantes dos grupos focais, abrem o capítulo e as considerações finais o concluem.

Ao final são apresentadas as referências bibliográficas que contribuíram na fundamentação deste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Consumir substâncias psicoativas é uma prática humana milenar e universal, todavia, o fenômeno do uso de álcool e drogas (ilícitas ou não) vem tendo grande visibilidade em nossa sociedade contemporânea, sendo considerado, ao mesmo tempo, um problema de saúde mental, de segurança e saúde públicas. Outrora utilizadas por diferentes povos e culturas em contextos históricos diversos, nos dias atuais as substâncias psicoativas são parte integrante da lógica capitalista de mercado que, a partir do avanço tecnológico, promoveu a industrialização, distribuição e venda de tais substâncias, gerando produtos que atingem todas as classes sociais e econômicas (RIBEIRO, 2009).

O reconhecimento de que as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas tomaram proporção de grave problema de saúde pública, possibilitou o implemento de políticas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento na perspectiva da integração social e produção de autonomia das pessoas, mas nem sempre foi assim. Historicamente as questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas têm sido abordadas pela justiça associadas à criminalidade e práticas antissociais e, no contexto da saúde, pela psiquiatria, em hospitais psiquiátricos recebendo tratamento baseado em modelos estigmatizantes e segregadores (BRASIL, 2004a).

Até a década de 80 o modelo de atenção que preponderava tinha como meta terapêutica a abstinência do uso de substâncias (ALVES; LIMA, 2013). Foi neste cenário que se iniciaram as primeiras discussões sobre uso prejudicial de álcool e outras drogas no campo da Saúde Mental, motivadas pelo aumento da prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Surgem, então, os primeiros programas de trocas de seringas – PTS no Brasil, que mais tarde evoluiriam para a concepção atual de redução de danos (RD) (ANDRADE, 2011). Entende-se por RD ações que visem prevenir e diminuir os danos, risco e prejuízos relacionados ao uso contínuo, seja abusivo ou dependente, de álcool, mais recentemente o crack e outras drogas. Constituem um conjunto de princípios e práticas para abordagem dos problemas sem que seja necessária a supressão do uso tanto no âmbito coletivo como no individual (CRUZ, 2006).

As estratégias de RD são hoje reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde, apoiadas pelas instituições responsáveis pela formação da Política Nacional sobre Drogas e pelo Ministério da Saúde, como uma das bases que fundamentam a assistência aos usuários de drogas (BRASIL, 2004a). Entretanto, a recente portaria 3588/17 implementa importantes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, em seu progressivo desinvestimento dos serviços público como os CAPS, uma vez que destina recursos públicos para instituições privadas apoiadas no modelo da abstinência total, contrariando a perspectiva do cuidado em liberdade, territorial e comunitário, e da RD preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216).

1.1 Política AD no contexto brasileiro: O CAPS AD e a RAPS

No Brasil, até a década de 80, pessoas com problemas relacionados a saúde mental tinham como principal local de tratamento os hospitais psiquiátricos. A implementação do SUS (Lei 8080/90), a aprovação da lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei 10.216/01) e da Portaria 336/02, foram dispositivos legais e normativos que concorreram para que o cuidado em saúde se tornasse responsabilidade do Estado, a ser ofertado de forma territorial e comunitária, através de uma rede substitutiva de serviços de saúde mental, incluindo aí a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Para esse subsetor, o seu principal articulador deveria ser o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS AD, equipamento organizador da lógica de cuidado comunitário e territorial em saúde mental, no campo AD e do paradigma da atenção psicossocial: um cuidado que amplia o sentido de saúde, devendo incluir todo o corpo social nas estratégias desenvolvidas uma vez que os problemas relacionados ao uso de drogas não se restringem a dimensão estritamente clínica (DELGADO, 2001).

O CAPS AD é um dos equipamentos previstos nesta política, que deve atuar através de ações articuladas com atenção básica, dentre outros equipamentos de saúde de diferentes complexidades, como leito em hospital geral e ambulatório especializado, que constituem uma Rede de cuidado. É um serviço de atenção psicossocial que visa o desenvolvimento de atividades em saúde mental, através de

práticas de cuidado para o atendimento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, dentro de uma perspectiva de Redução de Danos sociais e à saúde. Deve oferecer atendimento diário, com equipe multidisciplinar e organizar a construção de Projeto Terapêutico Singular- PTS de evolução contínua para seus usuários. Além disso, o CAPS AD deve prestar atendimento aos familiares, promover ações de reinserção social, trabalho e renda, lazer e cultura, promovendo ações que diminuam o estigma e o preconceito social vividos por esta clientela (BRASIL, 2004a).

Em 2011 a Portaria 3088/11 corrobora a já vigente política de saúde mental, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade principal de ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A política nacional de saúde preconiza ainda a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde serão definidas ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção, para atender as necessidades dos usuários através de uma Linha de Cuidado (Portaria 4.279/10).

Portanto, os CAPS têm como missão promover um cuidado respeitoso, considerando o saber e a experiência do usuário de saúde mental em relação ao seu adoecimento e tratamento, a partir de sua própria perspectiva.

1.2 Referencial teórico da pesquisa

1.2.1 Experiência de adoecimento

Nos estudos sobre a *experiência de adoecimento*, as narrativas de adoecimento representam a dimensão da própria experiência, não sendo apenas um meio de comunicação, ganhando ainda uma posição de relevância como estratégia metodológica para acessar a experiência subjetiva de adoecimento e a história de vida das pessoas. Dito de outro modo, as narrativas quando direcionadas a produção de conhecimento, do ponto de vista epistemológico, produzidas a partir de pesquisas qualitativas, estão para além de uma coleta de dados colocando-se a serviço da construção de interpretações cientificamente validadas, podendo ainda caracterizarem-se num importante recurso na produção do cuidado (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010).

Para desenvolver a noção de *experiência de adoecimento*, baseada na perspectiva fenomenológica, faz-se necessária previamente uma breve reconstrução dos estudos da antropologia médica nos quais se fundamenta esta pesquisa.

Os estudos da área médica desenvolvidos a partir da abordagem fenomenológica, levantam questões que escapam à ótica biomédica e aos estudos antropológicos e sociológicos tradicionais, sendo ambas as perspectivas relativizadas. A antropologia médica buscou se distanciar do enfoque principal da biomedicina na biologia humana, na fisiologia ou na fisiopatologia, se aproximando do contexto cultural e da experiência subjetiva de aflição dos indivíduos (LANGDON, 2013).

Segundo Alves (2006), a partir dos debates sócio-antropológicos sobre saúde nos anos 1950, as pesquisas convencionalmente chamadas de “comportamento do doente”, assim como as pesquisas de “representação social”, denominadas como “teoria sistêmicas”, caracterizam-se pelo fundamento comum de que o ator é definido a partir da interiorização social das normas convencionadas, assim, a ação individual não tem poder criativo sobre a estrutura social, ela apenas a reproduz.

Nesse sentido, os estudos sobre a *experiência do adoecimento* distanciam-se da abordagem sistêmica. Essa abordagem parte de um outro pressuposto de que os indivíduos interagem entre si a partir de referências sociais, no entanto, sobre elas erguem sua própria maneira de viver no mundo. Assim, vale analisar como surgem as expectativas sociais envolvidas com a enfermidade, e não apenas toma-las como dadas. A partir da década de 1980 surgem os primeiros grandes estudos nesse sentido, Byron Good e Arthur Kleinman, foram inicialmente os principais pesquisadores (ALVES, 2006; LEAL; MUÑOZ, 2014)

A importante contribuição de Kleinman e colaboradores (1978) para o estudo da experiência do adoecimento é a distinção entre *disease*, *illness* e *sickness*. Os autores questionam sobre a eficiência do tratamento médico, ou seja, em um período de grandes avanços tecnológicos na biomedicina, há também, segundo eles, uma crise na saúde da população em geral. Assim, ressaltam a necessidade dos estudos antropológicos, das distintas formas de tratamento existentes, que poderiam libertá-los do ponto de vista etnocêntrico e “medicocêntrico” e produzir importantes contribuições para o cuidado da saúde.

Disease refere-se às alterações dos processos biológicos e fisiológicos (modelo médico tradicional). *Illness* diz respeito a experiência da doença, algo que

se constrói a partir dos recursos interpessoais e culturais na perspectiva de quem vive o adoecimento, numa dimensão subjetiva/intersubjetiva do processo de adoecimento, incluindo o modo de significação para uma determinada doença compartilhada pelo indivíduo em seu contexto e rede social. Quanto *sickness*, indica a dimensão social do processo de adoecimento, a forma como uma sociedade concebe determinada doença (ALVES, 2006).

A diferenciação entre *disease* e *illness* surge justamente diante da preocupação dos autores com a prática médica contemporânea que trata especialmente a doença (*disease*), ou seja, as anormalidades no organismo. No entanto, argumentam, o paciente sofre de um mal-estar, vive uma experiência de adoecimento (*illness*)¹, ou seja, vive a experiência de mudanças desvalorizadas no estado de ser e na sua função social. Assim, a doença e a experiência de adoecimento não possuem uma relação de um a um, uma mesma disfunção orgânica pode ter diferentes efeitos de dor e angústia. No mesmo sentido, uma experiência de adoecimento pode, ou não, vir acompanhada de uma doença. Por isso, os autores argumentam que tanto a doença como a experiência de estar adoecido devem ser consideradas no tratamento, isto seria determinante para a sua eficácia (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978).

Sickness, por sua vez, se relaciona ao aspecto social das doenças, ou seja, do seu sentido, econômico, político e no plano dos direitos (KLEINMAN, 1988, *apud* LEAL; et al, 2014). Essas distinções são importantes pois nos levam a uma outra questão apontada por Kleinman e colaboradores (1978). Como a enfermidade faz parte da estrutura de sentidos e regras sociais, ela é culturalmente moldada, ou seja, é baseada nas nossas explicações (*explanations of sickness*), nos sentidos que atribuímos ao adoecimento e às doenças, a partir da posição que ocupamos na estrutura social. Com isso, os autores conceberam o conceito de “modelos explicativos da doença”.

Para episódios particulares da doença (*sickness*) diferentes modelos explicativos são utilizados na concepção do tratamento. Esses modelos são generalizações que se distinguem pelo sentido dado à origem, aos sintomas e ao tratamento da doença. Kleinman e colaboradores (1978) separam três grandes grupos de modelo explicativo, o profissional, o “folk” e o popular. O primeiro se refere

¹ Essa tradução aparece no texto traduzido de HELMAN, Cecil G. Doença versus enfermidade na clínica geral. Campos-Revista de Antropologia, v. 10, n. 1, 2009.

aos modelos gerados a partir de um conhecimento científico, como a biomedicina, a medicina chinesa, a homeopatia. O segundo grupo se refere ao conhecimento tradicionalmente produzido, como o que detêm os grupos religiosos. O último, o popular, é destacado o mais relevante nesse contexto, é o conhecimento gerado popularmente pelos leigos, ou seja, o conhecimento que utilizado no dia a dia das pessoas no tratamento quando algo vai mal. (ALVES, 2006)

Desse modo, segundo Kleinman e colaboradores (1978), é importante observar que a interação entre médico e paciente se dá a partir da combinação entre distintos modelos explicativos. Assim, para que o tratamento ocorra da melhor forma, o médico deve também partir de uma interação com o modelo explicativo do paciente e negociar com ele. Os autores consideram que o paciente diante de uma divergência entre sua expectativa e a do seu médico, quando o paciente não entende ou discorda da lógica do médico, não segue as orientações e prescrições, o abandono do tratamento pode acontecer (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978).

Contra-pondo-se a essa formulação dos modelos explicativos, Young (1982 *apud* LEAL; et al, 2014) e Duarte (1983 *apud* LEAL; et al, 2014) argumentam que essa abordagem reafirma o modelo biomédico para os demais contextos socioculturais. Pois se mantém presa à semântica médica ao interpretar os diferentes modelos a partir de tópicos típicos da narrativa biomédica: etiologia, início dos sintomas, fisiopatologia, curso da enfermidade e tratamento. Além disso, desconsidera-se nessa abordagem a dimensão temporal, não só porque a doença muda por si só ao longo tempo, mas também porque a própria compreensão da doença sofre confrontos de diagnósticos e distintos entendimentos que vão sendo reelaborados ao longo do tempo a partir de processos interativos específicos (ALVES, 1993). Com isso, Young (1976, *apud* LANGDON, 2009) atribui um novo caráter conceitual a *sickness* (mal-estar), como relevante:

[...] não se refere aos modelos de percepção, mas ao processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio. Ou seja, o episódio da doença não é um diagnóstico ou categoria, nem um modelo de percepção, mas é um processo que emerge através das interações dos atores participantes ao longo da sua duração (LANGDON, 2009: 115).

Nesse sentido, Young (1982, *apud* LEAL; et al, 2014) sugere um outro modo de estruturação das narrativas do adoecimento: os “complexos em cadeia” (*chain complexes*). Nesse caso, os eventos são interconectados de forma não linear e sem

uma relação de causa e efeito claramente dadas. Good (1978 *apud* LANGDON, 2009), por sua vez, introduz o termo “rede semântica” referindo-se à relação entre os significados da experiência de mal-estar pela pessoa em sofrimento, com discurso do senso comum sobre as experiências sociais de sofrimento.

A abordagem proposta por Kleinman, apesar das críticas, levantou importantes questões que posteriormente foram exploradas pela perspectiva fenomenológica nos estudos sobre a *experiência de adoecimento*. O diálogo aberto com a semântica médica foi determinante para os avanços seguintes, nesse sentido afirma Leal e colaboradores (2014):

Pontes de diálogo ou esferas de compartilhamento interpessoais e interculturais, produzidas pela valorização do universo plural de experiências relacionadas ao fenômeno saúde-doença nas distintas realidades socioculturais, tornam-se necessárias para garantir relações dialógicas de cuidado que considerem a pessoa adoecida. (LEAL; MUÑOZ, 2014: 57)

As abordagens brevemente citadas ainda não foram capazes de explicar os processos de construção de sentido sobre a enfermidade. Os modelos explicativos tendem a priorizar as representações sociais de modo que a experiência individual permanece pouco explorada. Com isso, a abordagem fenomenológica a partir da noção de *experiência do adoecimento* percorre outras vias que acabam por responder em alguma medida a essa falta.

Alves, Rabelo e Souza (1999) destacam como primário na análise fenomenológica da experiência do adoecimento: a prioridade da prática, da ação. Ou seja, a experiência não se traduz simplesmente nos modos de explicá-la, ela é também “encarnada”, como afirma Alves (2006: 1552): “o expresso não existe separadamente da expressão”. Essa percepção tem como pressuposto um certo entendimento sobre o corpo na relação com a experiência. O corpo é o corpo vivido, não apenas o corpo observado, ele implica numa certa dialética entre estar submetido a uma situação e superá-la constantemente por meio da ação.

O “corpo vivido” é representante das diversas dimensões da vida e “expressa uma modalidade particular de ser no mundo” Assim, inscrevem-se no corpo as várias dimensões da vida, inclusive as subjetivas. “[...] é sempre uma consciência-corpo ou corpo-consciência” (ALVES; RABELO; SOUZA 1999: 12). Por isso, novas dimensões do mal-estar e do tratamento surgem quando a *experiência* passa a ser

admitida como inserção a um contexto determinado no mundo e ao mesmo tempo como ponto de partida para a reconstrução desse mundo. Alves, Rabelo e Souza (1999) argumentam que essa é a dialética fundamental da abordagem fenomenológica:

Por um lado, é preciso compreender a experiência subjetiva da aflição em termos de seu enraizamento no mundo da cultura. Por outro, deve-se atentar para os processos sociais pelos quais os indivíduos definem e legitimam certas experiências de sentir-se mal, comunicam e negociam significados para suas aflições e para as aflições dos outros. (ALVES; RABELO; SOUZA 1999: 13)

Nesse sentido, Csordas (1990; *apud* ALVES; et al, 1999) argumenta que a *experiência do adoecimento* não deve ser reduzida à uma questão biológica ou cultural, nem mesmo a uma combinação de ambas, nessas abordagens falta ainda a dimensão do “sujeito encarnado” (ALVES, 2006: 1552), que se relaciona com o mundo a partir do seu lugar. Ou seja, a experiência do adoecimento parte desde o princípio da relação com o contexto sociocultural, no entanto, não apenas a consciência do sujeito se interconecta nessa relação, mas também seu próprio corpo. A partir dessa análise é possível livrar-se da dicotomia entre natureza e cultura.

Na perspectiva fenomenológica, cultura, natureza e sociedade integram-se continuamente na totalidade da vida, de modo que não é possível determinar isoladamente a relação causal de cada uma dessas dimensões com o adoecimento. Por isso, Langdon (2013) discute um novo sentido para dinâmica cultural. A cultura está para além de normas, práticas e valores estabelecidos *a priori* da ação humana, e assim, não deve ser vista como um sistema fixo, no qual todos os membros compartilham as mesmas ideias e agem igualmente. Segundo a autora, a cultura é produto da ação humana, a interação dos atores constrói continuamente a esfera simbólica do mundo: “É um sistema simbólico fluido e aberto” (LANGDON, 2013).

Reconhecer subjetividade implica, ainda nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem

atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência que nunca é igual à dos outros. (LANGDON, 2013: 4).

Segundo Canesqui (2015), numa perspectiva entre a fenomenologia e a abordagem crítica e antropológica, a experiência com a enfermidade se representa a partir dos contextos relacionais e sociais de acordo com o contexto sociocultural e histórico dos processos saúde-doença-cuidado. Dessa forma, torna-se fundamental para o cuidado em saúde a escuta dos adoecidos como participantes ativos, considerando suas narrativas, seus saberes sobre seus corpos e sobre sua saúde e doença. Rompendo assim, com as práticas médicas generalizantes que, além de propor uma divisão corpo e mente, coloca o sujeito numa posição passiva de submissão às técnicas biomédicas de tratamento.

Nesse ponto, as narrativas de aflição, de mal-estar, têm um papel específico, suas análises não visam estabelecer classificações ou diferenciações entre as categorias representacionais, mas buscam conhecer a produção desses modos de representação, percepção e experiência por parte dos atores (LEAL; et al, 2013).

Nesse sentido, Alves, Rabelo e Souza (1999) apontam para um importante aspecto a ser observado nas narrativas, os usos das metáforas. Segundo os autores, elas oferecem “uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente” (ALVES; RABELO; SOUZA 1999: 173). A estrutura da metáfora, permite que se diga algo sobre a experiência que não seria facilmente expresso pela linguagem estabelecida, por isso, constitui um recurso valioso para o acesso à experiência o adoecimento. Ricoeur (1987, *apud* ALVES; RABELO, 1999) afirma:

“A metáfora assemelha-se mais à resolução de um enigma do que a uma associação simples baseada na semelhança; é constituída pela resolução de uma dissonância semântica”. (RICOEUR, 1987, *apud* ALVES; RABELO, 1999: 64)

Nesse caso, a metáfora não aparece simplesmente como uma analogia, ela constitui a experiência em si. Ou seja, não se trata de uma reflexão *a posteriori* sobre o processo, há nesse mecanismo um engajamento próprio do sujeito-corpo que faz das imagens geradas pelas metáforas parte do processo de significação

sobre o qual se desenrola a experiência. Por isso, a metáfora na narrativa tem lugar central na perspectiva fenomenológica segundo Alves e Rabelo (1999), pois ela permite que se acesse justamente o lugar da consciência pré-reflexiva, o lugar da dimensão singular, e que expresse a ligação entre natureza e cultura.

As narrativas nos trazem novas perspectivas em relação ao conceito de *experiência do adoecimento*, justamente por permitirem, por meio da produção e análise de narrativas, situações de interlocução coletiva nas quais é possível em alguma medida acessar a experiência do outro (LEAL; et al, 2013).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer a experiência de uso e os saberes próprios dos usuários do CAPS AD Porto de Macaé/RJ em relação aos psicofármacos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer os sentidos plurais que os usuários de CAPS AD atribuem ao uso de psicofármacos e quais são suas expectativas;
- ✓ Conhecer os saberes e informações relacionadas ao uso de psicofármacos (indicações de uso, efeitos colaterais, interação com outras substâncias);
- ✓ Conhecer as experiências corporais e subjetivas dos usuários de CAPS AD com o tratamento medicamentoso;
- ✓ Conhecer como e se negociam a prescrição com o prescritor;
- ✓ Conhecer como utilizam os medicamentos em seus cotidianos;
- ✓ Delinear o perfil sociodemográfico e de diagnósticos dos usuários acompanhados no CAPS AD Porto

2 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

Para melhor desenvolver o tema do uso de psicofármacos no contexto de um CAPS AD, com foco na experiência, foi realizada uma revisão da bibliografia. Inicialmente, investigou-se a base de dados científicos SciELO. A primeira busca utilizou os descritores “psicofármaco” e “CAPS AD”, tendo produzido nove artigos dos quais dois que apresentaram temática de interesse foram selecionados. Esta busca foi repetida com a substituição da sigla CAPS AD pela expressão por extenso “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas”, sem que fossem obtidos novos resultados de interesse.

A busca seguinte apenas substituiu “psicofármaco” por “psicofármacos”, no plural, sendo obtidos 77 resultados. Nesta seleção foram lidos os resumos dos artigos que apresentaram ao menos um dos descritores no título, sendo então selecionados três novos artigos de interesse. Outras tentativas foram desenvolvidas, agregando, individual e sucessivamente, os descritores “experiência” e “medicamentos psicotrópicos”, sem que fossem obtidos novos resultados de interesse.

Estendeu-se a busca ainda pela base Google Acadêmico, limitando-se para o período de 2003 em diante, em virtude da publicação da portaria 336/2002 que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Foram utilizadas as palavras “psicofármacos” + “CAPS AD” obtendo-se 333 resultados. Os trabalhos que apresentavam no título ao menos um dos dois descritores foram selecionados e após a leitura de seus resumos, um conjunto de seis novos estudos de interesse para esta pesquisa foram identificados. Por fim, foram ainda agregados a esta revisão oito estudos provenientes das referências de outros trabalhos e também de indicações pessoais de profissionais da área. Assim, a revisão bibliográfica resultou na identificação de 19 estudos de interesse, sendo cinco provenientes da base SciELO, seis do Google Acadêmico e oito de outras referências.

No intuito de apresentar os estudos eleitos de forma coerente com o interesse desta pesquisa, foram criadas cinco categorias onde os estudos foram agrupados. Esse agrupamento teve caráter apenas didático pois, após a leitura dos textos, verificou-se que os estudos apresentavam interesses comuns e que poderiam ser melhor destacados se apresentados em categorias, embora todos tenham sido desenvolvidos no contexto da atenção psicossocial, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Categorização e caracterização dos trabalhos selecionados na revisão bibliográfica da literatura, Brasil, 2017.

Categorias	N	%
Teorização sobre o tratamento medicamentoso no contexto da atenção psicossocial	2	10%
Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da pesquisa GAM	2	10%
Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto Álcool e outras Drogas	5	24%
Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Saúde Mental	6	29%
Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Gestão do Cuidado	4	19%
TOTAL	19	90%

Na categoria “Teorização sobre tratamento medicamentoso no contexto da atenção psicossocial”, dois artigos discutem, a partir da psicanálise, importantes temas para a atenção psicossocial como: os avanços da psicofarmacologia, inclusão do sujeito no diagnóstico em psiquiatria, sintoma e saúde mental, trabalho em equipe e dispositivos coletivos na clínica da atenção psicossocial, entre eles o grupo de medicação.

Foram selecionados cinco trabalhos que desenvolveram seus estudos a partir da pesquisa com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), entretanto, serão apresentados em duas categorias, “Psicofármacos na atenção psicossocial no contexto da pesquisa GAM” e “Psicofármacos na atenção psicossocial no contexto Álcool e outras Drogas”. Outros dois estudos são indicados nessa categoria, cuja especificidade encontra-se no cuidado AD. As pesquisas com a GAM, trouxeram para o centro do debate da saúde mental brasileira relevantes questões sobre o uso de medicamentos psiquiátricos no contexto da atenção psicossocial, como será apresentado a seguir.

Na categoria “Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Saúde Mental”, foram agrupados seis estudos cujos temas estão relacionados a experiência dos usuários com o uso de medicamento psiquiátrico no cuidado em saúde mental.

Na última categoria “Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Gestão do Cuidado”, foram agrupados quatro estudos relacionados ao processo de trabalho na gestão do cuidado, onde se destacam a experiência do trabalhador.

2.1 Teorização sobre o tratamento medicamentoso no contexto da atenção psicossocial

O primeiro artigo Paoliello (1999), discute a importância de a Psicanálise acompanhar os avanços da psicofarmacologia, a partir da demarcação das diferenças entre o sintoma psiquiátrico e o psicanalítico, dentro da Medicina. A autora argumenta que a psicofarmacologia é um importantíssimo recurso e desconsiderá-la seria uma grave omissão. Defende assim que medicar, em psiquiatria, é um ato que nunca deve se reduzir a um diagnóstico, devendo sempre considerar a participação do sujeito. Desse modo, tal argumento faz um contraponto ao fenômeno, na psiquiatria, observado a partir do surgimento dos psicofármacos, sobretudo antidepressivos, e do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*), de perda progressiva do interesse pela observação clínica e sua riqueza de detalhes, em detrimento de se estabelecer uma classificação das enfermidades, como que excluindo o sujeito (PAOLIELLO, 1999).

Outra importante contribuição do texto se dá pela demarcação da diferença entre o sintoma psiquiátrico e o psicanalítico. Nesse sentido, o sintoma para a psicanálise corresponde a uma mensagem metafórica de um conflito psíquico, ou seja, algo que se encontra no lugar de outro (recalcado) implicando o sujeito do inconsciente. Portanto, quando direcionado para o analista, este deverá procurar saber ao que determinado sintoma está respondendo. Entretanto, no que se refere a medicina, podendo se incluir ou não a psiquiatria, o sintoma representa a doença sendo suas causas interpretadas muitas vezes alheias ao sujeito. A autora destaca que, no caso do tratamento medicamentoso, a psiquiatria não tem a mesma objetividade de outras áreas médicas, devendo-se mais ainda que tal prática seja tomada a partir das questões simbólicas, sugerindo que “*O paciente, o sintoma, o psiquiatra e o psicanalista devem caminhar juntos, de braços dados, mesmo claudicando, sabendo que nem tudo é compatível*”. (PAOLIELLO, 1999, p.91).

Algumas considerações da Psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial de CAPS são o foco de outro artigo que nos pareceu oportuno. Figueiredo (2005), dispõe sobre os conceitos de transferência de trabalho, concepção de sujeito e discute brevemente os diferentes dispositivos coletivos da atenção psicossocial. Destaca-se a importância da construção do trabalho em equipe na clínica da atenção psicossocial, um trabalho assinalado pelo coletivo a partir da convivência tanto entre pares quanto entre técnicos e usuários. Dessa

forma, entre diferentes modos de organização das equipes, dois se destacam: “equipe hierárquica” que preserva a hierarquia dos profissionais podendo predominar em diferentes situações, inclusive em relação ao trabalho dos médicos, ou seu oposto a “equipe igualitária”. Nessa última, o risco seria uma autorização difusa, com discussões infundáveis, correndo o risco de desconsiderar a especificidade de algumas ações no trabalho clínico, sendo então indicado não criar protocolos de intervenção apriorísticos. Sendo assim, a direção do tratamento deve ser recolhida dos elementos fornecidos pelo sujeito e daí estabelecido seu projeto terapêutico. A transferência norteadora do trabalho de equipe deve ser operada pelo reconhecimento de que há um objeto comum às diferentes profissões, determinado por uma concepção clínica pautada no sujeito. Nesse sentido, o termo “sujeito” se diferencia de “indivíduo”, referindo-se a uma multiplicidade de fatores, num “arranjo” único que conforma a singularidade (FIGUEIREDO, 2005).

Entre outras considerações relevantes do artigo supracitado, se destacam propostas de participação dos usuários em grupos, para que se conheçam, convivam, tomem decisões sobre sua participação e tratamento no CAPS. A autora ressalta ainda o grupo de medicação como uma alternativa para agilizar o trabalho do médico, com o objetivo de que os usuários tematizem e se posicionem quanto ao uso de medicamentos em seu tratamento e possam reconhecer sua importância para servir-se deles de forma mais autônoma, interroguem seus efeitos e proponham alternativas para seu uso (FIGUEIREDO, 2005). Essa proposição será apresentada em outros estudos da revisão, que consideram a coordenação de grupos que abordem o tema da medicação também por profissionais não médicos.

2.2 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da pesquisa GAM

Dois estudos foram selecionados para esta categoria, o primeiro (ONOCKO CAMPOS; et al, 2012) apresenta a pesquisa multicêntrica de elaboração do Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação GGAM-BR. A pesquisa, que abrangeu três cidades brasileiras, baseou-se na tradução e adaptação do guia canadense e avaliou os efeitos deste guia na formação de trabalhadores de saúde mental. Trata-se de uma estratégia de defesa dos direitos dos usuários de saúde mental, surgida em 2001, através de movimentos sociais, em Quebec/CA, com o propósito de favorecer o protagonismo do usuário na gestão de seus medicamentos.

A versão brasileira reforçou a gestão compartilhada entre usuários e profissionais de saúde com o propósito de promover um cuidado considerando o saber e a experiência dos usuários. Dessa forma, buscou-se promover a autonomia e o empoderamento dos usuários de saúde mental em relação ao seu processo de tratamento. Nessa perspectiva, importantes mudanças em relação ao texto original do guia canadense foram implementadas, sobretudo quanto a retirada da medicação, levando-se em conta a realidade brasileira. Constatou-se que o GGAM-BR constitui estratégia potente de fomento à RPB e os direitos dos usuários, promovendo sua participação ativa na gestão do tratamento e do serviço, incidindo positivamente na formação de trabalhadores (ONOCKO CAMPOS; et al, 2012).

No segundo estudo (ONOCKO CAMPOS; 2013), com o propósito de analisar as práticas em saúde mental, a pesquisa buscou o empoderamento dos usuários em relação ao uso de medicamentos nos seus projetos terapêuticos, intervindo nas práticas de CAPS de três cidades brasileiras através do uso da estratégia GAM. Participaram da pesquisa, usuários, gestores e trabalhadores. O artigo analisou algumas situações que atestaram, entre outras, o desafio de que a administração de medicamentos psicotrópicos não se configure exercício de poder sobre os usuários. Também se percebeu, nos serviços pesquisados, pouco diálogo sobre os medicamentos, tanto com os usuários como entre os profissionais, e a existência de espaços de estigmatização sendo os direitos dos usuários inibidos ou aceitos com cautela (ONOCKO CAMPOS; 2013).

Os autores levantam alguns questionamentos sobre o uso privilegiado do tratamento farmacológico no cuidado em SM no Brasil, quando problemas não médicos passam a ser tratados como tal, além o uso prolongado e pouco crítico dos medicamentos psiquiátricos. Nesse sentido, chamam a atenção para a centralização das deliberações nos profissionais de saúde, sobretudo nos profissionais médicos, não sendo levados em conta os significados do uso de medicamentos psicotrópicos na experiência singular dos usuários, com baixa participação destes nas decisões sobre seus tratamentos, contrariando as recomendações internacionais (ONOCKO CAMPOS, 2012; 2013).

Entre os resultados da pesquisa, se destacam: a ambivalência dos trabalhadores frente as proposições da estratégia GAM por acreditarem que a disponibilização de informações sobre os psicofármacos ao usuário comprometeria sua adesão às prescrições farmacológicas, sendo este, muitas vezes, o foco

principal do tratamento predominando ainda o modelo biomédico, evidenciando um cuidado tutelar persistindo a ideia de que os usuários têm pouca capacidade de discernir sobre o que seria melhor para eles; a percepção de que os trabalhadores não médicos endereçam exclusivamente aos médicos as decisões sobre o tratamento medicamentoso, apropriando-se pouco do tema, alegando uma certa tensão entre os dois campos de conhecimento; a complexidade dos usuários em atribuir sentido aos seus acompanhamentos no CAPS, associado a falta de informação sobre os medicamentos e a dificuldades de conversar com o médico sobre o tratamento farmacológico, ficando essa questão ainda mais comprometido pela carência de profissionais nos serviços; a realização de atividades de grupo sendo utilizadas como alternativa, todavia, com baixa qualidade clínica evidenciando que a falta de investimentos nos serviços interferem na qualidade do cuidado oferecido (ONOCKO-CAMPOS; 2013).

A pesquisa conclui que nas práticas em SM ainda se faz necessário a valorização da experiência do usuário em seu tratamento, estimulando-o a descobrir seus interesses e desejos de forma autônoma, devendo ser o serviço de saúde um espaço fomentador de sua cidadania (ONOCKO CAMPOS; 2013).

2.3 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto Álcool e outras Drogas

Antes de detalhar a análise dos demais estudos, faz-se oportuno esclarecer que, dos 19 trabalhos selecionados pela revisão da bibliografia aqui apresentados, apenas cinco abordam questões relacionadas ao contexto AD. Embora não tenham relatos da experiência direta de usuários de CAPS AD com psicofármacos, estes estudos abordam questões relacionadas à experiência dos usuários com uso de medicamentos psiquiátricos, SPA, gestão compartilhada do cuidado, autonomia, tratamento, entre outros, que trouxeram importantes contribuições para essa pesquisa.

Vale ressaltar que três deles (BESSA-JORGE; et al, 2012; MEDEIROS, 2013; RODRIGUES, 2014b) apoiaram suas pesquisas na utilização da GAM, conforme já apresentado acima, entretanto, por terem seus objetos de estudo desenvolvidos no contexto do cuidado AD, seus conteúdos serão apresentados nessa categoria, conforme discriminado nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2–Caracterização quanto a título, autor e ano dos estudos pertencentes à categoria “Atenção psicossocial no contexto Álcool e Drogas”

Ref	Título	Autor	Ano
1	Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial	Maria Salete Bessa Jorge, Rosana Onocko Campos, Antonio Germane Alves Pinto, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos Rivellison Mendes de Freitas; Helen Rute Rodrigues da Silva; Diego Santos de Araújo	2012
2	Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD)	Rodrigues da Silva; Diego Santos de Araújo	2012
3	O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma	Medeiros, Rafael Gil	2013
4	Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo	Sandro Eduardo Rodrigues	2014
5	Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso	C de Barros Lacerda, M Fuentes-Rojas	2017

Tabela 3 - Características dos trabalhos da categoria “Atenção psicossocial no contexto Álcool e Drogas” quanto a abordagem, ferramenta metodológica, profissão e local de estudo selecionados na revisão bibliográfica, Brasil, 2017.

Ref	Abordagem metodológica	Ferramenta metodológica	Profissão	Local
1	Qualitativa participativa	Grupo focal e grupo narrativo	Enfermagem	CAPS Geral e CAPS AD Maracanaú, CE
2	Quantitativa	Entrevista	Enfermagem	CAPS AD Picos, PI
3	Qualitativa	Grupo narrativo	Psicologia	Porto Alegre, RS
4	Qualitativa	Grupo narrativo	Psicologia	CAP Geral Niterói, RJ
5	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas		CAPS AD II Campinas, SP

O primeiro estudo (BESSA-JORGE; et al, 2012), realizado no Município de Maracanaú-CE, teve como objetivo analisar as experiências vivenciadas pelos usuários de dois CAPS, Geral e AD, no desenvolvimento do grupo para Gestão Autônoma da Medicação, com ênfase em suas relações com os sentidos e significados do tratamento medicamentoso, na interação com a equipe de saúde mental, familiares e comunidade, bem como na resolutividade assistencial. A pesquisa contou com a participação de 13 usuários e a coleta de dados se deu

através de três grupos narrativos, com sua análise pautada na hermenêutica. O conceito de autonomia numa condição de saúde e cidadania, é tomado como um *vir-a-ser* devendo construir-se a partir de uma rede de dependências que não se reduza ao adoecimento, perpassando pelas experiências cotidianas, singulares e subjetivas (BESSA-JORGE; et al, 2012).

Nesse sentido, o grupo GAM constitui-se um espaço de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos e problemas de saúde, tendo por finalidade promover autoconhecimento e autonomia, através do compartilhamento das experiências individuais num coletivo grupal promotor de práticas cogestivas entre usuários e profissionais de saúde. Por conseguinte, aposta-se na gestão compartilhada do processo terapêutico com foco no protagonismo do sujeito, colaborando para sua interação social, através dos recursos comunitários, e com os profissionais, além da ampliação do espaço de negociação entre médico e usuários. Desta forma, poder superar práticas terapêuticas medicalizantes, majoritariamente fármaco-químicas, pautadas em diagnósticos orgânicos, seguindo as diretrizes da RPB (BESSA-JORGE; et al, 2012).

Narrativas construídas pela participação no grupo GAM, apontam reflexões dos usuários quanto ao tratamento. No que diz respeito a interação social cotidiana, os usuários procuram demonstrar suas necessidades e dificuldades em relação ao apoio familiar, reconhecendo a importância da interação social com vizinhos, entidades comunitárias e atividades laborativas que gerem renda, no processo de cuidado. Desse modo, sem desconsiderar o papel da medicação, outros recursos terapêuticos além dos farmacológicos são cogitados no tratamento, sendo então ressignificada a função dos medicamentos como apenas uma das necessidades de saúde. Assim, a utilização mais adequada da medicação se deve a relação entre usuário, médico e profissionais, sendo necessário para isso que as informações sobre os medicamentos não estejam restritas ao conhecimento médico (BESSA-JORGE; et al, 2012).

Os resultados evidenciaram a importância da escuta e do acompanhamento individualizado. A abordagem singular contribuiu de forma significativa no estado de saúde dos usuários e na compreensão do adoecimento. Dessa forma, concluiu-se que a reflexão sobre o lugar do tratamento na vida e o questionamento das possibilidades terapêuticas construídas a partir da participação ativa no grupo GAM,

consolidou a autonomia do usuário de modo mais corresponsável pelo seu tratamento (BESSA-JORGE; et al, 2012).

O estudo de Freitas, Silva e Araújo (2012) apresenta dados sobre o perfil epidemiológico, os problemas de saúde, as hipóteses diagnósticas, as substâncias psicoativas utilizadas e se há ou não aderência aos tratamentos entre os pacientes portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo CAPS AD em Picos-PI. O projeto buscou traçar o perfil dos usuários, a fim de obter informações para implantação de oficinas terapêuticas e grupos de orientação farmacológica, apostando na reformulação das abordagens do referido CAPS AD. O estudo apresentou como resultado do perfil dos usuários, homens adultos solteiros, com escolaridade baixa, exercendo atividades de baixa remuneração. Verificou-se que a maioria dos usuários administra seus medicamentos no horário certo, não pratica automedicação e adere ao tratamento farmacológico abstendo-se do uso de bebida alcoólica durante o tratamento. O principal problema de saúde identificado foi o etilismo e a hipótese diagnóstica mais comum foi o tabagismo associado ao etilismo.

No terceiro estudo, Medeiros (2013) problematiza o lugar das drogas na atualidade, trazendo como pano de fundo a participação na pesquisa multicêntrica da Gestão Autônoma da Medicação-GAM. O estudo chama a atenção para experiências acessadas através da utilização de substâncias prescritas, os psicofármacos, e as proscritas, as drogas psicoativas, a partir de uma perspectiva reflexiva sobre estes usos, questionando o lugar das drogas lícitas e ilícitas na atualidade. O pesquisador exalta um debate sobre drogas como um todo, e sobre como vivemos a prescrição de psicofármacos, destacando o modo dicotomizado de se produzir conhecimento sobre o uso de drogas prescritas e não prescritas, ilícitas e não ilícitas, considerando uma possível autonomia para ambos os usos.

O quarto estudo com a temática AD, “Experiências psicotrópicas prescritas: o fora-eixo” (RODRIGUES, 2014b) apresenta o estudo do chamado “fora-eixo” da pesquisa multicêntrica do GAM, já mencionada acima, realizado em CAPS na cidade de Niterói/RJ. O pesquisador trabalhou as questões manifestadas fora do eixo de principal interesse da pesquisa que se colocaram como importantes, quais sejam, *“dos psicofármacos prescritos, para substâncias ilícitas ou usos proscritos de substâncias lícitas: o fora-eixo”*. O propósito do pesquisador foi pensar os efeitos da proscrição (expulsão, banimento, proibição), na experiência psicotrópica com o uso de drogas lícitas e ilícitas. Nesse sentido, o trabalho desenvolveu uma análise da

proscrição na experiência dos usuários, salientando que os psicofármacos prescritos não são somente produtores de efeitos terapêuticos benéficos, da mesma forma que as drogas ilícitas não apenas produzem efeitos adversos e maléficos.

Desta forma, o autor enfatiza o que denominou “psicodélico” e “*underground*” argumentando que essa divisão dicotômica de sentido alimenta e se alimenta de um duplo movimento, proibicionista e medicalizante, favorecendo o uso crescente de drogas prescritas enquanto outros usos destas mesmas drogas, como a ingestão de remédios para “curtir” os efeitos psicoativos no corpo e na mente, são moralmente reprovados por autoridades médico-judiciais (RODRIGUES, 2014b). O estudo observa que, apesar da centralização das prescrições de medicamentos psicotrópicos nos serviços de SM, vem crescendo o interesse de pesquisadores pela experiência dos sujeitos, como vivenciam e atribuem significação a experiência de “*sentir-se mal*”, e como buscam alternativas (RODRIGUES, 2014b).

Com a liberdade dada pela condição “fora” do eixo principal da pesquisa, baseando-se em sua vivência como músico em grupos de Rock Psicodélico, o pesquisador apresenta uma incursão sobre a experiência psicodélica articulada ao cuidado de usuários de psicotrópicos em saúde mental a partir do encontro com os usuários participantes da pesquisa do grupo de GAM. De acordo com o autor, a experiências psicodélica envolve alteração dos sentidos, percepção e consciência, concebidas através do uso de substâncias psicotrópicas, entretanto, a droga sozinha não é capaz de produzir o que ele chama de “expansão da consciência”, ela apenas “abre a mente”, liberando o sistema nervoso de seus padrões e estruturas ordinárias”, uma vez que com auxílio de meditação, ioga, contemplação de luzes estroboscópicas, entre outros, também pode-se alcançar estados alterados de consciência (RODRIGUES, 2014b).

Nesse sentido, a hipótese de que a experiência psicodélica se aproximaria da experiência da psicose abriu o campo para sua pesquisa em SM e uso de álcool e drogas. Desse modo, considerando como centro do debate o poder de decisão pressupondo o direito à escolha dos usuários, ainda que corresponsável, como propõe as estratégias da GAM e da RD e a partir da constatação de que os temas da prescrição e proscrição acabam ficando fora dos debates em SM, é que o pesquisador apresenta suas considerações (RODRIGUES, 2014b).

Portanto, prescrição e proscrição como exercício de decisão apenas vindo de fora, sem incluir o usuário, configuram-se como heteronomia opondo-se a

autonomia. Por conseguinte, o proibicionismo, além de não evitar o uso de drogas ao tratar do tema pelo viés da segurança e não como questão de saúde, cerceia o direito de escolha sobre a mente e o corpo e ao mesmo tempo que seduz marginaliza os usuários. Desse modo, segundo Rodrigues (2014b), a proscricção estimula o usuário a utilizar estratégias alternativas para se drogar, por exemplo recorrer ao uso proscrito de substâncias prescritas. Por fim, considera a aposta da GAM no contexto AD, na autonomia construída a partir da gestão compartilhada da experiência da medicação através do debate coletivo, podendo incluir um tema proscrito na experiência vivida pelos próprios usuários de psicotrópicos prescritos, reintroduzindo o “fora” no centro do debate. Nessa perspectiva, GAM e RD se aproximam naquilo que ambas valorizam, ou seja, o cuidado de si como imprescindível no exercício da autonomia.

O quinto e último estudo deste grupo (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017), teve interesse em decifrar os significados e sentidos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para seus usuários, na cidade de Campinas- SP. No estudo, apesar de integrados, significado e sentido são tomados como categorias diferentes: o significado refere-se ao que foi apreendido subjetivamente por cada um a partir do discurso do coletivo no constructo social, enquanto sentido diz respeito a particularidade individual, remete a singularidade do sujeito, ainda que submetido ao contexto social.

O estudo confere como resultados, que os significados e sentidos mais presentes nos discursos indicaram uma relação positiva com o serviço, visto pelos usuários como um local de apoio, cuidado e acolhimento. Entretanto, quando convidados a opinar sobre o serviço desmerecem a si mesmo como se, pelo fato de serem usuários de drogas, fossem incapazes de fazer críticas ao espaço. Nesse sentido, pela possibilidade de acesso a direitos e benefícios através do CAPS AD, reforçada pela vulnerabilidade social de alguns usuários, o tratamento muitas vezes minimiza sua função terapêutica e passa a ter como objetivo principal a resolução de questões sociais, deixando a desejar na promoção de autonomia, estimulando uma relação de dependência do usuário com o serviço. Desta forma, conclui-se ser necessário a manutenção da prestação de assistência no âmbito social, todavia, de forma conjunta promovendo a reinserção e o empoderamento dos usuários (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017)

2.4 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Saúde Mental

Nessa categoria foram agrupados seis estudos cujos temas estão relacionados à experiência dos usuários com o uso de medicamento psiquiátrico no cuidado em SM, obtidos a partir de narrativas produzidas através de entrevista e grupo focal, como mostram as tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Caracterização quanto ao título, autor e ano de publicação dos artigos inseridos na categoria “Atenção psicossocial no contexto Saúde Mental”, Brasil, 2017

Ref	Título	Autor	Ano
6	Histórias de vidas de Usuários de psicofármacos: o desafio do cuidar para a enfermagem	Dantas, Rita de Cássia	2010
7	Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários	Welter, Ana Carolina	2012
8	O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial	Mariane da Silva Xavier, Marlene Gomes Terra, Cristiane Trivisiol da Silva, Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro, Adão Ademir da Silva; Fernanda Franceschi de Freitas	2014
9	A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.	Iara Scaranelo Penteado Benini; Erotildes Maria Leal	2016
10	As experiências do portador de sofrimento psíquico grave com o uso de haloperidol	Bruna Feijó de, Almeida	2016
11	Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado	Indara Cavalcante Bezerra, Jamine Borges de Moraes, Milena Lima de Paula, Tatiana Maria Ribeiro Silva, Maria Salete Bessa Jorge	2016

Tabela 5 – Caracterização quanto abordagem, ferramenta metodológica, profissão do autor e local de estudo dos artigos inseridos na categoria “Atenção psicossocial no contexto Saúde Mental” selecionados na revisão bibliográfica, Brasil, 2017.

Ref	Abordagem metodológica	Ferramenta metodológica	Profissão	Local
6	Qualitativa	Entrevistas abertas	Enfermagem	Unidade de Saúde da Família Santarém - Natal, RN
7	Qualitativa	Entrevistas semi-estruturadas em profundidade		Centro de Saúde de Florianópolis, SC
8	Qualitativa	Entrevistas semi-estruturadas	Enfermagem	Ambulatório do serviço de Psiquiatria – RS
9	Qualitativa / Interpretativa	Grupo focal	Medicina	CAPS Geral Campinas, Salvador e Rio de Janeiro
10	Qualitativa descritiva	Observação participante. Entrevista aberta.	Enfermagem	CAPS II Casa do Largo Niterói, RJ
11	Qualitativa	Entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal.		CAPS Geral Fortaleza, CE

O estudo realizado por Dantas (2010) desenvolveu uma pesquisa com metodologia história oral, na modalidade história oral de vida, tendo por objetivo narrar as histórias de vidas de oito usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, na Unidade de Saúde da Família de Santarem, Natal/RN. Desse modo, pretendeu identificar as possíveis causas que influenciam e desencadeiam o uso de psicofármacos por tempo prolongado, buscando contribuir com o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de medicamentos psiquiátricos, assim como na atenção à SM, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família-ESF.

A pesquisadora parte da observação do cotidiano como trabalhadora da Unidade, em que a mesma afirma ser frequente à busca de usuários pela renovação da prescrição de psicofármacos. Todavia, são os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que mais se envolvem com essa problemática sendo facilitadores do acesso junto aos médicos, havendo um distanciamento do profissional de enfermagem do cuidado sistematizado a essa população usuária de medicamento psiquiátrico. O estudo identificou a partir das narrativas dos participantes, impactos positivos e

negativos relacionados ao uso de psicofármacos por tempo prolongado. O controle da crise aparece como benefício, enquanto as reações indesejadas, a dependência dos medicamentos e a não resolução dos problemas de forma definitiva configuram-se como negativo (DANTAS, 2010).

Os resultados apontam que os usuários de psicofármacos por tempo prolongado são acometidos por crise em saúde mental e sentem necessidade de serem escutados. Identificaram, ainda, a existência do preconceito social para com as pessoas com transtornos mentais e a não realização do desenvolvimento da gestão de cuidados, pela equipe de saúde da família, particularmente dos cuidados de enfermagem às pessoas acometidas por transtornos mentais e aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado. Por conseguinte, propõem como modalidade de cuidado do enfermeiro a essa clientela, consulta de enfermagem, visita domiciliar, construção coletiva de espaços de escuta e socialização, como possíveis caminhos para a construção desses cuidados (DANTAS, 2010).

Em seu estudo Welter e colaboradores (2012) estabeleceram como objetivos, desde compreender os motivos pelos quais os sujeitos iniciam o tratamento com benzodiazepínicos e por que é mantido o uso contínuo, quais os efeitos experimentados, até a investigação das tentativas de suspensão e de como se dá esse processo. Foram entrevistados usuários participantes de um grupo de medicamentos psicotrópicos, acompanhados em um Centro de Saúde de Florianópolis-SC. Dessa forma, foi percebido que as motivações que levaram os indivíduos a procurarem ajuda médica surgiram na forma de diagnósticos como ansiedade, depressão e problemas psiquiátricos, entretanto, com o aprofundamento do estudo, verificou-se a dificuldade dos usuários em lidar com problemas cotidianos, atribuindo-lhes então sentido para o uso dos psicofármacos o que acaba contribuindo para um processo de “medicalização da vida”, ou seja, problemas não médicos sendo tratados como tal, segundo Conrad (2007) citado em Welter (2012).

De acordo com Illich (1975), conforme citado em Welter (2012) a medicalização é vista como sendo reforçada pelo exercício de poder da medicina, diminuindo a autonomia das pessoas para lidarem com seus sofrimentos, favorecendo que se tornem dependentes da tecnologia médica (WELTER, 2002 apud ILLICH, 1975). De acordo com o estudo, os benzodiazepínicos podem ter diversas indicações terapêuticas, todavia, devem ser utilizados em tratamentos curtos, até quatro semanas, sob o risco de induzir dependência. Nesse sentido, de

acordo com os resultados observados a partir das narrativas, várias podem ser as possibilidades para o uso contínuo, entre elas a expectativa dos usuários de que a medicação lhes trará alento em suas vidas e que não ficarão bem com sua retirada.

Apesar de identificados relatos de experiência com efeitos adversos, estes não foram associados à medicação, contudo, a tentativa de retirada do medicamento gerou sintomas desagradáveis evidenciando sinais de abstinência, fazendo com que os indivíduos se tornassem resistentes a novas tentativas, apesar de reconhecerem sua importância. O estudo conclui ser necessário considerar a história de vida dos usuários, buscando conhecer o que sentem e pensam sobre seus tratamentos, a fim de que se possam criar estratégias de intervenção e prevenção para o uso contínuo de benzodiazepínicos (WELTER; et al, 2012).

O objetivo do estudo de Xavier et al (2014) foi compreender o significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial no serviço de psiquiatria de um hospital no interior do Rio Grande do Sul. O estudo aponta como desafio para o tratamento das pessoas com transtorno mental, o uso racional de medicamentos segundo as necessidades clínicas do paciente, ou seja, dose e tempo de uso adequados as necessidades individuais e ao menor custo possível. Dessa forma, contesta a tendência à medicalização de sintomas comuns, sem que haja questionamento de alternativas terapêuticas de maneira que a medicação psiquiátrica não seja a primeira opção. Nesse sentido, a pesquisadora se propôs, através de entrevista semiestruturada, ouvir os participantes da pesquisa observando ainda haver pouca escuta dos significados do uso dos psicofármacos para os usuários, considerando o direito garantido pela lei da RPB de que recebam informações sobre sua doença e seu tratamento.

Assim, como resultados dos depoimentos, emergiram duas categorias de significados acerca da utilização de psicofármacos: “o uso de psicofármacos como possibilidade de uma vida normal” e “importância da utilização de psicofármacos como promoção de saúde física e mental”. Na primeira, o medicamento foi compreendido pelos participantes como aquilo que irá proporcionar uma “vida normal”, como poder dormir e conviver em sociedade de acordo com padrões estabelecidos como melhor aceitos socialmente, reforçado pela ideia de que sem a medicação isso não seria possível. Na segunda categoria, a utilização do medicamento se dá como auxílio à saúde do corpo, reduzindo sintomas da doença e

não como solução de qualquer problema, sendo também considerados como complementar ao tratamento, a convivência, a escuta e a religião (XAVIER; et al, 2014).

O estudo concluiu que a utilização dos psicofármacos para os usuários do ambulatório constitui a sua aceitação diante da sociedade, considerando-os promotor da reinserção social. A partir dos depoimentos dos indivíduos, revelaram-se significados novos à relação paciente/medicação em psiquiatria, no sentido de uma valorização do uso destes medicamentos, evidenciando a necessária atenção e rigor no acompanhamento dos usuários de psicofármacos.

No nono estudo, Beninie e Leal (2016), tomando como base a pesquisa “Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário”, tiveram o interesse em discutir a experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, a partir de narrativas produzidas em GF. Mesmo não sendo o objetivo da pesquisa matriz, realizada em CAPS nas cidades de Campinas/SP, Salvador/BA e Rio de Janeiro/RJ, através de parceria entre três universidades, Unicamp, UFBA e UFRJ, a temática sobre a experiência do uso de psicotrópicos se destacou nas narrativas dos participantes. Dessa forma, o estudo buscou compreender o papel do sujeito no uso de psicofármacos, considerando que questões da vida subjetiva das pessoas com transtorno mental persistem ao uso de medicamentos psiquiátricos, questionando assim o lugar da terapêutica medicamentosa no cenário atual da SM e de que maneira interfere no cuidado prestado ao usuário.

Nesse sentido, apesar da RPB preconizar o uso de psicofármacos como uma entre outras formas de ajudar as pessoas com transtorno mental, a prescrição de medicamento psiquiátrico orientada pela hegemonia do modelo médico tradicional, centrada na doença e não no sujeito, permanece predominante e pouco discutida no cuidado a estas pessoas, sob o risco de promover relação de poder verticalizada entre médico, profissionais, a instituição de cuidado e o usuário.

Com o propósito de não se reproduzir o modelo asilar, as autoras alertam quanto a importância de considerar a experiência do sujeito que faz uso de psicotrópicos, incluindo-o na tomada de decisão de qual medicamento tomar como forma de desenvolver autonomia e responsabilidade para com o tratamento medicamentoso. Quanto aos resultados, as narrativas revelaram uma diversidade na forma como cada sujeito experiência o uso de psicotrópicos, podendo variar de

acordo com o contexto, a relação que cada um estabelece com seu diagnóstico e como compreende e executa seu tratamento. Os principais pontos observados a partir das narrativas: cada sujeito experiência a medicação de acordo com o que compreende estar associado ao uso de psicofármacos; uma minoria vivencia esse uso como uma escolha feita diante de seu diagnóstico, a maioria vivencia como uma imposição familiar, social e da equipe; o contexto do hospital psiquiátrico compreende experiências negativas acerca da medicação; a relação entre médico e usuários também influencia fortemente a maneira que o sujeito vivencia o uso de seus medicamentos; a experiência com os efeitos da medicação são diversas, por um lado os efeitos indesejáveis são um dos motivos que levam os sujeitos a parar com o uso da medicação, por outro a medicação se coloca como coadjuvante no processo de assumir o controle da vida, aparecendo ainda, por outros, como impeditivo de algumas atividades cotidianas; há expectativa de que o medicamento seja capaz de remitir ou diminuir a intensidade dos sintomas ou até mesmo mantê-los sem nenhuma alteração.

O estudo concluiu ser diversa e importante a experiência do usuário de psicotrópicos com diagnóstico de esquizofrenia, todavia, que o acesso a serviços em SM e medicamentos não garantem uma experiência positiva, sendo necessário incluí-la no processo de tomada de decisão quanto ao tratamento medicamentoso, onde o sujeito deverá ser central (BENINI; LEAL, 2016),

Em sua pesquisa, Almeida (2016) estabelece como objetivo desvelar as experiências do portador de sofrimento psíquico grave em uso de haloperidol. Tal objetivo envolve percepções e experiências dos portadores de sofrimento psíquico, que não cabem ser quantificadas e sim compreendidas, de modo que possa auxiliar os trabalhadores da equipe de saúde, sobretudo da enfermagem, no cuidado em SM relacionado à terapêutica medicamentosa. O estudo foi realizado em um CAPS II no município de Niterói/RJ, utilizando-se da técnica de observação participante e entrevista aberta, com participação de 16 usuários.

O interesse da pesquisadora em compreender as experiências do usuário relacionada ao uso do medicamento Haloperidol sob o ponto de vista farmacológico e cotidiano, surge a partir da observação, em sua formação prática acadêmica no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, quando vários portadores de transtorno psíquico que utilizavam a medicação apresentavam dificuldades para reagir a estímulos,

comunicar-se e movimentar-se, o que a levou ao questionamento sobre o uso deste medicamento em grande escala no cuidado a estas pessoas.

A autora esclarece que o Haloperidol é um medicamento antipsicótico amplamente utilizado, especialmente no tratamento da esquizofrenia e em emergências, com a função primária de reduzir sintomas positivos de forma eficiente, todavia, com propensão a promover reação adversa extrapiramidal (ALMEIDA, 2016).

Desse modo, entre as experiências observadas quanto a reação adversa do medicamento, é preponderante a dificuldade de realização de atividades motoras, comprometidas pelo *parkinsonismo* medicamentoso (tremor contínuo) e a *discinesia* (repetição diversa de atos involuntários), interferindo nas atividades cotidianas dos usuários, reforçando o estigma e contribuindo para a descontinuidade do uso em consequência dos incômodos. Outras queixas como impotência sexual e dificuldades na fala foram relatadas pelos usuários, além do constrangimento em mostrarem-se “impregnados” e “babando” perante a família, os amigos e mesmo aos profissionais de saúde, favorecendo para o afastamento social. Destacou-se na experiência de aprendizado da pesquisadora com o estudo, o anseio dos usuários em ter com quem conversar, colocando-a como capaz de ouvir e compartilhar com eles questões que são pouco abordadas (ALMEIDA, 2016).

Como resultados dispõe que a medicação excessiva se torna um fator que pode dificultar a produção de vida destes pacientes. Que é preciso atentar mais à escuta do indivíduo, como o proposto na Gestão Autônoma da Medicação, levando em conta a experiência e a opinião do usuário do medicamento de forma efetiva afim de conseguir formular um projeto terapêutico singular que se adapte às necessidades e realidades (ALMEIDA, 2016).

Finalizando esta categoria, o estudo de Bezerra e colaboradores (2016), discute o cuidado em saúde na atenção psicossocial, com foco na gestão do medicamento. Busca compreender as experiências, sentidos e significações dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental, em relação ao uso de psicofármacos como forma de gestão de cuidado dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, tendo como direcionamento a autonomia e a corresponsabilização no ato de cuidar.

O estudo foi realizado em um CAPS Geral na cidade de Fortaleza/CE, com 24 participantes entre usuários, familiares e profissionais. Consoante com outros

trabalhos aqui apresentados, a autora também comenta sobre a prevalência do modelo médico-centrado e medicamento-centrado, onde problemas psíquicos que fazem parte da complexidade e singularidade do ser humano passam a ser considerados doenças ou transtornos diagnosticáveis sendo tratados com indicação abusiva de medicamentos psiquiátricos nos serviços de SM.

Nesse sentido, destaca o comprometimento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica PNAF com o novo modelo de assistência em SM com enfoque no sujeito-usuário, onde a farmacoterapia promovida pelo profissional farmacêutico tem por objetivo o acesso ao uso de medicamento de forma racional. Essa articulação se daria através de uma gestão eficiente da medicação visando a melhoria da qualidade de vida com enfoque nas especificidades biopsicossociais dos sujeitos através de tecnologias leves do cuidado, ou seja, aquelas geradoras de autonomia centradas no usuário/família.

Dessa maneira, o estudo apresenta crítica à permanência de práticas medicalizantes que objetivam a redução dos sinais e sintomas e priorizam o diagnóstico orgânico, restando ao sujeito adoecido adaptar-se ao cuidado oferecido. O modelo clínico centrado no médico, desconsiderando a singularidade do sujeito e sua participação na decisão sobre seu tratamento, pode vir a comprometer a corresponsabilização do usuário e/ou familiares pelo cuidado e conseqüentemente sua autonomia.

No que se refere ao contexto familiar, que pode se constituir por pessoas da família, amigos, vizinhos e outros do convívio do usuário, o estudo reconhece a importância do envolvimento e corresponsabilização destes atores para efetividade do tratamento, inclusive na administração dos psicofarmacos. Entretanto, constata que a orientação ao familiar pode prevenir tanto a situação de superproteção que compromete a autonomia do usuário, quanto a sobrecarga do familiar que favorece seu adoecimento, sendo então necessário, identificar as dificuldades enfrentadas por ambas as partes no decorrer desse convívio (BEZERRA; et al, 2016).

Como resultados, a pesquisa observou no atendimento do CAPS estudado um cuidado ainda centrado no processo da prescrição de psicofármacos, com elevado volume de medicamentos dispensados além de consultas marcadas com um grande espaço de tempo entre elas, considerando que todo o cuidado oferecido ao usuário, grupos terapêuticos, oficinas de trabalho e atendimentos com profissionais não médicos, se apresentaram de forma coadjuvante no tratamento.

Nessa perspectiva, somados a precarização das relações de trabalho comprometendo a formação de vínculo entre profissional e usuário, revelou-se um sujeito-usuário perdido, em confronto com uma realidade institucionalizante, evidenciando a hegemonia da clínica biomédica, representada pela prática prescritiva de medicamentos e pela gestão desarticulada de cuidados. A autora ressalta, que a autonomia deve ser tomada como um valor fundamental, uma condição de saúde e de cidadania, ainda que como vir a ser (BEZERRA; et al, 2016).

2.5 Psicofármaco na atenção psicossocial no contexto da Gestão do Cuidado

Nessa categoria foram agrupados quatro estudos relacionados ao processo de trabalho na gestão do cuidado, comentados a seguir.

No primeiro artigo, “A atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial à luz do modo psicossocial”, Kantorski e colaboradores (2010) analisam as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu cotidiano de atuação em CAPS. O estudo contou com a participação de 15 enfermeiros dos CAPSs I, II e CAPS AD na abrangência da Terceira Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul (RS). Os autores ressaltam sobre o Movimento da Luta Antimanicomial do RS, através do Fórum Gaúcho de SM que resultou na Lei 9.716/92 que regulamenta a reforma psiquiátrica no Estado, destacando o importante papel da enfermagem nesse novo modelo de cuidado considerando a tradição hospitalocêntrica da região que já contou com 500 leitos em três hospitais psiquiátricos. Por conseguinte, o objetivo do estudo foi analisar as ações do profissional enfermeiro desenvolvidas nos CAPS, especificamente com relação aos meios de trabalho, com base nos princípios do modo psicossocial que se estabelece a partir de um modelo de assistência contrário ao modelo manicomial no contexto da RPB.

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro concebe a promoção de espaços de reabilitação biopsicossociocultural, sendo, portanto, necessária a ressignificação dos meios de trabalho existentes, além da construção de novos meios de trabalho. Na perspectiva da inclusão e da reabilitação, faz-se necessário ressignificar a medicação cuja finalidade no modo psicossocial deixa de ser a determinação orgânica da doença para a supressão de sintomas, passando a ser tomada como auxiliar para o

sujeito no seu processo de reinserção na sociedade através da participação em atividades que desenvolvam suas habilidades e sua autonomia.

O estudo observou nos depoimentos, o compromisso dos enfermeiros com o cuidado integral, distanciando-se da posição ocupada no modelo manicomial de submissão ao saber médico, conquistando novos espaços de atuação nos serviços com a participação em grupos, inclusive de medicação, assembleias, oficinas terapêuticas, além de iniciativas de lazer e sociabilidade. Concluem que, no trabalho que os enfermeiros estão desenvolvendo, pôde-se perceber que o olhar desses profissionais está se ampliando no sentido de compreender os fatores individuais e coletivos e suas inter-relações com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e biológicas, visando à possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico e a de seus familiares (KANTORSKI; et al, 2010).

No segundo texto, “Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem”, Kantorski e colaboradores (2013) analisam, no processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Alegrete/RS, a utilização da medicação negociada como recurso terapêutico para a reinserção social e suas contribuições para a enfermagem. As autoras tomam como referencial o olhar da RPB onde os CAPS se destacam enquanto representantes da atenção psicossocial, sendo articuladores da rede e da política de SM em um determinado território, buscando promover a autonomia e a responsabilização do usuário como protagonista de seu processo de reabilitação (KANTORSKI; et al, 2013). Desse modo, tornam-se necessárias mudanças nas práticas terapêuticas através de novos instrumentos de trabalho, como a escuta e a valorização da pessoa em sofrimento psíquico, passando a medicação psiquiátrica a ser vista como suporte potencial da qualidade de vida, ou seja, o foco deixa de ser a terapia medicamentosa ou a cura, sendo valorizadas as redes sociais e a reinserção para a reabilitação psicossocial.

Entretanto, a terapêutica medicamentosa quando utilizada dentro de um contexto de prescrição associada a procedimento diagnóstico descritivo, sem que possa ser negociada com o usuário, torna-se força de poder permanecendo como indicação prioritária das intervenções psiquiátricas, não havendo responsabilização do sujeito uma vez que sua existência subjetiva não é considerada. Assim, nessa perspectiva, a enfermagem sendo responsável pela administração e orientação da

terapia medicamentosa pode tornar-se estratégica no tratamento. Entre outras atividades no processo de trabalho onde as medicações podem ser negociadas, no CAPS de Alegrete essa atividade também é realizada em espaços conhecidos como Grupo de Medicação, destinado à discussão com os usuários sobre sua terapêutica medicamentosa.

Dentre os principais resultados obtidos, destacaram-se a negociação da medicação que se apresentou como efetiva no serviço em estudo e o relacionamento interpessoal entre profissionais e usuários. Concluiu-se que é relevante a abordagem da medicação de maneira negociada, pois desta forma o usuário tem autonomia para opinar e decidir sobre as questões referentes ao seu tratamento, contribuindo para sua reinserção social (KANTORSKI; et al, 2013).

O terceiro artigo da categoria, intitulado “Os principais medicamentos prescritos em centros de apoio psicossocial – CAPS” (LEITE; et al, 2016), analisa os principais medicamentos prescritos em centros de apoio psicossocial, abordando a importância da atenção farmacêutica e identificando a incidência de reações adversas e interações medicamentosas. Os resultados demonstraram que os principais medicamentos utilizados no CAPS são antipsicóticos, antidepressivos, antiepilépticos e benzodiazepínicos. Entre essas classes, os mais frequentes são os antipsicóticos e os antidepressivos. O papel do farmacêutico se mostrou fundamental na análise de prescrições, orientações aos pacientes e acompanhamento da terapêutica medicamentosa. Afirma-se que a terapêutica medicamentosa é a principal forma de tratamento no CAPS, envolvendo diversos tipos de medicamentos que muitas vezes são associados, evidenciando a importância do farmacêutico no acompanhamento aos usuários (LEITE; et al, 2016).

Finalizando os estudos selecionados para essa categoria, aparece “Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de saúde mental” (COELHO; BRAGA, 2012). Trata-se de um projeto coordenado pela psicóloga e a farmacêutica do Centro de Referência em Saúde Mental-Cersam (serviço equivalente ao CAPS), no município de Betim/MG, com objetivo de contribuir para adesão dos usuários ao tratamento, formando uma consciência crítica em relação aos riscos e benefícios decorrentes do uso de medicamentos, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Mediante os frequentes questionamentos dos usuários relacionados aos seus medicamentos e os insucessos terapêuticos pelo uso incorreto, as pesquisadoras, acreditando em um espaço que por si só pudesse incentivar a reflexão, instituíram junto aos usuários a “Roda de Conversa”, um lugar de discussão e orientação semanal sobre os medicamentos. O método proposto para o projeto estabeleceu um espaço de orientação específico para se abordar as questões relacionadas aos medicamentos de forma livre e reflexiva, que pudesse, sem a formalidade do consultório e por meio de processos de educação em saúde, conscientizar o paciente em relação ao tratamento como um todo, formando sujeitos mais autônomos e corresponsáveis por seus tratamentos medicamentosos (COELHO; BRAGA, 2012). Busca-se escutar os pacientes, suas experiências com o uso de medicamentos, o que sentem e pensam, promovendo um diálogo entre os participantes, permitindo ampliar a perspectiva do cuidado incluindo o sujeito que cuida e o que é cuidado.

Desse modo, as conversas no grupo apontam que em geral os pacientes não conhecem os medicamentos que usam, tão pouco sabem seus nomes, quantidades, horários e trazem para a Roda questões importantes quanto a função e o efeito dos medicamentos. Alguns aprendem a reconhecer os medicamentos a partir do longo período de uso e falam sobre o que lhes fez bem ou mal. Embora a explicação para os efeitos seja relacionando-os aos sintomas, vários usuários não percebem relação entre o uso dos medicamentos e as mudanças no humor, no comportamento, nos delírios e alucinações auditivas, sendo a associação mais comum com “voltar a dormir”. As principais queixas aparecem relacionadas aos efeitos adversos. É comum entre os usuários a ideia de que os medicamentos trarão solução para tudo e também que os problemas surgidos após o uso dos psicofármacos sejam vistos como efeitos dos mesmos. Muitos esperam que possam se curar e não mais usarem medicamentos (COELHO; BRAGA, 2012).

Os resultados deste artigo indicam que o grupo tem ajudado na reflexão sobre a importância da farmacoterapia para cada paciente e que um espaço aberto à fala e à escuta, favorece uma melhor percepção quanto a necessidade do uso racional dos medicamentos. Observou-se ainda uma maior adesão ao tratamento medicamentoso, contribuindo para o PTS dos participantes. Conclui-se com a experiência das Rodas de Conversa a importância da comunicação, da informação e do conhecimento para a autonomia dos usuários (COELHO; BRAGA, 2012).

3.METODOLOGIA

3.1 Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, baseado em narrativas produzidas pela técnica de GF. O tema central desta pesquisa é a experiência dos usuários de um CAPS AD com o uso de psicofármacos. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do IPUB em 27 de junho de 2017, sob o parecer CAAE: 66389716.2.0000.5263. Uma caracterização dos usuários que frequentaram o CAPS AD Porto de Macaé, no período de 3 meses, entre abr/17 e jun/17, foi realizada a partir da análise de 106 prontuários. Os dados levantados, que serviram ainda de base para a escolha dos participantes dos Grupos Focais – GF, foram apresentados no capítulo 4 (quatro) desta dissertação. Participaram dos GFs 10 usuários escolhidos intencionalmente.

Foi realizado grupo focal piloto com finalidade de verificar o alcance do roteiro para realização do grupo focal. Após serem feitas adequações no roteiro, discutidas com a supervisão, foram realizados dois grupos focais, em 31/10/2017 e 07/11/2017 respectivamente. Nesses encontros foram ainda assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE e coletados os dados sócio-demográficos dos participantes a partir de uma pequena entrevista individual com o objetivo também de verificar o conhecimento do participante sobre seu tratamento.

Foi criado um grupo de trabalho com três participantes, o pesquisador, um profissional da equipe técnica do CAPS AD assistente social que colaborou como assistente e uma graduanda de Psicologia que atuou como observador. O grupo se encontrou com regularidade, realizando leitura de textos e discutindo as estratégias do estudo.

3.2 Contextualização do cenário de estudo

A Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Macaé responde por uma população, estimada pelo IBGE para o ano de 2018, 251.631 mil habitantes e está, atualmente, estruturada da seguinte forma: CAPS AD, CAPS Infantil, CAPS para atenção a pessoas com transtorno mental (em transição para tipologia CAPS III), Residência Terapêutica, Emergência Psiquiátrica, Espaço de Convivência e Cultura, Ambulatório de Saúde Mental.

O Município está contemplado com o programa do Governo Federal “Crack, é possível vencer” (BRASIL, 2013), que prevê a elaboração de plano de ação local com ações necessárias para o enfrentamento das questões relacionadas ao uso desta e de outras substâncias, como Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil (UA e UAI), ainda não formalizados. A cobertura de Atenção Básica é de 37,46% (2016) e conta com equipe de Consultório na Rua e NASF

A Rede de saúde vem estabelecendo interlocução com a UFRJ-Macaé, através dos cursos de Medicina, Enfermagem e outros, e os CAPS têm sido importantes campos de estágio possibilitando troca de saberes entre estudantes, usuários e trabalhadores da saúde mental do município.

O CAPS AD Porto surgiu em substituição ao Programa de Orientação ao Toxicômano – PORTO, dispositivo ambulatorial criado em 2002, pela Fundação de Ação Social do Município de Macaé para atendimento de pessoas com dependência química- DQ. O modelo Minnessota e a abstinência total eram as referências para as atividades. Em 2008 o serviço foi credenciado como CAPS AD junto ao Ministério da Saúde. Além dos desafios inerentes a mudança de paradigma do serviço, já relatados acima, o CAPS AD Porto não esteve imune aos outros desafios colocados pela gestão pública tanto municipal quanto nacional. Enfrentamentos de ordem administrativa como: adequação do espaço físico, aquisição de material para oficinas, liberação de verbas, capacitação da equipe técnica, manutenção de equipe mínima, sempre estiveram presentes. No que se refere a clínica do CAPS AD, a dificuldade de permanência do profissional médico, psiquiatra e clínico geral, se destaca como um grave problema. Foram vários os períodos que o serviço precisou se reinventar para suprir a ausência destes profissionais, as vezes por vários meses. No ano de 2017, o serviço contou com médico psiquiatra no primeiro semestre apenas, durante os meses de abril e maio. No caso do médico clínico há vários anos a equipe não conta com esta categoria profissional. A alternativa utilizada pela equipe para lidar com esta limitação têm sido articular com outros equipamentos da Rede, para que ofereçam suporte para o cuidado dos usuários nestas áreas específicas. O suporte psiquiátrico vem sendo prestado por uma médica em seu plantão no Pronto Socorro Psiquiátrico e o clínico pela médica do Consultório na Rua.

3.3 Critério de escolha da amostra e aspectos éticos

Foram aceitos para esta pesquisa, usuários acompanhados no CAPS AD Porto de Macaé com prescrição de psicofármacos em seus Projetos Terapêuticos há pelo menos seis meses, com condições cognitivas de compreender as discussões propostas no GF e ter manifestado interesse em participar do estudo. O critério de exclusão se aplicaria nos casos em que houvesse recusa em aceitar as condições expostas no TCLE.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão para participação nesta pesquisa, foram convidados 15 (quinze) usuários do CAPS AD Porto de Macaé/RJ como participantes dos GFs. Essa quantidade foi pensada para que fosse garantido um número mínimo de 10 participantes até o final do processo, levando-se em consideração a forma pouco regular de frequência dos usuários no serviço. Foram previstos dois encontros, sendo o dia, local e hora de sua realização previamente combinados de forma a não interferir na programação já estabelecida nos PTs dos participantes. O período da tarde, às 13h, logo após o almoço, foi estrategicamente pensado na tentativa de evitar dispersão dos usuários e garantir um quórum mínimo de participantes em cada encontro. Na data marcada, dos 15 convidados 10 compareceram para suas atividades na atenção diária no CAPS AD Porto, conforme previsto em seus PTs, mas dois destes usuários alegaram outros compromissos e não participaram do GF. Um terceiro evadiu-se na hora da realização da atividade e outros dois usuários chegaram apenas no horário do GF, totalizando 09 (nove) participantes no primeiro encontro que teve a duração de 53:43 minutos. No segundo encontro, com duração de 59:37 minutos, houve a participação de 06 (seis) usuários. Deste total apenas um não tinha participado do primeiro GF. O conjunto de participantes foi formado por 10 (dez) usuários, 05 (cinco) mulheres e 05 homens.

Como o estudo se deu onde os usuários realizam seu tratamento, no intuito de minimizar eventuais interferências no processo, os GFs foram realizados no Núcleo de Saúde Mental, serviço ambulatorial de saúde mental próximo ao CAPS AD, na tentativa de diferenciar o ambiente da pesquisa, ou seja, evitar que a atividade do GF não se confundisse com uma atividade do cotidiano do CAPS AD Porto.

Não se previu nenhum risco significativo para os participantes, contudo, caso houvesse algum desconforto em participar deste estudo seria disponibilizado assistência integral para minimizar quaisquer eventuais efeitos decorrentes desta participação. Não houve qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo pela participação nesta pesquisa, entretanto, espera-se que seus participantes sejam beneficiários dos resultados esperados da pesquisa.

Quanto ao material produzido, o pesquisador se compromete em manter arquivados sob sua guarda, por cinco anos, os dados coletados durante a pesquisa. Após esse período o material será incinerado.

3.4 Ferramenta de produção de narrativas: o Grupo Focal

Nas últimas décadas observa-se um aumento do interesse sobre a perspectiva do usuário de serviços, para se obter informações que possam melhorar os cuidados prestados. Tal fenômeno acompanha uma maior aceitação e utilização de métodos qualitativos nos estudos em saúde, em que a técnica de grupos focal vem se revelando uma poderosa ferramenta em pesquisa, ou seja, uma estratégia metodológica que além de possibilitar ao pesquisador ter acesso a significados, percepções, opiniões, crenças, experiências, reações e interações de forma compartilhada, apresenta benefícios para os participantes ao encorajar narrativas sem discriminar as pessoas promovendo o empoderamento de grupos mais vulneráveis (ONOCKO-CAMPOS; et al, 2017).

Estudos que investigam o tema (CARLINI, 1996; BOMFIM-TRAD, 2009), mencionam o GF como uma entrevista em grupo, baseada na interação e na comunicação. Um método de pesquisa qualitativa utilizado para o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes em torno de um fato, uma prática, produto ou serviço, apoiando-se na interação entre seus participantes com finalidade de coletar dados a partir de tema proposto pelo pesquisador. Os dados colhidos nesta modalidade apresentam vantagem pois o participante é convocado a emitir opinião sobre o assunto proposto, além de poder formular melhor sua posição a partir da discussão do grupo.

Estes mesmos autores chamam ainda a atenção quanto aos cuidados que devem ser tomados no planejamento do GF: seleção e quantidade participantes,

recursos técnicos, local apropriado, capacitação e preparação do moderador e seus assistentes. A quantidade de participantes deve ser aquela que permita a participação e a discussão adequada do tema, podendo influenciar no tempo de duração do GF exigindo habilidade do moderador para manter o foco no tema. É recomendado recrutar um percentual acima do que se pretende, considerando eventuais ausências. Deve-se adotar critérios que melhor viabilizem a condução do grupo como clareza do que se quer estudar e a partir disso definir o perfil dos participantes (CARLINI, 1996; BOMFIM-TRAD, 2009).

Segundo Onocko Campos e colaboradores (2017), o funcionamento do GF se realiza através de um sistema grupal, no qual, com ajuda de um moderador/pesquisador, a partir de um tema, seus participantes podem interagir e discutir expondo suas experiências, escutando uns aos outros. Acredita-se, através das narrativas que se produzem, poder ter acesso ao contexto social e cultural em que as experiências dos participantes se desenvolvem, ampliando assim a capacidade de compreensão do pesquisador ao enquadre da experiência que também pode ser acessada, dependendo da natureza do roteiro. Essa perspectiva, origina-se do entendimento de que a realidade é plural, construída socialmente a partir das interações e ações sociais dos diferentes grupos.

Davidson (2003), por sua vez, destaca que não só a análise das narrativas tem papel importante nesse contexto, a produção das narrativas também deve ser pensada. Assim, as perguntas feitas pelos entrevistadores devem ser direcionadas em consonância com o objetivo de alcançar a experiência do adoecimento singular e corporificada. Por isso, ele sugere que devem ser evitadas perguntas que busquem uma explicação por parte do sujeito sobre a sua condição, para evitar generalizações e a perda da espontaneidade nas descrições dos eventos. O entrevistador deve estimular o participante a contar sua experiência por meio da rememoração do ocorrido, o lugar, as circunstâncias, as experiências sensoriais. Gerando o que Vermesch denomina uma “fala encarnada”, considerando as narrativas um modo privilegiado de acessar o que o outro vivencia em sua experiência de adoecimento (LEAL; et al, 2013), o roteiro dos GF foi pensado com propósito de provocar narrativas que contemplassem a temática e possibilitassem problematizar a questão objeto desta pesquisa. Tentou-se trabalhar a partir de

perguntas sucintas e claras, que acionassem a dimensão experiencial do vivido em relação aos medicamentos, estimulando e provocando o interesse dos participantes.

Segundo Davidson (2003), faz-se necessário identificar as melhores perguntas, a maneira e momento de fazê-las na elaboração do protocolo, utilizando-se para isso, discussões informais com membros do grupo a ser pesquisado, assim como entrevista piloto para testar amostra de roteiros. O autor orienta que sejam evitadas perguntas fechadas, vagas, gerais e abstratas que produzam respostas simples e curtas, procurando fazer perguntas que estejam mais próximas da linguagem dos participantes, preocupando-se também com o tempo.

Inicialmente foi realizado GF piloto a fim de se verificar o alcance das perguntas do roteiro para o GF. Sua execução se deu com data e hora previamente combinados e contou com a participação de 3 (três) usuários que foram selecionados observando-se os critérios acima especificados. O roteiro utilizado no GF piloto, foi composto por dois blocos de perguntas. Verificou-se que os usuários participaram ativamente, responderam com facilidade e que as perguntas produziram narrativas sobre suas experiências com o uso da medicação, entretanto, a divisão em dois blocos não pareceu ter favorecido a relação temporal que se pretendia. Após discussão com a orientadora, foram inseridas no roteiro perguntas que abordaram a relação com o prescritor, ausentes do roteiro piloto. Ao ser apresentado a banca de qualificação, verificou-se que o roteiro poderia ser dividido em dois GFs para não ficar cansativo. Apesar de extenso, optou-se por manter as perguntas e dividir o roteiro em dois GFs.

3.5 Análise dos dados

Os Grupos Focais foram audiogravados e o material produzido transcrito integralmente e posteriormente analisados. Para a análise dos dados, dispôs-se do método da Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011), trata-se de um conjunto de técnicas das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). Para alcançar os significados manifestos e latentes traduzidos pelos sujeitos da pesquisa, foi utilizado Análise de Conteúdo Temática (Minayo,2010), ferramenta que melhor atende à investigação qualitativa do material referente a saúde.

Após sucessivas leituras das transcrições, foram elencados seis eixos temáticos: 1- início do uso de psicofármacos; 2- mudança da medicação; 3- continuidade do tratamento medicamentoso; 4- relação com os efeitos dos medicamentos; 5- psicofármaco e tratamento para o uso abusivo de álcool e drogas; 6- relação com o médico prescritor. Cada um dos eixos foi sustentado por uma ou mais questões indicadas no roteiro do GF.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Descrição do perfil dos usuários acompanhados no CAPS AD – Porto

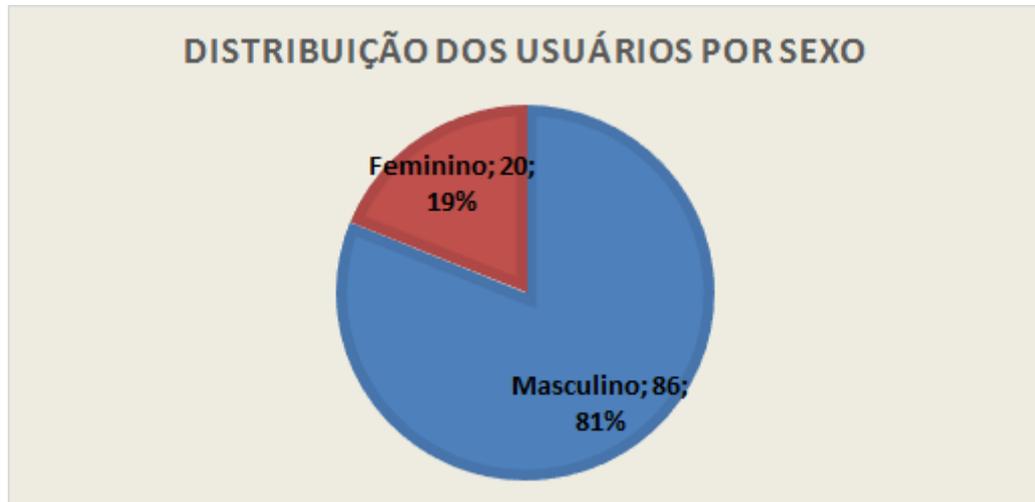
Com o propósito de levantar as características sociodemográficas e o perfil de adoecimento e cuidado dos usuários, foram consultados os prontuários. Considerou-se os usuários matriculados que apresentavam pelos menos cinco registros de atendimento no período entre abril e junho de 2017, resultando em 106 prontuários. Foi adotado o período de consulta de três meses em vista de que, no CAPS AD Porto, quando o usuário não mantiver frequência no período de 3 meses, será considerado evadido, sendo seu prontuário removido para arquivo morto. O levantamento teve inicialmente o interesse de preparação para realização dos grupos focais, os quais geraram os resultados da presente dissertação, entretanto, revelaram dados que foram considerados relevantes para descrição do perfil dos usuários do CAPS AD.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, data de admissão e tempo de acompanhamento, tipo de substância psicoativa em uso, tipo de psicofármaco em uso, tempo de tratamento com psicofármaco. É importante evidenciar que no exercício desta tarefa foi observado significativa incompletude nas anotações nos prontuários, representando ser o seu preenchimento, ainda, um desafio para o serviço.

Aspectos sociodemográficos.

A grande maioria dos usuários da amostra é do sexo masculino, alcançando 81% do total (N=86) contra 19% do sexo feminino (N=20). A figura 1 ilustra a distribuição dos usuários por sexo.

Figura 1 – Distribuição por sexo dos usuários do CAPS AD Porto de Macaé. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé - RJ, 2017.



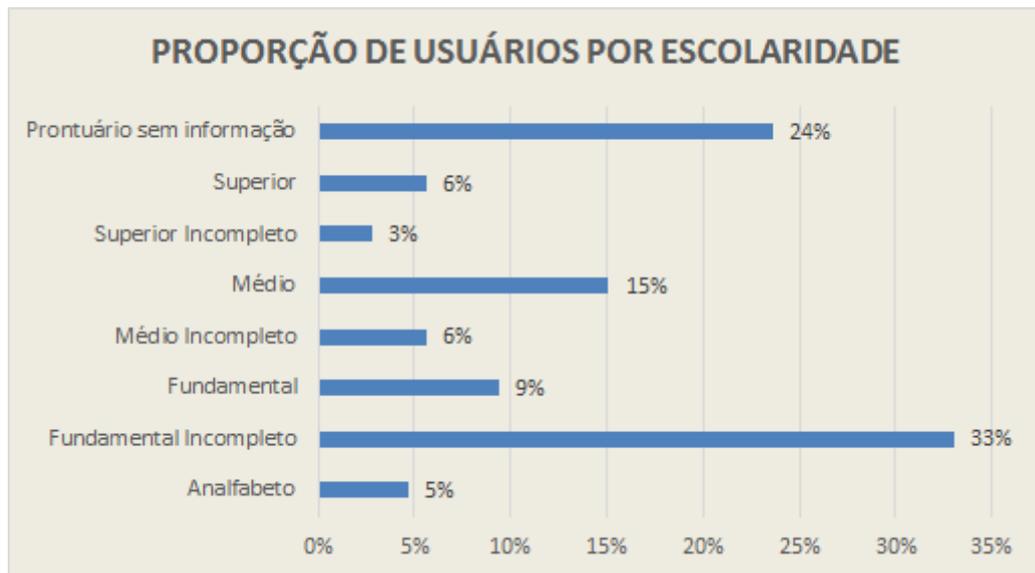
Em relação à distribuição de usuários por faixa etária, observa-se certa uniformidade, sem variações muito significativas. Destaca-se, ainda, o fato de que os usuários mais jovens são do sexo masculino, correspondentes a 4 indivíduos do sexo masculino na faixa etária até 24 anos e nenhum do sexo feminino. A figura 2 ilustra a distribuição dos usuários por idade e sexo.

Figura 2 - Número de pacientes do CAPS AD Porto, Macaé, por faixa etária e sexo. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé- RJ, 2017.



Quanto ao nível de escolaridade, observa-se que os usuários com escolaridade até o nível médio incompleto alcançam aproximadamente a metade do total (53%). Assim, a despeito da significativa incompletude dos dados de prontuário, constata-se a prevalência dos usuários com níveis mais baixos de escolaridade. A figura 3 ilustra a distribuição dos usuários por escolaridade.

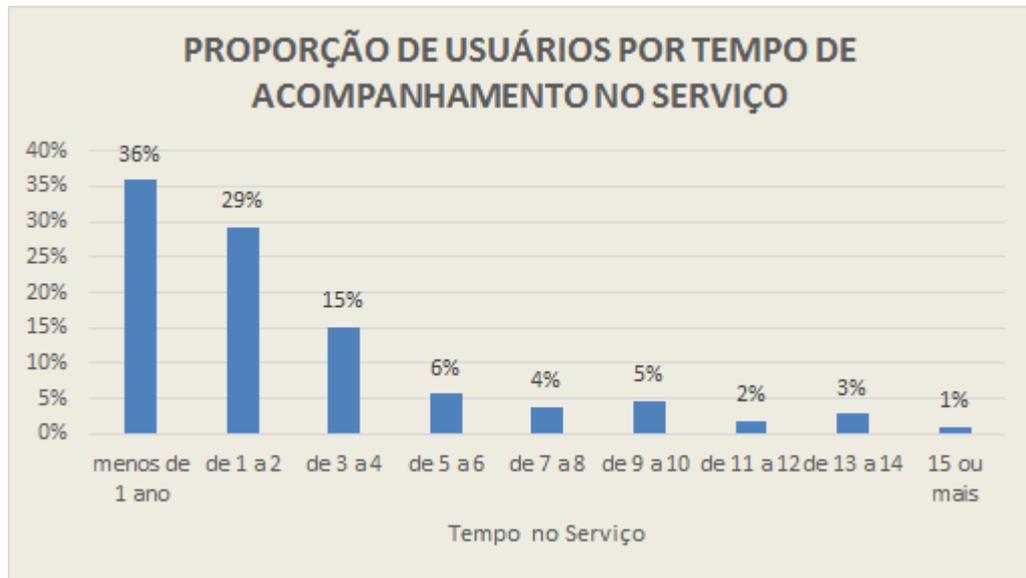
Figura 3 - Proporção de pacientes do CAPS AD Porto de Macaé, por escolaridade. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé-RJ, 2017.



Tempo de acompanhamento aos usuários do CAPS AD Porto de Macaé.

Observa-se que 65% dos usuários da amostra tem até 2 anos de acompanhamento no serviço, sendo 36% com menos de 1 ano e 29% com tempo de 1 a 2 anos. Também é relevante observar que 35% dos usuários tem tempo de acompanhamento igual ou superior a 3 anos. A figura 4 ilustra a proporção de usuários por tempo de acompanhamento no serviço.

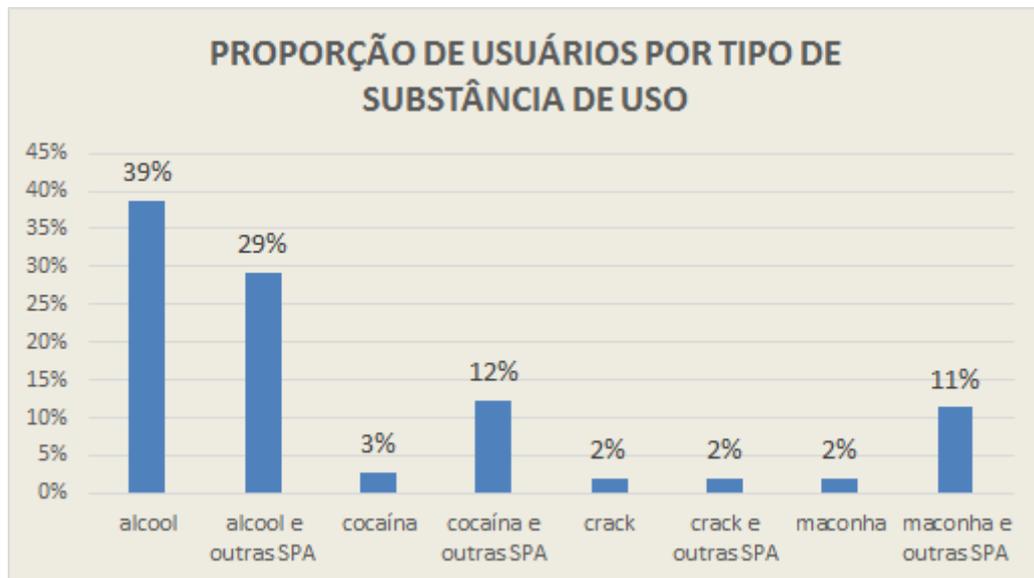
Figura 4 - Proporção de pacientes do CAPS AD Porto de Macaé, por tempo no serviço (em anos). Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé – RJ, 2017.



Uso de substâncias psicoativas.

A contabilização do uso de substâncias psicoativas é essencial para os CAPS AD. Apesar da forma adotada na apuração destes percentuais, baseada em simples consulta e interpretação de dados de prontuários, constata-se coerência com resultados mais apurados confirmando a bibliografia em geral. Constata-se maior prevalência do álcool entre as diferentes substâncias de uso. As categorias "álcool" e "álcool e outras SPA" somadas, abrangem nada menos que 68% dos usuários (GALDURÓZ; et al, 2005). A percentagem relativamente baixa associada ao uso do crack também reproduz informações já conhecidas (BASTOS; BERTONI, 2014). A figura 5 ilustra a proporção de usuários por tipo de substância psicoativa de uso.

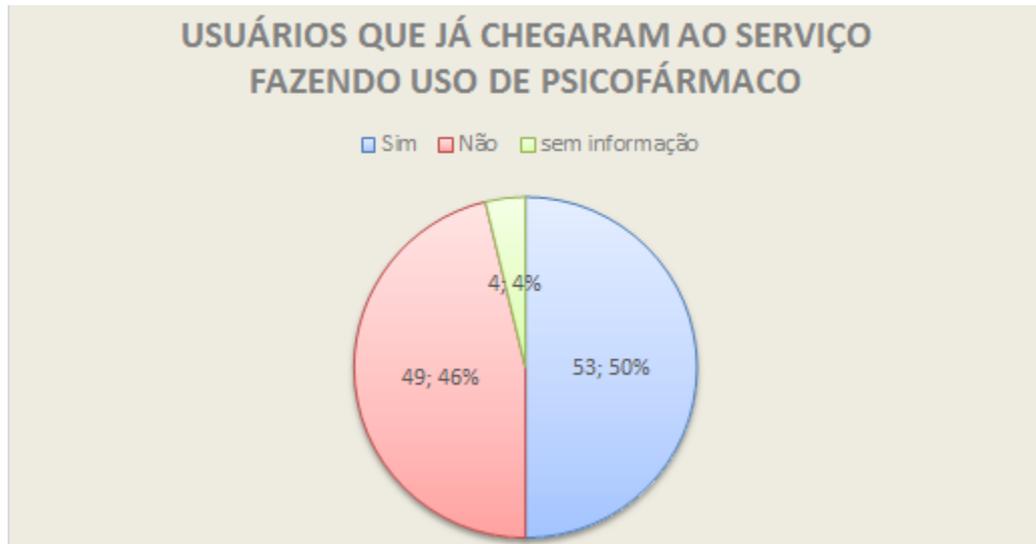
Figura 5 - Proporção de usuários por tipo de substância psicoativa (SPA). Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé-RJ, 2017.



Uso de psicofármacos

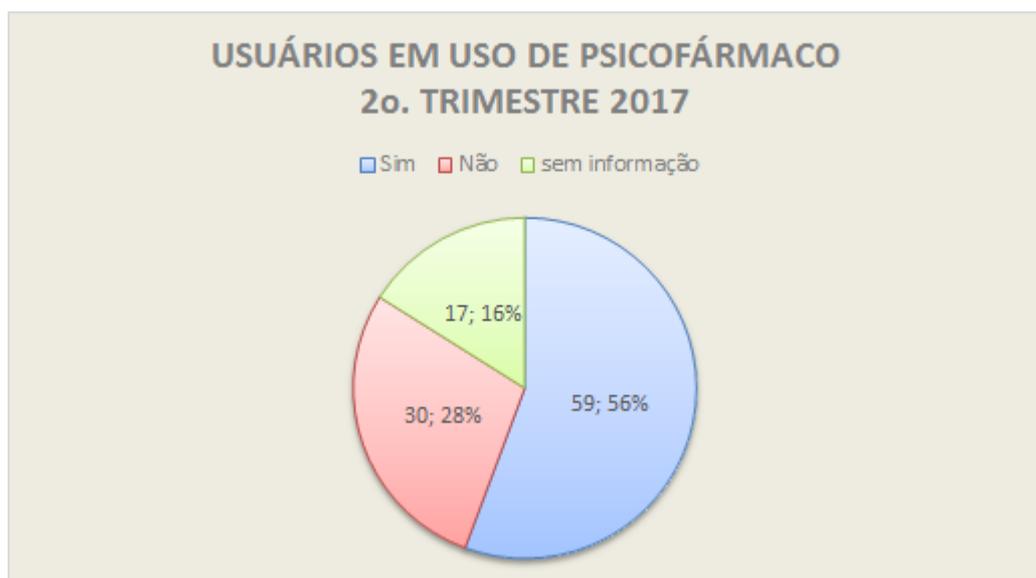
A contabilização e o monitoramento do uso de psicofármacos fornecem subsídios relevantes para a prestação do cuidado e atenção aos usuários de um CAPS AD, consonantes ao interesse desta pesquisa. A proporção de usuários que fazem uso de psicofármacos é um destes subsídios. Pode ser computada tomando como referência se o usuário fazia uso ou não de psicofármaco ao ingressar no serviço. A figura 6 detalha a distribuição dos usuários quanto à utilização de psicofármacos quando do ingresso ao serviço, conforme registrado nos prontuários.

Figura 6 - Número e proporção de pacientes que chegaram ao CAPS fazendo uso de psicofármaco. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé – RJ, 2017.



O mesmo tratamento aplicado à situação presente, trimestre abr/17 a jun/17, está apresentado na figura 7 que detalha a distribuição dos usuários quanto à utilização de psicofármacos ao tempo presente. Já chegaram ao serviço fazendo uso de psicofármaco 53 usuários (50%); não faziam uso, 49 (46%); e sem informação, 4 usuários (4%).

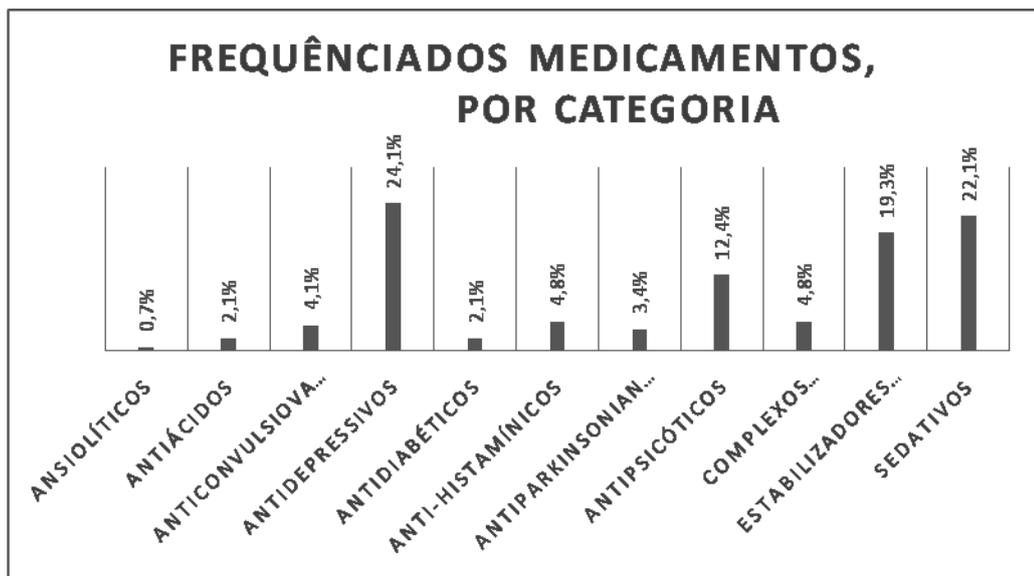
Figura 7 - Número e proporção de pacientes que usam psicofármacos, trimestre abr-jun/17. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé – RJ, 2017.



No cotejamento dos resultados obtidos para o CAPS AD Porto, constata-se um ligeiro aumento neste indicador, passando de 50% para 56%, respectivamente, para o valor relativo ao momento de ingresso e para o valor relativo ao momento presente, a saber, o trimestre abr/17 – jun/17. A precariedade das informações de prontuário, contudo, prejudica a precisão destes resultados e análise. Isto se evidencia comparando-se as percentagens da categoria "sem informação" que passou de 4% no momento da entrada ao serviço para 16% na coleta de dados. Este fato decorre de que houve interrupção da prestação do serviço médico psiquiátrico no CAPS AD Porto, o que determinou a interrupção do registro da prescrição medicamentosa nos prontuários.

Quanto à frequência dos tipos de psicofármacos, constata-se uma preponderância dos antidepressivos, com 24%, seguidos dos sedativos, com 22%, e dos estabilizadores de humor, com 19%. O uso de antidepressivos também se confirma no estudo de (LEITE; et al, 2016) como um dos principais medicamentos prescritos em CAPS. A figura 8 detalha a frequência dos medicamentos registrados em prontuário por tipo de psicofármaco.

Figura 8– Frequência de medicamentos por categoria. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé – RJ, 2017.



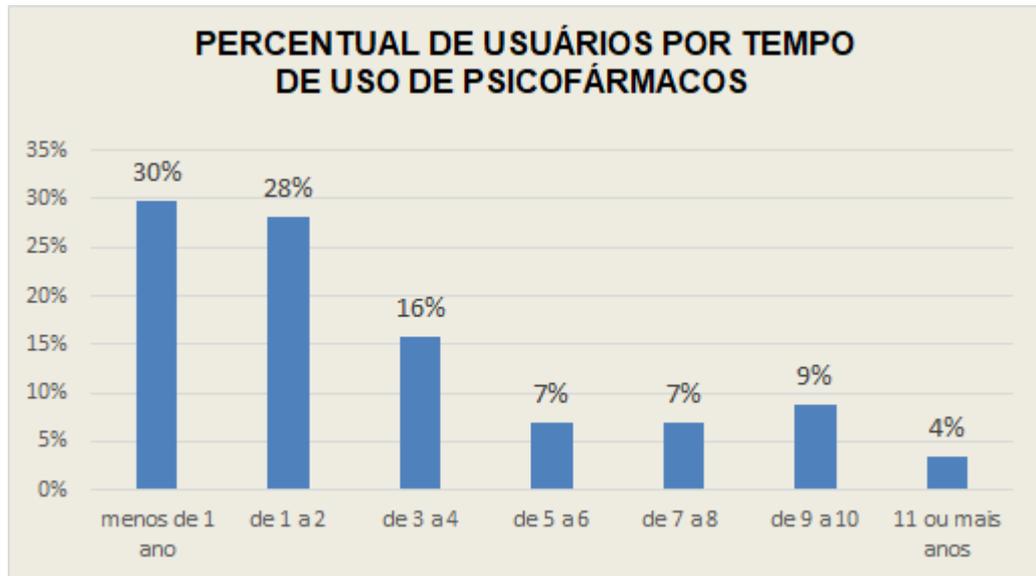
A conversão do nome para a categoria dos medicamentos, conforme referenciado na figura 8, está baseada na figura 9 que mostra a classificação dos diferentes medicamentos.

Tabela 9 - Classificação de medicamentos.

Classe do medicamento	Nome da substância	Exemplos de nomes fantasia mais comuns
Sedativos	Alprazolam	Frontal
	Clonazepam	Rivotril
	Diazepam	Valium
Estabilizadores de humor	Carbamazepina	Carmazin; Tegretol
	Carbonato de Lítio	Carbolitium
	Valproato	Torval; depakene
Antipsicóticos	Clorpromazina	Ampectil
	Haloperidol	Haldol
	Decanoato de Haloperidol	Haldol decanoato
	Levomepromazina	Neozine
	Risperidona	-
	Periciazina	Neuleptil
Antidepressivos	Amitriptilina	Amytril
	Bupropiona	Bup; zetron
	Fluoxetina	Prozac
	Sertralina	Zoloft; Tolrest; Assert
	Venlafaxina	Velaxin
Anti-histamínicos	Prometazina	Fenergan
Anticonvulsivantes	Topiramato	Topamax, Amato, Toptil
	Fenobarbital	Gardenal
Ansiolíticos	Buspirona	-
Complexos Vitamínicos	Ácido Fólico	-
	Complexo B	-
	Tiamina	-
Antidiabéticos	Metformina	-
Antiácidos	Omeprazol	-
Anticoagulantes	Varfarina Sódica	-

A análise dos prontuários permitiu avaliar, ainda, a distribuição dos usuários em relação ao tempo de uso dos psicofármacos na vida. A figura 10 detalha o percentual de usuários por tempo de uso de psicofármacos.

Figura 10 – Distribuição de usuários por tempo de uso de psicofármacos. Fonte: Prontuários CAPS AD Porto, Macaé- RJ, 2017.



O tempo de uso de psicofármacos está subdimensionado em razão de que, por indisponibilidade de informação nos prontuários, não se pôde considerar o período de uso antecedente ao ingresso dos usuários no CAPS AD Porto.

4.2 Descrição da amostra

Seguindo os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa, foram convidados 15 (quinze) usuários do CAPS ad Porto de Macaé/RJ como participantes dos GFs. Foram previstos dois encontros, sendo o dia, local e hora de sua realização previamente combinados. No primeiro GF participaram 09 (nove) usuários e no segundo encontro houve a participação de 06 (seis) usuários. Deste total apenas um não tinha participado do primeiro GF. O conjunto de participantes foi formado por 10 (dez) usuários, sendo 05 (cinco) mulheres e 05 homens. Os dados dos usuários participantes dos GFs estão descritos a seguir. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra P de participante, afim de preservar o anonimato. As informações sociodemográficas, foram auto referidas e recolhidas em entrevista individual, portanto, conforme tabela abaixo.

Tabela 6: Descrição auto referida da amostra que compôs os grupos focais (N=10) quanto ao sexo, idade, naturalidade, cor/etnia, estado conjugal, religião, escolaridade e data de admissão no CAPS. Macaé – RJ, 2017.

	Sexo	Idade	Naturalidade	Cor Etnia	EstadoConjugal	Religião	Escolaridade *
P1	Masc	58	São Paulo-SP	Branco	Solteiro	Espiritismo	EFC
P2	Fem.	48	Cruzeiro-SP	Parda	Solteira	Não tem	EFI
P3	Fem.	56	Macaé-RJ	Preta	Divorciada	Messiânica	ESC
P4	Masc	54	Macaé-RJ	Negro	Solteiro	Batista	EMI
P5	Fem.	56	Rio de Janeiro-RJ	Branca	Divorciada	Sem Informação	ESC
P6	Masc	63	Conceição d Macabu-RJ	Pardo	Solteiro	Católica	ESC
P7	Fem.	42	Rio de Janeiro-RJ	Branca	Divorciada	Não tem	EMC
P8	Masc	39	Macaé-RJ	Moreno	Solteiro	Batista	EFI
P9	Masc	43	Rio de Janeiro-RJ	Moreno	Solteiro	Católica	EFI
P10	Fem.	40	Macaé-RJ	Parda	Solteira	Católica	EFI

* A variável escolaridade foi categorizada em: Ensino Fundamental Incompleto (EFI); Ensino Fundamental Completo (EFC); Ensino Médio Incompleto (EMI); Ensino Médio Completo (EMC); Ensino superior Completo (ESC).

Em relação aos dados referentes ao histórico de saúde e trajetória de cuidado no CAPS AD – Porto, foi consultado os prontuários dos usuários para averiguar a data de admissão, início do uso de medicação, histórico registrado em prontuário de medicações utilizadas; esquema medicamentoso atual; data da última prescrição; diagnóstico médico e histórico de uso de SPA, conforme demonstrado na tabela 7:

Tabela 7: Descrição da amostra que compôs os grupos focais (N=10) quanto a data de admissão, início do uso de medicação, histórico registrado em prontuário de medicações utilizadas; esquema medicamentoso atual; data da última prescrição; diagnóstico médico e histórico de uso de SPA. Macaé – RJ, 2017 (Continua).

	Data de admissão no CAPS	Início do uso de medicação	Histórico de medicações utilizadas	Esquema medicamentoso atual	Data da última prescrição	CID – 10 *	Histórico de uso de SPA
P1	11/11/2009	Antes de chegar ao CAPS	bromazepam, carbamazepina, complexo B, metformina, omeprazol, prometazina, haldoldecanoato, amitriptilina, tegretol	carbamazepina, complexo B, metformina, omeprazol	29/03/2017	F19.2 F25 F20.8	Álcool, maconha, cocaína, cola, crack, comprimidos, xarope, tabaco
P2	27/04/2017	Antes de chegar ao CAPS	clonazepam, carbamazepina, leozine, fluoxetina	não há registro de prescrição	não há registro de prescrição	PSI	Álcool, cocaína, maconha, tabaco
P3	02/05/2012	Antes de chegar ao CAPS	Fluoxetina, diazepam, Litium, carbamazepina, tegetol, clorpromazina, amplitil, neuleptil, periciazinaprometazina, biperideno	carbamazepina, sertralina, neuleptil	17/05/2017	F33.2, F10.2	Álcool
P4	21/01/2015	14/04/2015	carbamazepina, haloperidol, diazeoam, tiamina, ácido fólico	carbamazepina, diazepam	12/04/2017	PSI	Álcool, maconha, cocaína, crack, cola
P5	04/07/2012	Antes de chegar ao CAPS	Fernegam, Complexo B, diazepam, tegretol, rivotril, carbamazepina, risperidona, clonazepam, haolperidol, amitriptilina	carbamazepina	19/04/2017	F10, F33	Álcool, cocaína
P6	17/12/2004	23/12/2004	Carbamazepina, Fluoxetina, Amptriptilina, Tegretol	Fluozetina, amitriptilina	03/05/2017	F34.0	Álcool

Tabela 7: Descrição da amostra que compôs os grupos focais (N=10) quanto a data de admissão, início do uso de medicação, histórico registrado em prontuário de medicações utilizadas; esquema medicamentoso atual; data da última prescrição; diagnóstico médico e histórico de uso de SPA. Macaé – RJ, 2017 (Conclusão).

P7	10/01/2007	Antes de chegar ao CAPS	Risperidona, prometazina, ácido valprócio, clonazepam, fluoxetina, rivotril, lamotrigina, neozine, haldolcarbamazepina	Refere fazer uso de medicamento de forma irregular, mas não disse qual	03/03/2017	F31 F25 F19.2	Crack, cocaína, maconha, álcool
P8	18/07/2012	01/08/2012	Clonazepam, Diazepam, Haloperidol, Decanoato de Haloperidol, Carbamazepina, Prometazina, Biperideno, Complexo B	haldol, carbamazepina	29/03/2017	F07 F10.2; F10.5 F19.1 F14,9, F20.6, 0.2,	Cocaína, álcool
P9	17/03/2010	17/03/2014	Clorpromazina, Carbamazepina, Rémedio de pressão (não há discriminação no prontuário)	Amitriptilina, carbamazepina	30/05/2017	PSI	Álcool
P10	15/03/2016	Antes de chegar ao CAPS	rivotril, carbamazepina, diazepam, amitriptilina, clorpromazina, neozine	amitriptilina, carbamazepina	26/04/2016	PSI	Cocaína, maconha, álcool

* PSI – prontuário sem informação. Descrição dos códigos segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua 10ª versão (CID -10): F07 (Transtorno de personalidade e do comportamento devidos a doença, lesão ou disfunção cerebral); F10 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool); F10.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência); F10.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno psicótico); F14.9 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno mental ou comportamental não especificado); F19.1 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - uso nocivo para a saúde); F19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência); F20.2 (Esquizofrenia catatônica); F20.6 (Esquizofrenia simples); F20.9 (Esquizofrenia não especificada); F25 (Transtornos esquizoafetivos); F31 (Transtorno Afetivo Bipolar); F33 (Transtorno depressivo recorrente); F33.2 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos); F34 (Transtornos de humor afetivos).

Algumas informações coletadas na entrevista individual - modalidade de acompanhamento no CAPS AD Porto; PT; medicamentos em uso; e diagnóstico - foram confrontadas com dados anotados em prontuários. O objetivo foi verificar o conhecimento do participante sobre seu tratamento, conforme discriminado a seguir:

P1, 59 anos, pintor letrista desempregado, vive em situação de rua, recebe bolsa família e não possui vínculos familiares. Está em processo de habilitação de Benefício de Prestação Continuado BPC. É acompanhado no CAPS desde 11/09, mas não se lembrava, constando registro em seu prontuário de alguns períodos de afastamento do tratamento sem combinação com equipe. Ultimamente, vem mantendo frequência regular, diária, conforme PTS. Participa das atividades de grupo como rodas de conversa, reflexão, discussão e assembleias. Não frequenta as oficinas, porque diz não gostar de barulho e de ter que conviver com outras pessoas, preferindo ler. Se autoatribui diagnóstico de “traços de esquizofrenia”, mas considera como problema o uso de álcool. Informa que no momento faz uso do medicamento Carbamazepina, mas diz desejar experimentar o “Rivotril” (Clonazepam) “porque tem insônia” (SIC). As informações do participante sobre o medicamento em uso atualmente, conferem com a última prescrição anotada no prontuário. Conforme informações retiradas de seu prontuário, o participante refere fazer uso problemático de álcool, experimental de múltiplas SPAs e usar maconha como “remédio” para se acalmar. Apresenta comorbidade clínica de cirrose hepática e hepatite C. Quanto ao diagnóstico, foram encontrados registro dos CID F19.2, F25 e F20.9 (tabela 7).

P2, 48 anos, comenta não estar trabalhando e não contar com nenhum benefício. Chegou ao CAPS AD de Macaé a pouco tempo 04/17, informa já ter sido acompanhada em outros. Frequenta os CAPS diariamente, conforme seu PTS, com participação ativa nas atividades. Se autoatribui diagnóstico de “álcool e drogas”. As informações sobre o medicamento em uso, Clonazepam, Carbamazepina, “Leozine” (Levomepromazina), Fluoxetina, foram fornecidas pela participante não constando prescrição no prontuário, assim como registro de CID. Conforme informações retiradas de seu prontuário, faz uso de múltiplas SPAs, porém, refere problemas com uso de cocaína e álcool.

P3, 56 anos, professora aposentada, preserva o vínculo com familiares. É acompanhada no CAPS desde 05/12. Frequenta o CAPS diariamente conforme seu PTS e refere participar das atividades. Se auto atribui diagnóstico de “beber muito e nervoso”. Informa fazer uso de Sertralina, Carbamazepina, Diazepam e “Neuleptil” (Periciazina). A informação confere com a última anotação prescrita no prontuário, com exceção do Diazepam. Conforme informações retiradas de seu prontuário, embora presente nas atividades, é pouco participativa por apresentar-se regularmente sonolenta. Faz uso problemático de álcool, apresenta comorbidade clínica de hipertensão, diabetes insulino dependente e episódios de pancreatite. Foram encontrados registros de CID F33.2, F10.2 (tabela 7).

P4, 54 anos, desempregado, não recebe nenhum tipo de benefício, mora sozinho e não mantém vínculos familiares. É acompanhado no CAPS AD desde 01/2015, mas não se recordava a data. Mantém frequência regular, três vezes por semana, no CAPS conforme seu PTS e refere participar das atividades. Informa não saber seu diagnóstico e fazer uso de Carbamazepina, Diazepam e pede para confirmar o “Leozine” (Levomepromazina). A informação confere com a última anotação prescrita no prontuário, sem a Levomepromazina. Conforme informações de seu prontuário, sua participação no CAPS é por vezes tumultuada apresentado dificuldades em lidar com as regras de convivência. Faz uso de múltiplas SPAs, oferecendo sua casa como ponto de uso. Não foi encontrado registro de CID.

P5, 56 anos, jornalista, desempregada, mora sozinha e mantém vínculo com a família que reside no Rio de Janeiro/RJ. É acompanhada no CAPS desde 07/12. Atualmente tem indicação para vir diariamente no CAPS, participa das atividades propostas. Informa fazer uso de Carbamazepina, Clonazepam e “Carbolitium” (Carbonato de Lítio), entretanto, a Carbamazepina é o único medicamento registrado na última prescrição em prontuário. Conforme informações recolhidas em seu prontuário, faz uso problemático de álcool e apresenta sinais de doença hepática que está sendo investigada. Sua frequência passou a ser irregular no CAPS após ser dispensada da empresa de transportes que trabalhava como cobradora, mesmo com várias tentativas de promoção e reabilitação psicossocial com a empresa. Consta em seu prontuário registro de CID F10, F33 (tabela 7).

P6, 63 anos, autônomo, mora sozinho e mantém vínculos familiares. É acompanhado no CAPS desde 12/04. Participa das atividades noturnas duas vezes

por semana conforme seu PTS, por conta do trabalho. Informa fazer uso de Diazepam, entretanto, consta na última prescrição Fluoxetina e Amitriptilina. (Usuário informa em 07/17 estar fazendo uso por conta própria de Carbamazepina). Conforme informações de seu prontuário, sua frequência é regular nos grupos noturnos. Faz uso de múltiplas SPAs, mas refere problemas com uso de álcool. Encontra-se registrado em prontuário CID F 34.0 (tabela 7).

P7, 42 anos, desempregada, recebe BPC, mora sozinha e mantém vínculo familiar. É acompanhada no CAPS AD desde 01/04. Mantém frequência irregular no serviço. Informa fazer uso de Clonazepam, Carbamazepina e Risperidona, contudo, a última prescrição registrada em seu prontuário não consta Risperidona. Conforme informações coletadas em seu prontuário, embora haja frequência regular no CAPS, há dificuldade de cumprimento do que foi pactuado no PTS. O vínculo, familiar apesar de mantido, é bastante restrito e conflitivo. Faz uso de múltiplas SPAs, mas refere como problemático o uso de crack e cocaína. Consta registro de CID F31, F25, F19.2 (tabela 7).

P8, 39 anos, não trabalha e recebe BPC. Mora sozinho, mas conta com o apoio do irmão que reside próximo. É acompanhado no CAPS AD desde 07/12. Mantém frequência diariamente no serviço, conforme seu PTS. Não soube informar o nome do medicamento em uso, tão pouco o seu diagnóstico. Conforme informações em seu prontuário, antes de frequentar o CAPS AD fazia uso intenso de álcool, com frequentes episódios de crises convulsivas. A última prescrição de medicamento foi Haloperidol e Carbamazepina. Foram encontrados registros de CID F10.5, F14,9, F20.6, 20.2, F07, F19.1 F10.2 (tabela 7).

P9, 43 anos, desempregado, vive de pequenos serviços em construção civil. Mora com a família. É acompanhado no CAPS AD desde 03/10. Atualmente vem mantendo frequência regular diariamente conforme seu PTS. Participa ativamente das atividades propostas no serviço e frequenta o grupo noturno quando consegue trabalho. Se autoatribui diagnóstico de alcoolismo. Informa fazer uso de “Diazepina” (possivelmente se referindo a Amitriptilina), Diazepam, “Carbamazepim (Cabamazepina). Conforme anotações em seu prontuário, sua última prescrição consta apenas Amitriptilina e Carbamazepina. Não foi encontrado registro de CID.

P10, 40 anos, desempregada, recebe bolsa família, mora sozinha mas mantém contato com os filhos. É acompanhada no CAPS AD desde 03/16. Mantém frequência regular conforme seu PTS três vezes por semana. Informa fazer uso de Clonazepam e Amitriptilina. A informação, no entanto, não confere com a última prescrição registrada em seu prontuário: Amitriptilina e Carbamazepina. Conforme informações retidas de seu prontuário, faz uso de cocaína, maconha, álcool, apresentado problemas com uso de cocaína. Conforme observado pela equipe, faz uso abusivo e dependente de benzodiazepínicos, apresentado dificuldades em participar das atividades propostas, pois encontra-se sempre sonolenta. Não foi encontrado registro de CID no prontuário.

É importante registrar que as informações aqui presentes são provenientes de uma pequena entrevista individual com o objetivo de coletar dados de forma autoreferida e verificar o conhecimento do participante sobre si (sociodemográfico), sobre seu tratamento e medicamentos que usa, cruzando-os com as anotações em prontuário. Um achado significativo proveniente desta fase e da análise dos registros em prontuário, é que foi possível observar discrepância entre os discursos e as evoluções em prontuário, ou seja, o prontuário não descreve o que de fato os participantes utilizam. Por vezes foi possível perceber que os participantes relataram fazer uso de medicamentos que não constam registrados em prescrição ou até mesmo prontuários com número de anotações reduzidas. Vale ressaltar que no período da realização deste trabalho, os usuários do CAPS AD estavam recebendo atendimento médico psiquiátrico em outro serviço de saúde, razão que pode justificar a falta de anotação de alguma prescrição em prontuário.

4.3 Resultados das narrativas

Os resultados aqui apresentados tratam das narrativas de usuários acompanhados em um CAPS ad no município de Macaé no Estado do Rio de Janeiro, produzidas nos GF acima descritos. As narrativas foram analisadas com o propósito de responder aos objetivos desta pesquisa. Pretendeu-se conhecer a experiência vivida com o uso de psicofármacos no que diz respeito: a) aos sentidos atribuídos a este uso, ou seja, como os usuários a partir do senso comum, nomeiam, interpretam, significam e explicam a experiência com o uso de medicamento

psicotrópico; b) as expectativas que têm com o uso dos psicofármacos; c) os saberes que possuem sobre o medicamento psicotrópico no que diz respeito a indicação de uso, efeitos colaterais e interações com outras substância, sejam eles experienciais e/ou formais; d) as experiências corporais e subjetivas com o tratamento medicamentoso; e) como negociam a prescrição com o prescritor; f) como utilizam os medicamentos em seus cotidianos.

O material produzido nos GFs foi gravado em áudio, transcrito e revisado e as narrativas foram tratadas segundo o referencial teórico da Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Após sucessivas leituras e análise do material produzido, foram identificados seis eixos temáticos: 1- início do uso de psicofármacos; 2- mudança da medicação; 3- continuidade do tratamento medicamentoso; 4- relação com os efeitos dos medicamentos; 5- psicofármaco e tratamento para o uso de álcool e drogas; 6- relação com o médico prescritor. Cada um dos eixos foi sustentado por uma ou mais questões indicadas no roteiro do GF. A seguir serão apresentadas análises dos resultados, separadas pelos eixos temáticos.

EIXO TEMÁTICO I: Início do uso de psicofármacos

Esse tema está relacionado às questões associadas com o início do uso de psicofármaco. Diz respeito a como o usuário significa, explica e ao que associa o início do uso de sua medicação, além do tempo de uso. As perguntas que sustentaram o tema estão relacionadas à quando se deu o início do uso de medicamento psiquiátrico e o que estava acontecendo naquele momento. Desse modo, sabendo ser comum problemas de saúde mental entre os usuários com uso prejudicial de SPA, como também, que pessoas com sofrimento mental possam estar mais propensas ao uso problemático de SPA, surge também com o tema a oportunidade de, a partir das narrativas, identificar como os participantes experimentam e vivenciam esses dois problemas, como os conectam e os relacionam. Dos 10 usuários participantes, 6 referiram fazer uso de psicofármacos há mais de 10 (dez) anos, os demais revelam usar medicamentos psiquiátricos mais recentemente entre 3 e 5 anos. 4 usuários iniciaram o uso de psicofármacos após ingressar no CAPS AD e 6 já faziam uso de medicamento psiquiátrico antes de ingressarem no CAPS AD, contudo, não houve questionamento dos participantes sobre o uso prologado de seus medicamentos psiquiátricos.

No que se refere ao início do uso de psicofármacos, segundo as narrativas, a experiência aparece associada ao uso problemático de álcool e drogas, “beber muito”, “excesso de drogas”, “beber descontroladamente”, “alto grau de alcoolismo”; episódios de crise psíquica “surto” (SIC) e crise convulsiva “ataque epilético” e sintomas como “ansiedade” essencialmente. O sentido mais frequente atribuído para o começo do uso de medicamentos psiquiátricos aparece associado ao uso problemático de álcool e outras drogas, que se caracterizou pelo “descontrole” e uso intenso destas substâncias e suas consequências.

Nessa perspectiva, foi observado dois tipos de expectativas: a de que o medicamento possa agir diretamente ajudando a diminuir ou até mesmo cessar o uso de SPA, ou indiretamente agindo sobre aquilo que favorece o consumo, por exemplo a ansiedade. Desse modo, em alguns casos quando essa expectativa não foi atendida, o uso de SPA se colocou como alternativa, promovendo uma experiência ambivalente com a medicação.

O início do uso do psicofármaco aparece também associado a algum evento importante na vida, gerador de sofrimento psíquico, que é descrito como contíguo ao uso intenso de SPA. Dessa forma, a expectativa é de que o medicamento psiquiátrico ajude na recuperação do controle perdido com a experiência difícil. Quando a medição não esteve relacionada ao uso problemático de SPA, no sentido de diminuir ou cessar o uso, mas associada a outros problemas de SM, a experiência com o psicofármaco foi mais positiva, uma vez que as expectativas foram melhor atendidas. Alguns trechos das narrativas a respeito do início do uso de medicamentos, nos ajudaram a conhecer melhor a experiência dos participantes.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 1:

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017 (Continua).

EIXO TEMÁTICO I: INÍCIO DO USO DE PSICOFÁRMACOS	
Narrativas	Análise
O uso prolongado de psicofármacos não se configurou como questão para os participantes. Quando o início se deu muito antes, na juventude, por exemplo, a sua manutenção através dos anos não foi expressa como problema.	
<p><i>“Olha, <u>eu tomo (medicamentos psiquiátricos) assim, uns 35 anos mesmo, porque desde os 20 e poucos anos, eu estou com 59 agora, eu ainda tinha contato com minha família, eu já estava envolvido muito com bebida e com drogas também, muita maconha né, e as vezes cocaína também. Mas o forte sempre foi a bebida alcoólica, desde lá até agora.</u>” (P1- GF1)</i></p> <p><i>“Eu, eu tomo (medicamentos psiquiátricos) desde os 14 anos e eu nunca parei. <u>Uso há 32 anos, nunca parei. Só de CAPS, eu tenho mais de 20 anos de CAPS, vários CAPS, várias internações em hospital e nunca parei, sempre os CAPS, sempre meus remedinhos, eu tomo 7 comprimidos pela manhã e 8 a noite, normal!</u>” (P2-GF1)</i></p>	<p>Nessas duas experiências, o início do uso de medicamento psicotrópico ainda na juventude revela seu uso prolongado. Em uma delas o uso dos medicamentos já aparece associado ao uso abusivo de SPA. Os medicamentos são citados de modo naturalizado, compondo o cotidiano como mais um elemento do cenário.</p>
<p>O início do tratamento farmacológico foi narrado como:</p> <p>a) consequência do uso problemático de álcool e outras drogas (porque bebia muito ou usava outras drogas em excesso; como ajuda para conseguir parar; para tirar o excesso das drogas, para controlar o consumo abusivo)</p> <p>b) ferramenta para lidar com o sofrimento psíquico (tampar o vazio, controlar ansiedade). Nessa perspectiva o medicamento psiquiátrico é tomado dentro de uma expectativa de que possa ajudar com as questões que favorecem a mudança do padrão de uso de SPA. O que pode se dar via redução ou mesmo cessação do uso, a ser alcançado através da ação direta ou indireta do medicamento. Ação direta: quando o participante espera que o remédio tenha efeito direto sobre o controle do uso. Ação indireta: quando a expectativa é que o remédio vai agir – reduzindo – aquilo que propicia o consumo do álcool ou de outra substância, como a ansiedade, por exemplo.</p>	

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017 (Continuação)

“Eu comecei a tomar a medicação porque *no início estava bebendo muito* com meu ex-marido, mesmo depois que eu me separei dele eu continuei bebendo muito, aí depois eu *resolvi parar de beber e eu não conseguia parar sozinha, e aí precisei do uso da medicação pra poder parar, pra eu conseguir parar.*” (P3-GF1)

“*Excesso de drogas também. Tampar né, tampar esse vazio que deixa né, aí usei a medicação que tira o excesso de droga né. Com o acesso fácil que eu tive às drogas, aí fica difícil controlar né. Eu recorri a esse subterfúgio aí... não é que tenha resolvido tudo né, mas ajuda um pouco, esse Diazepam, esse Carbamazepina...*” (P4-GF1)

“*Eu, eu comecei a tomar (medicamento) por que eu tava bebendo descontroladamente. Eu estou tomando Carbamazepina para controlar a ansiedade, mas eu não sei, e eu juro pra mim mesmo que eu não vou beber mais, é meu cérebro, a bebida, o álcool é terrível... eu não sei o que acontece que muda minha cabeça, já vejo um bar e entro lá, perco a razão completamente.*” (P1-GF1)

“*Eu me separei do meu marido e eu tenho alto grau de alcoolismo, aí eu fui fazer tratamento no CentraRio, lá no Rio de Janeiro, e o psiquiatra me indicou o Clonazepam, Carbamazepina e Fluoxetina pra baixar minha ansiedade, pra ver se eu conseguia parar de beber...*” (P5-GF1)

Na experiência da P3, o início do uso da medicação psiquiátrica se explica como elemento que reduzirá o uso intenso de álcool e drogas. O psicofármaco surge como “ajuda” para controlar ou até mesmo abster-se do uso SPA.

Para P4, a medicação é tida como “subterfúgio” para o uso problemático de SPA. Há ainda, uma expectativa de que a medicação possa “tapar o vazio” deixado pela falta do uso de SPA.

Nas narrativas do P1 e da P5, a “ansiedade” surge como algo que favorece o uso de substância. A ansiedade levaria a beber, e o medicamento, controlando a ansiedade, reduziria ou cessaria o uso da substância álcool. O medicamento, assim, entraria como aquilo que devolveria autocontrole. O caminho para tal seria controlar a ansiedade para não beber “descontroladamente”. O primeiro participante, P1, todavia, desconfia desse fluxo sugerido por ele para explicar o seu uso descontrolado. O cérebro, também descrito como “a minha cabeça”, é referido como outro elemento envolvido e com papel importante na produção do descontrole e na “perda da razão”, que não estaria diretamente submetido ao mecanismo anterior. A forma como o participante narra a relevância do cérebro na produção do descontrole deixa entrever um mecanismo do qual a ansiedade parece não tomar parte.

A segunda participante, P5, também parece dar destaque a um outro elemento que não é a ansiedade. O seu “alto grau de alcoolismo” parece compor mecanismo diverso daquele protagonizado pela ansiedade.

Observa-se ainda na experiência da P5, a associação do início do tratamento medicamentoso a uma sequência de eventos que não são descritos como causa do uso, mas como contíguos a ele: separação do marido, tratamento para o uso problemático de álcool, início do uso de psicofármacos.

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017(Continuação)

As narrativas aqui destacadas, mostram a experiência dos participantes que usam SPA como alternativa para “acalmar” a “ansiedade” e “insônia”, quando o medicamento prescrito não atende a tal expectativa. Nesses casos a experiência com a medicação se torna ambivalente.

“A minha “drogadicão”, eu não sei controlar isso, eu não sei o que causa isso. Não é uma tristeza... é uma coisa que me causa uma ansiedade fora do comum me dá, é como se falta o ar entendeu? Da vontade de “tomar uma” para me acalmar. A ansiedade vem primeiro, depois a depressão, é horrível. A Carbamazepina não tá adiantando pra mim, tô tomando duas a noite, pra mim é fraca, não dá. Eu sugeri até pra médica o Rivotril. ” (P1-GF1)

“...mas na realidade nada disso funcionou, o que me acalmava era o álcool, então o uso dessa medicação pra mim... o que acontecia, eu bebia e vivia caindo pelo chão, quando eu só bebia e não usava medicação eu não caía, eu tinha uma vida mais tranquila, conseguia trabalhar, mas isso foi se... Por exemplo, hoje o meu histórico, estou tomando um monte de remédio e não tá passando, está me dando um sono, uma falta de vontade, entendeu? Uma depressão, entendeu? Os remédios não estão funcionando para mim. (P5 1ºGF)

“...quando eu posso tomar (medicamento), que eu não estou sobre efeito (de álcool), eu tomo diazepam e tem ajudado. Não tenho tido mais dificuldade nenhuma pra dormir, que eu bebo cachaça e aí eu durmo né, não tenho problema pra dormir...” (P6-GF1)

O mesmo participante, P1, oferece um outro modelo explicativo, diferente do anterior. Neste a ansiedade está situada dentro do mecanismo que explica o uso descontrolado. Considerando a sua narrativa teríamos: uma coisa que não sabe o que é que lhe causa uma “ansiedade fora do comum”, seguido da “depressão”, e a vontade de “tratar” a ansiedade, e a depressão, com álcool. A experiência do participante com o medicamento revela que ele “não funciona” para acalmá-lo. O álcool, para acalmar, permanece mais eficaz que a medicação. O uso do medicamento é intercalado com o uso de álcool, ambos utilizados para tratar a ansiedade.

Na narrativa da P5, o medicamento aparece como algo que “não funciona” para acalmá-la, diferente do álcool descrito como eficaz. Ao medicamento outros prejuízos são atribuídos: a faz cair, deixa sua vida menos tranquila, reduz sua capacidade de trabalho. A sua experiência é de que o álcool é superior ao medicamento no que diz respeito a acalmá-la e que os medicamentos só lhe trazem prejuízos, o que se expressa na frase “quando eu só bebia e não usava medicação eu não caía. ”

Já na narrativa do P6, o uso do álcool e do medicamento é intercalado, para evitar a interação das substâncias, mas aos dois é atribuída a função de remédio, embora, para a insônia o álcool seja o escolhido.

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017 (Continuação)

A associação do início do tratamento medicamentoso a um evento difícil na vida – fim de casamento, violência sexual, separação da família – e à doença mental diagnosticada, foi referida como explicação do sofrimento psíquico que busca alívio no uso de substâncias e posteriormente requer o uso de psicofármaco para ajudar na recuperação do controle perdido .

“Eu terminei o meu casamento com o pai dos meus filhos, e aí, foi de uma forma assim não legal, uma forma de... em vez de fazer direito, fazer assim: há, vão bora chutar o pau da barraca! (uso de SPA) aí eu não aguentei o trampo, aí eu comecei a surtar, aí o Dr. G T, ele passou Rivotril, né, pra poder acalmar meu surto, eu surtava e começava a quebrar as coisas...” (P7-GF1)

“Lembro! Fui estuprada duas vezes, sem pai, sem mãe...” (P2-GF1)

“Eu estava no primário ainda, era um garoto, a professora tinha conhecimento de psicologia, e ela chamou a minha mãe que ela tinha percebido que eu era problemático, falou pra procurar um médico e tal. Não é por ignorância, ou desleixo sei lá, ela (mãe) ficou com medo de dar remédio pra mim, achou que iria fazer mal pra mim, falaram pra ela que iria fazer muito mal pra mim, aí ela negligenciou o tratamento. Agora, depois dos 20 anos de idade eu caí de pau mesmo, fui morar sozinho, aí eu perdi o controle, quando eu morava com eles eu ainda tinha controle. A gente tinha bebida alcoólica dentro de casa, meus pais bebiam fim de semana, eu não pensava colocar bebida na minha boca. Os médicos já falaram, psiquiatras avaliaram minha personalidade e falaram que

O início do tratamento medicamentoso da P7, o medicamento surge para acalmar o “surto”, fruto do descontrole. No contexto desse evento difícil com o fim do casamento, o uso de substância sai do controle. O medicamento, nesta narrativa, surge para ajudar a recuperar o controle perdido com a experiência difícil.

Já na experiência da P2, o evento difícil aparece associado ao início do uso do medicamento psiquiátrico.

Na experiência do P1, o início do uso de psicofármaco foi associado ao “descontrole com o álcool”, aqui ele também reconhece que há um outro problema mental, que teve início ainda na infância, que foi “negligenciado”, não foi tratado. Na vida adulta, após ir morar sozinho, a perda de controle que aparece como explicação para o uso prejudicial de álcool é descrita como tendo a sua raiz no problema psiquiátrico familiar - “problema que trago do berço” - e que o leva ao descontrole em relação ao consumo de álcool, pois o avô que tinha problema psiquiátrico “bebia pra caramba”.

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

<p><u>tinha caso de esquizofrenia de personalidade. Eu sou um cara que tenho..., eu sou um cara diferente, tenho por exemplo, tenho um costume de conversar sozinho, converso sozinho o tempo todo, quer dizer, isso já é uma coisa estranha, já é um problema que traço do berço, um problema já congênito. Tem muitos problemas mental na minha família, lado do pai. Meu tio, meu avô ele morreu num sanatório, bebia pra caramba. Naquela época não tinha os medicamentos adequados, era muito atrasado naquela época, não tinha os conhecimentos que tem hoje.”(P1-GF1)</u></p>	
<p>Quando o início do uso de psicofármaco foi associado ao tratamento de outros problemas de saúde mental, e não diretamente relacionado a perda de controle, problema que é narrado como necessário para o uso problemático de SPA, a experiência dos participantes foi mais favorável à medicação visto que suas expectativas foram melhor atendidas.</p>	
<p><i>Eu comecei a tomar medicação em 2005, com o finado Dr. A, foi Carbamazepina, o Tegretol né? E a noite eu tomava Fenegan pra dormir. Depois, como a minha situação piorou, eu tive que começar a tomar Diazepam. <u>Diazepam eu tomei, me dei muito bem com Diazepam” (...)</u>Eu tinha problema de muita fadiga, viu, deixei um emprego por conta de fadiga, a medicação tirou a fadiga, né, a exaustão, fadiga, o excesso, né, aquela coisa de descontrole pela ansiedade, trabalhar muito e tal e coisa, e isso atrapalhou muito minha vida...” (P6-GF1)</i></p> <p><u>“Eu tinha problema de ataque epilético, quando eu comecei a tomar esses remédios o problema acabou, e aí eu vim continuando a beber esse remédio, porque não tá</u></p>	<p>Tratar sintomas como “ansiedade”, “fadiga”, “insônia”, episódios de crise “surto” e convulsão <u>“alcoólica”</u>, “ataque epilético”, são outros sentidos atribuídos para o início do uso de psicofármacos nas experiências aqui relatadas. Por conseguinte, nos casos em que o uso da medicação se fez para tratar esses sintomas, a avaliação parece melhor, e a expectativa foi atendida. Essas narrativas não expressam expectativas diretamente relacionadas ao uso de SPA – que são em geral expectativas de controle do uso - o que talvez explique uma melhor experiência com o efeito da medicação.</p>

QUADRO 1: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático I. Macaé-RJ, 2017 (Conclusão).

<p><i>dando problema pra mim, por que tá corrigindo, corrigindo o problema que eu tinha. ” (P8-GF1)</i></p> <p><i>“Eu tomo esse remédio vai fazer, vou pra 3 anos tomando remédio, que eu dei 2 convulsões, que eu tive um ataque assim por causa de convulsão "alcoólica", foi aonde que o Dr. A me começou a passar Diazepam, depois ele viu que eu tava melhor e melhorando, e tirou o Diazepam e me passou o remédio adequado que até hoje a Dra. tá continuando ele. (...) ...naquele momento, antes de eu tomar remédio eu tava dando crise, dava tonteira caía na rua, e depois do medicamento melhorei 100%. ” (P9-GF2)</i></p> <p><i>“...eu atacava os outros, quebrava as coisas nos outros, cortava os outros, eu me aproximava das pessoas e cortava as pessoas. Depois, mesmo fazendo uso do Rivotril, eu comecei a ter medo das pessoas, até de carro quando passa na rua, se eu não tomar o remédio eu tenho síndrome do pânico. No entanto, ele cortou meu surto, o rivotril no início...”(P7-GF1)</i></p>	<p>A narrativa da P7, revela uma experiência com o medicamento que se transforma no tempo. No início ele a ajudou com o episódio de crise, nomeado pela usuária de “surto”, porém, com a continuidade do uso produziu-se um outro sintoma, a “síndrome do pânico”, mal-estar que ela explica como decorrente da falta do medicamento, questão que será melhor abordada no tema sobre “continuidade do tratamento medicamentoso”.</p> <p>Na narrativa de P8, observa-se uma perspectiva moral, um erro que a medicação corrigiu.</p>
--	---

EIXO TEMÁTICO II: Mudança da medicação

Nas narrativas sobre a experiência com o início do uso de psicofármacos, foi observado que a maioria dos sujeitos pesquisados faz uso prolongado de medicamento psiquiátrico, que possivelmente foi mudado ao longo deste período. O tema sobre mudança da medicação está relacionado a experiência vivida pelo participante quando se fez necessário alterar a prescrição. Vale ressaltar que foram poucos os que comentaram sobre o tema, alguns participantes referem continuar tomando os mesmos medicamentos, entretanto, o que se revelou nos pareceu relevante o suficiente para justificar um eixo temático. Algumas narrativas nos mostraram que se não forem consideradas pelo prescritor as experiências do sujeito com a medicação em uso, antes de se propor sua mudança, a continuidade do tratamento medicamentoso conforme prescrito pode ficar comprometida, ou seja, sem compartilhamento o sujeito acaba por decidir sozinho sobre a continuidade ou não do uso da medicação. Do mesmo modo, a prática médica pouco dialogada, contribui para o desconhecimento sobre o medicamento prescrito, suas indicações e efeitos, interferindo na continuidade do uso. As narrativas a seguir nos mostram o que comprometeu e o que favoreceu a efetivação da prescrição sugerida com a mudança da medicação.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 2:

QUADRO 2: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático II. Macaé-RJ, 2017 (continua).

EIXO TEMÁTICO II: MUDANÇA DA MEDICAÇÃO	
Narrativas	Análises
<p>A falta de conhecimento sobre o medicamento, sua indicação e efeitos, assim como a crença de que o saber sobre a medicação se encontra na figura do prescritor, favoreceu uma aparente passividade dos participantes diante da autoridade médica. Aparente porque não raro, sem apoio e compartilhamento, o usuário decide solitariamente pela suspensão do uso do medicamento.</p>	
<p><i>“...me dei muito bem com Diazepam, era muito legal tomar Diazepam. Só que fizeram um desmame pra Diazepam, <u>tive que parar com o Diazepam, não sei nem por quê, mas se eu estou aqui é porque eu quero condução médica, então eu fiz a condução médica, eu passei a tomar Fluoxetina pela manhã, e tomar Amitriptilina.</u> A amitriptilina tinha que tomar cedo porque dava muito sono, <u>eu não conseguia administrar muito bem essas medicações e, depois de 13 anos sem usar droga, eu tive recaída, e hoje eu tenho a condução médica das medicações, eu tenho condução médica das medicações equando eu posso tomar e que eu não estou sobre efeito eu tomo Diazepam, e tem ajudado.</u>” (P6-GF1)</i></p> <p><i>“Em 2002 comecei a tomar o Rivotril, <u>aí em 2014/2013 eu tive que tomar Carbamazepina com Respiridona por que eu quebrei o apartamento inteiro, entrei em surto sem usar droga nenhuma, eu comecei a cismar com as coisas dentro de casa. Aí entrou o Respiridona e entrou o Carbamazepina, e foi muito difícil começar a tomar esses remédios pela sua própria propriedade.</u> O Rivotril era tipo um clonazepam, uma formula nova no Brasil né? <u>A Risperidona ficou muito difícil para eu tomar.</u>” (P7-GF1)</i></p>	<p>Na experiência do P6, a orientação para troca do medicamento que vinha sendo experimentado como “legal”, sem que a mudança fizesse sentido, produziu uma passividade na busca de explicação com o médico, mas não no manejo da experiência pessoal que decorre da troca dos medicamentos. Decisões foram tomadas pelo participante sem que fossem compartilhadas ou acompanhadas pelo médico. Na sequência da interrupção do uso da medicação, veio a recaída do uso de substância e o retorno (automedicação) ao uso do medicamento (Diazepam), anteriormente experimentado como bom, só que agora intercalado com o uso de álcool.</p> <p>No caso da P7, a falta de conversa acerca da introdução de novos medicamentos, suas indicações e seus efeitos, favoreceu que as explicações que o participante construiu fossem as únicas referências a serem utilizadas por ela para decidir sobre como usar os medicamentos e aceitar a mudança.</p>

QUADRO 2: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático II. Macaé-RJ, 2017. (Conclusão).

<p>Atribuir um sentido ao adoecimento psíquico proporcionou a participante uma melhora na relação com o tratamento medicamentoso. A experiência aqui narrada se deu a partir de um protótipo familiar, ou seja, um modelo a ser seguido.</p>	
<p><i>A Dra. L passou pra mim uma substância que realmente <u>modificou</u>. Aí eu percebi que também tem um caso na minha família, e que é genético, entendeu? Que é o Carbolitium, que <u>eu comecei a me sentir muito mais animada e muito melhor do que eu estava</u>. Porque, meu irmão teve dez vezes internado numa clínica na Gávea, por efeito de psiquiatria, <u>a minha família tem problemas psiquiátricos fortes né, e quando ele começou a tomar o Lítio, que ele tinha falta no cérebro dessa substância, o Lítio, e talvez eu tenha isso também</u>. Essa substância melhorou, porque a Carbamazepina não funciona para mim, o Diazepam também não funciona, o Clonazepam funciona sim, e são os que eu tomo. (P5-GF1)</i></p>	<p>Na experiência da P5, o sentido atribuído por ela mesma, a partir de um protótipo familiar, para seu adoecimento, qual seja, o medicamento repor uma “substância que falta no cérebro” como acontece com seu irmão, a fez se sentir mais animada e contribuiu para melhorar sua relação com o novo tratamento medicamentoso.</p>
<p>A mudança na prescrição do medicamento aconteceu com frequência no tratamento farmacológico, todavia, pareceu ser uma prática médica pouco dialogada com o participante.</p>	
<p><i>“Tomei tanto, que nem sei te dizer. Mudaram muita coisa. No começo geralmente é o Diazepam, por causa do alcoolismo, depois veio Tegretol, Haldol, tanta coisa. O que foi bom para mim mesmo foi o Prozac, usei um ano o Prozac, foi muito bom.” (P1-GF2)</i></p>	<p>Com a narrativa foi possível observar que ao longo do tratamento medicamentoso, houve várias vezes mudança de prescrição, todavia, o participante não destaca se sua experiência com a medicação foi considerada pelo prescritor.</p>

EIXO TEMÁTICO III: Continuidade do tratamento medicamentoso

As narrativas selecionadas para compor este tema, provocadas pela pergunta “para que você está tomando sua medicação psiquiátrica? ”, tiveram por interesse conhecer o sentido que os participantes atribuem ao uso contínuo de seus medicamentos. As narrativas revelaram sentidos atribuídos para a continuidade do tratamento medicamentoso diferentes daqueles citados no início do uso de psicofármacos. Por exemplo: a continuidade do tratamento foi referida como importante para evitar o mal-estar experimentado quando não se está sob efeito da medicação, o que sublinha um certo caráter preventivo para justificar o seu uso. Esse caráter preventivo também foi percebido quando a manutenção do uso do medicamento se deu para assegurar que problemas de SM, já experimentados e tratados, retornassem ou se agravassem. Por conseguinte, os participantes atribuíram aos medicamentos psiquiátricos no seu discurso o papel de ajuda necessária para conseguir “viver melhor”.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 3:

QUADRO 3: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático III. Macaé-RJ, 2017 (Continua)

EIXO TEMÁTICO III: CONTINUIDADE DO TRATAMENTO MEDICAMENTOS	
Narrativas	Análise
Mesmo que a experiência com o início do uso do medicamento tenha sido favorável, com a continuidade do tratamento é possível que outras experiências atribuam sentidos diversos à continuidade do uso, especialmente se a pessoa só consegue se sentir bem sob o efeito do medicamento.	
<p><i><u>“Eu tomo porque eu tenho Síndrome do Pânico agora no momento, depois de alguns anos tomando Rivotril, em vez de ficar agredindo as pessoas e comecei a ficar com medo das coisas, do carro, do tal do carro. <u>Se ficar sem tomar o remédio três dias, quatro dias, eu começo a ficar com medo das coisas na rua, não consigo dar nem um passo na rua.... Se eu não tomar o Rivotril, que é o Clonazepam né, eu não saio nem de casa!</u>” (P7-GF1)</u></i></p> <p><i>“Eu temo por que <u>se eu não tomar me dá uma tremedeira, e aí eu tenho que tomar.</u>” (P2-GF1)</i></p> <p><i>Eu tomo por que <u>se eu não tomar eu não consigo dormir</u>” (P3-GF1)</i></p>	<p>A P7 referiu ter iniciado o uso de psicofármaco para “acalmar o surto”, entretanto, com a continuidade do tratamento medicamentoso diz ter desenvolvido “Síndrome do Pânico”, atribuindo novo sentido ao uso do medicamento. O psicofármaco tornou-se, ao mesmo tempo, causa e solução para seu mal-estar.</p> <p>Na experiência das P2 e P3, o sentido para o uso da medicação é evitar o aparecimento de problemas com a falta do uso do medicamento. Ou seja, com a continuidade do uso não foram atribuídos ao medicamento benefícios evidentes ou sentido de ajuda. Contudo, com o uso contínuo a ausência do medicamento produziu mal-estar..</p>
Aqui novamente o medicamento psiquiátrico é tomado como ajuda para o uso problemático da substância álcool, ou seja, evitar o mal-estar que favorece o uso de SPA.	
<p><i><u>“Eu tomo minhas medicações que eu quero fugir da realidade, por que elas me fazem dormir. Estou dormindo muito e estou sem ânimo, tô desanimada, e evita com que eu vá ao primeiro gole, entendeu?” (P5-GF1)</u></i></p> <p><i>“Eu tomo por que eu tenho um descontrole total sobre a vida. <u>Era por princípio mental, aí depois se inicia um ciclo vicioso, o cara é dependente</u></i></p>	<p>Na experiência da P5 dormir sob o efeito do medicamento evita que ela “vá ao primeiro gole”, que no linguajar dos usuários significa recair no uso do álcool. A experiência com o medicamento parece ser semelhante a vivida com o álcool, “fugir da realidade”.</p>

QUADRO 3: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático III. Macaé-RJ, 2017 (Conclusão).

<p><u>tenho que tomar senão faço palhaçada, como alguns já presenciaram, como eu fico estranho. Nessa última “cachaçada,” foi demais, andei caindo por aí, acordei todo quebrado, fui lá no HMP, chamaram né a ambulância pra mim...</u> (P1-GF1)</p> <p>“Pra mim, é para ansiedade e depressão”. (P1-GF2)</p> <p><u>Para ter uma vida melhor né, a partir da convivência com a ansiedade. Se eu convivo bem com a ansiedade, eu faço passo a passo, meu dia passa bem...(…) “...a medicação ela entra pra, naquele momento né, que eu tenho que repousar, eu preciso descansar, né?”</u> (P6-GF1)</p> <p><u>“Para mim foi fadiga, e essa questão de nervo né, quando o nervo ia parecia que tava fritando, a ansiedade era terrível, chegava a fechar a traqueia, ansiedade muito braba, mas o remédio tá me ajudando. Porque o que me ajudava, o que me ajudou, eu entendo que o me ajudava com a ansiedade, era a cachaça, né, então a cachaça saiu e ficou o remédio, e aí (a medicação) ajudou na ansiedade.”</u> (P6-GF2)</p>	<p>No caso do P1, o medicamento continua sendo tomado como ajuda para “ansiedade” e “depressão” que levam ao descontrole. Aqui o sentido é que sem a medicamento fica “estranho” propenso ao uso abusivo de álcool pela dependência.</p> <p>O sentido atribuído ao uso da medicação para P6, é que ajuda a conviver com a ansiedade, conseguir dormir e descansar, conseqüentemente a ter uma vida melhor, ser funcional. O participante utiliza-se da metáfora “nervo fritando” na tentativa de explicar seu mal-estar. A medicação substituiu a “cachaça” que funcionava como remédio.</p>
<p>O medicamento é tomado para que o problema de saúde já tratado não retorne. Com a continuidade do uso outros benefícios foram observados.</p>	
<p><u>“Eu tomo porque se eu parar de beber (medicação), eu volto a ter ataque epilético.”</u> (P8- GF1)</p> <p><u>“É, é pra melhorar dos problemas que eu tava dando (crise convulsiva), ainda mais eu que ando de bicicleta, que tem atividade pesada, altura. E o remédio pra mim me faz bem, faz eu dormir que eu não tava dormindo. Eu tomar esses medicamentos e melhorei bastante, as vezes dava uma recaída (uso de álcool), que todo mundo dá, mas toda vez que eu dou uma recaída se eu tiver o remédio, eu levanto tomo o remédio depois que acaba o efeito, eu levanto que o dia começa normal, eu começo a andar, também não sinto vontade de mais nada, só de comer só.”</u> (P9-GF2)</p>	<p>O sentido aqui para o uso do psicofármaco são as crises convulsivas. Na experiência do P8 há o receio de que sem a medicação o problema que cessou possa retornar.</p> <p>Para o P9, o medicamento que começou a ser tomado por conta das crises convulsivas, ou “alcoólística” como ele nomeou anteriormente, tem também a função de ajudar a dormir melhor e auxiliar na recuperação quando acontece alguma recaída do uso de álcool.</p>

EIXO TEMÁTICO IV: Relação com os efeitos dos medicamentos psicotrópicos

Este tema foi dividido em quatro subeixos relacionados com a experiência dos participantes com os efeitos de seus medicamentos psiquiátricos: se os medicamentos fazem o efeito esperado, se acontecem efeitos que não são esperados, o que fazem em relação a estes efeitos não esperados e se sabem porque estes efeitos acontecem.

A maioria dos participantes afirmam que seus medicamentos fazem os efeitos que esperam, no entanto, tais efeitos, que são interpretados a partir da própria experiência de uso, surgem relacionados a manterem-se em funcionamento na vida, conseguir dormir, sair de casa, controlar melhor o uso de SPA, ou seja, seu uso é tomado como promotor de qualidade de vida, uma vez que a falta da medicação produz desconforto. Nesse sentido, as narrativas sugerem que o saber próprio, poucas vezes é considerado ou discutido com o prescritor, nos dando um panorama de como os participantes lidam com os efeitos de seus medicamentos, aumentam, diminuem ou suspendem os remédios a partir de suas próprias experiências.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 4:

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continua).

EIXO TEMÁTICO IV: RELAÇÃO COM OS EFEITOS DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	
Primeiro subeixo: se o medicamento faz o efeito esperado	
A experiência narrada sugere que o efeito esperado pode ser experimentado mesmo quando atribuem ação limitada ao medicamento. As narrativas também mostram que os efeitos são experimentados de forma singular, o mesmo remédio produz experiências diferentes para cada participante.	
<p><u>“Pra mim faz, eu tomo Diazepam e tomo todos os outros, eu tomo todos os dias.” (P2-GF1)</u></p> <p><u>“Se eu não tomar o Rivotril, que é o Clonazepam né, eu não saio nem de casa...”</u></p> <p><u>“O remédio, o remédio ele faz com que eu possa viver a vida, não que eu pare de beber, não que não vai ter insônia, o remédio age no meu cérebro pra eu poder viver e sair de casa e fazer as coisas que tenho que fazer, senão eu não consigo me mexer, entende? Algo acontece no meu cérebro que eu não consigo me mexer se eu não tomo a medicação. (P7-GF1)</u></p> <p><u>“A medicação que eu tomo, fluoxetina e carbamazepina de manhã, pra me deixar menos ansiosa, não faz efeito. Mas o que faz efeito pra mim é o Clonazepam a noite e o Carbolitium, que tá fazendo efeito, tá. Mas mesmo assim eu acordo antes da hora, entendeu?” (P5-GF1)</u></p> <p><u>Quando eu usei Carbamazepina, foi pra reconstruir o meu humor, estava precisando de humor, eu tava numa tristeza profunda. Eu não sei nem se é esse o nome, mas eu recaio na tristeza, aí me dá uma tristeza do cacete, entendeu? Então, a Carbamazepina, esses dias, até, eu ganhei do P9, não sei se você lembra, o P9 me deu Carbamazepina, eu usei a Carbamazepina, eu, porra, achei legal.... Aí eu, aquilo me confortou pra cacete, né rapaz? Me deu uma certa, um humor legal, eu sempre gostei de humor, eu sempre gostei de ser comunicativo, de ser, sabe, uma pessoa que entrava na vida do outro pra poder acrescentar né.”P6-GF1)</u></p>	<p>A expectativa da P7 com o efeito dos seus medicamentos não é apenas o tratamento do sintoma, mas conseguir viver melhor, ter qualidade de vida. Esta narrativa sugere que mesmo que o medicamento não impeça a “insônia”, ou “parar de beber”, efeitos positivos podem ser atribuídos a ele, tais como “sair de casa”, “viver a vida”, “fazer as coisas”. O efeito negativo do não uso também foi sublinhado seguido da explicação de que algo acontece no seu cérebro se não usar seu medicamento.</p> <p>A experiência com o uso da medicação psiquiátrica é singular, o efeito do mesmo medicamento é experimentado de formas diferentes por cada usuário. Na experiência do P6, o uso da Carbamazepina foi satisfatório, o que não se confirma na experiência da P5. Foram observadas também expectativas diferentes para o mesmo medicamento. P5 espera que o remédio a ajude com a ansiedade e o P6 que a medicação promoverá a restituição do humor e bem-estar.</p> <p>A narrativa de P6 revela também como o participante significou a palavra humor, que provavelmente lhe foi apresentada a partir da categoria diagnóstica transtorno de humor. A categoria humor surge em oposição a tristeza. É a partir desse quadro</p>

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

	<p>de referências que ele valoriza positivamente a Carbamazepina, medicamento que descreve como aquele que lhe restituiu o humor perdido com a experiência de tristeza.</p> <p>P6 nos permite ainda conhecer um outro aspecto da experiência do uso dos medicamentos neste cenário: a troca de medicamentos entre os usuários e como tal gesto é vivido como ação de cuidado entre pares (“o P9 me deu carbamazepina...porra, achei legal...me confortou para cacete...”).</p>
<p>O tema promoveu nos participantes uma reflexão sobre suas expectativas quanto aos efeitos e os limites da ação do medicamento, principalmente em relação a ansiedade e a insônia.</p>	
<p><i>“A minha perda de sono é crônica, a noite eu fico a noite toda acordado.” (P1-GF1)</i></p> <p><i>“Muita gente tem insônia né, a maioria do ser humano tem. Até quem toma remédio tem insônia.” (P2-GF1)</i></p> <p><i>“É, o remédio não tira insônia não, o remédio ajuda a viver a vida.” (P7-GF1)</i></p> <p><i><u>“A minha insônia tá relacionado com minha falta de trabalho, minha falta de dinheiro...(...) ... porque o Clonazepam, ele chega em determinado momento que ele me faz acordar cedo...(...)...4:00, 5:00 da manhã eu estou acordada pensando nos meus recalques, entendeu? Nas minhas frustrações, e isso me deixa muito cansada, e eu não tenho como, como ter forças e reagir a isso.” (P5-GF1)</u></i></p> <p><i>“...eu acordo 4:00, 5:00, e eu fico assim “poxa, tá demorando pra chegar o dia”, aí parece que, parece que eu estou esperando alguma coisa acontecer, e aí eu tô necessitado de que a hora passe mais rápido, e é uma, conviver com isso né, cara, viver com isso aí.” (P6-GF1)</i></p>	<p>O diálogo aqui apresentado, revela o entendimento dos participantes quanto aos limites da ação medicamentosa sobre o mal-estar cotidiano, ou seja, falta de dinheiro, trabalho e outras preocupações, que não podem ser enfrentados apenas com a medicação, podendo também favorecer o aparecimento da insônia, por exemplo. Mais adiante, os participantes falarão sobre alternativas não medicamentosas, utilizadas para lidar com problemas que não respondem à medicação e também aos efeitos adversos.</p>

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

EIXO TEMÁTICO IV: RELAÇÃO COM OS EFEITOS DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS Segundo subeixo: se acontecem efeitos que não são esperados	
O reconhecimento dos efeitos indesejados dos medicamentos, se dá a partir da experiência corporal, sendo a perda de memória o efeito adverso mais comum atribuídos aos medicamentos.	
<p><u>“Comigo acontece com Risperidona e Carbamazepina, eu não tomo Risperidona, porque não tem como eu tomar Risperidona. O Carbamazepina, se eu tomar demais ele, conforme o médico passou pra mim, eu não faço nada da minha vida. Dá embrulho no estômago, vontade de vomitar. O Rivotril faz efeito direitinho, mas o Carbamazepina pra mim! É, até abaixa um pouquinho a minha “bola”, né. Eu tenho mania de falar alto, mas depois meu corpo... não faz bem. Vamos lá, Carbamazepina, Risperidona que é a nova formula do Haldol, não me faz bem, ponto!” (P7-GF1)</u></p> <p><u>“...o que essas medicações fazem, é perda de memória, eu perco a memória, eu esqueço. Por exemplo, às vezes eu estou lendo um livro, que eu adoro ler, eu as vezes começo um livro e tenho que voltar, entendeu, pra me lembrar de tudo que eu tinha lido. Os poemas que eu li eu esqueço, entendeu, e que tem outros fatores que contribuem também, me engorda, me deixa inchada, me deixam feia, entendeu pior do que o álcool. E se eu misturar com álcool eu fico mal, entendeu?” (P5-GF1)</u></p>	<p>Os efeitos indesejados apontados pelos participantes são:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Perda de memória – Ganho de peso – Inchaço, – Embrulho no estomago e vontade de vomitar” – Tremor – Dor de cabeça <p>A partir da experiência corporal vivida com o efeito não esperado do psicofármaco, “embrulho no estômago, vontade de vomitar, a P7 toma a decisão de não usar a medicação conforme foi prescrita e até mesmo suspende-la.</p>

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

<p><i>“Eu tenho perda de memória, e tremo, e engordei muito também.” (P10-GF1)</i></p> <p><i><u>“Eu acho que a gordura também porque eu engordei depois que passei a tomar o remédio, engordei 20kg.” (P3-GF1)</u></i></p> <p><i><u>“O meu eu comecei a tomar diazepam, mas o diazepam tava me acostumando muito. Tinha um remédio que eu tava tomando ele, diazepina, aquele amarelinho? Amiprictilina, esse remédio que ele falou, tava me dando dor de cabeça, aí a doutora pegou e trocou, aí trocou por aquele outro (Carbamazepina), aquele que eu te dei, aí to conseguindo dormir, consigo relaxar.” (P9-GF2)</u></i></p> <p><i><u>“Quando a gente tinha assistência médica aqui, mensal, acho que era mensal, o acompanhamento ajudava na administração da dosagem né, porque a gente falava com o médico e ele fazia algum tipo de alteração e tal, e isso regulava minha medicação, ajudava, conseguia ajudar, porque o próprio médico tinha que saber da gente o que que tava acontecendo com a gente.” (P6-2GF2)</u></i></p>	<p>“Perder a memória, engordar, deixar inchada e feia” são efeitos indesejados dos medicamentos experimentados pela P5, que são descritos como piores do que os efeitos do álcool.</p> <p>Efeitos na memória e no corpo também são experimentados pelas P10 e P3.</p> <p>Na experiência do P9, se “acostumar” com a medicação (tolerância), foi apontado como efeito não desejado.</p> <p>A periodicidade com o prescritor favorece o acompanhamento farmacológico, possibilitando a adequação da medicação como mostram as narrativas dos P9 e P6. Aqui observa-se duas situações, aquela que pôde ser assistida pelo médico e a que não foi, pela falta de acesso ao atendimento.</p>
---	---

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

EIXO TEMÁTICO IV: RELAÇÃO COM OS EFEITOS DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	
Terceiro subeixo: o que fazem em relação aos efeitos indesejados	
<p>As narrativas mostram que a decisão de tomar ou não a medicação, está relacionada também ao custo e benefício deste uso, ou seja, ao impacto negativo, à melhora do sintoma ou do mal-estar. A despeito da importância do medicamento para os usuários, alternativas não medicamentosas são mencionadas para lidar melhor, seja com os efeitos adversos, seja com o sintoma/mal-estar que não sofre ação do medicamento, como a insônia. A maioria dos usuários frente aos efeitos indesejados, altera por conta própria a dosagem da medicação diminuindo a quantidade prescrita ou suspendendo o uso. Já quando o efeito esperado com o uso do psicofármaco não é alcançado (conseguir dormir, por exemplo), aumenta-se a dose prescrita, por vezes, fazendo-se um uso abusivo do medicamento.</p>	
<p><i>“Eu estou usando uma técnica que sempre me ajudou, eu não uso nada que possa aliviar minha memória, <u>eu estou memorizando telefone, memorizando endereço, eu estou usando minha memória a trancos e barrancos, porque me disseram que, que seria legal...(...) Eu estou usando isso como uma técnica pra poder manter a minha memória viva.</u>” (P6-GF1)</i></p> <p><i>“Eu faço palavras cruzadas, entendeu? Faço, mas afeta minha memória. (...). <u>Eu uso palavras cruzadas, leio livros, vejo filmes, entendeu, vejo novela, todas essas coisas e isso faz com que eu desenvolva minha mente, senão eu durmo.</u>” (P5-GF1)</i></p> <p><i>“Olha, <u>eu procuro relaxar, posição assim espiritual, religiosa, é isso que eu tenho.</u>” (P1-GF1)</i></p> <p><i>“Aí eu não sei nem o que é inteligência emocional, mas aí eu tenho que usar alguma coisa a meu favor, ou o sono não vai aparecer, <u>ou eu tomo uma chuveirada, eu dou uma volta, rezo um terço, faço alguma coisa, “pra mim” sair daquela zona de desconforto que senão eu não vou dormir, sabe? Porque <u>aí eu leio a Bíblia, eu leio um monte de Salmo, aí me ajuda eu leio uma carta de Paulo.</u>”(P6-GF2)</u></i></p>	<p>Como possibilidade para minimizar os efeitos adversos da medicação (memória) ou para lidar com problemas que não respondem ao medicamento, tais como insônia, várias alternativas não medicamentosas são experimentadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Memorização de endereços e telefones – Relaxamento espiritual – Fazer palavras cruzadas, ler livros, ver filmes e novelas – Rezar terço e ler salmos bíblicos

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

As narrativas a seguir mostram os motivos experimentados que levaram a suspensão do uso	
<p><u>“Eu paro de tomar o remédio...(…)...eu passo mal com Carbamazepina. Eu passo mal com e passo mal sem... (…)...ao invés de tomar duas Carbamazepinas pela manhã, tomo só uma, por que duas Carbamazepina é demais pra mim. Eu não to nem tomando o remédio que o doutor mandou passar pra mim, eu já decidi, quem tá tomando sou eu. Eu não entendo de psiquiatria, mas eu sei o efeito de faz pra mim, e as pessoas a minha volta também, não está me fazendo bem. ”</u> (P7-GF1)</p> <p><u>“Parei com Fluoxetina, me causou impotência. Fluoxetina me causou, já o Diazepam não causa não. Foi isso que me causou, me broxou. ”</u> (P6-GF1)</p>	<p>A partir da experiência com o efeito adverso do medicamento, os participantes declaram alterar a prescrição ou suspender o uso.</p> <p>Entre as experiências de sentir-se mal com a dose prescrita ou sem a medição, a P7 decide por conta própria alterar a dose recomendada e, por fim, suspender o uso do medicamento.</p> <p>O P6, também por conta própria, decide trocar a medicação que lhe causou impotência, por outro que não produz esse efeito.</p>
O diálogo a seguir nos ajuda a conhecer os motivos pelos quais os participantes alteram a quantidade de seus medicamentos.	
<p>P10: <i>Eu aumento!</i> Coordenador: <i>Fala disso um pouquinho então, Patrícia. Você aumenta? E você aumenta porque?</i> P10: <i>Por que eu não consigo dormir com dois, três!</i> Coordenador: <i>E a prescrição é pra dois? Aí você aumenta?</i> P10: <i>É, pra um! Aumento.</i> P6: <i>Você não espera o efeito não?</i> P10: <i>Eu espero, mas não faz efeito!</i> P6: <i>Você já falou com o médico?</i> P10: <i>Já falei, aí ele troca pra dois. Aí eu tomo três, ou quatro.</i> P3: <i>Eu aumento também!</i> Coordenador: <i>Aumentou também? Por que P3?</i> P3: <i>Porque as vezes eu fico sem sono, tomo o remédio e não consigo dormir, aí eu vou lá e tomo mais de novo, aí depois eu fico cochilando durante o dia.</i> P10: <i>Isso acontece comigo também.</i></p>	<p>As narrativas nos ajudam a conhecer o que leva as participantes P10 e P3 a aumentarem por conta própria a prescrição de seus medicamentos para conseguir o efeito desejado, ou seja, conseguir dormir.</p> <p>Na experiência da P2, só aumentado a dose do medicamento resolve seu problema.</p> <p>P6 relata que ambas alternativas – aumentar ou reduzir a dose do medicamento – podem oferecer problemas, e reflete se diminuir ao invés de aumentar por conta própria a quantidade de medicamento, pode ser menos arriscado. Aumentar a medicação é comparado ao abuso de SPA.</p>

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

“Eu aumento a dose, diminuir aumenta o meu problema. Eu tomava 4 Diazepam de 10 por dia, agora que eu estou com problema de saúde grave, eu passei a tomar dois só por dia, mas não faz nem cosquinha.”
(P2-GF2)

“A única coisa que eu fiz até hoje com relação a efeito de medicação foi pra diminuir a dose, não pra aumentar, nunca aumentei por minha conta, nunca. Eu considerava uma recaída até na programação de ficar limpo, usando medicação é ficar limpo, se eu aumentasse a dose, tá entendendo? Porque diminuir já não é certo, eu teria até que falar com o médico primeiro pra diminuir. Só que no meu entender, seria menos danoso, entendeu? Eu correria menos risco, eu diminuindo no caso da, da medicação, nem sei se eu to certo não, porque, eu poderia diminuir e arrumar problema pra mim entendeu?” (P6-GF2)

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

EIXO TEMÁTICO IV: RELAÇÃO COM OS EFEITOS DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	
Quarto subeixo: conhecimento sobre porque esses efeitos acontecem	
O conhecimento sobre os efeitos dos medicamentos, inclusive os indesejados, se dá a partir da experiência de uso e do senso comum, quase sempre sem qualquer diálogo sobre eles com os médicos ou equipe, sendo diversos os sentidos atribuídos aos efeitos adversos dos medicamentos.	
<p><i>“O costume, aí fica dependente. (...) “Eu acho que deve acontecer por que a gente toma a medicação, usa droga, toma bebida alcoólica, já junta com o efeito do remédio, aí vem a recaída. Atinge a memória, eu acho que é isso...”</i> (P2-GF1)</p> <p><i>“Porque são remédios fortíssimos, pro cérebro, pro corpo, fortíssimos. ”</i> (P2-GF2)</p> <p><i>“...aconteceram certos problemas aí né, eu fui pro hospital e lá o psiquiatra me passou medicamentos, <u>são muitos medicamentos</u>. ”</i> (P1-GF1)</p> <p><i>“Eu acho que no meu caso é porque eu uso álcool”.</i> (P5-GF1)</p> <p><i>“Eu não sei se é insônia, eu sei que rompeu aquela paz, aquela tranquilidade...(...) Nem a medicação faz efeito nessa hora, quer saber! ”</i> (P6-GF1)</p> <p><i>“Carbamazepina faz efeito pra mim sim, mas faz efeito colateral no dia seguinte, mas a noite se eu tomar eu apago e durmo muito bem. O efeito colateral no dia seguinte é horrível, é um enjoo, uma sonolência. Ontem eu dormi a noite, parece que eu não dormi. ” (...).“O médico não explica, ele fala que tem que tomar e acabou! (...). É um absurdo a psiquiatria da os mesmos remédios pra todo mundo igual. Ainda hoje, em 2017, a psiquiatria dá os mesmos remédios pra todo mundo igual. ”</i> (P7-GF1)</p>	<p>São diversos os sentidos atribuídos para os efeitos não esperados dos medicamentos psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ser efeito colateral do medicamento – Resultado da interação dos medicamentos com as SPAs – Serem muitos medicamentos – Serem medicamentos “fortíssimos” para o cérebro e para o corpo – Limite do alcance dos efeitos da medicação – Falta de uma substância no cérebro que o medicamento vai suprir – Serem dados os mesmos “remédios” para todo mundo. <p>Há queixas da P5 em relação ao médico que não explica os efeitos da medicação, e em relação ao tratamento medicamentoso ser igual para todos, sem que haja uma atenção do médico para a diferença do efeito em cada um.</p>

QUADRO 4: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático IV. Macaé-RJ, 2017 (Conclusão)

<p><i>“Uma vez me disseram que essas são substâncias que eu não tenho, que a medicação vai suprir a falta dessas substâncias químicas que eu deveria ter, que eu tinha, não sei como é a história, e que essa medicação, quando eu recebo ela no meu organismo, ela vai produzir o que tinha que ser feito pelo que tá faltando né, ela vai lá e faz. ” (P6-GF2)</i></p>	<p>A narrativa do P6 refere o efeito químico do medicamento no cérebro e explicita explicação relativamente comum entre demais participantes: o medicamento supre a falta de uma dada substancia no cérebro, a repõe, como já mencionado anteriormente pela P5.</p>
<p>O uso de <i>cannabis</i> é apontado pelo participante como um calmante natural (remédio), sugerindo sua liberação para finalidade medicinal, pois sendo uma substância proibida traz consequências legais.</p>	
<p><i>“Há eu posso falar uma coisa? Eu sou a favor que eles liberassem a cannabis porque ela tem um extrato de “olhinho” nela muito boa, é um calmante muito natural. Quando eu fumo maconha eu não preciso nem tomar remédio, eu durmo a noite inteira, como bastante, fico feliz, alegre e satisfeita. Eu sei que o efeito, com o passar dos anos, a gente perde a memória de criança, de adolescente, com o passar dos anos com a idade da gente. Mas eu fumo muita maconha até hoje, eu estou com 48 anos de idade, mesmo tomando remédio, mas eu acho que deveria ser liberado pra caso médico. É um calmante muito natural, muito bom. ” (P2-GF1)</i></p>	<p>A narrativa da P2 revela o uso de <i>cannabis</i> como “remédio”, ou seja, a participante experiencia o que chama de “efeito medicinal” desta substância – dormir a noite toda, ficar feliz, alegre e satisfeita - efeito, para ela, tão eficiente quanto dos psicofármacos.</p>

EIXO TEMÁTICO V: Psicofármaco e tratamento para o uso de álcool e drogas

Os sentidos e expectativas dos participantes com o uso de medicamentos psiquiátricos apresentaram-se direta ou indiretamente associados ao uso problemático de SPA, durante toda a entrevista dos GFs, como já demonstrado nas narrativas anteriores. Revelam assim, a importância que os participantes atribuem à terapêutica medicamentosa no contexto do tratamento dos problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas. No entanto, as perguntas para essa temática interrogaram mais diretamente sobre a ajuda dos medicamentos nas questões do uso de álcool e drogas, como os usuários usam o medicamento quando usam SPA e quando foi a última vez que usaram SPA e psicofármacos.

As narrativas sugerem que mesmo reconhecendo os limites da ação dos medicamentos em relação ao que se espera deles, há uma expectativa de que seu uso possa inibir a vontade de usar substâncias. Em outras narrativas, as expectativas referem-se mais a problemas cotidianos, ou seja, que a medicação possa aliviar o mal-estar cotidiano, não sendo, assim, necessário fazer uso de SPA. A seguir foram destacadas narrativas que ilustram como esta experiência foi relatada pelos participantes da pesquisa, revelando a complexidade do tratamento farmacológico no contexto de uso problemático de álcool e drogas.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 5:

QUADRO 5: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático V. Macaé-RJ, 2017 (Continua).

EIXO TEMÁTICO V: PSICOFÁRMACO E TRATAMENTO PARA O USO DE ÁLCOOL E DROGAS	
Indagados se o medicamento psiquiátrico ajuda nas questões do uso de álcool e drogas, todos os participantes dizem experimentar o tratamento medicamentoso como ajuda para as questões do uso de SPA. Entretanto, as narrativas apontam o reconhecimento dos limites da ação do medicamento em relação a esse aspecto, ou seja, as narrativas sugerem que o uso de SPA passa também por uma escolha pessoal sobre a qual a medicação não tem ação. Novamente aparece a necessidade de que sejam considerada a singularidade de cada um no processo de cuidado.	
<p><i>“Pra mim a psiquiatria não adianta, ela só atrapalha cada vez mais, porque não avança as pesquisas, não avançam. <u>Eles não querem saber como um age, e como o outro age, conforme o mesmo medicamento. O médico não tem tempo pra isso. Cada um (usuário) reage de um jeito.</u>” (P7-GF1)</i></p> <p><i>“Concordo com a P7, porque <u>as medicações que os psiquiatras dão pra projeto de redução de danos, são iguais. Carbamazepina, Fluoxetina, Diazepam, Clonazepam, entendeu. São os remédios que a Rede oferece, a rede oferece isso, mas que em alguns casos não funciona.</u>” (P5-GF1)</i></p> <p><i>“...a medicação ela não conseguiu fazer o que eu queria que ela fizesse. Primeiro que ela não tem poder pra isso, e segundo que a decisão é minha. <u>Eu gosto do que faço, eu volto aos meus velhos hábitos, com muita facilidade eu volto aos meus velhos hábitos, e a medicação foi apenas uma experiência. Eu agradeço a Deus, a medicação e ajuda do acompanhamento dos profissionais por estar me trazendo vivo até hoje.</u>” (P6-GF1)</i></p>	<p>As participantes P7 e P5 apontam como uma falha da psiquiatria, a prescrição dos mesmos medicamentos para todos, sem uma escuta diferenciada para as questões singulares de cada usuário.</p> <p>A narrativa da P7 destaca a importância da psiquiatria ter um olhar diferenciado para o efeito singular da medicação em cada usuário.</p> <p>A P5 chama atenção sobre serem os mesmos medicamentos prescritos, independente da indicação de uso (transtorno mental ou redução de danos) e de seus efeitos para cada usuário.</p> <p>A narrativa do P6 aponta para o limite da ação do medicamento em relação ao que se espera dele, referindo-se a sua relação com SPA ser também a partir da sua decisão, admitindo voltar aos seus velhos hábitos por uma escolha pessoal, porque gosta. Comenta a importância de outros recursos - como a religião e o acompanhamento no CAPS - como ajuda nesse processo.</p>

QUADRO 5: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático V. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

Há uma expectativa dos participantes de que o medicamento psiquiátrico possa inibir a vontade de usar substâncias, sobretudo do álcool, porém, relatam ser difícil controlar os impulsos que acabam levando a episódios de uso intenso de SPA mesmo com o uso da medicação. Diante das frustrações e decepções do cotidiano, a medicação oferece conforto, por vezes não sendo necessário usar drogas.

“É, porque só em perder a vontade de usar droga com a medicação, já é um grande benefício. Mesmo porque a medicação não me coloca em risco, o uso de droga me coloca em risco. A medicação não me dá comportamento bizarro, não dá, dificilmente, a não ser que eu misture né, vou tomar Diazepam com cachaça, vou fazer uma bagunça aí, já usei droga, aí eu considero que eu usei uma droga perigosa. Mas o que eu quero dizer, é que o efeito que me dava era não necessitar de, de usar droga, entendeu? Tipo, o próprio fato de ficar mais calmo, né, mais paciente, entendeu? Aí vem uma frustração, vem uma decepção, as vezes vive um momento com a expectativa, mas aí eu tenho a medicação, então ela, ela dá um certo conforto nessas horas, entendeu? Eu não vou, vou subir morro, não vou atrás de nada pra, pelo menos pra mim durante todo esse tempo, foi 13 anos que eu, que eu fiquei limpo, depois da internação, e me ajudou pra caramba nesse sentido, não é? A te para lidar com as pessoas, sabe, fiquei menos agressivo, entendeu?” (P6-GF2)

“Ajuda. Ajuda muita coisa. Quando eu estou tomando o medicamento não penso em cachaça, não penso em nada, não dá convulsão, eu durmo, as vezes eu durmo tranquilo, faço as coisas, o corpo tá legal.” (P9-GF2)

“Ela ajuda a evitar o álcool, que eu sempre tomo remédio de

Adota-se como estratégia suspender o uso do medicamento para se fazer uso de SPA. Mesmo reconhecendo a dificuldade de controlar os impulsos, aposta-se no tratamento farmacológico, assim como também outros recursos, para lidar com as questões com o uso de SPA, fazendo escolhas que possam ajudar. Observa-se novamente o medicamento psiquiátrico sendo usado para lidar com as questões do cotidiano.

A expectativa de P6 é que o medicamento conforte frustrações cotidianas, não sendo necessário usar droga. O sentido atribuído ao medicamento é que, diferente das SPAs, não altera o comportamento (“não dá comportamento bizarro”), não coloca em risco, acalma, deixa mais paciente, menos agressivo.

Na experiência dos P9 e P8, o uso de psicofarmacos ajuda a evitar o uso de álcool.

Para P2, o uso de psicofarmacos não evita episódios de uso de álcool e drogas, ocorrendo uso concomitante de medicamentos e SPA, mas ainda assim ajuda a acalmar.

QUADRO 5: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático V. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

manhã, e a noite, e a noite quando da vontade de eu ir no bar, aí ele corta, fica em casa, deitado na cama, abre mão de ir no bar. ” (P8-GF2)

Eu, de vez em quando, tomo os remédios, todos os remédios, aí eu fico com uma raiva, com ódio de alguma coisa, algum problema que tá acontecendo, depois que eu tomei o remédio, eu já tinha tomado, aí eu vou pro bar e “encho a cara”, aí resolvo tudo que tem pra resolver. ” (P2-GF2)

E o que isso quer dizer então P2? Que ajuda ou que não ajuda?

“Ajuda assim, mais ou menos. Ajuda assim, igual os outros falaram, né, ajuda assim, relaxa, acalma, descansa, no meu caso se eu tiver que sair pra beber, não ajuda em nada. ” (P2-GF2)

Isso acontece com mais alguém?

Não, porque se eu tiver que usar alguma coisa, tipo sair pra beber cachaça, fazer doideira, eu prefiro não usar medicação nenhuma. (...) “É porque é incontrolável né? Aí, porque eu tô num tratamento, eu vou usar meu remédio, isso é claro, tá entendendo? Mas pode ocorrer esse acidente, mesmo com a medicação... Agora, tipo, se eu tô tomando o remédio, se eu estou com vocês, se eu tô fazendo reunião, porque é difícil né, acho que é difícil, mas é um milagre de cada dia né... vou abrir mão de uns grupinhos de rua, vou abrir mão de umas coisinhas pra poder ajudar a medicação, porque ela sozinha..., ela tem que ter a minha participação né? (...) Eu tenho que estar na igreja, na pastoral, aqui com vocês, entendeu?(P6-GF2)

QUADRO 5: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático V. Macaé-RJ, 2017 (Continuação).

Quanto a usarem medicamentos e SPA concomitante, a maioria dos participantes relata suspender o uso do medicamento durante os episódios de uso substâncias. Outros, porém, dizem continuar usando seus medicamentos, mesmo quando fazem uso de SPA. Há relatos também de episódios de uso concomitante do medicamento e da SPA que tiveram como consequências a piora do estado geral, com risco de complicações clínicas pelo quadro de intoxicação aguda. Os psicofármacos ganham novo sentido quando utilizados para restabelecimento e tratamento dos sintomas de intoxicação e abstinência, após episódios de uso intenso de SPA.

“Eu uso normal só no caso que eu contei mesmo. Mas fora disso eu tomo normal meu remédio. Se eu for sair e chegar de madrugada, até pra passar o efeito da droga eu tomo o remédio de manhã. O corpo pede o remédio, ou você toma o remédio ou você pode morrer de overdose, tem que escolher. Já foi parar várias vezes no HPM de manhã, com overdose.” (P2-GF2)

Eu evito tomar, se misturar os dois geralmente vai dar problema. ” (P1-GF2)

se eu tô tomando minhas cachaças, eu não tenho problema pra dormir tomando minhas cachaça, não tenho problema pra dormir, eu não tenho problema nem de ansiedade.

[...]

Eu só não bebo cachaça porque cachaça é uma bebida, eu chamo de Lágrima do Capeta aquilo, porque ela é degradante, ela tira o ânimo completamente, eu fico num estado deplorável, não tenho vontade de fazer nada, entendeu? Já o Diazepam não cara, o Diazepam eu tomo, eu durmo, descanso, eu fico calmo, né? Agora se eu usar e beber minhas cachaça, eu não uso o Diazepam,..” (P6-GF2)

No caso da P2, o uso do medicamento é mantido mesmo quando há o uso de SPA. A participante acredita que com o uso do medicamento seja possível evitar overdose por uso de SPA.

Mais uma vez na experiência do P6, o uso de SPA e tomada como “remédio” sendo substituído pelo medicamento em função dos prejuízos decorrentes de seu uso.

Mesmo que suspenso, o uso do medicamento é retomado após episódio de uso de SPA, a fim de tratar os sintomas de abstinência e promover o restabelecimento. Como sugere a narrativa do P9, é a partir da teoria que construiu como forma de explicar sua experiência, que o participante decide quando suspender e quando retomar o uso de seus medicamentos.

QUADRO 5: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático V. Macaé-RJ, 2017 (Conclusão).

“Eu sou desses, se eu tiver de beber, uma bebida, cachaça, cerveja, eu paro meu medicamento, deixo ele lá no canto. Se eu beber uma semana, se ficar uma semana bebendo direto, quando o corpo começa já dar aquele, a mão começa a ficar tremendo, aí eu dou uma segurada, mas não tomo o remédio. Deixo primeiro passar, vou comer alguma coisa, tomar um líquido pro corpo receber o remédio né. Depois, quando eu tomo o remédio, aí vou tomar os remédios, aonde que o remédio vai, vai limpando, fazendo o procedimento dele. Aí se eu beber cachaça e beber remédio, ele não vai matar, ele vai fortalecer. Igual Diazepam “aí eu vou morrer”, não, é o contrário, cachaça corta o remédio, porque a cachaça o próprio coração joga pro cérebro, é igual bateia, ele não joga sangue pro cérebro, ele joga álcool, que é aonde a gente entra em convulsão, a gente dá ataque epilético, delírio alcoolista, você vê fantasma, acorda espantado pensando que os outros querem te matar. Isso é do álcool, mas depois que você começa a tomar o Diazepam com o corpo limpo, aí entra pro sangue e o coração começa a bombear pro cérebro, aí é onde você fica relaxado, aí você dorme e fica tranquilo.” (P9-GF2)

EIXO TEMÁTICO VI: Relação com o médico prescritor

Este tema teve o interesse de conhecer a relação dos participantes com o médico prescritor, se durante os atendimentos costumam conversar sobre seus medicamentos e sobre o uso de álcool e drogas. Diante das dificuldades que a saúde mental do município de Macaé vem enfrentado com a escassez de médico psiquiatra nos equipamentos de saúde, no período de escritura desse trabalho (anos de 2016/17/18), buscou-se conhecer como isso afeta o cuidado para os usuários do CAPS ad.

As primeiras narrativas dos usuários sobre sua relação com o prescritor, surgiram de forma espontânea ainda nos temas anteriores, onde a questão aparece como queixa de falta de informação sobre os efeitos do medicamento psiquiátrico. Historicamente a relação do médico como paciente é marcada pela ideia de que o conhecimento médico estaria acima do saber construído por aqueles que vivenciam a experiência do adoecimento e usam os medicamentos psiquiátricos. A seguir serão apresentadas narrativas dos usuários e suas formas de interpretar a relação com o médico prescritor.

A apresentação dos recortes das narrativas e às análises deste eixo temático serão apresentadas abaixo no quadro 6:

QUADRO 6: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático VI. Macaé-RJ, 2017 (Continua).

EIXO TEMÁTICO VI: RELAÇÃO COM O MÉDICO PRESCRITOR	
<p>A respeito de conversar com o médico prescritor sobre a medicação, a maioria dos participantes alega que costuma falar, na medida que conseguem, sobre seus medicamentos como médico, relatando como estão se sentindo. Entretanto, o sentimento de não ser escutado, não ter sua experiência considerada e diferenciada das outras, e o seu saber próprio levado em conta, são questionamentos de alguns participantes.</p>	
<p><i><u>“Quando o médico passa o remédio pra você, ele não tem tempo de escutar o que você está sentindo. Então o médico acha que ele conhece e sabe tudo, e quer uma cobaia, mas ele não sabe de nada, já que ele estudou mestrado, ele sabe mais que você que está tomando o remédio. No caso do paciente psiquiátrico, quem está passando mal? Sou eu quem estou passando mal, não é ele que é médico. Ele estudou, talvez mais que eu, que eu não sei nada, mas e daí? Quem toma o remédio sou eu. É interessante porque ó, a P 10 não dorme com o efeito do remédio que passaram pra ela, o mesmo remédio. Já eu durmo até demais e passo mal. Ai não dá certo, saúde mental de psiquiatria, do médico psiquiatra, de achar que todo mundo é igual. Ele não está escutando!” (P7-GF1)</u></i></p> <p><i><u>“É, o psiquiatra não te escuta, pode ser qualquer um, a Dr. D, Dra. L. Acham que já estão acostumados com aquele tipo de medicação, então eles generalizam, e nem sempre o que é bom pra mim, é bom pra P8, é bom pra P7” (P5-GF1)</u></i></p> <p><i><u>“Quem vai te escutar é o psicólogo, o psiquiatra, por exemplo, na minha experiência, existe um processo chamado racionalização. É muito difícil pra eu identificar o meu sentimento, mesmo quando eu penso que estou sentindo alguma coisa, vale uma avaliação, vale uma reflexão. Não é por conta de: há! o médico não tem interesse, ele tem, eu não to defendendo eles não, to só dizendo que quando eu estou no médico eu digo assim: é dureza né doutor? Porque, ele me dá a ajuda que ele tem e eu tenho que passar pra ele. Eu racionalizo, sinceramente, eu não sei o que eu estou sentindo.” (P6-GF1)</u></i></p>	<p>A queixa das P7 e P5 reaparece nesse tema. Têm a experiência de não se sentirem ouvidas naquilo as diferenciam dos demais usuários, ou seja, de não terem seus próprios conhecimentos vividos considerados pelo prescritor.</p> <p>Na experiência do P6, a relação com o médico deve ser mais “racionalizada”, já que, identificar o próprio sentimento é difícil devendo então ser realizado com outro profissional não médico. Seu entendimento é de que o psicólogo estaria mais preparado para escutá-lo, cabendo ao prescritor apenas o saber médico.</p>

QUADRO 6: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático VI. Macaé-RJ, 2017 (Continuação)

<p><i>Eu falo com ele, explico para ele sobre o que tá acontecendo, tanto ele quando ela, eu converso com ela que as vezes tem remédio de me ajuda, e que o remédio que ela me deu não estava adiantando pra nada. Eu tomava ele e não dormia, eu ficava olhando pra parede e não dormia. Agora o Diazepam não, ela passou de 10mg, e eu tô achando que ele é fraco ainda pra mim, tem que passar um mais forte pra eu poder dormir. Mas mesmo assim ela não vai querer passar muito alto, porque eu não posso acostumar o cérebro com o Diazepam direto, se eu acostumar ele com o Diazepam direto eu vou ficar tomando direto pra dormir” (P9-2GF2)</i></p> <p><i>“Eu costumo conversar, só não consigo falar o nome do remédio todo, tá bem?” (P8-2GF2)</i></p> <p><i>“...tem que falar tudo né, ou pelo menos o que eu consigo né, eu falo o que eu consigo, eu tô assim, tô assado, entendeu? Diminuí a dose porque tava dando exasperação, eu vou conversando e vou dizendo ó, não tô me sentindo bem, tem horas que eu não me sinto bem, tô acordando mal. Mas falo também de coisa boa né, tipo, conseguir dormir cedo, entendeu?” (P6-GF2)</i></p>	<p>Para P9, falar com o prescritor sobre como se sente com seus medicamentos o ajudou a considerar melhor a prescrição médica, mesmo achando o remédio fraco.</p>
<p>A respeito de conversar sobre o uso de SPA, os participantes também declaram conversar com o médico, inclusive sobre a experiência com o uso de <i>cannabis</i>.</p>	
<p>“<u>Às vezes eu falo com ele ó, bebi.</u> Nessa última convulsão que tive <u>eu cheguei e falei mesmo: Dra. eu bebi e cheirei cocaína,</u> ai ela falou “eu não sei como você não teve um AVC, foi muita sorte. Ai me levaram pro pronto socorro lá do Aeroporto (PS psiquiátrico). ” (P9-GF2)</p> <p><i>“Eu converso, tenho que conversar fazer meus “check-up”, tomo vários remédios. Converso sobre tudo, tudo que eu converso com os técnicos aqui do CAPS, com os psicólogos, também converso com os médicos. ” (P2-GF2)</i></p> <p><i>“Sim, lógico. <u>Eu falo muito sobre a maconha, que pra mim é um remédio, eu uso como remédio não é pra ficar doidão não, é pra acalmar.</u> Eu falei pra ele, o melhor remédio do mundo pra mim é a maconha, eu falei, vários psiquiatras falam isso. ” (P1-GF2)</i></p>	<p>No que diz respeito ao uso de SPA, os usuários também declaram conversar com o médico. Essa “conversa” pode se limitar a dizer se usou ou não, ou ainda se o efeito de uma substância é positivo ou não. Exemplo, o uso de <i>cannabis</i> para efeito medicinal, como revela a narrativa do P1.</p>

QUADRO 6: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático VI. Macaé-RJ, 2017 (Continuação)**A respeito da última vez que conversou com médico psiquiatra**

“...vou retomar as visitas, porque aqui a gente não tem médico, porque quando a gente tinha médico aqui, era bem melhor pra gente, Dr. D fazia o grupo, Dr. H muito legal e atencioso, tinha o nosso prontuário na mão, é, entendeu, ali, até pra nós era bom porque a gente sabia como é que a gente tava, né, a gente lembrava, porque ele olhava lá e tal, e, bom! Infelizmente a gente não tem né, mas, esse pessoal da competência aí podia arrumar um jeito de colocar alguém vindo aqui entendeu? Não é porque a gente não quer ir lá não, é porque é diferente, é diferente entendeu? É diferente porque a gente tá acostumado a vir aqui, entendeu? É diferente, se a gente tá acostumado a vir aqui, chega aqui, e a gente tem um serviço completo, é muito melhor. (...)O cara mudou minha medicação lá, Dr. F, mudou a “P” toda, falou: “você é alcoólatra tem que tomar é isso”. (P6-GF2)

“Concordo com o que o P6 tá falando. Eu acharia que no caso, mesmo que o médico não ficava aqui, mas a presença dele pra gente é melhor. Porque a gente as vezes tá sem o remédio, as vezes vamos lá pro Aeroporto, tem que pegar fila, a Dra. as vezes não estava lá, aí você vai falar com outro médico, nem tudo que a gente vai pensar vai falar, fala só duas ou três palavras, ele olha lá e já dá o remédio. É como o P6 tava falando, ao menos ele vir aqui uma vez por mês aqui, pra gente ajuda. (...). Eu só gosto de falar com a Dra. que tá fazendo meu acompanhamento. Tem médico ali naquele pronto socorro ali, que eles olham pra nossa cara e diz, “você é alcoólatra tem que fazer o que a gente fala”, mas não é assim! Acho que o médico, se ele tá vendo que o paciente tá com acompanhamento, ele tem que olhar primeiro o nosso prontuário. De repente ele passar um remédio pra mim que não é o que a gente tá tomando que Dra. Passou, aí mistura com outro remédio. (P9-GF2)

A pergunta sobre a última conversa com o médico, fez com que os participantes comentassem a ausência do profissional médico no CAPS AD e sobre suas experiências com o atendimento médico em diferentes equipamentos de saúde, destacando algumas características dos cuidados recebidos:

- Diferença do atendimento psiquiátrico no CAPS AD, onde se sentem mais acolhidos, para o atendimento em outro serviço de saúde
- Importância do atendimento em grupo
- Importância de terem suas histórias registradas em prontuário no acompanhamento clínico para ambas as partes, médico e usuário
- Comprometimento do cuidado pela dificuldade de acessibilidade e acolhimento, quando se faz necessário procurar atendimento psiquiátrico fora do CAPS AD

QUADRO 6: Apresentação das narrativas e análises das falas do eixo temático VI. Macaé-RJ, 2017 (Conclusão).**A respeito da falta de médico psiquiatra no CAPS AD**

“Ele tem que ter alguma especialidade. Você sabe que o Dr. D tem muita proximidade com nossa dificuldade, entendeu? Agora você vai lá num centro médico, aonde chega quer internar as pessoas lá, ou fazer atendimento de socorro mesmo, e nós que somos acompanhados, que estamos num tratamento de longa duração, que já vem caminhando, caminhando, e você cai numa situação de pronto atendimento, de pronto socorro, existe uma diferença aí significativa, entendeu?” (P6-GF2)

“Pra mim só muda porque facilita o médico estando aqui, muito mais do que estando lá. Porque pra mim torna-se uma dificuldade ter que ir lá pro Aeroporto, entendeu? Quando poderia estar aqui onde eu venho todos os dias, estar aqui onde estamos sendo acompanhado e eu não entendo porque não temos médico aqui, eu não entendo porque. Será que não merecemos? Será que somos tão ruins assim? Não é brincadeira, necessitamos de um médico aqui.” (...) Eu acho que se alguém daqui corresse atrás pra gente ter um médico aqui, nós teríamos, acho que fomos esquecidos nessa parte. Tomamos remédio e só o médico que faz isso, só o médico faz a medicação. (P4-GF2)

“Pode ocorrer do remédio acabar, o que não é legal para quem tá tento que tomar todo dia, ou pra quem tá fazendo essa redução aí, do modo que cada um consegue, né. Eu mesmo já deixei o remédio acabar, entendeu? Eu acho que no entender de muita gente aí, a presença do médico no CAPS, eles tiram o médico do CAPS AD por causa das urgências, que no entender deles aqui não tem urgência nenhuma, acompanhamento não é urgência. Aí, pra efeito de economia, sei lá, eles colocam essa dificuldade pra nós. Como lá é Pronto Atendimento, é Pronto Socorro, até minha ex-mulher ia pra lá de noite porque ela sabia que lá tinha esse atendimento de urgência, lá faz isso, mas o CAPS não é isso. (...) É porque ficou só a atenção do CAPS, o grupo com nosso trabalho entre nós com a ajuda profissional, sua e de vocês profissionais, ficou reduzido a atenção. E se vem a medicação e você (profissional não médico) não pode dar o remédio pra nós, quem vai dar?” (P6-GF2)

O sentido atribuído pelos participantes para a importância do profissional médico no CAPS AD, se baseia no procedimento clínico do acompanhamento psiquiátrico, sendo eles:

- Diferença da clínica psiquiátrica em CAPS, para as outras formas de atendimento (ambulatório e pronto socorro)
- Proximidade do médico “especialista” do CAPS AD com as dificuldades dos usuários a partir do acompanhamento clínico
- Ter acessibilidade e regularidade do acompanhamento psiquiátrico, inclusive quando ocorrem situações de emergência
- Quando houver mudança de procedimento, inclusive a prescrição de novos medicamentos, poder ser acompanhada pelo prescritor sem comprometer a lógica do cuidado
- Há um entendimento de que com a ausência do profissional médico no CAPS AD, possa haver um comprometimento do tratamento farmacológico, visto que só o profissional médico está autorizado a prescrever medicamentos

As narrativas demonstram que os sentidos dados para a ausência do médico no CAPS AD, são tomados como falta de merecimento e reconhecimento dos seus problemas.

4.4 Discussão dos resultados

Dando prosseguimento ao objetivo principal desta pesquisa de “Conhecer a experiência de uso e os saberes próprios dos usuários do CAPS AD – Porto de Macaé/RJ em relação aos psicofármacos”, seguiremos com a discussão a partir da análise das narrativas produzidas nos GFs.

Vale destacar que tais narrativas abrem a possibilidade de investigação de outros temas relevantes para o campo AD como RD, criminalização do uso de drogas, estigma, medicalização e medicamentação. No entanto, no escopo deste trabalho nos dedicamos à experiência do adoecimento.

A perspectiva tomada por este estudo para experiência de adoecimento, parte do referencial teórico da fenomenologia e antropologia médica, apresentado no capítulo 01. Dessa forma, considera-se fundamental para o cuidado oferecido em saúde mental, a escuta dos usuários tendo em vista suas narrativas e seus saberes sobre sua saúde/doença/tratamento (CANESQUI, 2015). Assim, através das narrativas produzidas, esperou-se acessar a experiência de adoecimento dos participantes a partir do contexto sociocultural em que se desenvolvem, acreditando ser a realidade plural, construída mediante as interações dos diferentes grupos sociais (ONOCKO- CAMPOS; et al, 2017).

As narrativas estão para além de uma coleta de dados colocando-se a serviço da construção de interpretações cientificamente validadas, devido sua importância como forma de descrever as experiências vividas, sobretudo com a doença, podendo ainda caracterizarem-se num importante recurso na produção do cuidado (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010). Desse modo, por meio da produção e análise de narrativas, situações de interlocução coletiva, é possível em alguma medida acessar a experiência (LEAL; et al, 2013), nesse caso dos usuários de um CAPS AD, que foi o propósito desta pesquisa.

Embora não tenham sido encontrados trabalhos que tivessem o objetivo de conhecer a experiência de usuário de CAPS AD com psicofármacos, este tema (experiência de uso de psicofármacos prescritos, por usuários de SPA) foi abordado de forma indireta em pesquisas com interesses nas questões relacionadas ao uso de medicamentos psiquiátricos, selecionadas pela revisão bibliográfica realizada. Estes estudos levantaram importantes discussões acerca do uso dos psicofármacos no cenário atual e suas implicações nos cuidados oferecidos em SM frente as

propostas da RPB. As pesquisas nesta seleção de trabalhos, se deram em sua maioria com usuários de saúde mental acompanhados em CAPS SM e AB em saúde. Em número menor, apenas 05 (cinco) trabalhos tomaram como objeto de estudo as questões relacionadas ao contexto AD.

Apresentando vários pontos em comum, as motivações destas pesquisas se elencaram a partir do paradigma da RPB, onde o modelo asilar pautado nas perspectivas biomédicas e nos fenômenos descritivos das doenças mentais, tratadas majoritariamente com psicofármacos, deram lugar a clínica da atenção psicossocial cuja prioridade passou a ser o sujeito e não mais a doença. Todavia, observam que nas questões relativas ao uso de psicofármacos, os medicamentos psiquiátricos, ainda largamente utilizados, envolvem pouco os pacientes e os demais profissionais de saúde, persistindo o modelo médico centrado, mesmo no contexto da clínica da atenção psicossocial (BENINI; LEAL, 2016). Nesse sentido, Paoliello (1999), comenta a crescente perda do interesse pela observação clínica em psiquiatria, o que favoreceria que o ato de medicar se desse sem a consideração do sujeito, reduzido-o assim a um diagnóstico. Nesse ponto, as análises das narrativas de mal-estar, conforme proposto nesta pesquisa, visam conhecer a produção dos modos de representação, percepção e experiência por parte dos usuários e não somente estabelecer classificações ou diferenciações entre as categorias diagnósticas (LEAL; et al, 2013).

Entre os principais pontos da revisão que se confirmaram nesta pesquisa, podemos destacar a observação de haver pouco diálogo sobre medicamentos com os usuários e também entre os profissionais. Conseqüentemente, sublinham a pouca escuta dos significados do uso de medicamentos e da experiência singular dos usuários dos serviços, falta de informação e conhecimento dos usuários sobre seus tratamentos medicamentosos, e a baixa participação destes nas decisões sobre seus tratamentos.

Alguns estudos observam ainda a possibilidade de que problemas psíquicos, não médicos, que fazem parte da singularidade do ser humano, estejam sendo tratados com indicação abusiva de psicofármacos sem que haja questionamento de alternativas terapêuticas que não tomem a medicação psiquiátrica como primeira opção (WELTER, 2012; XAVIER; et al, 2014; BEZERRA; et al, 2016).

Desse modo, se faz importante o investimento no cuidado compartilhado, incluindo-os na tomada de decisão, como possibilidade de contribuir para uma

melhor corresponsabilidade e autonomia dos usuários de medicamentos, podendo, assim, superar práticas terapêuticas medicalizantes, seguindo as diretrizes da RPB (ONOCKO-CAMPOS, 2013; BENINI; LEAL, 2016; JORGE; et al 2012). Vale aqui ressaltar que, autonomia numa condição de saúde deve se construir a partir de uma rede de dependências visando a integralidade não se reduzindo ao adoecimento (TYKANORI, 2015). Sendo então, necessário o compartilhamento das experiências individuais num coletivo grupal que seja promotor de práticas cogestivas entre usuários e profissionais de saúde (JORGE; et al 2012).

Considerando a importância dos medicamentos psiquiátricos no tratamento dos problemas da saúde mental, entre outros temas relevantes, só mais recentemente estudos de narrativas vêm sendo utilizados em pesquisas qualitativas, valorizando os relatos dos usuários sobre suas experiências no processo saúde/doença e tratamento (ONOCKO-CAMPOS, 2017). Nesta pesquisa, buscou-se conhecer melhor este fenômeno, uma vez que há poucos estudos sobre o tema no contexto AD, a fim de contribuir para o desenvolvimento de um cuidado mais próximo da realidade desta clientela.

As narrativas que se produziram foram condensadas em seis temas, e destes foram extraídos fragmentos de fala que forneceram as bases constitutivas para a análise das experiências de uso dos psicofármacos.

O primeiro ponto a ser considerado, sobre o início do uso de psicofármacos, relaciona-se ao percentual de prescrição e o tempo de duração do tratamento medicamentoso entre os usuários do CAPS AD Porto. Os dados apresentados neste estudo corroboram os apontados em outras pesquisas sobre a preponderância do tratamento farmacológico na SM, além do uso prolongado e pouco crítico de medicamentos psiquiátricos (ONOCKO-CAMPOS, 2012; 2013).

No que diz respeito à experiência dos participantes com o início de uso de psicofármacos, seguindo a orientação de Leal e Serpa (2013) que sugerem que o entrevistador estimule os participantes das pesquisas a contar sua experiência por meio da rememoração do ocorrido, o lugar, as circunstâncias, as experiências sensoriais, promovendo uma “fala encarnada”, o sentido mais frequente atribuído para o começo do uso de seus medicamentos psiquiátricos aparece associado ao uso problemático de álcool e outras drogas.

Alguns participantes narram que esse início se deu tanto como ajuda para o uso intenso de substâncias “descontrole”, “excesso”, como para lidar com “mal-estar

psíquico”, “tapar o vazio”, “controlar a ansiedade”. Nessa perspectiva o medicamento é tomado a partir da expectativa de que ajude a mudança do padrão de uso de SPA.

Foram observados dois tipos de expectativas, a de que o medicamento possa agir diretamente ajudando a diminuir ou até mesmo cessar o uso de SPA, ou indiretamente agindo sobre o “mal-estar” que propicia o consumo de SPA. Ainda nessa perspectiva do início do uso, o medicamento também aparece associado a um evento importante na vida, tais como fim de casamento, violência sexual, separação da família e doença mental diagnosticada. Tais eventos são vividos com sofrimento psíquico e para o seu alívio o uso intenso de SPA é alternativa. Desse modo, há uma expectativa do participante que o controle perdido seja recuperado com a ajuda do medicamento.

Por sua vez, quando o início do uso da medicação não esteve diretamente relacionado ao uso problemático de SPA, à “perda de controle” ou no sentido de diminuir ou cessar o uso, mas associada ao tratamento de outros problemas de SM, “epilepsia ou convulsão alcoólica”, “fadiga”, episódio de crise “surto”, a experiência com o psicofármaco foi mais positiva, visto que as expectativas destes participantes foram melhor atendidas.

Algumas narrativas mostram ainda a experiência dos participantes com o uso de SPA como alternativa (remédio) para “acalmar” a “ansiedade” e “insônia”, quando o medicamento prescrito não atende a essa expectativa. Nesse sentido, o uso da substância álcool é experimentado, por alguns dos participantes, como mais eficiente para acalmar, promovendo uma experiência ambivalente com a medicação, uma vez que ambas as substâncias são utilizadas para “tratar” o mal-estar.

Rodrigues (2014a), em seu estudo, salienta que os psicofármacos prescritos não são somente produtores de efeitos terapêuticos benéficos, da mesma forma que as substâncias proscritas (drogas) não apenas produzem efeitos adversos e maléficos na experiência dos sujeitos. A ambivalência narrada pelos participantes, parece estar associada ao fato de encontrarem-se em tratamento para os problemas que experimentam com uso de SPAs, sobretudo com a substância álcool, descrita por eles e pelo sistema como prejudicial. Eles, todavia, não têm com essas substâncias apenas prejuízos, como foi possível observar. A *cannabis* foi considerada “remédio”, como veremos mais adiante, com menos ambiguidade que outras substâncias. Esse ponto nos faz pensar na força que a mídia tem na

formação da opinião e das experiências, já que a discussão da Cannabis está em todos os meios de comunicação.

A experiência vivida pelo usuário com a mudança da medicação, indicam o que comprometeu e o que favoreceu o tratamento medicamentoso quando se fez necessário alterar a prescrição do medicamento. Algumas narrativas dos participantes revelam como a prática médica pouco dialogada, contribui para o desconhecimento sobre o medicamento prescrito, sua indicação e efeitos. Do mesmo modo, se não forem consideradas pelo prescritor e compartilhadas com o usuário as experiências com a medicação em uso, antes de se propor sua mudança, poderá comprometer a continuidade do tratamento medicamentoso conforme prescrito. Dessa forma, o sujeito pode ser levado a decidir por conta própria sobre a continuidade do uso da medicação, apenas a partir de sua experiência com o que lhe faz bem ou mal. Como apontado por Kleinman, Eisenberg e Good (1978), diante de uma divergência entre sua expectativa e a do seu médico, quando não entende ou discorda da lógica do médico, o paciente não segue as orientações e prescrições, podendo acontecer o abandono do tratamento, tendo sido esse o efeito que se produziu na experiência de alguns participantes.

Ainda nesse tema, foi também observado, na experiência de uma participante, que atribuir um sentido próprio ao sofrimento psíquico “problema genético causado pela falta de uma substância no cérebro” (SIC), pode contribuir para melhorar a relação com o tratamento medicamentoso.

A questão da comunicação entre usuários, prescritores e equipe de cuidado são apontados em vários estudos da revisão. Jorge e colaboradores (2012) sinalizam a importância da escuta individualizada, mesmo que em grupo, e da abordagem singular, na melhoria do estado de saúde dos usuários dos serviços e na compreensão do adoecimento. Nesse sentido, a questão quanto ao pouco diálogo nas práticas médicas e de cuidado em SM, perpassaram os temas aqui propostos nos possibilitando conhecer melhor suas consequências em relação ao tratamento farmacológico.

As narrativas revelam que mesmo que a experiência com o início do uso de medicamento tenha sido favorável, com a continuidade do uso de medicamentos outros sentidos são atribuídos ao tratamento medicamentoso. Assim, nas narrativas de alguns participantes, apesar de não serem atribuídos benefícios evidentes ao medicamento no sentido de ajuda, com o uso contínuo a falta do medicamento

produz mal-estar. Nesse sentido, a continuidade do tratamento medicamentoso aparece como importante, na experiência dos participantes, para evitar o desconforto experimentado quando não se está sob efeito da medicação, reforçando a ideia de apenas ser possível sentir-se bem sob efeito do medicamento.

Nesse contexto, reaparecem narrativas que mostram a experiência com o tratamento farmacológico como ajuda para o mal-estar, “ansiedade” e “depressão”. Tais “sintomas”, segundo as narrativas, favorecem o uso problemático de SPA, mas o medicamento ajuda a evitar o uso das substâncias, principalmente o álcool, frequentemente utilizadas como “remédio”. Por conseguinte, atribui-se ao psicofármaco ajuda para conseguir “viver melhor”.

Em outras experiências, são narrados benefícios com a continuidade do uso do medicamento: “ajuda para dormir”, “ajuda na recuperação após episódio de uso de álcool”, “controle das crises convulsivas”. Desse modo, o sentido com a manutenção do medicamento psiquiátrico é assegurar que problemas de saúde experimentados como tratados, não retornem ou se agravem sem a medicação.

Segundo Welter e colaboradores (2012), faz-se necessário compreender como os usuários de medicamentos pensam e sentem sobre seu tratamento e qual sua importância para lidar com os problemas cotidianos, a fim de que se possa construir estratégias de prevenção e cuidado relacionados ao uso contínuo de psicofármacos, desfazendo a expectativa do usuário de que apenas os medicamentos lhes trarão alento e que não ficarão bem sem eles.

Mesmo reconhecendo os efeitos adversos e a limitação terapêutica sobre o mal-estar e o sintoma, o medicamento psiquiátrico é tomado pelos participantes desta pesquisa como promotor de qualidade de vida, visto que a experiência com a suspensão de seu uso traz desconforto. Dessa forma, a maioria afirma que seus medicamentos fazem o efeito que esperam, associando-os a manterem-se em funcionamento na vida. Como afirma Alves (2006) a experiência não se traduz simplesmente nos modos de explicá-la, ela é também “encarnada”. O “corpo vivido”, que não é apenas o corpo observado, é representante das diversas dimensões da vida, inclusive as subjetivas (ALVES; RABELO, 1999).

As narrativas mostram que os efeitos dos psicofármacos são experimentados de forma singular, uma vez que o mesmo medicamento produz experiências diferentes em cada participante, sendo também observadas expectativas diferentes para o mesmo medicamento. Mostram ainda, que o reconhecimento, o

conhecimento e os sentidos atribuídos aos efeitos dos medicamentos, inclusive os indesejados, se dão a partir da experiência corporal vivida e do senso comum (sociocultural). No entanto, o saber próprio poucas vezes é considerado ou compartilhado com o médico prescritor.

Entre os diversos efeitos adversos reconhecidos, a perda de memória é o mais comum. Desse modo, alternativas não medicamentosas são utilizadas na tentativa de lidar melhor, tanto com os efeitos indesejados (memória), quanto com aqueles que persistem à ação dos medicamentos (insônia).

O conhecimento e os sentidos atribuídos aos efeitos indesejados foram: ser efeito colateral do medicamento; ser resultado da interação dos medicamentos com as SPAs; decorrerem da interação de muitos medicamentos ingeridos ao mesmo tempo; serem medicamentos “fortíssimos” para o cérebro e para o corpo; relacionados aos limites do alcance dos efeitos esperados da medicação; falta de uma substância no cérebro que o medicamento vai suprir; serem dados os mesmos “remédios” para todos sem considerar a necessidade singular de cada um.

A maioria dos usuários frente aos efeitos indesejados, altera por conta própria a dosagem da medicação prescrita diminuindo a quantidade ou suspendendo o uso. As narrativas mostram que a decisão de tomar ou não a medicação, aumentar ou diminuir a dose, está relacionada também ao custo/benefício do uso, ou seja, ao impacto negativo, à melhora do sintoma ou do mal-estar, comparando-os inclusive com as SPAs. Assim, quando o efeito esperado com o uso do psicofármaco não é alcançado (conseguir dormir, por exemplo), aumenta-se a dose prescrita, por vezes, fazendo-se uso abusivo do medicamento. Algumas experiências nos revelam a importância da periodicidade com o médico prescritor, conforme previsto na clínica de CAPS, uma vez que possibilitando a adequação da medicação favorece o acompanhamento farmacológico.

Dois dos participantes compartilharam sua experiência com o uso de cannabis como “calmante natural” (remédio), sugerindo sua liberação para finalidade medicinal, já que sendo uma substância proibida traz consequências legais.

Assim como também observado na experiência dos participantes desta pesquisa, Welter e colaboradores (2012) mostram em seu estudo que embora as motivações que levam à procura de ajuda médica surjam na forma de depressão, ansiedade e problemas psiquiátricos, com o aprofundamento do estudo, verificou-se as dificuldades dos usuários em lidar com problemas cotidianos atribuindo-lhes

sentido para o uso de psicofarmacos, o que classificou de “medicalização da vida”. O estudo observou ainda, uma expectativa dos participantes de que o medicamento os trará alento e, portanto, não ficarão bem sem eles. A tentativa de retirada da medicação gerou sintomas desagradáveis, reforçando essa experiência. Nesse sentido, também no estudo de Xavier e colaboradores (2014), o medicamento foi compreendido pelos participantes como aquilo que proporcionará uma “vida normal”. Desse modo, alertam as autoras, faz-se necessário uma valorização do uso destes medicamentos e uma escuta dos seus significados no acompanhamento dos usuários de psicofarmacos.

Durante toda a entrevista dos GFs, os sentidos e as expectativas dos participantes com o uso de seus medicamentos estiveram relacionados às questões do uso de SPA, entretanto, quando interrogados mais diretamente sobre a ajuda esperada dos psicofarmacos no que diz respeito ao tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas, todos os participantes dizem experimentar o tratamento medicamentoso como ajuda para o enfrentamento das questões relacionadas ao uso de SPA. As narrativas apontam que, ainda que se reconheça os limites da ação dos medicamentos quanto ao que se espera dele, admitindo-se que a relação com uso de SPA passa também por uma escolha pessoal, persiste a expectativa de que o medicamento psiquiátrico possa inibir a vontade de usar substâncias, sobre tudo o álcool, e/ou aliviar o mal-estar cotidiano.

Nesse sentido, os participantes relatam ser difícil controlar os impulsos que levam a episódios de uso intenso mesmo usando medicamentos, porém, reafirmam que diante das frustrações e decepções cotidianas, a medicação oferece conforto, por vezes não sendo necessário usar substâncias. Um participante relata recorrer a outros recursos não medicamentosos, religião, acompanhamento no CAPS AD, que possam ajudar neste processo. Outras duas participantes, questionam sobre não serem diferenciados os problemas decorrentes do uso de SPA, daqueles relacionados a questões de SM, prescrevendo-se os mesmos medicamentos para todos sem que sejam consideradas as singularidades de cada um no seu processo de cuidado.

Em relação ao uso de psicofármacos concomitante ao uso de SPA, a maioria dos participantes, a partir da experiência vivida com a interação das substâncias, relata estrategicamente suspender o medicamento durante os episódios de uso de SPA. Outros, porém, dizem continuar usando seus medicamentos, mesmo quando

fazem uso de SPA, esperando que o medicamento os proteja de efeitos prejudiciais das SPA, relatando ter vivenciado posteriormente consequências clínicas que podem ser entendidas como piora do estado geral ou até mesmo como intoxicação aguda. Mesmo quando suspensos para o uso de SPA, os psicofármacos são retomados para restabelecimento e tratamento dos sintomas de intoxicação e abstinência. Estas narrativas deixam pistas de como os participantes desenvolvem suas estratégias de RD que poderiam ser mais efetivas se melhor dialogadas com a equipe de cuidado e com o médico prescritor.

No que diz respeito a como os participantes experimentam a relação com o médico prescritor, como dialogam, no contexto do atendimento, sobre os medicamentos e uso de álcool e drogas, a maioria dos participantes alega que costuma relatar ao médico como estão se sentindo com o medicamento, na medida que conseguem.

Um dos participantes relata sua experiência, dizendo ser difícil identificar o próprio sentimento, devendo então a relação com médico ser “racionalizada”, cabendo ao prescritor apenas o saber médico. Em outras narrativas, entretanto, aparece o sentimento de não ser escutado, ter seus conhecimentos a partir da experiência vivida considerados, assim como o saber próprio desconsiderado em detrimento ao saber médico. Na expectativa destes participantes, ser escutado é ter sua experiência singular reconhecida.

Apenas alguns participantes declaram falar com o médico a respeito do uso de SPA, mesmo que a “conversa”, como mostram as narrativas, se limite a relatar se usou SPA e como foi o efeito, positivo ou não. É possível observar esta mesma conduta sobre medicamentos, ou seja, relatar ao médico se o medicamento fez ou não o feito esperado, embora as narrativas tenham deixado claro que “o efeito esperado” não parece ser o mesmo para o médico e paciente.

A pergunta sobre a última vez que conversaram com o médico, precipitou narrativas sobre a ausência deste profissional no CAPS AD Porto e suas consequências na experiência clínica dos participantes. Estes então, relatam suas experiências com o acompanhamento médico psiquiátrico no CAPS AD e o atendimento psiquiátrico em outros equipamentos de saúde, destacando algumas características que diferenciam os cuidados recebidos.

- Diferença do acompanhamento psiquiátrico no CAPS AD, onde se sentem mais acolhidos, para o atendimento em outro serviço de saúde (ambulatório e pronto socorro);
- Importância do atendimento em grupo pela troca de experiências;
- Importância de terem suas histórias registradas em prontuário no acompanhamento clínico para ambas as partes, médico e usuário;
- Comprometimento do cuidado pela dificuldade de acessibilidade e acolhimento, quando se faz necessário procurar atendimento psiquiátrico fora do CAPS AD;
- Proximidade do médico “especialista” do CAPS AD com as dificuldades dos usuários a partir do acompanhamento clínico no contexto AD;
- Ter acessibilidade e regularidade do acompanhamento psiquiátrico, inclusive quando ocorrem situações de emergência;
- Quando houver mudança de procedimento, inclusive prescrição de novos medicamentos, poder ser acompanhada pelo prescritor sem comprometendo a lógica do cuidado.

As narrativas mostram que o sentido dado para a ausência do médico no CAPS AD, é tomado pelos participantes como falta de merecimento e reconhecimento dos seus problemas, reforçando um caráter moral e punitivo. Há ainda um entendimento de que com a ausência do profissional médico no CAPS AD, possa haver um comprometimento do tratamento farmacológico, como foi revelado pelas experiências com os atendimentos recebidos em outros equipamentos de saúde, visto que só o profissional médico está autorizado a prescrever e acompanhar o uso de medicamentos. Vale ressaltar que a saúde mental do município de Macaé/RJ vem enfrentado dificuldades com a escassez de médico psiquiatra nos equipamentos de saúde, problema observado durante a feitura desde trabalho entre os anos de 2016 e 2018, presente também no CAPS AD Porto.

Kantorski e colaboradores (2010), nos ajuda a finalizar a discussão dos resultados quando sugere ser necessário ressignificar a medicação psiquiátrica, devendo então ser tomada como auxiliar para o sujeito em seu processo de reinserção social, através de sua participação em atividades que desenvolvam suas habilidades e sua autonomia. A autora destaca que os CAPS sendo representantes da atenção psicossocial e articuladores da rede e da política de SM em um

determinado território, devem ser responsáveis pelas mudanças nas práticas terapêuticas através de novos instrumentos de trabalho, como a escuta e a valorização da pessoa em sofrimento psíquico. Assim, a medicação psiquiátrica passa ser vista como suporte potencial da qualidade de vida, valorizando-se as redes sociais, buscando-se promover autonomia e responsabilização do usuário como protagonistas de seu processo de reabilitação psicossocial. Todavia, adverte a autora, a terapêutica medicamentosa quando utilizada dentro de um contexto de prescrição associada a procedimento diagnóstico descritivo, sem que possa ser negociada com o usuário, torna-se força de poder permanecendo como indicação prioritária das intervenções psiquiátricas, não havendo responsabilização do sujeito uma vez que sua existência subjetiva não é considerada (KANTORSKI; et al, 2013).

4.5 Considerações Finais

A discussão sobre o uso de medicamentos psiquiátricos no contexto da RPB, configurou-se como questão de estudo para além dos compêndios de psiquiatria e de textos técnicos farmacológicos, inclusive do campo AD, passando a ser responsabilidade de todos os atores envolvidos, gestores, trabalhadores, usuários e também pesquisadores.

Em minha experiência como trabalhadora do CAPS AD Porto em Macaé/RJ há mais de uma década, pude acompanhar a transformação de um serviço ambulatorial em um CAPS, onde, entretanto, essa temática ainda é tímida. Dessa forma, no sentido de contribuir com a ampliação desse debate e a sua consolidação para além dos seus aspectos estritamente farmacológicos, este estudo pretendeu conhecer a experiência dos participantes, usuários do CAPS AD Porto, com o uso de psicofármacos.

Os achados mostram que na experiência dos participantes, os medicamentos psiquiátricos são tomados dentro de uma expectativa de ajuda, tanto para o enfrentamento dos problemas vivenciados com o uso de SPA, agindo direta ou indiretamente sobre aquilo que consideram favorecer o uso problemático de substâncias, quanto para promover qualidade de vida. Nesse sentido, os participantes acreditam que os medicamentos possam ajudá-los a viver melhor, revelando, assim, a importância da terapêutica medicamentosa no contexto do tratamento dos problemas associados do uso prejudicial de álcool e drogas. No entanto, os participantes narram as dificuldades experimentadas com o uso problemático de SPA, ainda que com uso de psicofármacos.

Embora experimentem os limites da ação medicamentosa no que diz respeito as expectativas pessoais, atribuem aos fármacos ajuda com questões relacionadas ao mal-estar cotidiano, conforto, alívio, além de, por vezes, os livrarem de fazerem uso de substâncias, reduzindo assim os danos do uso problemático das SPAs. Entretanto, o desconforto experimentado com a falta da medicação faz com que alguns participantes só considerem possível estar bem sob efeito dos medicamentos.

As narrativas dos participantes revelam ainda que a falta de informação, o desconhecimento sobre o tratamento medicamentoso e a prática prescritiva pouco dialogada com baixa participação nas decisões, repercutem no tratamento

medicamentoso, uma vez que sem poder compartilhar suas experiências vividas com o uso de seus medicamentos, os participantes alteram por conta própria sua medicação prescrita ou suspendem seu uso.

As teorias que os usuários constroem a partir da experiência, para explicar uso e seus efeitos, se não compartilhadas também impedem que saberes sejam construídos junto com o médico prescritor. Nessa perspectiva, o tratamento farmacológico além de ter seu potencial de ajuda bastante limitado, no contexto do uso problemático de álcool e drogas, como mostrado nos resultados encontrados, pode ainda oportunizar o uso de SPA que acaba sendo utilizado pelos participantes como remédio para o mal-estar, ou mesmo o uso dos medicamentos para fins que não se sustentam nos estudos científicos, favorecendo a medicalização.

Como apresentado nos estudos da revisão, e confirmado neste estudo, o cuidado farmacológico sem uma escuta que considere a experiência singular e o saber próprio do usuário de medicamentos, não promove melhora significativa à qualidade de vida destas pessoas, indicando um modelo de cuidado em saúde mental ainda centrado na doença e não no sujeito, persistindo as práticas biomédicas com privilegiado uso de psicofarmacos.

A atenção psicossocial promovida pelos CAPS tem como propósito oferecer tratamento através de práticas alternativas territoriais e comunitárias, a partir de equipe multidisciplinar, que sejam promotoras de autonomia diminuindo a quantidade de intervenções médicas não eficazes na vida dos usuários de saúde mental. Sendo assim, faz-se necessário investir na discussão dialógica, com usuários e equipe de saúde, sobre os alcances e limites dos medicamentos, assim como sobre a eficácia que recursos não medicamentosos, cultura, arte, lazer, trabalho e renda têm em muitas situações de mal-estar.

As práticas de cuidado compartilhado, com espaços de discussão coletiva, roda de conversa, grupo de medicação ou grupo GAM, incluindo o usuário como sujeito nas decisões sobre seu tratamento, assim como também os profissionais, médicos e não médicos envolvidos no cuidado, vem se mostrando como um caminho promissor para isso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAN, J. B.; RYAN, G. V.; STANGER, C. Intervenções farmacológica e psicossocial para os distúrbios por uso da cannabis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.32, n.1, 2010.

ALMEIDA, B. F. **Experiência do portador de sofrimento psíquico em uso de haloperidol**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; 2016. 59p.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, p. 263-271, 1993.

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, p.1547-54, 2006.

ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C. **Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade** In: **Experiência de doença e narrativa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999(b).

ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C.; SOUZA, I.M.A. **Introdução** In: **Experiência de doença e narrativa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999(a).

ALVES, V.S.; LIMA, I. M.S.O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013.

ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. São Paulo, v.16, n.12, p..4665-74. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.

BENINI, I.S.P.; LEAL, E.M. A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 1, p. 30-42, 2016.

BESSA-JORGE, M.S.; et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p. 4, 2012.

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

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.30, 2009.

BRADIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: 70ª Edição, 2011.

BRANDÃO, C.R. Pesquisa Participante. São Paulo. Brasiliense. 1981.

BRASIL. Carta de direitos dos usuários da saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3088/11 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial

BRASIL. Secretária de atenção à saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/ Ministério da Saúde. 2 ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Crack, é possível vencer [internet]. Brasília, DF: Ministério da Justiça. 2013. [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>

BUDNEY, A.J.; VANDREY, R.G.; STANGER, C. Pharmacological and psychosocial interventions for cannabis use disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p.546-55, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; ONOCKO, R.T.. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: CAMPOS, MINAYO, AKERMAN, DRUMOND JR., CARVALHO. (Org.). Tratado de saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

CAMPOS, R.O.C.; et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. 2012.

CAMPOS, R.T.; ONOCKO, R.T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.43, p.967-80, 2012.

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

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

CARLINI, E. A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2002.

CASTRO, L.A.; BALTIERI, D.A. Tratamento farmacológico da dependência do álcool. **Revista brasileira de Psiquiatria**, v.26, p.43-6, 2004.

COELHO, J.S; BRAGA, G.A.R. “Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de saúde mental”. In: BRASIL, **Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cap.1, p. 31-5.

COLIN, C. Substance abuse issues and public policy in Canada. Canada's federal drug Strategy. 2006 [acesso 2009 Jun 25]. Disponível em: www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs//prb0615-e.HTML

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**, v.1, p.13-24, 2006.

DANTAS, R.C. **Histórias de vidas de Usuários de psicofármacos: o desafio do cuidar para a enfermagem**. [Dissertação] Rio Grande do Norte: Programa de Pós-Graduação em Assistência à Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010, 59p.

DAVIDSON, L. **Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia**. NYU Press, 2003.

DELGADO P. G. **O tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica**. In: QUINET, A. (organizador). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p.153-8.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **MENTAL – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC/MG**, Barbacena, MG II, v.5, p.43-55, 2005.

FOCCHI, G. R. A.; LEITE, M.D.; SCIVOLETTO, S. Utilização do agonista dopaminérgico pergolida no tratamento da " fissura" por cocaína. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.188-94, 2001.

FORMIGONI, M.L.O. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. 7.ed. Brasília, 2014

GALDURÓZ, J.C.F.; et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, 2005.

JESUS, R.S.; et al. Perfil farmacoterapêutico de usuários de crack internados em hospital público de Santa Maria-RS. **Disciplinar um Scientia Saúde**, v.15, n.1, p 37-46, 2016.

JORGE, M.S.B., et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012.

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

KANTORSKI, L.P.; et al. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.4, 2013.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of internal medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

LACERDA, C.B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.21, n.61, p.363-72, 2017.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95. 2013.

LANGDON, E.J. Comentários sobre "Doença versus Enfermidade na Clínica Geral", de Cecil G. Helman. **Campos-Revista de Antropologia**, v.10, n.1, 2009.

LEAL, E.M. **Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira**". In: FIGUEIREDO, A.C.; CAVALCANTI, M.T. (orgs.). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições II Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: CUCA - IPUB/UFRJ; 2001.

LEAL, E.M., et al. Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé-Brasil. **Texto & contexto enferm**, v. 21, p.96-104, 2012.

LEAL, E.M., et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.9, n.3, p.433-46, 2006.

LEAL, E.M., MUÑOZ, N.M. **Estratégias de intervenção em saúde mental**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.; FAGUNDES, P.R. (org.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. RJ Fiocruz, 2014.

LEAL, E.M., SERPA JR., O.D.; MUÑOZ, N.M.; GOLDESTEIN, N.; DELGADO, P.G.G. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006.

LEAL, E.M.; SERPA, O.D. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, 2013.

LEITE, L.O.B.; et al. Os principais medicamentos prescritos em centros de apoio psicossocial–CAPs. **Informativo Técnico do Semiárido**, v.10, n.2, p.76-91, 2016.

MEDEIROS, R.G.. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma.** [Dissertação] Programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS, 2013.138p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, M.L.. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. **Physis**, v.22, n.1, p. 275-90, 2012.

NUNES, E.D.; CASTELLANOS, M.E.P.; BARROS, N.F. A experiência com a doença: da entrevista a narrativa. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010; v.4, p.1341-56.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.43, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; et al. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.6, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. **Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde.** In: ONOCKO-CAMPOS et al (orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, 2013.

PAOLIELLO, G. A direção do tratamento e o uso do psicofármaco. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.2, n 3, p.89-95, 1999.

RATTO, L.R.C. **Prevalência da Comorbidade entre Transtornos Mentais Graves e Transtornos Devido ao Uso de Substâncias Psicoativas em São Paulo, Brasil.** [Tese]. Universidade de São Paulo. 2000.170p.

RIBEIRO, C.T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar no sujeito para as drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. **Ágora**, v.12, n.2, p.333-46, 2009.

RODRIGUES, S.E. **Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo.** In: LOPES, L.E.; BATISTA, V M. (Orgs.). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack.* 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014a.

RODRIGUES, S.E.. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica.** [Tese] Programa de Pós-graduação de Psicologia: Estudos da Subjetividade do Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2014b. 200p.

RUTE, R.; ARAÚJO, D.S. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (Caps-AD). **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v.8, n.2, p.56-63, 2012.

SANTOS, D.V.D. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta.** [Tese] Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2014. p.138.

SILVA, R.C; et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Aletheia**, v.1, n.30, p. 101-112, 2009.

SILVA, M.A.B.; SILVA, A.L.A. Políticas Públicas para Atenção Integral a Saúde dos usuários de álcool e outras drogas na Saúde Mental do Brasil: revisão de literatura. **DIVERSITATES InternationalJournal**, v. 8, n. 2, 2016.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R.. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas preliminares. **Rev. bras. psiquiatr**, v.21, n.3, p.145-51, 1999.

TYKANORI, R.(org). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

WELTER, A.C.; et al. **Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários**. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 86p.

XAVIER, M. S.; et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Esc. Anna Nery**.v.18, n.2, p.323-9, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para o Grupo Focal Piloto

BLOCO 1

Quando você começou a tomar medicamento psiquiátrico?

O que estava acontecendo naquele momento com você?

Seus medicamentos fizeram o efeito que você esperava?

Aconteceram efeitos que você não esperava? Quais?

Você fez alguma coisa em relação a estes efeitos?

BLOCO 2

E agora, quais medicamentos você está tomando? Ainda são os mesmos?

E agora, para que você está tomando sua medicação?

Seus medicamentos fazem os efeitos que você espera?

Acontecem efeitos que você não espera? Quais?

Você faz alguma coisa em relação a estes efeitos?

Você tem alguma ideia sobre porque estes efeitos acontecem?

Quando você usa álcool ou drogas, como usa seus medicamentos?

Quando foi a última vez que você usou álcool ou drogas e medicamentos? Conte.

APÊNDICE B

Roteiro para Grupo Focal apresentado à banca de qualificação

Quando você começou a tomar medicamento psiquiátrico?

O que estava acontecendo naquele momento com você?

E agora, quais medicamentos você está tomando? Ainda são os mesmos?

Para que você está tomando sua medicação?

Seus medicamentos fazem os efeitos que você espera?

Acontecem efeitos que você não espera? Quais?

Você faz alguma coisa em relação a estes efeitos?

Você tem alguma ideia sobre porque estes efeitos acontecem?

Quando você usa álcool ou drogas, como usa seus medicamentos?

Quando foi a última vez que você usou álcool ou drogas e medicamentos? Conte...

Você costuma conversar com seu médico sobre o uso de sua medicação?

E sobre o uso de substâncias?

Quando foi a última vez que você conversou com seu médico sobre o uso de sua medicação? E sobre o uso de álcool e drogas?

APÊNDICE C

Roteiro para Grupo Focal parte I – Usuários CAPS AD Porto

- 1- Quando você começou a tomar medicamento(s) psiquiátrico(s)?
- 2- O que estava acontecendo [com você] naquele momento?
- 3- E agora, quais medicamentos você está tomando? Ainda são os mesmos [que você tomava quando começou a usar os medicamentos psiquiátricos]?
- 4- Para que você está tomando sua medicação psiquiátrica?
- 5- Seus medicamentos fazem os efeitos que você espera?
- 6- Acontecem[atualmente] efeitos [dos medicamentos psiquiátricos] que você não espera? Quais?
- 7- Você faz alguma coisa em relação a estes efeitos [dos medicamentos psiquiátricos que você não espera, que acontecem atualmente]?
- 8- Você tem alguma ideia sobre porque estes efeitos acontecem?

Roteiro para Grupo Focal parte II – Usuários CAPS AD Porto

- 9- O(s) medicamento(s) psiquiátricos ajuda(m) nas questões do uso de álcool ou drogas? Como?
- 10- Quando você usa álcool ou drogas, como você usa seus medicamentos psiquiátricos?
- 11- Quando foi a última vez que você usou álcool ou drogas e medicamentos? Conte...
- 12- Você costuma conversar com seu médico sobre o uso de sua medicação psiquiátrica?

13-E sobre o uso de álcool e/ou drogas?

14-Quando foi a última vez que você conversou com seu médico sobre o uso de sua medicação psiquiátrica?

15-E sobre o uso de álcool e drogas?

16-Como é para você quando não tem médico psiquiatra no Caps ad Porto?

APÊNDICE D

INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA (USUÁRIOS)

1)Dados de Identificação

Nome:

ID:

Endereço:

Telefone:

2) Informações socio-demográficas

Naturalidade:

Idade:

Data de Nascimento:

Sexo:

Cor/etnia:

Sabe ler:

Escolaridade:

Estado conjugal:

Religião:

3)Informações relativas a vida laborativa e renda

Ocupação:

Recebe algum tipo benefício/auxílio/pensão:

Qual:

()Bolsa De volta para casa () BPC (LOAS) () Bolsa Família

()Bolsa de desospitalização () Pensão do INSS

4) Informações sobre o tratamento no CAPS

Técnico de referência:

Atividades que participa e dias que frequenta o serviço:

Diagnóstico:

Início do tratamento no CAPS:

Tempo de uso de psicofármacos:

Medicamentos em uso no momento:

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Título da pesquisa: Psicofármacos no contexto de um CAPS AD: a experiência dos usuários

Pesquisador responsável: Ana Lucia Basílio Ferreira Togeiro – Programa de Mestrado em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Nome do Entrevistado: _____

Objetivo: Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo: conhecer a experiência de uso e os saberes próprios dos usuários do CAPS AD – Porto de Macaé/RJ em relação aos psicofármacos.

Metodologia: A sua participação nesta pesquisa é VOLUNTÁRIA. Caso você concorde em participar deste estudo, você realizará uma entrevista com a pesquisadora que lhe explicará todas as etapas e procedimentos envolvidos. Durante esta entrevista, você terá oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação à pesquisa como um todo. Em seguida, caso você concorde com nossos termos, você deverá assinar o presente consentimento. A partir de sua autorização, em datas previamente marcadas, realizaremos Grupos Focais. Serão realizados dois Grupos Focais de aproximadamente 90 minutos de duração cada. Por último, quando tivermos apurados os resultados teremos um encontro de apresentação dos resultados. Os encontros terão a participação de trabalhadores do CAPS AD de Macaé, além de estagiários de cursos de graduação. Serão todos gravados e posteriormente transcritos, tendo resguardado o sigilo de seus conteúdos ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

Riscos e Desconfortos: Não se tem previsto nenhum risco significativo para os participantes, contudo, caso haja algum desconforto em você participar deste estudo será disponibilizado assistência integral para minimizar quaisquer eventuais danos decorrentes dessa pesquisa.

Benefícios: Não haverá qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo pela participação nessa pesquisa, entretanto, espera-se que você, e os demais participantes, sejam beneficiários dos resultados esperados da pesquisa.

Diretos do Sujeito Pesquisado: Você terá garantia de acesso a profissional responsável pela pesquisa, em qualquer momento, para esclarecimento de dúvidas acerca de procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária e, mesmo que concorde em participar, você terá o direito de desistir e interromper a sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar esta decisão e sem prejuízo para si. Todo gasto referente à pesquisa está previsto em seu orçamento e não será responsabilidade sua. O seu nome e sobrenome jamais serão divulgados.

Despesas decorrentes da participação na pesquisa: Você não terá nenhum custo financeiro decorrente da participação neste estudo, etambém não receberá recompensa de qualquer espécie pela participação.

Acesso aos resultados, dúvidas e esclarecimentos: O conhecimento dos resultados será opção sua. Na opção de tomar conhecimento sobre os resultados da pesquisa, você poderá solicitar as informações pertinentes, sabendo-se que os seus dados individuais não serão divulgados. Você deve guardar cópia deste termo de consentimento e toda vez que tiver dúvidas sobre o protocolo do estudo, ou quiser saber os seus resultados, poderá conversar

com a pesquisadora Ana Lúcia Basílio Ferreira Togeiro. Alternativamente, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria (CEP-IPUB/UFRJ), um comitê interdisciplinar institucional que tem por função avaliar o presente projeto de pesquisa e que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. O CEP-IPUB/UFRJ está situado na Av. Venceslau Brás, 71 Fundos, Rio de Janeiro - RJ, telefones: (21) 38735510 e 38735512 (coordenador Dr. Jorge Adelino) e a Gerencia de Saúde Mental do Município de Macaé (coordenador Júlio Cesar Pereira), telefone: 22-27912755.

Tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados, e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo toda documentação necessária, a divulgação e a publicação em periódicos, revistas, bem como apresentação em congressos, workshop e quaisquer eventos de caráter científico.

Assinatura do voluntário participante da pesquisa

Assinatura do Orientador da pesquisa

Assinatura do pesquisador/a

Macaé, ____ de _____ de 2017.