



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Andreza Silva dos Santos

Entre ações e reações:

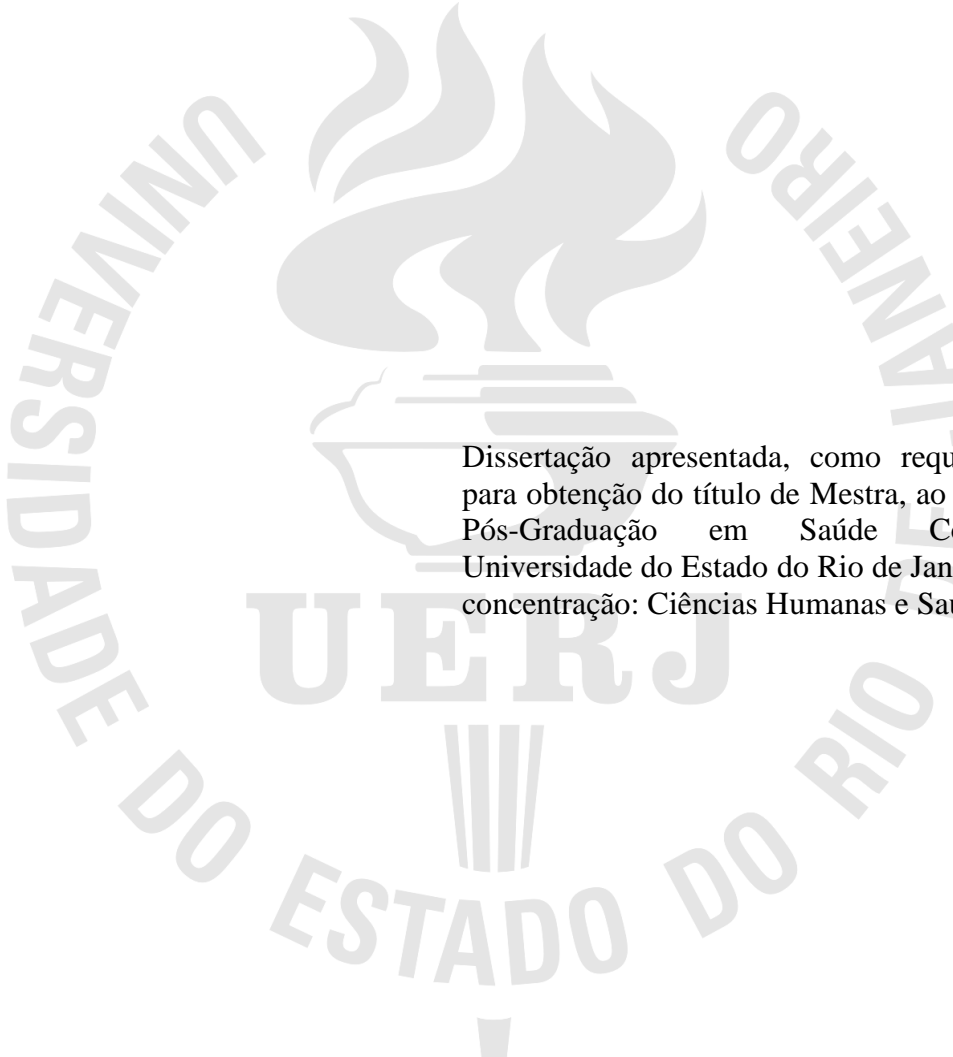
controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial

Rio de Janeiro

2022

Andreza Silva dos Santos

**Entre ações e reações:
controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S237

Santos, Andreza Silva dos

Entre ações e reações: controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial / Andreza Silva dos Santos. – 2022.
154 f.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde mental – Teses. 2. Recusa do paciente ao tratamento – Teses. 3. Psicotrópicos – Teses. 4. Serviços de saúde mental – Teses. I. Silva, Martinho Braga Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.89-008

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Andreza Silva dos Santos

**Entre ações e reações:
controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 24 de agosto de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Deivisson Viana Dantas dos Santos
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Prof.^a Dra. Rafaella Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Para minha querida Tia Maria e seus dois filhos, Ivan e Luiz,
levados pela pandemia em meio a uma tragédia política brasileira.
Vocês não são só um número.

AGRADECIMENTOS

Cursar o mestrado durante uma pandemia foi um imenso desafio. As incertezas, o isolamento, o luto coletivo, o não-saber-o-que-fazer foram elementos desestabilizantes em um processo que exigia planejamento, disciplina e organização. A impossibilidade de viver com o meu corpo a riqueza de trocas que uma Universidade proporciona tornou o processo de escrita (ainda mais) solitário. Apesar desse cenário trágico, percebo, ao escrever estes agradecimentos, o quanto estive (bem) acompanhada nesse caminho, o quanto pude contar com variadas e importantes presenças. Exercendo o meu tumulto, morei com uma penca de gente, mobilizei bar virtual, grupo de estudo, de discussão, comemoração, fazendo como só sei: em coletivo. Tenho muito a agradecer. Farei isso com prazer e sem pudor.

Ao Martinho, meu orientador dos jinhos amarelos, por trilhar esse caminho ao meu lado, com precioso cuidado e respeito, sem nunca soltar nem apertar. Obrigada por ter sido uma presença estável em tempos instáveis, pela prontidão constante nas respostas e por ter me lembrado, quando precisei, que minha saúde era o mais importante.

À Mainha (minha Mama África) e Franklin, os primeiros braços e abraços de minha vida. Obrigada por me apoiarem, protegerem e acompanharem nas diferentes fases e conquistas. Ao meu pai (*in memoriam*) que com suas recusas foi uma fonte para o amadurecimento de minha escuta. E aos meus demais familiares por estarem disponíveis na alegria e nas necessidades, em especial Tia Nil e Gigi, com quem dividi parte da vida. Aos meus avós, Ciça e Biró (*in memoriam*), gratidão infinita pela fonte consistente de abrigo, fibra e vigor.

À Campina Grande, solo fértil de minhas raízes, aconchego amoroso de meu eterno retorno. Obrigada por estar sempre no mesmo lugar me esperando com seu belíssimo pôr-do-sol e sua recarga fortíssima de energia. Com as suas coordenadas, não me perco.

Ao Rio de Janeiro, cidade de intensidades, obrigada por acender minha chama e contribuir tão poderosamente para minha formação pessoal e profissional. Te amo, desgraça!

À família pandêmica com quem pude sobreviver durante o isolamento social, seja na Systema 7.0.1. ou em pleno Findumundu: Thais, Rusbé, Littleboy, Kaduba, Mari, Guiga, Kita e Sarinha, a doguinha caramelo. Guardo comigo muitas memórias desse momento histórico que compartilhamos. Lembremos de não esquecer: “a comunicação é a arma!”

Ao meu núcleo carioca, pela firmeza do afeto: Camila com sua solidez; Ana com seu entendimento; Savana com sua poesia; Felipe com sua cantoria; Diego com seu aperreio; Ueslei com sua disponibilidade; Laiz com seu sorriso; Roma com seu abrigo, vontade e vitalidade; e Rafael e Stallone com sua amorosidade nordestina.

À Thais, minha irmã carioca e presente valioso, por ser meu porto seguro e fonte permanente de cuidado. Que Sorte ter cruzado contigo! E ao Kaduba, meu amigo nefelibata, por estar sempre junto e se entusiasmar com o que eu faço. Você é mil grau!

Ao meu núcleo campinense: Jeff, nada-menos-que-um-irmão, por me ensinar a equilibrar pedras e a permanecer. Morcego, meu mestre de coco e de capoeira, pelos cafés e vitaminas, parceria e segurança. Fifa, a flor do caos, por me embriagar com sua vida em verso e inverso. Liebert pela companhia nos viotes e por me presentear com a Sorte. Jadson pelo cuidado temperado, o riso leve, o forró solto e as lições de liberdade. Bob pelo peito verde e a ponte com o inglês. Bebel por me inaugurar nas longas distâncias. Inácio (meu coração ardente) e Samuel (remanescente do teatro) por ampliarem meu olhar com sua sagacidade intelectual.

À redelombras que chegou e ficou em minha vida pelas portas da Psicologia e do ponto cósmico que é Campina. Obrigada por estarem sempre aí e lá, em todo lugar, prontos para me receber, me ensinando que amar e mudar as coisas é possível: Nara, Breno Boe, Aninha, Mulinha, Nally, Day Trindade, Dai Cordeiro, Ric, Laís, Júnior, Rafa (o onipresente), Sta, Ina, Bebel e Abu (que é muito querido a mim).

Aos lugares imprescindíveis na minha procura por ar durante o isolamento: a Floresta da Tijuca, com suas subidas solares, descidas aceleradas e abraço verde; e a Horta Comunitária do Alemão, onde aprendi que quem planta seus males espanta. Gratidão à Kelly, Cátia e a todos os erês que tornam esse lugar tão lindo e vivo!

Às não-humanas de meus dias: minhas bicicletas Cajá e Marvéia, parceiras de meu projeto de ir mais alto e mais longe enquanto penso. Vocês são fontes de resistência, economia e liberdade. A revolução será pedalada!

À Mãe Suênia por me receber em sua casa em tempos de fortes ventanias.

À Panela de Cristal, sem pressão, que tornou suportável a lida de um mestrado virtual. Vocês foram necessários naqueles dias remotos. Mada, Clara, Gabriel, Eduardo, Bia e Nil, o meu abraço. E ao Maicon-de-Ávila-Oliveira pela virtualidade etflica de conversas infinitas e consultoria biciclética.

Aos Mentaleiros, pelos cafés-da-manhã e trocas psicossociais.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS, em especial Rogério Azize, Rafaela Zorzanelli, Horário Sívori e Rosana Castro, que estiveram presentes em diferentes fases dos rabiscos de minhas ideias.

Aos funcionários do IMS, Sílvia e Arthur, pelo empenho nos bastidores; e Márcia do CEP, por me acompanhar de perto, quando faltou o ar. Agradeço também aos funcionários das bibliotecas e do RU da UERJ, presenças constantes nos suados dias finais de materialização desta escrita.

À minha banca de qualificação nas pessoas de Deivisson Viana, Rafaela Zorzanelli e Rosana Castro. Vocês ajudaram a deixar a minha mochila muito mais leve. Obrigada por toparem me encontrar novamente na chegada desta viagem. E ao Rogério Azize e Adriana Kelly pela disponibilidade generosa em ocupar o lugar de suplentes.

Aos integrantes do NUD/UFCG e NUCED/UFC, em especial às figuras de Maristela Moraes e Ricardo Pimentel, por serem acolhimento poético-político-nordestínico em tardes pandêmicas e por serem exemplos de atuação acadêmica engajada em projetos de transformação. Vocês fazem o tipo de Psicologia que eu gosto!

Aos formadores e colegas do Curso de Terapia Comunitária Integrativa por terem me alargado no período de formação e me acolhido sempre que levei minhas inquietações. Agradeço ainda ao Espaço Família, de Recife, por ter me recebido calorosamente em suas rodas.

Àqueles com quem pude dialogar sobre os primeiros esboços destas questões ainda em tempos de Residência: Zé Carlos, Daniel Elia, Desirée Simões, Guilherme Souza, Flávia Fernando (minha eterna mestra & conterrânea arretada), Cristiane Teodoro e Octavio Serpa.

Aos profissionais do CAPS onde realizei esta pesquisa. Não posso citar seus nomes, mas deixo registrado meu profundo agradecimento por suas contribuições, disponibilidade e acolhimento.

À CAPES e FAPERJ pelo apoio financeiro para a realização desta experiência.

À UERJ por ter sido meu guarda-chuva quando o céu desabou sobre nós.

Aos usuários, que com suas recusas me colocaram para pensar.

E por fim, ao meu mundo onírico, por me fazer passear diariamente por histórias, desejos e respostas; por me abrigar, quando a vida se tornou um pesadelo; e por me avisar que o lugar da coragem é no sol!

Elza caga na rua
no Largo de Santa Cecília
não limpa a bunda
nem por isso morreu ainda
a guarda metropolitana não ousa prendê-la
não há nada no código penal
que diga que cagar em via pública é crime
se tivesse, Elza cagaria do mesmo jeito
dizem que Elza não tem juízo
os sem juízo
são imunes perante Deus e a polícia
e nem sequer sabem da existência de papel higiênico

Miró da Muribeca¹

¹ Em 31 de julho de 2022, exato dia em que finalizo a escrita desta dissertação, recebo a notícia do encantamento de Miró. Seu poema já constava nesta epígrafe, mas resolvi aproveitar que ainda havia tempo para deixar registrado em nota o meu luto e o meu profundo respeito a esse poeta das ruas de Recife, que tanto nos alargou e nos provocou com a sua loucura e a sua obra. Salve, Miró! Andarilho das palavras e agora das estrelas...

RESUMO

SANTOS, A. S. Entre ações e reações: controvérsias em torno da recusa aos psicofármacos na atenção psicossocial. 2022. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A proposta desta dissertação é discutir sobre a recusa aos psicofármacos dentro do escopo da atenção psicossocial. Considerada por alguns como um dos direitos mais controversos no panorama ético do cuidado em Saúde Mental, a recusa ao tratamento medicamentoso costuma mobilizar variadas implicações dentro das cenas clínicas. Aqui ela é utilizada como um operador analítico voltado para os serviços e as práticas de saúde, partindo dos agenciamentos não só dos sujeitos, mas também dos próprios medicamentos, enquanto atores não-humanos. O texto consiste em um passeio bibliográfico sobre o tema e nos desdobramentos de um estudo de campo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III do município do Rio de Janeiro, onde se procurou acessar o relato de profissionais acerca dos manejos da recusa aos psicofármacos no cotidiano assistencial. O material colhido a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas remotamente com 10 (dez) profissionais desse serviço foi submetido a uma análise de cunho narrativo e utilizado como eixo norteador para a discussão. Um olhar mais demorado sobre esse fenômeno revelou o seu alcance ético e político, permitindo a elaboração de questões sobre o papel dos psicofármacos e da autonomia dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da cultura contemporânea. Por meio de uma torção dinâmica entre o direito de recusa e o direito de acesso, tornou-se possível explorar distintas reações mutuamente produzidas entre os atores do campo. Nesse contexto, em que algumas faltas e excessos se mostraram presentes, os limites no encontro com os diferentes cenários de crise destacaram certas interfaces sobre os usos medicamentosos e as implicações de suas recusas. O trabalho procura contribuir para o mapeamento dessa controvérsia dentro da conjuntura brasileira por intermédio de um contorno dos aspectos situados localmente em contraponto a outras realidades em que esse debate tem historicamente recebido mais atenção.

Palavras-chave: Recusa do paciente ao tratamento. Psicofármacos. Saúde Mental.

ABSTRACT

SANTOS, A. S. Between actions and reactions: controversies around the refusal of psychotropic drugs in psychosocial care. 2022. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The purpose of this dissertation is to discuss the refusal of psychotropic drugs within the scope of psychosocial care. Considered by some to be one of the most controversial rights in the ethical panorama of mental health care, the refusal to take medication tends to mobilize various implications within clinical settings. Here it is used as an analytical operator focused on health services and practices, starting from the agencies not only of the subjects, but also of the medicines themselves, as non-human actors. The text is divided into a bibliographic tour on the subject and the consequences of a field study carried out in a Psychosocial Care Center - CAPS III in the city of Rio de Janeiro, where we sought to access the report of professionals about the management of the refusal to psychotropic drugs in everyday care. The material collected from semi-structured interviews carried out remotely with 10 (ten) professionals from this service was submitted to a narrative analysis and used as a guideline for the discussion. A longer look at this phenomenon revealed its ethical and political scope, allowing the elaboration of questions about the role of psychotropic drugs and autonomy within the Brazilian Psychiatric Reform and contemporary culture. Through a dynamic twist between the right of refusal and the right of access, it became possible to explore different reactions mutually produced among the actors in the field. In this context, in which some shortages and excesses were present, the limits in the encounter with the different crisis scenarios highlighted certain interfaces on drug uses and the implications of their refusal. The work seeks to contribute to the mapping of this controversy within the Brazilian conjuncture through an outline of locally situated aspects in contrast to other realities in which this debate has received more attention.

Keywords: Patient refusal to treatment. Psychopharmaceuticals. Mental health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações sobre os profissionais entrevistados	70
Tabela 2 - Extração de núcleos argumentativos por profissional entrevistado.....	75
Tabela 3 - Organização dos núcleos argumentativos por eixo temático.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHS	Ciências Humanas e Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DAV	Diretrizes Antecipadas de Vontade
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENFAR	Escola Nacional de Farmacêuticos
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GGAM	Guia da Gestão Autônoma da Medicação
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IMS	Instituto de Medicina Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NUMAS	Núcleo de Estudos Sobre Marcadores Sociais da Diferença
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAGU	Núcleo de Estudos de Gênero
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator-Rede
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TRC	Termo de Revogação de Consentimento
TRP	Termo de Recusa de Procedimento
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

NO INÍCIO DO CAMINHO	15
PRÓLOGO ou “ ABRINDO OS CAMINHOS ”	16
CAPÍTULO 1	24
1.1 Os medicamentos como agentes na tessitura do social	25
1.2 O surgimento dos psicofármacos e suas implicações para o campo da Saúde Mental	28
1.3 As contribuições da GAM para o debate sobre o uso dos psicofármacos	38
1.4 O direito de recusa ao tratamento na Saúde Mental	43
1.5 O debate em torno do direito de recusa aos psicofármacos no contexto estadunidense ...	50
1.6 A autonomia entre dilemas éticos, controvérsias clínicas e agenciamentos políticos	55
NO MEIO DO CAMINHO	62
CAPÍTULO 2	63
2.1 O encontro com o campo: equilibrando pedras entre o sim e o silêncio	64
2.2 O trabalho com as narrativas: ensaiando possibilidades de uma transmissão	72
CAPÍTULO 3	77
3.1 Narrando os nós: olhares plurais sobre o fenômeno da recusa aos psicofármacos	78
CAPÍTULO 4	93
4.1 Entre faltas e falhas: o lugar dos psicofármacos no cuidado	94
4.2 Entre acesso e recusa: implicações da discussão na perspectiva dos direitos	100
4.3 Entre reações diversas e adversas: o manejo da recusa no cotidiano assistencial	105
4.4 Entre o corpo e o limite: expansões do papel psicofarmacológico em um contexto de precarização	116
EPÍLOGO ou “ DESATANDO OS NÓS ”	123
NO FIM DO CAMINHO	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
APÊNDICE A	151
APÊNDICE B	153

NO INÍCIO DO CAMINHO

No início do caminho tinha uma pandemia
tinha uma pandemia no início do caminho
tinha uma pandemia
no início do caminho tinha uma pandemia.

Nunca esquecerei desse
acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no início do
caminho
tinha uma pandemia
tinha uma pandemia no início do caminho
no início do caminho tinha uma pandemia.

Paródia do poema 'No meio do caminho' de Carlos Drummond de Andrade.

PRÓLOGO ou “ABRINDO OS CAMINHOS”

03 de junho 2020 (2 meses e 19 dias de quarentena), Rio de Janeiro (RJ):

*Começo a escrever este diário hoje, um dia após uma orientação com o Martinho. Tive essa ideia acreditando que a escrita poderia me ajudar a organizar o pensamento neste momento em que me sinto confusa diante de minhas questões e do próprio tempo da instituição. Com o advento da pandemia, as aulas foram interrompidas antes de começarem. Considero que a falta de leituras e discussões em sala de aula tem me deixado sem recursos teóricos e sem perspectiva de ação. Ontem falei para o Martinho que estou como que **na beira da trilha**. Foi a forma que encontrei para descrever a sensação de que não me sinto ainda no efetivo caminho de meu projeto.*

(Diário de campo da autora)

Eu passaria um bom tempo ainda nessa beirada até conseguir mapear os meus desejos e destinos e me colocar efetivamente para caminhar. O começo desse percurso não foi fácil (o restante tampouco) e faço questão de resgatá-lo para demarcar o efeito que ele teve no meu processo. Esta é uma dissertação produzida durante uma pandemia² e, apesar de não discutir diretamente esse contexto, sofreu impactos consideráveis em sua realização, de modo que faz algum sentido trazê-lo de antemão como um marcador importante da experiência. Quando cheguei ao Mestrado, a minha questão já estava parcialmente delimitada, mas ela sofreria ajustes importantes no caminho. A intenção, desde sempre, foi me debruçar sobre o cenário de cuidado da atenção psicossocial tendo como orientação as relações estabelecidas pelos sujeitos em torno dos medicamentos. A ideia era extrair questões e desdobramentos a partir do ponto de vista dos profissionais, principalmente diante dos casos de recusa medicamentosa. Esse recorte prévio em torno dos profissionais partia do fato de que eu já havia realizado, mesmo que de forma não aprofundada, um exercício de reflexão a partir de um encontro com os usuários. A despeito dessa escolha antecipada, eu me sentia completamente aberta para explorar outros ângulos e dimensões a partir do que encontrasse e fizesse sentido no caminho.

² Refiro-me à pandemia de COVID-19 decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020. Após a recomendação do distanciamento social como medida preventiva para o contágio do vírus SARS-CoV-2, inúmeras atividades institucionais foram paralisadas. Algumas delas foram retomadas, posteriormente, em formato remoto, como as aulas do Mestrado em questão, que foram iniciadas virtualmente em agosto de 2020. O retorno presencial das atividades consideradas não-essenciais no Brasil se deu, com diferentes variações, entre o fim de 2021 e início de 2022.

A chegada nessa questão se deu a partir de minha formação e exercício profissional com a Psicologia. Já na Graduação, em um estágio extracurricular realizado em um hospital psiquiátrico, no ano de 2015, eu costumava, com alguma frequência, demorar os meus ouvidos nas constantes queixas e recusas dos usuários em relação ao uso dos psicofármacos. Me inquietava o fato de que ninguém ali parecia ouvir ou credibilizar esses desconfortos, muito menos pensar em algo para além de tais recursos. A relação ‘sofrimento mental e medicamentos’ parecia sólida e bem estabelecida. Ouvir aqueles incômodos e carregá-los junto comigo era uma certa forma de legitimá-los. Sentia que havia algo ali que precisava de endereçamento, de algum destino e eu passei a me interessar por isso. Surgia uma inquietação, que me acompanharia e me colocaria a trabalho após ser amadurecida durante minha passagem por um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, entre os anos de 2017 e 2019. A partir dessa experiência, tive a oportunidade de circular por diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro. Nesses encontros, a questão estava ali, cada vez mais acesa: os usuários se queixavam bastante dos efeitos colaterais dos psicofármacos, afirmavam que eles lhes atrapalhavam e questionavam a necessidade de utilizá-los “para sempre”, como alegavam alguns dos profissionais. Muitos deles se recusavam a fazer esse uso e as diferentes instituições pareciam divergir, mas também se aproximaram em algumas das reações apresentadas e manejos propostos nessas ocasiões. Quanto mais eu observava, mais a questão se tornava interessante.

Um elemento imprescindível para a maturação das minhas ideias foi o encontro com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM)³ ainda durante esse período. Com a proposta de explorar a experiência dos sujeitos com o uso dos medicamentos e pensar o lugar dessas substâncias nas relações de cuidado e na produção de autonomia, essa abordagem me forneceu recursos para dar melhor contorno e densidade às minhas perguntas. Para a GAM, a recusa ao tratamento medicamentoso é considerada um direito legítimo, inscrito dentro dos processos de empoderamento e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. Isso se tornaria uma importante chave no meu enquadre: a recusa ao tratamento como algo da ordem do direito. Tendo como base as diretrizes dessa abordagem, propus, no ano de 2018, a realização de um grupo GAM em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III onde eu estava alocada enquanto residente. Os frutos dessa experiência, que incluiu trabalhadores e usuários, foram apresentados em meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) no ano seguinte (SANTOS, 2019). A partir desses passos, avancei a distância que faltava para chegar no

³ Mais detalhes sobre essa estratégia serão apresentados no decorrer do texto.

Mestrado, em 2020, com a proposta de ampliar meu olhar sobre o uso dos psicofármacos e aprofundar o debate em torno do direito de recusa ao tratamento medicamentoso.

Acontece que, até aquele momento, a recusa⁴ aparecia um tanto quanto diluída diante do rol de relações estabelecidas entre os atores dos serviços, decerto com alguma evidência, mas sem o devido protagonismo da cena. O recorte específico em torno desse fenômeno foi construído no decorrer do Mestrado a partir de um esforço de delimitação. A recusa aos psicofármacos na Saúde Mental, tomada enquanto direito, já permitia em si o acesso a variados caminhos, era complexa o suficiente para se bastar como um bom ponto de partida. Não era como a recusa a qualquer outro tipo de medicamento. Ela parecia incluir um enfrentamento a algo que, apesar de muitas vezes ser apresentado como uma opção, exercia efeitos imperativos dentro do contexto de cuidado. Incluía também o exercício da vontade de sujeitos que, até pouco tempo atrás, dentro do paradigma assistencial vigente, eram considerados absolutamente incapazes de responder por seus atos. Pensar como isso circulava pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), considerando sua postura de combate ao silenciamento da loucura e sua proposta ativa de fortalecimento da autonomia dos sujeitos era o caldo da questão. O que parecia saltar aos olhos no meu encontro pessoal com o cotidiano dos serviços da atenção psicossocial e com o material teórico produzido por aqueles que estavam se debruçando sobre o tema era de que esse direito, quando chegava a ser entendido como direito, não era normalmente garantido. Mas, afinal, o que produzia isso?

Para autores como Desviat (2018), o direito de recusar o tratamento psicofarmacológico é talvez o mais controverso dos direitos no âmbito da discussão ética sobre o cuidado em Saúde Mental. Quando em situações que envolvem admissões involuntárias – isto é, em tese, dentro da atenção à crise – ele alcança dilemas de notáveis complexidades. Uma série de imperativos éticos parecem se manifestar no trabalho da Saúde Mental em geral e há proporções específicas no tocante à prescrição e manejo dessas substâncias. A possibilidade ou não de sua recusa, assim como as medidas adotadas nas diferentes circunstâncias se apresentam como um verdadeiro panorama para reflexões. É como se a discussão sobre esse direito implicasse em um olhar não apenas para o lugar que os psicofármacos ocupam no cuidado, mas também – e eu diria, entre outras coisas – para o lugar do reconhecimento, legitimidade e fortalecimento da agência dos sujeitos em

⁴ Utilizo o termo “recusa” e não o termo “não-adesão” acompanhando a terminologia utilizada na literatura GAM. Compreendo também que minha abordagem se distancia do teor das pesquisas que exploram o tema da “não-adesão” farmacêutica, estando elas normalmente dirigidas para uma problematização e uma intervenção focadas nas condutas do usuário. Procuro pensar a recusa como um operador analítico voltado para os serviços e as práticas de saúde, tendo como elemento de tensão o seu lugar enquanto direito.

acompanhamento. O que tem sido feito e aquilo que é considerado possível de ser feito parece dar notícias das diferentes tonalidades e nuances dessa questão. Isso teria a ver não apenas com uma abordagem pessoal dos profissionais, mas com o próprio modelo de cuidado, que não só justifica, como condiciona, de algum modo, o fazer desses sujeitos. Portanto, acessar as narrativas desses profissionais poderia nos ajudar a explorar e propor questões sobre o funcionamento do sistema em geral. O mapeamento dessa controvérsia⁵ foi se tornando, aos poucos, um provável e interessante ponto de chegada. Eu seguiria pensando com Desviat (2018):

As mudanças na estrutura assistencial, nas formas de desempenho de seu trabalho e o peso dos estereótipos sociais e profissionais colocam o trabalhador da saúde mental em encruzilhadas éticas desde o momento do diagnóstico até os procedimentos terapêuticos, ante a tutela, as perícias, a proteção de um ou de outro, o suposto risco social, a voluntariedade...; em condições, definitivamente, que os colocam em situação de poder ser um autor de violência (p. 167)

O estranhamento e o contraponto à violência na dimensão assistencial é o norte da luta antimanicomial. A questão é que ela pode se manifestar atualmente de formas muito diferentes e sutis em relação ao modo tradicional das instituições totais. Reconhecer o agenciamento dos próprios medicamentos dentro dessa cena foi um passo muito importante no caminho, que me serviu para amplificar o escopo analítico e evitar as armadilhas de moralismos subjetivistas. Fui entendendo que era possível estudar os medicamentos não só com a intenção de olhar para o que se passava através e ao redor deles, mas percebê-los também, nas palavras de Manica (2012), como verdadeiros “agentes definidores de determinadas dinâmicas, resultados (e) ações desse ‘social’ amplificado” (p.185). O modo de existência próprio desses objetos, considerados sociotécnicos, poderia ser incluído na análise. E o acesso ao seu movimento contingente, suas conexões ambíguas e direções incertas poderia permitir uma mirada tanto sobre os efeitos de sua circulação, quanto das circunstâncias de seus possíveis curtos-circuitos (MAGALDI, 2018). Considero, particularmente, a recusa como a fonte de um desses desarranjos, um obstáculo nas pretensões protocolares, um olhar pelas frestas e brechas que os psicofármacos preenchem (ou pretendem preencher) socioculturalmente.

⁵ Trabalho com uma compreensão de controvérsia, associada ao trabalho de Bruno Latour, que a define como um fenômeno complexo da vida coletiva envolvendo atores heterogêneos (inclusive não-humanos) em uma rede de conflitos e negociações, onde não costuma haver consensos. As discordâncias instaladas nesses campos de disputas estão colocadas não só em relação às respostas consideradas corretas, mas também à adequação das próprias perguntas construídas. Uma controvérsia costuma surgir quando algo que é tomado como certo entra em debate - e esse debate não precisa ser necessariamente verbal. Ela é uma espécie de lugar onde relações heterogêneas são formadas em torno de questões e afirmações sobre um determinado tema (VENTURINI, 2010).

Nessa perspectiva, passei a considerar que: se os psicofármacos se tornaram um eixo predominante no cuidado assistencial da atenção psicossocial e da cultura em geral – como já denunciavam os estudos sobre a GAM e as críticas cada vez mais radicais ao processo de medicalização – a recusa seria um verdadeiro sacolejo dessa posição e, por conta disso, um promontório privilegiado para lançar vistas a esse domínio. O que permaneceria de pé e o que desmoronaria nesse processo? Nessa empreitada de acessar lugares – do psicofármaco e da autonomia – fui me deparando com o próprio lugar do “não”. A recusa foi se mostrando uma ponte aberta para uma série de questões muito relevantes na contemporaneidade: a liberdade individual, o direito de decisão sobre o próprio corpo, o respeito à integridade física dos sujeitos e sua autodeterminação, o questionamento do controle estatal sobre as decisões particulares e destino dos desejos. Seu alcance era clínico, mas também ético e político. Suas implicações eram muito maiores do que o recorte que eu me propunha a estudar, por isso a importância de seus contornos bem definidos. Fui me dando conta de que a recusa costuma assumir ares de paradoxais complexidades por onde passa: a recusa de se viver, no suicídio; a recusa de se conceber um filho, no aborto; a recusa de se vacinar, na pandemia; apenas para falar de algumas... Perguntava-me: dentro do emaranhado das relações sociais que estabelecemos, entre suas normatividades e afetividades, até onde vai a nossa liberdade de dizer não, ou até onde ela pode ser respeitada?

Uma ilustração bem-sucedida dessas controvérsias pode ser encontrada no documentário “Solitário Anônimo”, lançado em 2007, pela antropóloga Débora Diniz. Ele acompanha a história de um idoso encontrado deitado na rua à espera da morte. Em seu bolso havia apenas um bilhete, que dizia: “A quem interessar possa: Meu nome: Solitário Anônimo. Não tenho familiares nem parentes nesta região do país”. Sem documentos, sem se alimentar, largado em um chão longe de seu território de origem, ele obstinava morrer. Talvez tentasse, por meio da recusa simbólica de seu nome e de seu lugar no laço social, isolar o seu ato de seu meio, torná-lo não só anônimo como autônomo. Quem recusava a vida era um ninguém, só lhe faltava morrer o corpo. Apesar desse esforço, ele foi alcançado pelo Estado em sua face sanitária, de fazer viver. Foi internado involuntariamente em um hospital geral e submetido sem o seu consentimento a intervenções que visavam a garantia de sua vida, a despeito de sua recusa. O imperativo do cuidado era imposto à vontade daquele indivíduo, que como última forma de resistência mantinha oculto seu nome (OLIVEIRA & SIQUEIRA, 2013). O direito à vida era tomado quase como uma obrigação dentro de uma cena em que deixar de cuidar poderia ser considerado abandono e desassistência; e o tratamento, uma imposição abusiva. No conflito ético estabelecido dentro daquela relação assistencial, duas vontades se

contrapunham. Que questões poderíamos explorar se, como apontou Rasera (2013), no nosso afã por resolver o conflito não tentássemos rapidamente afirmar uma moral sobre a outra nesse encontro de valores?

Tal postura se tornou importante no percurso construído pela minha questão. O meu desejo ao encontrar os profissionais era mais de alargar os ângulos e pontos de vista de análise do que uma tentativa de localizar um pretenso modo correto de abordá-la, diagnosticando formatos e propondo soluções. Partindo desse parâmetro, bastava definir onde encontrar esses sujeitos. No processo de delineamento de minhas intenções, decidi que queria conversar com os integrantes das equipes de dois serviços de Saúde Mental, que apresentam modelos de assistência distintos, normalmente destinados ao acompanhamento de casos com diferentes tipos de complexidade e onde a prescrição medicamentosa faz parte do quadro de propostas terapêuticas ofertadas: um CAPS III e um ambulatório de Saúde Mental, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. Os primeiros, surgidos no âmbito da implantação da RPB como política de Saúde Mental do país, são serviços organizados a partir de uma lógica antimanicomial e comunitária, destinados, preponderantemente, mas não exclusivamente, a casos complexos em que haja necessidade de um acompanhamento intensivo. Os segundos remontam aos anos em que os hospitais psiquiátricos ainda eram a principal referência no cuidado às pessoas em sofrimento mental, tendo funcionado, por vezes, dentro de suas próprias estruturas físicas e com uma assistência hegemonicamente medicamentosa⁶.

O meu objetivo, desde o princípio, já era realizar a pesquisa de campo em um CAPS III⁷, devido à posição estratégica que ele ocupa tanto para a organização da rede de atenção em Saúde Mental, quanto para a consolidação do projeto de substituição dos manicômios preconizado pela RPB (ONOCKO-CAMPOS et al., 2009; TRAPÉ & ONOCKO-CAMPOS, 2017). A condição que eles possuem de acompanhar intensivamente os sujeitos nos momentos mais difíceis, deslocando o lugar de referência da internação dos hospitais psiquiátricos (PITTA & GULJOR, 2019) justificava ainda mais a sua relevância. Eu acreditava que a identificação de potencialidades e fragilidades nesses serviços seria um

⁶ Apesar desse histórico, em algumas regiões eles se encontram atualmente em adequação ao paradigma psicossocial (CARDOSO & MONTEIRO, 2020), mas continuam sendo fonte de divergências entre trabalhadores da rede de assistência. Foi possível localizar, durante a pesquisa, uma série de tensionamentos em torno desses serviços a partir de incursões sobre o seu lugar na RAPS em conversas informais com colegas que trabalham em seus dispositivos. Havia também a minha memória de trabalhadora que registrara uma quantidade razoável de debates intensos sobre o seu papel no cuidado e a pertinência de seu fortalecimento. Não parecia existir um consenso entre os profissionais acerca de sua importância e lugar nos fluxos da rede. Para alguns, ele contribuía; para outros, ele atrapalhava o processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁷ Serviços com funcionamento 24h e com possibilidade de ofertar cuidado intensivo para os sujeitos em situação de crise.

importante indicador dos modos operativos e desafios enfrentados no campo, apesar de estar completamente ciente de que apenas o funcionamento de uma consistente rede substitutiva seja capaz de efetivar os objetivos do projeto antimanicomial. A ideia de introduzir justamente o ambulatório de Saúde Mental como contraponto surgiu após a compreensão de que esse dispositivo por si só é um terreno fértil de controvérsias no campo da RPB, além de ter a prescrição medicamentosa como intervenção terapêutica privilegiada (CARDOZO & MONTEIRO, 2020; FERRAZA et al., 2010).

Os ambulatórios de Saúde Mental antecedem em muitos anos a RPB, tendo funcionado em parceria com os hospitais psiquiátricos, muitas vezes, dentro de suas próprias estruturas. Antes da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, eles exerciam certo papel de referência nas tentativas de reformulações da assistência psiquiátrica, mas não questionavam a lógica manicomial, sendo mais alternativos que substitutivos (SEVERO & DIMENSTEIN, 2011). Apesar de não terem sido diretamente inseridos na RAPS, continuaram sendo implementados e funcionando nas redes de atenção psicossocial país afora. Os tensionamentos em torno deles ganharam recente evidência após o lançamento do documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”, pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), junto a outras entidades médicas, em dezembro de 2020⁸. Esse documento tecia uma série de críticas à atual política de assistência em Saúde Mental brasileira e propunha diversas reformulações para a rede de serviços – incluindo a inserção de ambulatórios e hospitais psiquiátricos. De acordo com eles, a RAPS, a partir de seu desenho e funcionamento, estava gerando como resultado uma “desassistência generalizada” no país. A publicação desse documento me motivou ainda mais a inserir esse serviço como cenário de pesquisa. Eu acreditava que isso poderia ampliar o acesso a níveis variados de questões e disputas do campo, evidenciando as polarizações entre os discursos psicossociais e biomédicos (teoricamente) em tensionamento dentro do debate sobre o uso dos psicofármacos.

Eu estava finalmente na trilha... e munida de um problema de pesquisa, que poderia resumir da seguinte maneira: como os profissionais de dois serviços de Saúde Mental, que representam modelos distintos de assistência, lidam com os casos em que há recusa ao uso de psicofármacos? Para definir os contornos desse problema e sua abordagem, debrucei-me primeiramente em uma etapa bibliográfica, que me permitiu, entre outras coisas: conhecer melhor a abordagem antropológica sobre os medicamentos e seus agenciamentos; visitar a

⁸ Disponível no endereço eletrônico: https://www.polbr.med.br/ano21/Diretrizes_ABP.pdf

história dos psicofármacos e suas implicações para o campo da Saúde Mental; aprofundar a compreensão sobre as contribuições da GAM no debate sobre o uso de psicofármacos; passear pelas normativas que discutem o direito de recusa ao tratamento na Saúde Mental; acessar o debate sobre uma experiência internacional de implantação jurídica do direito de recusa aos psicofármacos; e aprofundar os pontos de vista sobre o conceito de autonomia. Uma tentativa de sistematização desse percurso pela literatura pode ser encontrada no primeiro capítulo desta dissertação. No segundo capítulo, há uma descrição da etapa do estudo de campo, onde narro o meu encontro e desencontro com os cenários de pesquisa, entre algumas trilhas incertas e certos desvios. Nesse mesmo capítulo, apresento brevemente a abordagem narrativa – escolhida como enquadre metodológico – e aponto como realizei o tratamento analítico dos dados coletados em campo. O terceiro capítulo contém a apuração desses dados, no que poderia ser chamado de resultados da pesquisa e, no capítulo seguinte, proponho uma conversa entre esse material e a literatura, naquilo que identifiquei (e escolhi) como destacável e possível de abordar. No final do percurso, está o epílogo, lugar onde decanto um apanhado de questões e seus desdobramentos sobre esse tema de estudo.

1.1. Os medicamentos como agentes na tessitura do social

A forma como os medicamentos são apreendidos pela cultura ultrapassa a sua materialidade química. Considerados centrais nos processos de cuidado em saúde, eles circulam como coisas impregnadas de significados, facilitando processos simbólicos e sociais. São artefatos que emprestam concretude à enfermidade e ao cuidado, permitindo que se tornem tangíveis e sejam manipulados. Nisso está o seu encanto. Através de processos de metáfora e metonímia, que dão materialidade à doença e a seus sintomas, eles contribuem com sua nomeação e localização, incidindo nas formas como o sujeito se relaciona com o outro nos seus momentos de fragilidade e assumindo sentidos intercambiáveis de acordo com os diferentes cenários (VAN DER GEEST & WHYTE, 2011). Para Pignarre (1999), os medicamentos são construídos a partir de um encontro entre o corpo químico e o corpo biológico, estando este último, impreterivelmente, atravessado pela cultura. Esse misto lhe concede a condição de objeto sociotécnico capaz de fabricar o social a partir de agenciamentos que configuram e redefinem as patologias. Em suas próprias palavras:

o medicamento como agenciamento funciona dentro da máquina social. É preciso descobrir seu uso e seu funcionamento na “ímanência das máquinas sociais”. Ele é um “investimento da máquina social” pelo biológico. Nada se poderá compreender de cada medicamento particular se não se acompanhar esse trabalho de transferência, de tradução do biológico em social, para identificar de que maneira esses diferentes campos que nos parecem tão diferentes e heterogêneos estão na verdade em correspondência e continuidade uns com os outros (p. 145-146)

Nessa dobra entre o biológico e o social, o medicamento é atravessado por uma instabilidade que lhe institui e lhe acompanha do laboratório aos consultórios. Eles nem são puros, nem são completamente exatos. Nos processos de socialização em que atuam, eles se implicam em diferentes “artes de consumo” responsáveis por estabelecerem os seus modos particulares de relação. É nesse sentido que Dagognet (2012) destaca a existência de uma opacidade nesses objetos que se apresentam como remédios⁹, caracterizando-os como contingentes e indeterminados, nunca como certos. De acordo com ele:

o remédio não é inteiramente um ser que se possa cingir, nem uma forma que se possa simplesmente descrever, ele é mais um poder lábil e cambiante que suscita inúmeros efeitos e, sobretudo, que compõe com uma pluralidade de outros agentes (p. 31)

⁹ A palavra remédio vem do latim *remedium* que significa “coisa que cura” ou “recomendado para a cura”. Apesar de ser comumente utilizado para se referir aos medicamentos, o termo remédio tem um alcance mais amplo. É compreendido como aquilo que é capaz de reduzir um mal. Fonte: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/remedio/>

Inseridos entre esses diferentes agentes e seus sistemas de sentido, os medicamentos manifestam “uma natureza diversa, múltipla, descontínua (e) instável” (SILVAa, 2015, p. 2817), que, em seu papel polissêmico, satura-se de significados (DESCLAUX, 2006). Eles implicam relações com o saber, a ordem e a autoridade, transitando entre as fronteiras do que é considerado normal e patológico, situando-se no limite, como verdadeiros “operadores da passagem” (SILVAa, 2015). Para circular nos diferentes caldos da cultura e suas configurações mercadológicas, os medicamentos incorporam o que Coser (2010) nomeia como “metáforas farmacológicas”, acionando no âmbito coletivo distintos modos de dizer e compreender os seus efeitos materiais. Nessa circulação, eles se apresentam a partir de uma “vida social”¹⁰ que, segundo Van der Geest (2018), pode ser dividida em diferentes estágios: a produção, o marketing, a prescrição, a compra e o consumo. No caso desta dissertação, a atenção será dirigida especificamente para a fase da prescrição. Cada uma dessas etapas do ciclo de vida de um medicamento envolve diferentes atores e cenários, incluindo variados poderes e interesses por parte dos envolvidos (VAN DER GEEST, 2018; COHEN et al., 2001).

Essas características tornam os medicamentos objetos de particular interesse para os estudos antropológicos. Mas isso não foi sempre assim. Pode-se dizer que as investigações etnográficas sobre os medicamentos modernos são empreitadas bem recentes (CASTRO, 2012). Em seu início, enquanto disciplina e campo do saber, a Antropologia costumava dedicar mais a sua atenção aos objetos utilizados pelas outras culturas, pouco olhando para os artefatos produzidos pela sua própria cultura ocidental (VAN DER GEEST, 2018). De acordo com Desclaux (2006), o surgimento de uma Antropologia dos Medicamentos só aconteceu quando um período de desencantamento com a terapêutica farmacêutica emergiu, “como se os limites da eficácia (tivessem aberto) um espaço de reflexão até então ocultado por uma abordagem positivista” (p. 117).

Castro (2012) identifica quatro tipos de abordagens nos estudos sobre medicamentos realizados pela Antropologia: (a) uma *biográfica*, que investiga as condições de circulação desses objetos no universo das trocas; (b) uma *econômica*, que se concentra no seu processo de produção, distribuição e consumo; (c) uma *técnica*, que se atém às dimensões materiais desses objetos e (d) uma mais ligada aos impactos da *globalização*, que se concentra nos efeitos de sua circulação e transições. Dentro dessas abordagens, os medicamentos são, então, tomados *como contexto* ou *em contexto*, dependendo da centralidade que assumem nos objetivos das análises. Mas independente da abordagem, o ponto é que a perspectiva

¹⁰ Essa noção de “vida social” tem como referência a abordagem do antropólogo Arjun Appadurai em sua obra “A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural” publicada em 1986.

antropológica facilita uma mirada tal sobre os medicamentos que permite a formulação de várias questões sobre as dinâmicas sociais em torno dos processos de saúde. Se fôssemos tomar como referência essa categorização, poderíamos dizer que esta pesquisa, de certo modo, pensa os medicamentos dentro das duas perspectivas: *em contexto*, já que os utiliza como mote para pensar as práticas de cuidado em cenários por onde eles circulam; e *como contexto*, visto que inclui em sua análise os efeitos e impactos da materialidade desses objetos dentro das relações.

Quando compreendidos como “fenômeno social”, os medicamentos demandam um olhar sistêmico, de caráter complexo e dinâmico. Diferente de abordagens tecnocráticas ou biomédicas – que estabelecem de antemão os seus sentidos –, ou do próprio paradigma do uso racional¹¹ – que prevê usos criteriosos em circunstâncias ideais e distantes da realidade –, com a Antropologia faz-se possível a execução de percursos pelo caráter mais “irracional”, porém mais prevalente, dessas práticas, como a automedicação, a polifarmácia, a irregularidade e a recusa, por exemplo (COHEN et al., 2001). Isso, de certa maneira, não só explica como justifica a adoção da perspectiva antropológica neste trabalho, cujo foco é a recusa aos psicofármacos.

Sob o ângulo do princípio da simetria, proposto por Latour (2012) dentro do escopo da Teoria Ator-Rede (TAR), os medicamentos podem ser lidos como verdadeiros agentes dentro das redes de associações que compõem o que compreendemos como sociedade. Na condição de atores não-humanos, eles, em associação a outros atores, mediam relações, induzem ações e modificam realidades, sendo, portanto, objetos ativos na configuração das interações. O reconhecimento desse agenciamento partindo dos objetos subverte uma leitura mais comum de que eles são coisas inertes nas mãos dos sujeitos, estes sim os responsáveis pela construção do social. Nas palavras de Milanês (2021):

as coisas é que fazem a rede entre humanos e não-humanos, ela é necessária para que se possa estabelecer o relacionamento social, e por isso que ela é denominada por ele (Latour) de - rede socio-técnica. Embora os quase-objetos não tenham intencionalidade, eles agem, transformam e são, portanto, coparticipes das ações (p. 16).

As coisas não fazem no lugar dos humanos, elas fazem com os humanos, dividindo o “palco do social”. Também não são necessariamente a fonte da ação. Na compreensão da

¹¹ Segundo a Política Nacional de Medicamentos, o uso racional de medicamentos “é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (BRASIL, 2001, p. 37). Esse modelo de compreensão segue as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da conferência ‘Uso Racional de Medicamentos’, realizada em Nairóbi, no ano de 1985.

TAR, há uma incerteza instalada sobre essa origem, cabendo àquele que se dedica a analisar essas associações seguir os rastros deixados pelos atores, sejam eles humanos ou não, sem se preocupar em resolver as controvérsias que se manifestam nessas interações. Essas controvérsias não devem ser nem resolvidas, nem evitadas, pois são justamente elas que permitem que o social se estabeleça. Sob essa perspectiva, o ator é visto, então, como tudo aquilo que faz diferença no curso da ação de outro agente (LATOURE, 2012). No caso dos medicamentos, o pressuposto de sua agência permite que exploremos questões sobre seus efeitos em qualquer cenário e etapa de sua biografia, isto é, sua ação não se resume às modificações biológicas que aciona quando consumido, mas a tudo que faz acontecer desde que é concebido.

1.2. O surgimento dos psicofármacos e suas implicações para o campo da Saúde Mental

Pela condição que assumem de “intermediário, por excelência, da indústria farmacêutica e o doente” e pelo protagonismo que exercem como uma espécie de “resposta simplificadora para comportamentos incômodos” (FREITAS & AMARANTE, 2015), os medicamentos acabam ocupando o centro do debate sobre a medicalização, mesmo que – é importante destacar – esse conceito não se resume necessariamente ao consumo de medicamentos. Como aponta Conrad (2007), a medicalização consiste em um processo cuja chave é a definição. Definição de um problema em termos médicos, com uma linguagem médica, em um enquadramento médico e um possível tratamento com intervenções médicas. Compõe esse fenômeno não apenas a aplicação de categorias, mas também a maneira como a população internaliza e constrói subjetividade a partir dessa perspectiva. Foucault (1974/2010) nos ajuda a compreender esse fenômeno ao postular pelo menos dois sentidos para a medicalização: um mais ligado ao processo de sanitização das cidades e ao nascimento da Medicina Social, a partir do final do século XVII, onde o papel da instituição médica tinha contornos mais específicos; e outro ligado à expansão dos limites da ciência médica sobre a vida, desde o final do século XIX até os dias de hoje, com um considerável apagamento desses contornos e a ausência de exterioridade ao saber médico. Sobre isso, afirmam Zorzanelli e Cruz (2018):

(...) o processo de medicalização continua se referindo a uma intervenção médica, muitas vezes, autoritária. Entretanto, não mais relacionada apenas ao nível da política, mas a todo e qualquer aspecto da vida humana. Não se

restringe, portanto, a aspectos autoritários, mas engloba modulações específicas, ainda não previstas no saber médico do século XVIII e XIX. Os dois sentidos são complementares, embora distintos na cronologia histórica (p. 725)

Em termos gerais, a medicalização discute, de diferentes maneiras e em diferentes contextos no decorrer da história, a incidência do discurso médico na gestão das experiências individuais e coletivas (ZORZANELLI et al., 2014), mas os seus efeitos não se limitam exclusivamente às ações desse discurso. É certo que o papel que a medicina, enquanto instituição, exerce dentro de um cenário de medicalização da sociedade é privilegiado, mas, como nos aponta Conrad (2007), o aumento das categorias médicas hoje não é um simples resultado de uma espécie de “colonização médica”, visto que as próprias pessoas, seus modos de tolerar o sofrimento, os movimentos organizados e a indústria farmacêutica também exercem papéis nesse contexto. Uma tentativa de dar mais destaque ao papel exercido pelos medicamentos dentro dessa discussão vem sendo realizada pelo conceito de “farmaceuticalização”. A distinção entre os dois fenômenos fica por conta de Van Der Geest (2018):

a farmaceuticalização é uma forma de medicalização. Se a medicalização designa o processo pelo qual pessoas definem fenômenos ou experiências não médicas como médicas e as tratam de acordo com isso, a farmaceuticalização se refere à redução da saúde e do bem-estar aos efeitos dos fármacos (p. 4, tradução minha)

De acordo com Abraham (2010), que defende a necessidade de um conceito isolado para dar conta dessa questão, a farmaceuticalização pode operar sem que haja uma ampliação do fenômeno da medicalização, como quando o uso de certos fármacos é expandido para categorias diagnósticas já estáveis dentro do campo médico, por exemplo. Para ele, a medicalização estaria mais focada nos atores humanos e nas instituições médicas, enquanto a farmaceuticalização estaria mais preocupada em explorar os fármacos¹² e os movimentos da indústria farmacêutica com seus mercados. Em nenhum outro campo da medicina esse fenômeno seria tão evidente quanto no campo da Saúde Mental, em que estão depositados aspectos psicossociais e de estilo de vida no uso – cada vez mais ampliado – dos psicofármacos. Já que essa é a classe de medicamentos que será abordada neste trabalho, falemos um pouco mais sobre ela.

¹² Segundo Van Der Geest (2018), “os fármacos são substâncias produzidas industrialmente para diagnosticar, tratar ou prevenir doenças ou regular fertilidade. Eles são produzidos em várias formas como comprimidos, cápsulas, pós, fluidos, sprays, vacinas e pomadas” (p. 1, tradução minha).

Psicofármacos, psicoativos ou psicotrópicos¹³ são “substâncias que agem diretamente no sistema nervoso central sendo correntemente prescritos por médicos para regular o humor, os pensamentos e os comportamentos” (COHEN et al., 2001, p. 460, tradução minha). Dentro da população medicamentosa, são considerados objetos de estudo ainda mais privilegiados pela Antropologia e Sociologia por habitarem as fronteiras entre o lícito e o ilícito, o moral e o imoral e o uso médico e não-médico (*ibidem*), o que os tornam fáceis candidatos para o envolvimento em controvérsias. Mesmo que as hipóteses sobre os modos de interferir quimicamente nos processos mentais já existissem antes do surgimento dessa classe de medicamentos¹⁴, pode-se dizer que foi a partir deles que a psicofarmacologia propriamente dita surgiu (COSER, 2010). Isso aconteceu no início da década de 50 com a descoberta dos efeitos tranquilizantes de uma substância que estava sendo testada em experimentos para o contexto cirúrgico: a clorpromazina. Inicialmente administrada para pessoas internadas no Hospital Saint-Anne, em Paris, no ano de 1952, seu uso logo se espalhou para outras instituições, modificando radicalmente o clima das enfermarias, já que os pacientes¹⁵ ficavam menos agitados e mais fáceis de manejar. Outras classes químicas foram sendo desenvolvidas na mesma época, todas contando com doses de acaso em suas descobertas, chegando à condição de psicofármacos em estudos que buscavam proativamente outros efeitos. O impacto da inserção dessas substâncias na terapêutica psiquiátrica passou a ser considerado revolucionário e seu uso foi sendo cada vez mais ampliado, alcançando, com o tempo, públicos maiores e mais diversos (COSER, 2010; WHITAKER, 2017; CAPONI, 2019).

Essa expansão ganhou um importante impulso na década de 80. Foi durante esse período que a Psiquiatria, particularmente a norte-americana, passou por um processo de “biologização”, que a aproximou de outras especialidades médicas e a afastou dos campos da Psicologia, Psicanálise e Ciências Humanas, adotando um modelo diagnóstico referenciado,

¹³ Utilizarei no decorrer do texto o termo “psicofármacos” por dois motivos: primeiro, porque ele foi o mais encontrado na literatura acessada; e segundo, porque ele sintetiza melhor a condição de medicamento, isto é, de uma substância legal, já que os termos “psicotrópicos” e “psicoativos” também são utilizados para se referir às substâncias ilegais. Essa separação, entretanto, é fonte de discordâncias para alguns autores, como Moncrieff (2013), que entende as drogas legais e ilegais – também conhecidas como prescritas e proscritas – como substâncias psicoativas do mesmo patamar capazes, ambas, de produzirem estados alterados de consciência independente da condição clínica e psicopatológica dos sujeitos. No decorrer do texto, os termos “medicamentos” e “psicofármacos” são permutados de acordo com as circunstâncias, tanto para evitar repetições como para acionar questões de ordem geral (medicamentos) e específica (psicofármacos).

¹⁴ Desde Hipócrates e Galeno, já se pensava sobre as maneiras de produzir efeitos na alma a partir do uso de métodos físicos e químicos. No século XVI, já era possível, por exemplo encontrar o termo “*psychopharmacoon*” em uso. No século XIX, um psiquiatra bastante conhecido, chamado Emil Kraepelin, foi um pouco mais longe e dedicou uma cota maior de atenção sobre esse aspecto em um ensaio chamado “*Sobre a influência de diversos medicamentos em processos psíquicos simples*” (HOLLISTER, 1976 citado por COSER, 2010).

¹⁵ Utilizo aqui o termo “paciente” em consonância ao modo como esses sujeitos eram e são referidos dentro do contexto e paradigma hospitalar. Destacarei alguns pontos em relação a essas e outras expressões utilizadas no campo da Saúde Mental em momento posterior.

basicamente, na resposta dos sintomas aos psicofármacos. O seu modelo explicativo possuía um caráter neurobiológico e baseava-se na criação de categorias universais, formalizadas na terceira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM), que, a partir daquele momento, passou a orientar a prática clínica da Psiquiatria, disseminando-se por outros países do mundo (AGUIAR, 2004). Na década 90, que ficou conhecida como a Década do Cérebro¹⁶, esse processo se consolidou instituindo uma forte aliança entre a Psiquiatria Biológica e a Indústria Farmacêutica (DIAS & MUHL, 2020), visto que possibilitou que os psicofármacos saíssem de um papel de coadjuvantes e assumissem função central na prática psiquiátrica (BEZERRA Jr, 2007). Segundo Aguiar (2004):

alguns autores caracterizam essa tendência como um movimento de remedicalização da psiquiatria, em oposição às fortes perspectivas de afastamento da psiquiatria do modelo médico que predominou no cenário psiquiátrico norte-americano e de outros países nas décadas de 1950, 1960 e 1970. A chamada psiquiatria biológica emerge na década de 1970 como um movimento de reação à desmedicalização do campo psiquiátrico nos Estados Unidos, e passa a dominar a psiquiatria americana e mundial a partir de 1980 (p. 20).

Aguiar (2004) vai nos contar ainda que o advento dessa aliança entre medicamentos e DSM III (considerados, respectivamente, como a primeira e a segunda “revoluções da Psiquiatria”) acompanhou a ascensão da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico no campo, operando importantes mudanças no escopo de intervenções da clínica psiquiátrica, que passou progressivamente a dirigir sua atenção mais ao controle farmacológico dos sintomas do que à própria relação terapêutica. Antes desse período, os psicofármacos haviam convivido com o discurso teórico da Psicanálise, dominante na Psiquiatria até 1980, sendo utilizados como “potencializadores” e “adjuvantes” da psicoterapia que era, então, considerada o foco principal. Mas a própria necessidade de estabelecer parâmetros precisos, baseados em dados empíricos e experimentais, que se adequassem às metodologias de pesquisa das ciências biológicas no desenvolvimento dos medicamentos impulsionou o esforço de padronização e universalização das categorias diagnósticas psiquiátricas. Desse modo, na compreensão de Aguiar (2004), o médico passou a efetuar, no ato de diagnosticar, uma espécie de “territorialização”, onde estava em causa a busca por identificar, nos sintomas apresentados pelo paciente, alguma associação com os medicamentos que haviam se mostrado eficazes para pessoas com sintomas similares em estudos controlados.

¹⁶ De acordo com Tandon (2000), essa foi uma declaração proferida em 17 de julho de 1990 pelo Presidente George Bush, através de uma proclamação que tinha o objetivo de incentivar o desenvolvimento de pesquisas no âmbito das neurociências. Segundo Aguiar (2004), esse acontecimento, na verdade, refletia as preocupações do governo com o alto impacto socioeconômico produzido pelos transtornos mentais na sociedade norte-americana daquela época.

Para Foucault (1979), tanto a Psicanálise quanto a psicofarmacologia consistiam em um processo de “despsiquiatrização”, responsável por operar uma espécie de deslocamento e conservação institucional do poder médico. No caso da psicofarmacologia, que nos interessa aqui, o seu modo de funcionamento instituía uma redução da verdade sobre o sofrimento a signos específicos (em função de uma precisão diagnóstica) e a redução do tratamento a técnicas precisas com vistas ao desaparecimento dessas manifestações (resultando em uma pretensa eficácia terapêutica). O saber, de fato, se tornava mais exato, porém não necessariamente comprovado, já que a presença de biomarcadores que confirmassem as hipóteses da etiologia biológica não haviam sido (e, cabe salientar, até hoje ainda não foram) localizados. Apesar da ausência dessa confirmação, a Psiquiatria Biológica obteve seu visível e inquestionável sucesso, que, segundo Aguiar e Ortega (2017), deve ser creditado a uma série de complexas variáveis, entre elas:

- (a) o surgimento dos primeiros medicamentos psicotrópicos e posterior aumento das suas opções disponíveis; (b) as disputas entre as diversas vertentes que compõem o campo psiquiátrico norte-americano; (c) o surgimento e crescimento das indústrias farmacêuticas, que, ao final do século XX, se transformarão em verdadeiros complexos médicos-industriais; (d) o papel desempenhado pelas agências governamentais reguladoras dos medicamentos, que passarão a exigir diagnósticos passíveis de serem testados empiricamente para fins de validação e consequente inserção no mercado; (e) bem como a transformação do papel do psiquiatra em meio a esta rede de novas exigências (p. 892-893)

Enquanto, na década de 80, esse processo interno da psiquiatria se iniciava e se desenrolava no Estados Unidos, o Brasil testemunhava a formalização do Movimento da Luta Antimanicomial no país, aglutinando a participação de diferentes setores da sociedade em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Desde a década anterior, uma série de críticas, denúncias e reivindicações em torno dos hospitais psiquiátricos já circulavam em seus arredores, acompanhando uma tendência que tomava cada vez mais espaço em vários países após a Segunda Guerra Mundial. O papel exercido por essas instituições e as diferentes configurações sociopolíticas de cada local foram responsáveis por dar o tom aos variados modelos de reformas psiquiátricas que passaram a existir pelo mundo (DESVIAT, 2018). No Brasil, essa experiência forjou-se durante o período de redemocratização da política, após anos de Ditadura Militar, junto ao movimento mais amplo da Reforma Sanitária, o que fez com que ela se tornasse um importante espaço de aglutinação de demandas democráticas resultantes dos novos projetos e novas apostas que se inauguravam no momento, sendo a Política Nacional de Saúde Mental uma de suas principais conquistas (YASUI, 2006).

Aprovada, em 2001, com muitas alterações, após 12 anos de tramitação no congresso – período no qual muitas leis municipais e estaduais com mesmo teor também eram aprovadas

pelo país – a lei 10.216/01, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica consolidou legalmente o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, anteriormente centralizado nos hospitais psiquiátricos, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental¹⁷. Esse novo modelo passava a contar com um dispositivo estratégico para a consolidação do cuidado territorializado: o CAPS, que foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº336 de 19 de fevereiro de 2002 e destinado para o “acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). Apesar do marco que representa o surgimento desse dispositivo, sempre foi evidente que um serviço de saúde sozinho não daria conta da complexidade do cuidado dos sujeitos em seus territórios. Tendo isso em vista, em 2011, foi criada a RAPS, uma malha de pontos articulados de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Instituída pela Portaria nº 3.088/11, a RAPS conta com serviços de Atenção Básica, de Atenção Psicossocial, de Atenção de Urgência e Emergência, de Atenção Residencial de Caráter Transitório e de Atenção Hospitalar, além de Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial. Foi pensada para fortalecer o suporte assistencial fora dos hospitais psiquiátricos, descentralizando o cuidado e diversificando a abordagem aos diferentes modos de apresentação do sofrimento mental.

A despeito dos avanços institucionais obtidos, é importante lembrar que a proposta da RPB sempre foi ir além de uma reforma de serviços e tecnologias de cuidado (AMARANTE & NUNES, 2018). Para Amarante (2007), a RPB consiste em um “processo social complexo”, termo que pega emprestado de Franco Rotelli na tentativa de caracterizar esse movimento como um “entrelaçamento de dimensões” que são simultâneas, pulsantes e dinâmicas, dividindo-se em uma face teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política. Desse modo, pensar a Reforma Psiquiátrica requer a consideração de que ela possui origens e implicações epistemológicas, clínicas, culturais, políticas e éticas, que se

¹⁷ A legislação brasileira costumava utilizar o termo “portador de transtorno mental”. Atualmente, o termo “deficiência psicossocial” tem sido utilizado no campo, partindo de normativas internacionais discutidas no âmbito da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (SASSAKI, 2012). Adoto o termo “pessoas em sofrimento mental” ou “sujeitos em sofrimento mental” acompanhando a discussão levantada por Amarante (2007) acerca da ênfase que se procura estabelecer, no campo da Saúde Mental e atenção psicossocial, sobre essa condição como algo da ordem da “experiência vivida” e não como algo que transtorna e que se porta, (se carrega) “como um fardo”, ou que seja necessariamente um déficit. Ao me referir a essas pessoas quando em relação a um serviço de saúde, utilizarei o termo “usuário”, acompanhando uma escolha de “razões teóricas e ético-políticas” da RPB que chama atenção para a condição de cidadania e a aproximação do campo dos direitos e lutas pelas políticas públicas, em que os sujeitos são considerados usuários e participantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2021). Já o termo “paciente” aparecerá no contexto de relações assistenciais fora do escopo da Reforma Psiquiátrica.

associam em constantes fluxos de “pulsações, paradoxos, contradições, consensos (e) tensões”, sendo, portanto, um grosso caldo para explorar controvérsias. Continuemos, então, no desenho da controvérsia que nos interessa aqui.

A concomitância entre esses processos, se assim posso dizer, de Reforma Psiquiátrica e ‘reforma (interna) da Psiquiatria’¹⁸ produziu um encontro que se materializou (e se materializa) nos discursos e práticas assistenciais da Saúde Mental, gerando um cenário de convivência entre orientações, que não estão necessariamente alinhadas, mas que operam juntas, em meio a tensionamentos e acordos. Nesse contexto, em que o avanço e consolidação do discurso psiquiátrico na sociedade cresceu paralelamente a movimentos contestatórios de sua autoridade, os psicofármacos foram assumindo posições e exercendo determinados papéis. Segundo Bezerra Jr. (2007), “ao possibilitarem o controle de sintomas e o manejo mais seguro das crises psicóticas, (eles) se tornaram um instrumento poderoso na facilitação do processo de desospitalização da população de pacientes graves” (p. 147). Amarante (1995) também enfatiza a contribuição dessas ferramentas para a reforma da assistência, mas pondera – com a ajuda do psiquiatra Franco Basaglia –, que as iniciativas de reformulações institucionais no campo psiquiátrico já eram realizadas antes do seu surgimento, não sendo necessariamente apenas um efeito direto de sua incidência.

Gronfein (1985) explora um pouco mais a fundo esse assunto em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, na década de 80. Seu objetivo principal era investigar o impacto dos psicofármacos no declínio da população internada e na evolução da política de Saúde Mental do país. A partir da análise de dados disponibilizados pelo Serviço Público de Saúde e pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (INSM)¹⁹ antes e depois do surgimento dos psicofármacos, ele chegou à conclusão de que eles não eram diretamente ou exclusivamente responsáveis pelo aumento das altas hospitalares, visto que uma tendência a esse aumento já podia ser verificada antes de sua introdução. Entretanto, ele deixa marcado que o advento dos psicofármacos permitiu que uma nova abordagem surgisse no campo, uma espécie de confiança, tanto por parte dos profissionais quanto da sociedade²⁰, de que era possível que

¹⁸ Na verdade, como afirma Amarante (1996) “desde o surgimento da Psiquiatria como disciplina específica, se pensa e se fala em ‘reforma da Psiquiatria’, embora sob outros títulos, sob outras concepções” (p. 13). O próprio modelo de Colônia de Alienados, por exemplo, poderia ser considerado um projeto de reforma psiquiátrica, no século XIX. Entretanto, o que quero chamar atenção aqui é para a concomitância entre as mudanças que se operavam internamente na Psiquiatria para sustentar o seu lugar em um paradigma biomédico e as propostas e reivindicações que partiam de alguns psiquiatras e de outros atores sociais na direção de uma desmedicalização da abordagem ao sofrimento mental.

¹⁹ *National Institute of Mental Health (NIMH)* em inglês.

²⁰ O autor acrescenta neste ponto que as pessoas se tornaram mais tolerantes à ideia de que os pacientes poderiam receber alta e circular pela comunidade.

outro tipo de cuidado fosse ofertado para as pessoas com sofrimento mental severo. Ou seja, o impacto tinha a ver não somente com as condições farmacológicas dessas substâncias, mas também com as crenças sociais e o contexto em que elas foram introduzidas. Para Coser (2010), outras circunstâncias que favoreciam a diminuição da população internada, naquela época, eram

(...) o clima de união social do pós-guerra, o movimento de abertura das instituições manicomiais que a pressão social por melhores condições de atenção suscitava²¹, as terapêuticas grupais, psicanalíticas, a psicoterapia institucional, as terapias biológicas²² (eletrochoque, barbitúricos, choque insulínico) e tudo isso antes mesmo dos primeiros psicotrópicos (p. 50).

De acordo com Caponi (2019), alguns pesquisadores daquele momento histórico imaginavam que os psicofármacos poderiam produzir a completa substituição dos hospitais por serviços extra-hospitalares e, de fato, eles contribuíram para rupturas consideráveis no modelo de assistência psiquiátrica. Entretanto, as transformações da assistência fora dos hospitais não seguiram imediatamente o seu surgimento. Foi necessário que isso se tornasse uma pauta política, inclusive fora da Psiquiatria, para que pudesse efetivamente acontecer. Os psicofármacos foram, de fato, instrumentos importantes para a inauguração do atendimento ambulatorial no campo da Psiquiatria, pois os efeitos de calma e tranquilidade (uma verdadeira indiferença) que produziam diminuía a sensação de “ameaça” e “risco” que os pacientes representavam socialmente e facilitavam o seu acompanhamento à distância. Mas, para a autora, isso na verdade ampliou o poder do psiquiatra e da própria Psiquiatria para fora dos muros dos hospitais e se tornou o preâmbulo da pharmaceuticalização que vemos nos dias de hoje. Em suas palavras:

de fato, inicia-se nesse momento uma das rupturas mais importantes operadas no regime psiquiátrico, não porque possamos pensar que os neurolépticos permitem gerar algum tipo de “prática de liberdade”, mas porque essa primeira saída dos pacientes do hospital psiquiátrico abre as portas para futuras transformações mais profundas. Possibilita que outras estratégias não farmacológicas possam ser aplicadas, a aparição de espaços abertos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a existência de terapias extra-hospitalares, as trocas entre pacientes livres do olhar médico. Essas transformações, contudo, não foram imediatas, deveu-se aguardar até os

²¹ Importante destacar que essas instituições chegaram a ser comparadas aos campos de concentração nazistas, gerando uma comoção social durante o pós-guerra no momento em que os horrores em torno daqueles espaços chegavam cada vez mais ao conhecimento internacional. Uma obra brasileira que parte dessa abordagem é o livro “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex (2013).

²² Essa afirmação pode parecer polêmica, mas o próprio Gronfein (1985) faz uma observação nesse sentido, apontando que essas intervenções já vinham produzindo mudanças no ambiente interno das instituições similares àqueles verificadas posteriormente com os medicamentos (manutenção da ordem nas enfermarias e diminuição da agitação psicomotora dos pacientes, por exemplo, o que impulsionava as altas hospitalares), porém elas eram consideradas mais perigosas e mais dispendiosas que os psicofármacos.

discursos e as legislações que se sucederam depois da Lei Basaglia²³ (...) (p. 137)

Nise da Silveira foi uma psiquiatra que não parecia muito empolgada e otimista com o surgimento dessas substâncias. De acordo com ela, apesar de terem contribuído para a perda de prestígio dos antigos tratamentos como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia, os psicofármacos, desde sempre, foram acompanhados de queixas dos pacientes por gerarem efeitos colaterais, como o entorpecimento das funções psíquicas, dificuldade de tomar decisões e sonolência permanente, além de reduzirem ou eliminarem totalmente a capacidade criativa. Eles teriam sido responsáveis, por conta disso, pelo sufocamento dos exercícios de atividades criadoras nos serviços ocupacionais, atuando como verdadeiras “camisas-de-força químicas” dedicadas, no final das contas, a instalar a paz nos hospitais. A redução do tempo de internação como efeito dos psicofármacos era considerada ilusória para ela, já que o número de reinternações havia, na verdade, aumentado após o início de sua utilização²⁴ (SILVEIRA, 2001). Em suas palavras:

os propalados efeitos curativos dos psicotrópicos são ilusórios. Diminuíram o tempo de internação, estipulado em média (pelo INPS²⁵) entre quinze e trinta dias. Mas o número de reinternações não se modificou. Assim, estabeleceu-se um círculo vicioso entre a rápida permanência no hospital e a não menos rápida tentativa de vida na sociedade (p. 20)

A questão é que os psicofármacos não só cumpriram um papel no processo de reforma, como foram gradativamente assumindo o protagonismo na assistência, inclusive dentro dos próprios serviços comunitários que surgiram, posteriormente, a partir das críticas ao monopólio psiquiátrico no campo da Saúde Mental. Sobre essa questão, Dias & Muhl (2020) apontam que as transformações assistenciais advindas pelos processos de Reforma Psiquiátrica, de certo modo, contribuíram para a ampliação de uma verdadeira epidemia de uso de psicofármacos, contando, para isso, com o próprio financiamento público. Todos os

²³ A autora se refere à Lei 180 de 13 de Maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, que no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana instituiu o fechamento dos hospitais psiquiátricos do país e sua substituição por serviços comunitários. Ela foi uma importante fonte de inspiração para o processo da RPB.

²⁴ Nesse texto, Nise apresenta uma tabela onde consta o aumento no número de readmissões em hospitais psiquiátricos após a década de 50, quando surgiu os psicofármacos. A porcentagem no Centro Psiquiátrico Pedro II, por exemplo, era da ordem de 70% de reinternações, número considerado alarmante para ela, que olhava os dados a partir da década de 80 e percebia que não havia muitas diferenças a serem constatadas. Ela suspeitava, inclusive, que a taxa poderia ser ainda maior, já que não se podia desconsiderar o comprometimento e defasagem dos registros dessas instituições.

²⁵ A autora se refere ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) criado no Brasil em 1966 com o objetivo de concentrar todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes à época. Em 1990, ele sofreu uma fusão com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e formou o nosso atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Fonte: <https://estudoemfocosaude.com.br/breve-historia-do-instituto-nacional-de-previdencia-social/>

referenciais em torno do cuidado em liberdade, autonomia, participação social e protagonismo não teriam sido suficientes para impedir essa expansão. Nas palavras dos autores:

é importante salientar que o próprio processo de mudança das políticas de saúde mental no país ampliou a medicalização de sua população, pois o uso de psicotrópicos facilita o gerenciamento do transtorno e a permanência do paciente fora do hospital psiquiátrico, não havendo, dessa forma, uma oposição das práticas desenvolvidas no interior da Reforma e os serviços de referência e práticas da psiquiatria contemporânea (p. 71)

De certa maneira, esse cenário de uso generalizado dos medicamentos acaba por tornar os casos de recusa não só invisibilizados como ocupantes de um lugar analítico estratégico: afinal, se os psicofármacos são atualmente um importante eixo do cuidado, o que acontece quando, mesmo presentes, eles faltam? Como os serviços conseguem garantir o acesso à saúde de usuários que recusam esse artefato, se a sua oferta tem resumido, em muitas situações, a própria natureza desse acesso? De acordo com Biehl (2008):

a distribuição gratuita de medicamentos (que inclui psicotrópicos) é, de fato, um componente importante das iniciativas que visam um sistema universal de saúde mais eficiente e econômico. Mas é também o vetor de uma crescente farmacologização da saúde pública em detrimento de outras iniciativas preventivas e de infraestrutura. Produtos farmacêuticos tornaram-se uma ferramenta fundamental nas deliberações sobre quem vive e a que custo vive (p. 440)

Para esse autor, essas tecnologias têm assumido um papel de “balas mágicas” nas políticas públicas de saúde, como se fossem milagrosamente suficientes para lidar com os fatores implicados na produção de adoecimento e sofrimento da população (BIEHL, 2011), que, geralmente, mas não somente, sofrem também influências de questões de ordem social, política e econômica. É como se a farmacêuticalização acompanhasse um movimento de negligência do Estado e sucateamento da vida, configurando-se como uma resposta precária para uma existência cada vez mais precarizada²⁶. Nesse cenário, os medicamentos acabam protagonizando fazeres e funções, que demandam de nós um olhar verdadeiramente crítico. De certo modo, esse é um ponto que não tem sido ignorado pelo campo da Saúde Mental. Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, já se afirmava a necessidade de

(...) problematizar a tensão existente entre as demandas advindas da precariedade social e a restrição das ações oferecidas no campo da Saúde Mental, definindo como problema ético **a recorrência exclusiva à medicalização como forma de minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida**, (bem como de) criar mecanismos que inibam a medicalização do sofrimento psíquico e da exclusão social (BRASIL, 2002, p. 53, grifo meu).

²⁶ Para Mallart (2019), que descreveu algumas dinâmicas de ingestão de psicofármacos dentro de instituições prisionais, o uso dessas substâncias opera uma verdadeira gestão (neuroquímica) de espaços e populações nos cenários de precariedade cada vez mais espalhados pelo tecido social.

Segundo Butler (2018), a precariedade é uma situação politicamente induzida que distribui diferencialmente a condição precária – marca da vulnerabilidade da própria existência humana. É a exposição desigual a essa vulnerabilidade, que, sabemos, atinge fortemente a população que acessa os serviços de saúde mental públicos brasileiros, o que torna essa medicalização não só uma questão ética, mas política. Para Dias & Muhl (2020), esse cenário de crescente expansão do uso de psicofármacos dentro dos próprios dispositivos da atenção psicossocial não deve passar despercebido e demanda novos estudos capazes de investigar as relações estabelecidas entre o campo das políticas públicas de saúde, a atuação da indústria farmacêutica e o funcionamento dos modelos assistenciais.

1.3. As contribuições da GAM para o debate sobre o uso dos psicofármacos

Uma abordagem que vem cada vez mais chamando atenção para a importância de se discutir os aspectos em torno do uso e expansão dos psicofármacos na Saúde Mental é a Gestão Autônoma da Medicação. A GAM, como é conhecida, surgiu na década de 90, no Quebec (Canadá), fruto de um movimento coletivo envolvendo usuários, pesquisadores, associações de defesa dos usuários e profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde da cidade. Inicialmente, seu objetivo era pensar formas de redução e/ou descontinuação do uso de psicofármacos, mas, posteriormente, o seu foco foi ampliado para um debate mais geral sobre esse uso a partir da experiência dos usuários. Ela foi trazida para o Brasil, em 2009, por pesquisadores do grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces” da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que a conheceram durante um Congresso Internacional sobre Práticas Alternativas em Saúde Mental realizado, em 2007, no Canadá. A partir de um projeto multicêntrico chamado “Pesquisa avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) – instrumento construído pelos canadenses para orientar a realização de encontros grupais com os usuários dos serviços – foi traduzido, testado e adaptado para a realidade brasileira²⁷ (SADE et al, 2013).

²⁷ É importante chamar atenção aqui para o fato de que no Canadá o sistema de saúde não possui uma rede de serviços públicos voltados para os usuários de Saúde Mental. Lá o modelo asilar é combatido por movimentos que não fazem parte do Estado e que investem na criação de serviços alternativos aos estatais. Isso institui uma

A partir da proposta de explorar a experiência do uso de psicofármacos nos serviços, a GAM acabou identificando a existência de um predomínio do paradigma biomédico nas unidades da atenção psicossocial e uma consequente centralidade do cuidado ofertado na prescrição de medicamentos (ONOCKO CAMPOS et al, 2013a). A utilização do guia nesses dispositivos passou, então, a chamar a atenção da equipe e dos gestores para a importância desse tema, se engajando na produção de questões sobre as práticas de cuidado e obtendo um alcance não somente clínico, como ético e político. Para ela, o que se prescreve nesses espaços não é só ‘medicação’ – como consta em seu nome – mas também e, principalmente, modos de vida (ZAMBILLO, 2015). Nesse caminho, que tem percorrido, principalmente, a partir da realização de grupos e de pesquisas acadêmicas, essa abordagem vem evidenciando, entre outras coisas, a importância (a) da valorização das narrativas e experiências dos usuários; (b) do aumento do seu controle pessoal sobre o uso dos medicamentos (SANTOS, 2014); (c) do estímulo ao compartilhamento de decisões sobre o tratamento; (d) do reconhecimento do direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização dos psicofármacos (ONOCKO CAMPOS et al., 2012) e da realização de práticas cogestivas e produtoras de autonomia dentro dos serviços de saúde (PASSOS et al, 2013). De acordo com Zambillo (2015), por conta desses objetivos, a GAM possui uma relação estreita com os princípios do SUS e da RPB. Em suas palavras:

(...) os desdobramentos (da) GAM trazem problematizações à saúde mental vivenciada em território da RPB (Reforma Psiquiátrica Brasileira), interrogando se conseguimos, de fato, desinstitucionalizar a loucura, acolher o sofrimento e reduzir o espaço da exclusão social, colocando em questão qual autonomia é possível. Os pressupostos GAM se aproximam dos movimentos da RPB e antimanicomial, que mantêm como característica própria a garantia à cidadania às pessoas com diagnóstico de transtorno mental (p. 22)

Um dos achados do percurso da GAM pela atenção psicossocial foi a resistência dos serviços diante da recusa de alguns usuários em fazer uso dos psicofármacos prescritos pela equipe. Justamente a cena que nos interessa aqui. Ainda durante a adaptação multicêntrica do guia que orienta os princípios dessa estratégia, no ano de 2009, foi verificado que essa recusa, mesmo partindo daqueles usuários com “juízo crítico preservado” – o que entendemos como sujeitos fora de um episódio de crise – oscilava entre a não aceitação e a aceitação com ressalvas por parte dos profissionais (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014a). Foi possível identificar, inclusive, a existência de casos de desligamento dos serviços, o que também pode

das diferenças entre a GAM canadense e a GAM brasileira: no Brasil, a experiência com a GAM se deu a partir da relação entre Universidade e serviços de saúde da rede pública. No Canadá, foi a partir do movimento de usuários e serviços de saúde alternativos, que são paralelos ao Estado, apesar de terem financiamento dele.

verificar em relatos semelhantes compartilhados em alguns espaços de discussão sobre a Gestão Autônoma da Medicação²⁸. Del Barrio et al. (2013), em discussão sobre essa questão, citam um estudo publicado por Dorvil, em 2006, relatando que, nos Estados Unidos, serviços que acompanham as pessoas de maneira intensiva na comunidade chegam a pagar financeiramente os usuários para que eles façam uso da medicação. Em outros serviços, o acesso ao acompanhamento está condicionado ao consumo regular dos psicofármacos, existindo inclusive um contrato de observância de uso medicamentoso assinado pelos sujeitos.

Um dado interessante é que no GGAM canadense havia uma parte do material dedicada exclusivamente à orientação da redução e interrupção do uso dos psicofármacos, mas, ao ser adaptado ao contexto brasileiro, esse conteúdo foi modificado, já que essa temática não parecia despertar o interesse dos usuários brasileiros que estavam participando da pesquisa multicêntrica²⁹. De acordo com Onocko Campos et al (2012):

pelo contrário, (os) usuários participantes dessa etapa da pesquisa salientavam que o acesso aos medicamentos era o que se lhes apresentava como crucial, e manifestavam o anseio de mais diálogo com seus médicos e maior esclarecimento sobre o porquê da medicação. Assim, a versão brasileira preliminar do Guia (GGAM) deslocou o foco da retirada ou redução do remédio, para o da negociação, e a segunda parte do Guia foi reescrita, visando o incremento da participação do usuário na gestão do seu tratamento (p. 978).

De certo modo, o fato de o acesso aos medicamentos no Brasil não ser universal faz com que, em alguns casos, a demanda seja realmente mais para obtê-los do que para questioná-los (SANTOS, 2014), sendo a sua dispensação, muitas vezes, um indicador, para profissionais e usuários, de resolubilidade do cuidado (BEZERRA et al., 2016). Na verdade, existe no Brasil um certo paradoxo em relação a essa questão, fruto das relações de

²⁸ Durante a fase preliminar de elaboração do meu projeto de pesquisa, entre 2020 e 2021, naquilo que poderia ser considerado o meu “pré-campo”, participei de alguns espaços virtuais onde foi possível extrair importantes contribuições para o desenho de minhas ideias. Um desses espaços foi o “Fórum de Apoio GAM: Práticas de Gestão Autônoma da Medicação”, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF).

²⁹ De acordo com Analice Palombini, em fala proferida em um ciclo de debates sobre a GAM, o uso dessa estratégia no Brasil seria inviabilizado se o direito de interrupção dos medicamentos tivesse sido sustentado no momento de sua adaptação (que ela prefere chamar de “transformação”). Segundo ela, a própria presença de uma discussão sobre os direitos do usuário já gerava uma certa resistência nos serviços (!). Em sua opinião, a retirada dessa parte do guia privou os serviços de se depararem e responderem à existência desse desejo e direito dos usuários, fazendo com que as decisões sobre a interrupção continuem sendo feitas solitariamente pelos sujeitos, em um movimento que vai na contramão da proposta de compartilhamento de decisão da própria GAM. Analice conta ainda que os pesquisadores brasileiros estão atualmente atentos e interessados na introdução do tema da redução/interrupção no debate da GAM. Algumas pesquisas vêm, inclusive, sendo desenhadas para inserir essa discussão no guia, porém, até o momento de sua fala, essas pesquisas não haviam conseguido financiamento (!). O título desse encontro foi “A GAM e o apoio às práticas emancipatórias em Saúde Mental – Brasil e Canadá nos caminhos da GAM”, organizado pelo Coletivo Gestor da GAM de Santa Maria/ RS e realizado de forma remota no dia 03 de dezembro de 2020. O encontro encontra-se disponível integralmente no endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=VcPIC2SgHfc>

iniquidades sociais que marcam a configuração do país: enquanto parte da população vive uma hipermedicalização, que se expressa também no uso excessivo de medicamentos, certos rincões do país não têm sequer acesso a equipamentos e tecnologias de saúde. Para a farmacêutica Roberta Dornelles³⁰, tanto a falta quanto o excesso de medicamentos respondem a questões de ordem política, não por acaso eles são considerados bons analisadores nas investigações sobre os processos de saúde.

Acontece que, mesmo não abordando diretamente a interrupção do uso dos psicofármacos em seu material adaptado para o Brasil, a GAM considera essa decisão como um direito do usuário, já que implica um exercício de sua autonomia dentro do processo terapêutico (ONOCKO-CAMPOS et al, 2014). No próprio GGAM, consta que, “mesmo que você recuse algum procedimento ou medicamento, não pode ser excluído das outras formas de tratamento disponíveis no serviço de saúde” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012, p. 53). Nesse caso, o direito de recusar o medicamento aparece associado ao direito de continuar em acompanhamento apesar dessa recusa. É importante destacar que, mesmo não se manifestando como uma questão relevante para os participantes da pesquisa, essa recusa costuma comparecer no cotidiano dos serviços da atenção psicossocial como um dos aspectos do acompanhamento dos usuários. Como diria Brown (1984), o índice de recusa ao tratamento realmente não costuma ser alto, mas quando esse direito é exercido, ele costuma ganhar uma certa visibilidade nas instituições.

Muitos fatores podem estar implicados na recusa de um sujeito aos medicamentos prescritos pela Psiquiatria. Benini (2015), a partir de uma aproximação das narrativas de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia acerca do uso de psicofármacos, verificou a existência de uma complexa trama de relações entre os medicamentos e outros elementos da vida dos sujeitos. Um de seus objetivos na pesquisa era identificar as experiências que sustentavam a aceitação e a recusa do tratamento medicamentoso. Os resultados obtidos, a partir do acesso a essas narrativas, chamaram atenção para a importância das relações estabelecidas nos cenários de cuidado (incluindo instituições, profissionais e familiares) e no meio social, estando os medicamentos, na maioria das experiências, associados a vivências de estigma, para além dos preconceitos já vivenciados por conta dos diagnósticos. Mas o destaque da discussão vai para os fatores relacionados à compreensão dos sujeitos acerca do

³⁰ Essa fala foi proferida durante a mesa de debate “Medicamentos, saúde e marcadores sociais da diferença em tempos de COVID-19” promovida pelo projeto Gênero & Desigualdades (PAGU/UNICAMP e NUMAS/USP) juntamente com o Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ) e realizada no dia 18 de novembro de 2020. A gravação completa encontra-se disponível no seguinte endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=F5IZQIUtSkk>

diagnóstico psiquiátrico e de suas expectativas sobre a cura. Foi possível verificar que a importância dos efeitos de sentido produzidos por essas compreensões suplantava, em muitos casos, o peso negativo dos próprios efeitos indesejados. Nas palavras de Benini (2015):

quando o uso de psicotrópicos é desprovido de sentido para quem o utiliza, a experiência com os medicamentos pode ser vivida como coerção. A falta de uma razão que justifique o uso deles pode fazer o usuário buscar explicações caseiras ou que sejam melhor aceitas socialmente. Nesse caso, a recusa e a aceitação do tratamento medicamentoso ficam dependentes de uma explicação construída solitariamente pelo usuário (p. 117)

Em uma pesquisa realizada no Chile com sujeitos que haviam optado por descontinuar o uso de psicofármacos, Parada (2018) identificou que um olhar crítico sobre os efeitos adversos e sobre o seu impacto no desempenho de papéis sociais considerados importantes era o que os levava à interrupção. A retirada dos medicamentos costumava ser apontada como um processo de descoberta e conhecimento pessoal que demandava tempo e busca de alternativas. Os efeitos dessa descontinuidade eram vividos como uma verdadeira mudança subjetiva, que permitia uma experiência de liberdade e autodeterminação. O apoio familiar, médico e comunitário (nesse caso, ligado, principalmente, ao ativismo dos grupos de autoajuda) eram considerados cruciais. Mas nos dois primeiros casos, eles não costumavam ser muito comuns. A autora acaba chamando a atenção para a completa escassez de protocolos de redução/interrupção dos medicamentos por parte da atenção psiquiátrica e do sistema de saúde mental para aqueles que desejam descontinuar o uso³¹. Ela aponta que essa ausência de apoio profissional costuma ser um importante fator de vulnerabilidade para os usuários, já que eles terminam se engajando nesse processo sozinhos e sem informações adequadas. Nas palavras de um dos entrevistados: “Os usuários funcionais do sistema (de Saúde Mental) são aqueles que usam os medicamentos. Se você parar de utilizá-los, não tem mais o que fazer no sistema. Na verdade, o sistema não te oferece nada” (p. 523, tradução minha)³². A pergunta que fica é: o que será que os profissionais teriam a dizer sobre isso?

Em pesquisa-intervenção com a GAM realizada junto a trabalhadores de saúde da atenção básica e da atenção psicossocial de dois municípios de São Paulo, entre 2011 e 2012, Santos (2014) acessou as narrativas dos profissionais em relação aos casos em que havia recusa ao tratamento medicamentoso. Apesar de não ser o foco de sua pesquisa, ele acabou tangenciando esse fenômeno no momento de sua coleta de dados. Sentimentos de “posse e

³¹ Foi pensando em preencher essa lacuna que Will Hall, através do ‘*The Icarus Project*’ e do ‘*Freedom Center*’ publicou, em 2012, o guia ‘*Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño*’. Nesse material, que tem como princípios: a escolha, a informação e o acesso, Hall discute sobre o uso de medicamentos e a sua descontinuação, oferecendo um passo a passo para aqueles que desejam fazer isso de uma forma segura.

³² Lembremos que estamos falando de um contexto chileno, que não será descrito, nem aprofundado aqui.

responsabilidade em relação ao usuário” foram identificados, assim como insegurança, medo, nervosismo e incômodo pela posição de mediadores entre o desejo dos sujeitos e o que era prescrito pelos serviços de saúde. Eles também alegavam se sentir pressionados pela “cobrança social” acerca do acompanhamento medicamentoso dos usuários, que compreendiam partir dos serviços de saúde, das famílias, da sociedade e, inclusive, deles mesmos. Divergências acerca do tema também eram presentes. De acordo com a fala de um dos trabalhadores entrevistados:

aqui no CAPS tinha um grupo que discutia medicação, mas não vingou, tem muita divergência dentro da própria equipe, muitos acreditam que o paciente não pode ficar sem medicação de jeito nenhum, entra mais em pânico que o próprio usuário, adoece pelo medo, medo do paciente enlouquecer (p. 112)

1.4. O direito de recusa ao tratamento na Saúde Mental

As divergências sempre fizeram parte do debate sobre o direito à recusa de psicofármacos. No Brasil, não há muita literatura sobre o tema, pois esse parece ser um assunto que não teve muita repercussão dentro das primeiras fases da RPB e não ganhou visibilidade nas discussões posteriores dentro do campo da atenção psicossocial. Certa vez, ouvi que o medicamento não seria apenas um “ponto cego” da RPB, mas também um “ponto surdo e mudo”³³. Essa ênfase na afirmação de que os medicamentos estariam escapando aos nossos sentidos me chamou muita atenção e talvez esteja associada a uma compreensão já compartilhada por alguns autores de que eles representam um certo “paradoxo” (SERRANO-MIGUEL & MARTINEZ-HERNAEZ, 2020), ocupando um lugar de “ambiguidade” ou “zona de hesitação” (MAGALDI, 2018), por ser fonte tanto de ajuda quanto de sofrimento aos sujeitos que deles fazem uso. Por conta disso, arrisco dizer que a lacuna encontrada sobre o direito de recusa aos psicofármacos não deve ter relação exclusiva e específica com a recusa em si, mas com a própria delicadeza que a problematização específica sobre os medicamentos no campo da Saúde Mental representa.

A recusa ao tratamento, por exemplo, figura nas duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental, seja como direito a escolher “o tipo de tratamento e o seu terapeuta” (BRASIL, 1988, p. 24), seja como direito “à assistência e à recusa ao tratamento”, constando também a obrigação do serviço de “não abandonar (os usuários) à própria sorte”

³³ Essa fala foi proferida por um profissional da RAPS em um dos encontros do curso de extensão “Práticas com a Gestão Autônoma da Medicação” ofertado pelo ISC/UFF, entre novembro e dezembro de 2020.

(BRASIL, 1994, p. 12). Ela também aparece na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, no art. 4º (XI) como “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto” (BRASIL, 2011, p. 14); e no art. 6º (V) na necessidade do usuário de “assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde” (*ibidem*, p. 19). Na Caderneta do Usuário da Prefeitura do Rio de Janeiro, a recusa também aparece associada à responsabilização pela escolha realizada, cabendo ao usuário seguir o tratamento recomendado, participar ativamente do seu projeto terapêutico e se responsabilizar pela recusa às orientações fornecidas pela equipe de saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, s.d.).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Recomendação nº 1/2016 traz uma série de orientações acerca do uso do Consentimento Livre e Esclarecido na assistência médica, tecendo algumas considerações sobre os casos em que haja recusa ao tratamento por parte da pessoa assistida. De acordo com este documento, o Consentimento Livre e Esclarecido consiste na decisão da pessoa assistida (ou de seu representante legal) a respeito dos diagnósticos e procedimentos terapêuticos que lhe são indicados pelo profissional, após lhe prestar as necessárias informações. A recusa estaria condicionada à capacidade do sujeito de compreender sua situação, o plano terapêutico e os riscos e benefícios envolvidos em sua decisão³⁴. A não obtenção do consentimento estaria justificada nas seguintes situações: “emergências, possibilidade de danos psicológicos graves, recusa do paciente de receber informação, tratamento compulsório, riscos para a saúde pública e **pessoas com transtornos mentais**” (p. 27-28, grifo meu). O documento não especifica quais seriam esses “transtornos mentais”, mas indica que é responsabilidade do(a) médico(a) avaliar as condições clínicas do sujeito e sua capacidade de tomar uma decisão “livre e autônoma”.

O Consentimento Livre e Esclarecido surgiu na segunda metade da década de 40, após a Segunda Guerra Mundial, no contexto das pesquisas com seres humanos. Após o julgamento das atrocidades cometidas pelos nazistas em suas experimentações durante a guerra, foi instituído o Código de Nuremberg, que estabeleceu normas básicas para as

³⁴ Existe um Termo de Recusa de Procedimento (TRP) ou Termo de Revogação de Consentimento (TRC), que deve ser preenchido e assinado, caso o paciente (juridicamente capaz) ou seu representante legal decida recusar um procedimento. Ele deve conter uma declaração de que as informações e consequências do não-consentimento (ou revogação) foram prestadas e esclarecidas pelo profissional (GURFINKEL, 2018). Esses modelos de recusa de tratamento são facilmente encontrados na Internet, normalmente em páginas de hospitais gerais. Existe, inclusive, um modelo específico para os casos de recusa ao medicamento/tratamento medicamentoso. Um exemplo desse tipo pode ser encontrado no seguinte endereço: <http://www.hospitaldabahia.com.br/wp-content/uploads/2020/03/termo-de-recusaterapia-medicamentosa-1.pdf> Não tenho conhecimento do uso desse tipo de documento no campo da Saúde Mental e da atenção psicossocial.

pesquisas, incluindo a informação dos riscos e benefícios e o consentimento voluntário do sujeito participante. A incorporação desse instrumento nos Códigos de Ética (Deontologia) dos profissionais da saúde só aconteceu anos depois (FREITAS & HOSSNE, 1998) e até hoje é subutilizado. Nesse contexto, o Consentimento Livre e Esclarecido passou a ser acionado como uma divisão de responsabilidade no ato da escolha terapêutica e se tornou uma espécie de proteção tanto para os médicos, quanto para os pacientes. No primeiro caso, porque serve para proteger os médicos de processos judiciais no caso de efeitos não desejados, mas previstos e, no segundo caso, para proteger os pacientes da falta de informações importantes sobre o procedimento (OLIVEIRA et al, 2010). Na prática, ela implica uma avaliação da capacidade do sujeito não só para receber as informações, como para compreendê-las e expressar uma decisão coerentemente (WANSSA, 2011).

Visando estabelecer normas éticas especificamente para os casos de recusa terapêutica pelo paciente, o CFM lançou, em 2019, a Resolução nº 2232/2019³⁵. Segundo o documento, esse é um direito que deve ser respeitado pelo(a) médico(a), desde que o sujeito esteja informado dos riscos e consequências de sua escolha. Os critérios para seu exercício é que o paciente seja maior de idade, capaz, lúcido e esteja orientado e consciente no momento da decisão. Em situações de urgência e emergência, que caracterizem risco de vida, o médico é orientado a intervir, independente da recusa do sujeito, principalmente se ela vier de um menor de idade ou adulto “que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais”. A recusa ao tratamento será considerada abuso de direito, quando colocar em risco a saúde de terceiros ou se tratar de doença com risco de contaminação. Nesses casos, ela não deverá ser respeitada. Cerqueira & Meirelles (2019) vão criticar essa resolução alegando que ela dissimula a violação da autonomia do paciente, limitando a aplicação e o exercício da recusa ao tratamento. Para elas:

o direito de recusa do paciente é relativizado, só podendo este existir no caso de estar no **usufruto da sua sanidade mental** e, não havendo o iminente perigo de vida. Caso contrário à estas condições, o médico agirá, de forma compulsória, em exercício normal de direito, existindo a pena, na situação de descumprimento pelo profissional, de responsabilidade civil e penal, como o crime de omissão de socorro, positivado no artigo 135, Código Penal (p. 16, grifo meu)

³⁵ Essa resolução também traz considerações sobre a objeção de consciência por parte dos(as) médicos(as). De acordo com o documento, esse é um direito do(a) médico(a) de se abster do atendimento e não realizar atos que sejam contrários à sua consciência. Ele não deve ser exercido em situações de urgência e emergência em que outros profissionais não estejam disponíveis para assistir o paciente. Segundo Buzanello (2001), a objeção de consciência é uma espécie de “recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas” (p. 174) de um indivíduo. Ela pode ser utilizada, inclusive, pelo paciente para se recusar a certos tipos de tratamento, incluindo também outras situações, como a prestação de serviço militar, participação no processo eleitoral, doação de órgãos etc.

As autoras concentram sua crítica no limite imposto ao direito de recusa pelas situações que envolvem “perigo de morte”, questionando o prevalecimento da vida como um bem sobre os demais direitos. Elas não se detêm, entretanto, em um elemento que nos interessa bastante nessa discussão: a condição de exercício da recusa ao tratamento por uma pessoa que, na avaliação médica, tenha capacidade para tal. Vamos encontrar essa questão com um pouco mais de destaque nos debates em torno da Tomada de Decisão Compartilhada (TDC). Essa prática, que tem referência na Abordagem Centrada na Pessoa, dentro do campo da Medicina, é uma crítica ao modelo paternalista e consiste em um processo colaborativo entre o usuário e o profissional, baseado em uma comunicação aberta e no respeito às escolhas e valores individuais do sujeito assistido. A sua proposta é que o usuário possa participar ativamente das decisões sobre seu tratamento, integrando suas experiências e preferências aos saberes técnicos dos profissionais, em um verdadeiro exercício de autonomia (MORANT et al., 2016; STEVENSONA et al., 2020).

Para Morant et al. (2016), essa é uma prática que tem um importante “potencial de aliviar aspectos problemáticos da atual gestão dos medicamentos psiquiátricos” (p. 1011). Mas o fato de que na Psiquiatria existe a possibilidade de uso da coerção levanta diferentes questões e implicações para essa discussão em comparação a outras formas de uso de medicamentos. Segundo esses autores, os psiquiatras não costumam ver a “não-adesão” como parte de estratégias pessoais de autogestão e nem sempre concordam que as decisões sobre os psicofármacos são muito adequadas à prática de decisão compartilhada. Para alguns, compartilhar informações sobre os efeitos adversos, por exemplo, pode desencorajar o seu uso pelos sujeitos. Já o medo do usuário em relação às práticas coercitivas tende a produzir uma barreira para o seu envolvimento nas decisões sobre os psicofármacos, fazendo com que ele não compartilhe abertamente seus sintomas e as adaptações que faz, por si próprio, em sua gestão. As experiências negativas também seriam responsáveis por comprometer a confiança e a possibilidade de construção de um processo de decisão compartilhada³⁶. De acordo com as autoras, alguns dos fatores que influenciam a forma como a TDC acontece dentro do contexto da prescrição de medicamentos psiquiátricos são:

(...) a cultura de assistência de curto prazo, avessa ao risco, que está mais atenta à prevenção de recaídas do que aos danos potenciais do uso de medicamentos a longo prazo; a confiança no modelo biomédico de doença mental que prioriza medicamentos e conhecimentos médicos em relação a outras estratégias de tratamento; o predomínio de um modelo de medicação psiquiátrica com foco em doenças, que obscurece explicações alternativas; o

³⁶ Em relação a esse ponto, os autores Huang et al (2020) apontam que os usuários costumam iniciar menos o processo de TDC por conta de experiências prévias em que essa tentativa se tornou um desacordo e a atitude foi considerada pelo profissional de saúde como “falta de *insight*” e “baixa adesão ao medicamento”.

pessimismo profissional quanto ao prognóstico a longo prazo; a falta de confiança do prescritor em reduzir ou interromper a medicação; as relações da Psiquiatria com a Indústria Farmacêutica; o papel social da Psiquiatria na regulação do comportamento e o uso dos medicamentos para isso; e (...) as limitações de recursos que costumam reduzir o contato regular (dos usuários) com os psiquiatras (p. 1008, tradução minha)

Nas últimas décadas, essa prática vem sendo ampliada para incluir mais atores na cena além daqueles associados à Medicina, como outros profissionais da saúde, familiares e redes de suporte. Apesar de ter recebido menos atenção na Saúde Mental, ela tem se espalhado por esse campo nos últimos anos, mas vem gerando questões e encontrando dificuldades em sua implementação. De acordo com Morant et al. (2016), há uma certa ambivalência na valorização da experiência pessoal dos usuários nessa área. Por um lado, existe um reconhecimento e uma ênfase feita pelas políticas de que eles são “*experts* por experiência”, mas na prática eles costumam indicar que se sentem pouco ouvidos e com pouco espaço para decidir no cotidiano da assistência. O que tem sido considerado, de maneira geral, é que a TDC na Saúde Mental precisa ser flexibilizada e utilizada a partir de uma avaliação das condições do sujeito, visto que o considerado “*insight*”³⁷ dos usuários costuma flutuar durante o seu processo de acompanhamento. Afirma-se que há muita heterogeneidade no campo, assim como quadros severos e agudos. Em algumas situações, por conta de restrições, o usuário acaba tendo pouca liberdade de escolha, o que compromete esse tipo de processo. O uso dessa abordagem em situações de crise, que envolvam riscos e preocupações em relação à segurança parece ser limitado, pois nesses casos faz-se necessário que o profissional seja mais diretivo e eficiente em sua intervenção (MORANT et al., 2016; FISHER et al., 2018; GURTNER et al., 2020; HUANG et al. 2020). Como afirma Venturini (2017), durante a crise, o usuário “está numa condição particularmente difícil para afirmar os seus direitos” (p. 97). Nesses momentos, os profissionais (da saúde, da assistência social e das urgências psiquiátricas) acabam tendo que tomar decisões “em seu nome” e muitas vezes elas podem ir de encontro às suas vontades mais imediatas.

No documento “Atenção em Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, algumas orientações são prestadas em relação ao manejo da crise e da recusa ao tratamento por parte dos usuários. Considerada como uma situação insuportável, que se manifesta de forma variada em quadros agudos, a crise demandaria uma intervenção imediata da equipe de saúde. O contato com o usuário teria como objetivo inicial obter o seu

³⁷ O *insight* normalmente se refere ao “conhecimento e/ou compreensão que os pacientes têm de sua doença, (sendo) medido com base nas declarações verbais e no seu comportamento” (MARKOVÁ & BERRIOS, 1995, p. 743). É uma forma que a psiquiatria tradicional utiliza para se referir à relação do sujeito com o que lhe acontece.

consentimento. Diante de discordâncias, o profissional precisaria avaliar o que seria possível negociar na conduta sem abrir mão do que fosse considerado essencial. A recusa em comparecer ao serviço, por exemplo, demandaria diferentes manejos: em uma situação grave, porém crônica, a indicação seria investir no estabelecimento de vínculo com o sujeito e seus familiares; mas em uma situação de crise intensa e aguda, diante da irreduzibilidade do sujeito, medidas concretas e imediatas poderiam ser consideradas necessárias, mesmo que envolvessem o uso da coerção (MINAS GERAIS, 2016). Nos termos do documento:

quando o paciente recusa definitivamente qualquer ajuda, encontrando-se numa situação em que requer cuidados imediatos e urgentes, podemos considerar a possibilidade de medicá-lo ou levá-lo ao serviço de Saúde Mental, mesmo contra a sua vontade (p. 159)

O usuário e seus familiares teriam direito de recorrer contra essas medidas involuntárias, inclusive judicialmente. Por conta disso, seria orientado aos profissionais que os motivos dessa escolha fossem fundamentados e registrados por escrito. O uso das medidas involuntárias, segundo esse documento, deveria ser uma exceção no cuidado, sendo utilizadas apenas em situações em que outras tentativas de intervenção já tivessem sido esgotadas. A alta frequência de seu uso por um dispositivo de Saúde Mental seria um importante indicador da qualidade do serviço, dando sinais de problemas graves em sua lógica de funcionamento. Nesse cenário, os psicofármacos entrariam como atores importantes, já que as situações de crise costumam envolver o uso dessas substâncias, inclusive em doses mais altas do que as usadas habitualmente. A prescrição de psicofármacos em episódios de agitação psicomotora deveria ser utilizada também como medida de exceção e ser sempre precedida por uma conversa, com o objetivo de obter o consentimento do sujeito. A medicação oral, nesse caso, seria considerada a mais indicada, por ser “muito menos invasiva e mais fácil de ser aceita” (MINAS GERAIS, 2016, p. 152).

Em abordagem sobre esse assunto, Kinker (2020) também traz considerações sobre possíveis manejos. De acordo com ele, quanto mais isolada for a pessoa e menos recursos e rede de relações ela tiver com o mundo, mais o serviço precisa multiplicar as estratégias de contato. Tentativas de aproximação e construção de uma “relação de reciprocidade” deveriam ser a aposta da equipe. Segundo o autor, a oferta contínua, mesmo diante da resistência do sujeito, tende, aos poucos, a diminuir a desconfiança e permitir a elaboração de novos passos para o cuidado. O desejo do serviço de estar junto e não somente de atender a crise, ou retirar o sujeito em crise de circulação, é o que permite a construção de uma relação de confiança. Isso acaba evidenciando que a tônica da continuidade do acompanhamento e de uma história do cuidado tende a facilitar a assistência em situações agudas, fortalecendo o vínculo e

diminuindo o índice de medidas mais invasivas. Venturini (2017), na rota desse caminho, vai classificar algumas razões para que a recusa às propostas do terapeuta compareça no cuidado, principalmente, dentro do contexto de crise. Segundo ele, a recusa pode ser uma manobra defensiva capaz de envolver, entre outras coisas, (1) uma oposição ao terapeuta, considerado competente e autoritário; (2) uma negação da doença, devido ao seu estigma social; (3) uma negação da realidade, para aliviar seu sofrimento; (4) um medo de se perceber como alguém que precisa de ajuda; (5) uma resistência à negação de seu delírio, que o protege da falta de sentido; (6) um medo de receber novas decepções na relação terapêutica; (7) um medo de uma simbiose com a figura do terapeuta; (8) uma incapacidade de tolerar certos estímulos; e (9) uma resistência a qualquer alteração de ordem existencial. Por esse motivo, a compreensão dos motivos que justificam a recusa é um passo primordial para se sustentar a dialética do consentimento informado. Em suas próprias palavras:

se o processo de consentimento informado leva em conta habilidades do sujeito, o seu direito de escolha, se o terapeuta move-se dentro do paradigma da “compreensão do louco”, mesmo em situações de crise, são jogadas estratégias muito diferentes. Tenta-se primeiro, saber, tanto quanto possível, a história do paciente, como pessoa e não como doente. Pode-se ter informações significativas e, conseqüentemente, é possível formular alternativas terapêuticas prováveis. O terapeuta não deve assustar-se ou ter pressa injustificada: **é contraproducente iniciar de imediato a utilização de drogas**. Em uma relação direta – face a face – evitar atitudes moralistas, sermões, abordagens inadequadas, sendo esses métodos contraproducentes e totalmente divorciados da situação emocionalmente complexa que é a urgência (p. 101, grifo meu).

Um dispositivo que vem sendo utilizado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica de alguns países para garantir o consentimento dos usuários e sua participação na tomada de decisão em momentos de crise é o Plano e Cartão de Crise. Ele se baseia na noção das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV), advindas do campo da saúde em geral, que permite que um sujeito possa manifestar previamente sua vontade e preferências acerca de como gostaria de ser tratado quando não estivesse com condições de decidir. Na Saúde Mental, a ideia é que o usuário possa traçar, junto com o serviço que o acompanha e com pessoas de sua confiança, as formas que rejeita e que deseja ser cuidado durante uma situação de crise aguda. O documento – que também deixa definido um representante pessoal para tomar decisões e fornece informações sobre o tratamento medicamentoso – deve ficar sob a guarda do usuário e de seu serviço de referência. Uma versão em cartão, mais resumida, fica sob a posse do usuário, para que ele possa levar sempre consigo. Esse cartão anuncia a existência do plano de crise e sinaliza onde ele se encontra guardado. No Brasil, a base normativa para a implantação desse tipo de dispositivo a partir da Resolução do CFM nº 1995 de 31 de agosto

de 2012 (VASCONCELOS et al., 2014), mas, até o momento, poucas experiências de implementação desse dispositivo no campo da Saúde Mental foram realizadas no país³⁸. Para Venturini (2017), a falta de uma legislação específica sobre esse documento no campo da Saúde Mental pode comprometer a sua validade formal, mas o seu uso, sem dúvidas, serve como reconhecimento do direito de escolha do sujeito, o que torna os seus desejos potencialmente mais visíveis na cena clínica.

1.5. O debate em torno do direito de recusa aos psicofármacos no contexto estadunidense

Foi no âmbito da atenção à crise que o direito à recusa de psicofármacos começou a ser inicialmente discutido no campo da Saúde Mental. Na mesma época em que os processos de reforma psiquiátrica se desenrolavam pelo mundo e os psicofármacos assumiam a linha de frente das intervenções psiquiátricas nos Estados Unidos, um intenso debate jurídico se instalou neste país em torno das intervenções involuntárias envolvendo os psicofármacos. Owiti e Bowers (2011), em uma revisão narrativa de estudos acerca da recusa aos psicofármacos, encontraram diferentes formas de descrevê-la, o que, segundo eles, acaba comprometendo a sua apreensão e a elaboração de conclusões precisas sobre suas implicações. De todo modo, a compreensão que parece ser mais compartilhada é a que acompanha a leitura de Appelbaum e Gutheil (1980), para quem a recusa, de forma a ser entendida como tal, precisa ser um ato afirmativo e direto em direção à equipe, não estando incluídos nesse rol certas práticas como esconder os comprimidos ou jogá-los fora, por exemplo. Owiti e Bowers (2011) vão preferir ampliar esse escopo ao final dessa revisão, sugerindo a separação entre uma recusa direta e outra indireta, de modo a acrescentar as recusas não verbalizadas à definição. Será essa a perspectiva da recusa aos psicofármacos que utilizaremos neste trabalho.

Foi em meados da década de 70 que o direito à recusa aos psicofármacos surgiu no debate público dos Estados Unidos. Nesse período, algumas litigações haviam sido abertas em tribunais federais questionando o uso forçado de medicamentos em instituições psiquiátricas, partindo de uma consideração legal, constitucionalmente localizada, de que a medicação involuntária violava a integridade física e a autonomia dos pacientes (BROOKS, 1986;

³⁸ Para conhecer algumas dessas poucas experiências, conferir Vasconcelos (2021).

SCHWARTZ et al, 1988). Um desses casos foi o *Rogers v. Okin*³⁹, que teve como resultado a proibição da administração não consensual de medicamentos para pacientes internados em um hospital psiquiátrico localizado no estado de Massachusetts (APPELBAUM, 1988). As exceções previstas para o exercício desse direito eram: as “situações de emergência”, os casos em que o paciente “representasse perigo para si e para outros” e os casos em que o paciente fosse considerado “mentalmente incapaz” de tomar uma decisão considerada racional sobre o seu tratamento, capacidade essa que era avaliada e determinada por um juiz (BROOKS, 1986).

Após esse caso, outros similares começaram a surgir e a discussão se espalhou pelo país⁴⁰. Dentro do debate, os modelos de tratamento existentes nas instituições passaram a ser divididos em duas categorias: o modelo orientado pelos direitos e o modelo orientado pelo tratamento. No primeiro caso, ao recusar o psicofármaco, o paciente poderia (a) passar por uma avaliação com profissionais de fora da instituição para determinar sua capacidade de decidir racionalmente; (b) ser submetido à medicação involuntária, quando sua admissão já tivesse sido avaliada e autorizada previamente por um tribunal; ou (c) ter um tribunal convocado para avaliar a sua capacidade e julgar o seu melhor interesse. Esse modelo procurava estender a noção de consentimento informado para as pessoas em sofrimento mental, tendo como um dos seus resultados um menor índice de medicação involuntária, mas um tempo maior de permanência da pessoa em regime de internação (OWITI & BOWERS, 2011; APPELBAUM, 1988).

Já no modelo orientado pelo tratamento, o paciente, em caso de recusa, poderia (a) ser submetido diretamente à medicação involuntária⁴¹; ou (b) passar por uma segunda avaliação médica e ser submetido à medicação involuntária, caso ela continuasse sendo considerada pertinente pelos profissionais. Nesse modelo, o índice de medicação involuntária era bem maior, mas o tempo de permanência da pessoa em internação era menor. Ele se baseava na ideia de que os direitos individuais dos pacientes haviam sido revogados devido à necessidade de tratamento, o que seria suficiente para autorizar a administração de medicamentos mesmo

³⁹ Os detalhes desse caso podem ser conferidos no seguinte endereço eletrônico: <https://law.justia.com/cases/federal/district-courts/FSupp/478/1342/1899607/>

⁴⁰ A Suprema Corte Federal nunca reconheceu oficialmente a constitucionalidade desse direito, enviando os casos que lhe chegavam em mãos para outras jurisdições. Isso criou uma série de abordagens diferentes sobre a questão (APPELBAUM, 1988). A decisão citada no parágrafo anterior foi especificamente sobre o caso *Rogers v. Okin*, um dos primeiros a serem discutidos nessa época, mas os outros tribunais foram desenhando medidas diferentes para esses tipos de situações.

⁴¹ Essa era uma situação comum antes da promulgação do direito à recusa. E era também o modelo padrão em estados que não limitaram nem judicialmente nem administrativamente os critérios médicos para administração de psicofármacos.

que involuntariamente (APPELBAUM, 1988). Alguns estudos realizados nessa época identificaram que a recusa aos psicofármacos não só estava associada a mais tempo de internação, como a taxas mais altas de contenção e reclusão (OWITI & BOWERS, 2011). Resultados similares foram identificados em uma pesquisa realizada no contexto alemão em um período mais recente, que se estendeu de 2011 a 2013, quando vigorou uma lei que restringia o uso de tratamento compulsório em hospitais psiquiátricos do país (JAEGER et al, 2019).

Na compreensão dos profissionais alemães entrevistados por esse estudo, o tratamento estaria associado à administração medicamentosa. Manter uma pessoa internada sem os medicamentos seria desconfigurar o processo terapêutico, tornando sua estadia na instituição uma espécie de custódia; já a alta sem remissão sintomatológica seria considerada irresponsável – apesar de ter sido muito realizada nessas circunstâncias. Durante esse período, não só o número de incidentes graves, de reclusão e de contenção aumentaram, como também o conflito nas equipes e a exaustão dos profissionais. Isso, de certa forma, explica por que esse direito não foi muito bem recepcionado desde o início pelos psiquiatras. De acordo com Brooks (1986), em avaliação realizada ainda na década de 80, os psiquiatras estavam convencidos de que “o direito a recusar antipsicóticos era um legalismo impraticável que prejudicaria seriamente a capacidade de lidar efetivamente com várias doenças mentais, tanto no hospital quanto na comunidade” (p. 247-248).

Para Gutheil (1980)⁴², essa questão instalava um importante conflito entre os âmbitos legal e clínico, contrapondo o direito de recusar o tratamento e o direito de receber tratamento. O autor partia de uma compreensão acerca da experiência subjetiva da pessoa em crise como uma “doença mental” que por si só alienava o sujeito, “controlando sua mente” e sendo uma “intrusa a sua integridade”. Nesse contexto, a responsabilidade do psiquiatra seria “libertar o paciente das correntes da doença”, mas, na sua opinião, considerando a forma como a discussão estava sendo realizada no campo legal, o que estava restando aos pacientes era “apodrecer com seus direitos” (p. 327). Essa expressão causou certo impacto e ficou bastante conhecida dentro do debate, sendo citada, posteriormente, por outros autores como Appelbaum (1988), Schwartz et al. (1988) e Winick (1994). Para contrapor os argumentos legais levantados pelos advogados e discutidos nos tribunais, alguns psiquiatras-pesquisadores como Appelbaum & Gutheil (1979;1980) passaram a dar evidência às questões clínicas envolvidas no fenômeno da recusa, alegando que ela não era homogênea e mobilizava uma

⁴² Na época, ele era o diretor interino dos Serviços de Internação de Adultos e Professor Assistente de Psiquiatria no *Massachusetts Mental Health Center*, da *Harvard Medical School*.

série de comportamentos diferentes que variavam de acordo com o estado clínico do paciente. A partir de uma pesquisa realizada em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital estadual, os autores categorizaram as recusas aos psicofármacos em três tipos: as recusas situacionais, feitas de forma pontual por um curto período de tempo e por uma variedade de razões; as recusas estereotipadas, utilizadas pelos pacientes mais crônicos de forma repetida em situações de estresse; e as recusas sintomáticas, inscritas dentro de um quadro psicopatológico, com duração mais longa e mais difíceis de manejar.

De acordo com os autores, os dois primeiros tipos traziam certas vantagens para o tratamento, pois davam a oportunidade aos profissionais de explorar questões não verbalizadas de outro modo acerca das preocupações e situações de estresse vividas pelos pacientes, instalando uma negociação, que, de forma geral, não causava muito prejuízo para a continuidade do tratamento. Winick (1994), discutindo o tema a partir de um enquadramento legal, vai concordar nesse ponto, afirmando que o direito à recusa ao tratamento era uma oportunidade e uma condição importante para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica significativa. Já as recusas do terceiro grupo seriam responsáveis por gerar consequências clínicas mais sérias, pois eram persistentes e sofriam influência direta do estado psicopatológico do paciente. Nesses casos, uma abordagem legal muito rígida poderia prejudicá-lo, pois elas não tinham a ver com nenhuma reivindicação sobre sua autonomia, nem estavam baseadas racionalmente em uma recusa informada. Segundo eles, havia um paradoxo na lei que estabelecia esse direito, pois se o paciente apresentava um quadro tão crítico a ponto de ter sua liberdade restringida pela internação, como se poderia acreditar que ele teria condições de avaliar prudentemente a direção do seu tratamento?⁴³

Schwartz et al. (1988) seguiram essa mesma linha no debate, afirmando que a condição clínica do paciente era a grande responsável por influenciar a recusa aos psicofármacos, não sendo ela uma manifestação de sua autonomia. Para eles, a autonomia estava associada a fatores que se ausentavam em certos quadros clínicos, como o senso de integridade, o autoconhecimento e o autogoverno. Os casos que envolviam delírios de grandeza⁴⁴, por exemplo, estariam mais associados à recusa ao tratamento, assim como os que

⁴³ Winick (1994) vai sinalizar que as recusas nos casos de “psicoses mais graves” não haviam sido adequadamente estudadas até então e lança a seguinte pergunta: “As explicações teóricas para a relação entre a escolha do paciente e o sucesso do tratamento são baseadas em estudos com populações menos prejudicadas. Esses achados podem ser generalizados para pacientes mais debilitados que sofrem com casos mais graves de doença mental?” (p. 107-108, tradução minha)

⁴⁴ Na psicopatologia descritiva, o delírio de grandeza, ou de enormidade, se refere aos quadros ideativos ligados às atribuições próprias de superioridade, poder e riqueza, que ocorrem tipicamente nos quadros maníacos (DALGALARRONDO, 2008).

apresentavam sintomas negativistas⁴⁵. Em suma, para esses autores, a recusa ao tratamento deveria ser tratada como uma questão clínica e não jurídica. Essa tendência – mais biomédica da discussão – apontava consequências mais pessimistas da recusa, entre elas: mais tempo gasto com processos legais que com os outros pacientes; aumento do risco de danos para outras pessoas internadas; dilema para o papel dos médicos; altas “sem tratamento” e entrada dos sujeitos no sistema carcerário. O direito de recusa aos psicofármacos, nessa perspectiva, era visto como uma medida que poderia ser disruptiva e danosa para a sociedade (LEONG et al., 1988).

Dados mais ampliados sobre os motivos que levavam à recusa aos psicofármacos foram localizados por outros pesquisadores. Owiti & Bowers (2011), em sua revisão narrativa, encontraram fatores sistêmicos e estruturais como responsáveis pela configuração de algumas recusas. A rotatividade de profissionais, por exemplo, estava associada, nos resultados de alguns estudos, a um aumento no índice de recusa aos psicofármacos, já que comprometia a confiança do paciente na equipe⁴⁶. Também foi identificado que a precariedade da estrutura da instituição era capaz de provocar a recusa ao tratamento e diversos outros tipos de comportamentos mais disruptivos. Brooks (1986), em seu trabalho, vai localizar ainda mais motivos, como as diferentes concepções acerca do processo de sofrimento, o questionamento do uso de substâncias químicas no geral, o medo de estigmatização, a desconfiança dos benefícios da medicação, o desejo de não interferência nos efeitos positivos da doença e o desejo de tomar decisões por si mesmo. Sem falar nos efeitos colaterais, que são citados, de diferentes formas, em várias das pesquisas realizadas sobre essa questão (APPELBAUM & GUTHEIL, 1979, 1980, 1982; BROOKS, 1986; SCHWARTZ et al., 1988; STONE, 2003).

No fim das contas, a existência legal desse direito nos Estados Unidos não implicou diretamente no seu exercício irrestrito. As equipes das instituições costumavam contornar a lei ou, muitas vezes, sequer conheciam os direitos dos pacientes. Estes últimos, por sua vez, também costumavam desconhecê-los (BROWN, 1984). Além de uma grande rejeição dos profissionais da Medicina, havia uma tendência de muitos juízes a decidirem a favor da intervenção involuntária, mesmo quando os pacientes eram considerados sujeitos com

⁴⁵ O negativismo é considerado pela Psiquiatria uma oposição e resistência obstinada do sujeito às solicitações do meio externo. Normalmente, está presente em quadros de catatonia, depressão grave e alguns transtornos de personalidade (*ibidem*).

⁴⁶ A alta rotatividade de profissionais também aparece na pesquisa de Gurtner et al. (2020) como um dos fatores responsáveis por comprometer a construção de um processo de Tomada de Decisão Compartilhada, já que essa prática precisa envolver um relacionamento permanente e de confiança entre o usuário e o profissional da saúde. Esses dados coadunam com a indicação de Huang et al (2020) de que a Tomada de Decisão Compartilhada, ou seja, a presença de uma relação terapêutica consistente, pode facilitar a aderência ao tratamento.

capacidade. O reconhecimento jurídico desse direito não desencadeou nem o colapso do sistema de Saúde Mental – como os médicos esperavam – nem uma grande revolução nos hospitais psiquiátricos – como imaginavam os que advogavam por essa causa (APPELBAUM, 1988). De todo modo, a discussão em torno desse tema acabou chamando atenção para a baixa qualidade da assistência que era ofertada nos hospitais psiquiátricos (BROOKS, 1986), se inscrevendo dentro de um movimento mais geral de defesa pelos direitos dos pacientes. Foi também um debate responsável por polarizar o movimento da reforma psiquiátrica estadunidense entre os profissionais do campo e ativistas externos mais ligados aos grupos de *advocacy*⁴⁷, potencializando tensões e fraturas que já existiam historicamente entre os dois grupos (BROWN, 1984).

1.6. A autonomia entre dilemas éticos, controvérsias clínicas e agenciamentos políticos

Na literatura sobre a recusa aos psicofármacos não consta, mas muitos ativistas pelos direitos das pessoas em sofrimento mental nos Estados Unidos estavam, desde a década de 70, se organizando em um movimento a partir do qual se denominavam Sobreviventes da Psiquiatria⁴⁸. Esse movimento centrava suas atividades em três direções: na construção de grupos de suporte mútuo e autoajuda; no ativismo como movimento social (*advocacy*); e na criação tanto de concepções alternativas sobre a loucura quanto de propostas controladas por pares para o cuidado em Saúde Mental. Sua principal meta era a erradicação dos tratamentos involuntários na psiquiatria, inclusive os psicofármacos. Defendiam os ideais de autossuficiência, autodeterminação e autonomia e partiam de suas experiências pessoais em internações psiquiátricas para legitimar um confronto direto à autoridade, *expertise* e poder dos profissionais da Psiquiatria, tendo sido os primeiros a advogarem pelo fechamento das instituições psiquiátricas no país. Sofreram influência da Antipsiquiatria (apesar de não se sentirem incluídos em seus debates) e do movimento de trabalhadores da saúde, bem como de

⁴⁷ Segundo Desviat (2018), “esse conceito refere-se a um amplo conjunto de ações que vão desde a prestação de informação, educação e ajuda mútua até a mediação, defesa e denúncia da violação dos direitos humanos” (p. 124)

⁴⁸ Outros termos eram utilizados para denominar os diferentes grupos que faziam parte desse movimento, como “ex-internos”, “ex-pacientes”, “consumidores”, “usuários” e “clientes”. Cada denominação indicava o tipo de postura do grupo, se mais radical ou mais reformista em relação ao sistema de Saúde Mental. Utilizaremos apenas o termo “sobreviventes” por ser o mais utilizado na literatura disponível sobre o tema e ser o termo pelo qual o movimento é mais (mesmo que pouco) conhecido no Brasil.

outros Movimentos Sociais⁴⁹. Era um espaço bastante heterogêneo, que sofreu algumas clivagens, na década de 80, por conta de tensionamentos internos, mas que continua ativo até hoje, porém, com um caráter mais temperado e em maior interlocução com o sistema oficial de Saúde Mental (THE JOURNAL OF MIND AND BEHAVIOR, 1990; PARADA, 2018; ALLEN, 2018).

De acordo com Allen (2018), é comum que mais atenção seja dada à luta pelos direitos de acesso aos tratamentos psiquiátricos do que pelo direito de questioná-los e rejeitá-los, o que, de certa forma, justifica o fato de os Sobreviventes da Psiquiatria serem tão desconhecidos. Pode-se dizer que a recusa operada por esse movimento, pelo grau de consistência e organização política que inclui, é de natureza bem diferente daquela inscrita pelos psiquiatras em um enquadre psicopatológico. Talvez, por isso, possamos aproximá-la com mais facilidade do conceito de “recusa informada” na forma como ele vem sendo explorado atualmente, no campo da Sociologia, pela autora Ruha Benjamin ao discutir a noção de biodeserção. De acordo com essa autora, a biodeserção se refere aos diferentes modos de resistência dentro dos processos de engajamento dos sujeitos com as diferentes tecnologias e instituições biomédicas. Ela seria uma espécie de dimensão da cidadania, biologicamente articulada, que recusa tecnologias ao invés de demandá-las (BENJAMIN, 2016).

A recusa informada, nesse sentido, partindo de uma abordagem pós-colonial, se apresenta como o corolário do consentimento informado e guarda em seu seio não apenas uma crítica, mas uma visão propositiva sobre novos modos de relação. Dessa forma, para que ela seja entendida como tal, precisa estar associada a condições muito específicas de engajamento e resistência ao que é ofertado, o que talvez não se encaixe, realmente, em todas as recusas proferidas pelos sujeitos diante dos psicofármacos nos serviços de Saúde Mental. De todo modo, é importante situar que essa “recusa informada”, como é discutida sociologicamente pela Ruha Benjamin, também é diferente da “recusa informada” ao qual Appelbaum e Gutheil (1979) se referem, já que esta última parece, na verdade, ter como referência uma visão mais biomédica, associando-se estritamente à condição de articulação e fundamentação racional de uma recusa ao tratamento.

Para Brown (1984), o direito de recusar o tratamento medicamentoso lança um verdadeiro desafio para as instituições, sendo o mais controverso e radical dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Ele parece ser capaz de mobilizar implicações de ordem

⁴⁹ Alguns desses movimentos foram o Movimento Feminista, o Movimento pelos Direitos das Pessoas Privadas de Liberdade, o Movimento Negro e o Movimento das Pessoas com Deficiência.

clínica, legal e social (LEONG & SILVA, 1988), que lança à assistência alguns importantes dilemas éticos. Eisenberg et al. (1981) vão explorar alguns desses dilemas a partir do caso de um sujeito com tentativas prévias de suicídio e diagnosticado com depressão psicótica, que recusava qualquer tipo de intervenção, tendo parado inclusive de se alimentar. Nessa época e local, o direito de recusa aos psicofármacos estava legalmente em voga. Diante da recusa desse sujeito, a equipe acionou o tribunal responsável por avaliar a pertinência de uma medida involuntária, mas ela só foi autorizada a intervir medicamentosamente quando ele estava próximo ao óbito, devido ao comprometimento fisiológico gerado pela falta de alimentação. Os autores, então, destacavam que os modelos clínicos e legais possuíam formas diferentes de definir a “emergência” – entendida como a situação de exceção para o exercício do direito à recusa ao tratamento.

Para eles, o modelo legal estaria mais atento aos riscos para si e para outros envolvidos na situação, enquanto o modelo clínico tinha um ponto de vista mais ampliado, incluindo o comprometimento do quadro clínico. O caso desse sujeito, por exemplo, fazia parte de um intervalo que não estava bem descrito na lei. O dilema ético para os profissionais, nesse tipo de caso, consistia no fato de que intervir sem o seu consentimento infringiria seu direito legal, mas não intervir significaria testemunhar passivamente a sua piora. Desse modo, o profissional se dividia entre duas negligências: do direito legal, ou da necessidade clínica, estando elas em disputa no desenho de alguns quadros. Jaeger et al. (2019), nessa mesma perspectiva, apontam que, diante dos casos de recusa aos psicofármacos, o que se coloca, no fim das contas, é uma dificuldade em conciliar o direito de autodeterminação das pessoas e o compromisso profissional de evitar danos. Isto é, como diz Wortzel (2006), instala-se um confronto direto entre dois importantes princípios éticos da prática clínica médica: o de respeito pela Autonomia e o de Beneficência.

Esses dois princípios fazem parte do Princípioalismo, abordagem clássica da Ética Biomédica, consolidada por Beauchamp e Childress em seu livro *Principles of Biomedical Ethics*, lançado no ano de 1979. O princípio da Beneficência, que remonta à Medicina Hipocrática, consiste no dever de agir em benefício do paciente, em busca de seus interesses e do que seja melhor para ele. Mas julga-se que é por trás desse princípio que o paternalismo dos profissionais de saúde mais pode se esconder, pois uma ação em busca do que se considera “melhor” para o paciente pode comprometer o exercício de sua autonomia⁵⁰. Já o

⁵⁰ Há uma noção que se coloca em voga em situações de exceção, sempre que há risco grave para o paciente, que é a de “privilégio terapêutico”. A partir dela, o profissional pode dispensar o consentimento e priorizar as intervenções baseadas na avaliação do quadro clínico (CFM, 2016). Segundo Gurfinkel (2018), esse valor

respeito pela Autonomia consiste no reconhecimento de que as pessoas podem e devem decidir sobre seu cuidado a partir de seus valores e crenças. Porém, para que um ato seja considerado autônomo, ele deve ser intencional, executado por alguém informado e com capacidade para tal, estando a pessoa livre de coerções e de fatores de restrição. Junto a esses dois princípios estão também o princípio da Não-Maleficência, que tem a ver com a obrigação de não causar danos e prejuízos ao paciente; e o da Justiça, que se relaciona a uma preocupação com a distribuição equitativa dos recursos de saúde (REIS, 2006; SILVA, 2015b).

De acordo com Wanssa (2011), o paternalismo é a tentativa do médico de beneficiar o sujeito sem contar com o seu consentimento. Ele pode ser dividido entre um *paternalismo brando*, quando a ação executada não viola a autonomia da pessoa; e um *paternalismo duro*, que pode ser subdividido ainda entre um *paternalismo forte*, se envolve intenções de beneficiar uma pessoa a despeito de suas escolhas, e um *paternalismo fraco*, que é moralmente justificável, pois costuma ser aplicado em situações em que se avalia que a pessoa “não tem ou perdeu a autonomia”. O questionamento dessa relação paternalista na Medicina é recente, tendo como marco o ano de 1914, quando tribunais estadunidenses passaram a entender que as intervenções clínicas sem o consentimento da pessoa assistida constituíam uma violação de sua autodeterminação⁵¹. Essa tendência acompanhava o surgimento na modernidade de uma noção de indivíduo livre e autônomo, alinhado a um certo pluralismo moral, que surgiu junto às mudanças sociais e culturais do mundo ocidental a partir do século XX. Essas mudanças teriam produzido, entre outras coisas, uma queda nas regulações morais feitas pelo Estado e a implantação de um modelo cada vez mais legalista no processo de decisão terapêutica. Nas palavras Wanssa (2011):

pode-se considerar que a sociedade contemporânea vive situação de transição paradigmática, onde o paradigma vigente (beneficência) demonstra falhas e não mais é aceitável na sociedade plural contemporânea e o seu substituto (autonomia) ainda não está totalmente estabelecido em consequência da formação médica vigente, historicamente beneficente (p. 115)

De todo modo, os dois princípios constam juntos dentro da abordagem principialista, o que demanda do profissional uma avaliação e manejo de qual deles deve se sobressair na

transcende o de autonomia porque prioriza a proteção da vida. Ele também pode ser utilizado para justificar o não fornecimento de informações pelo médico quando ele avalia que o paciente não está preparado para recebê-las. Isso, inclusive, costuma ser feito por alguns profissionais para evitar que o paciente abandone o tratamento, o que torna a conduta bastante controversa (MIZIARA, 2013).

⁵¹ Lembremos que, alguns anos depois, essas mesmas queixas foram levantadas pelos pacientes de hospitais psiquiátricos para reivindicar o direito de recusar o tratamento com psicofármacos.

orientação de uma conduta clínica específica⁵². A questão central nessa avaliação é a determinação de quem pode ou não ser considerado um sujeito autônomo. E isso, combinemos, assume proporções bem particulares no campo da Saúde Mental, já que é esperado que “os sujeitos estejam em plenas condições de deliberar, fazer escolhas e assumir as consequências de seus atos, condição que não é inteiramente satisfeita em sujeitos que padecem de alguma ‘desordem mental’” (ZAMBILLO, 2015, p. 78). Mesmo considerada uma condição relativa, que pode faltar em uma dimensão da vida do sujeito e continuar preservada em outra, a capacidade para autodeterminação costuma ser vista como um fator que, entre outras coisas, sofre comprometimento em diagnósticos ou tratamentos que produzam alterações mentais (RESTREPO et al, 2012).

Então, qual a autonomia possível para os sujeitos aos quais são atribuídos os diagnósticos psiquiátricos, principalmente quando se parte da consideração que ela costuma ser promovida como um resultado esperado do próprio cuidado em Saúde Mental – pelo menos daquele que acompanha os princípios da Reforma Psiquiátrica? Para a Psiquiatria, mais alinhada ao paradigma biomédico, a noção principialista de autonomia parece servir como bússola, mas o que o campo da RPB pensa sobre isso? Como pergunta Santos et al (2000), “como lidar com este tema quando se trata de sujeitos destituídos de todo e qualquer valor ao receber o atributo de doente mental”? (p. 3)

Sabemos que o questionamento a essa destituição de “todo e qualquer valor” dos sujeitos assistidos pela Saúde Mental é o que, no cerne, mobilizou e mobiliza a Luta Antimanicomial e a RPB. A autonomia, dentro desse movimento, se apresenta como uma questão muito cara, frequentando, desde o início, a pauta e as políticas públicas de Saúde Mental, mas sem que um efetivo exercício de problematização em torno do conceito tenha sido feito (ZAMBILLO, 2015). Foi justamente na tentativa de mapear os diferentes tipos de compreensões sobre a autonomia que existiam dentro do campo que Leal (2001), ainda no período de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, se debruçou sobre as formas que os materiais bibliográficos do movimento utilizavam para definir essa noção.

A autora identificou, na época, não uma, mas quatro tendências distintas de compreendê-la: uma primeira, associada à ideia mais comum de livre arbítrio, independência e autogoverno, em que o território não era sequer uma questão e o cotidiano do serviço não

⁵² Segundo Roché-Sánchez & Macpherson (2018), a aplicação desses princípios requer sempre uma certa ponderação, pois eles podem acabar entrando em conflito uns com os outros, como nós vimos no debate sobre a recusa aos psicofármacos. Para decidir diante desses conflitos, os autores que inicialmente sistematizaram essa abordagem pensaram em dois movimentos: o de especificação, que reduz os princípios a regras menos indeterminadas; e o de ponderação, que valida qual dos princípios tem mais peso em uma dada situação concreta.

era tematizado; uma segunda, mais psicologizada, ligada aos limites da vontade e à subjetividade, onde a autonomia era uma característica fatalmente limitada pela divisão interna do sujeito; uma terceira, com teor mais normativo, em que o social era visto como um constrangimento à vontade e o modelo de subjetividade hegemônico era visto como padrão de normalidade ao qual os usuários podiam ou não se adaptar⁵³; e uma quarta, em que a autonomia era definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para a sua vida a partir da possibilidade de ampliação de suas relações com o social.

A existência e convivência dessas distintas compreensões deixa claro que o caminho para a cobiçada “produção de autonomia”, pensada e proposta pela RPB, nunca foi unívoco, o que torna o cenário da assistência um espaço de constantes disputas. Para a GAM, a compreensão que mais se alinha a sua direção de entendimento e trabalho é a quarta dimensão localizada por Leal (2001), atribuída à autoria de Kinoshita (1996). Nesse modo de compreender a autonomia, ao invés de se pensar a independência como eixo, o que se institui como condição para o seu exercício é a diversidade de relações de dependência estabelecidas pelo sujeito e a sua capacidade de construir contratualidade com o seu meio. Essa abordagem, em que a autonomia é vista como um processo compartilhado, acaba se aproximando da ideia de cogestão, destacada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS como um norteador para a construção de horizontalidade, corresponsabilidade e protagonismo dos sujeitos nas práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2009a). Partindo desse olhar, pensar a autonomia das pessoas assistidas requer também uma reflexão sobre a autonomia dos próprios profissionais. Segundo Zambillo (2015):

é pelas condições de possibilidade, pelas tensões partidárias, políticas, econômicas, geográficas, físicas, sociais, ambientais, entre tantas outras, que se coloca o desafio de agir com autonomia. São muitos os fatores que se articulam para ampliar ou reduzir ações autônomas, de tal modo que as situações extrapolam a capacidade individual de raciocínio para deliberações – capacidade individual, tal como propunham os principalistas (p. 102-103)

Desse modo, a autonomia passa a ser vista como um exercício e não como um atributo, como um processo e não como um resultado, como uma potência e não como uma essência, incluindo em seus contornos todas as pessoas que fazem parte da dinâmica do fazer saúde. A GAM vai chamar atenção para esse encontro com o outro como o *locus* onde as

⁵³ Esse modo de compreensão da autonomia parece se aproximar da postura utilizada na abordagem sobre “não-adesão” ao tratamento. Isso porque, segundo Leal (2001), debaixo do guarda-chuva dessa autonomia, os usuários que não aceitavam as ofertas terapêuticas deixavam de receber o tratamento, já que a questão não era vista como algo que dissesse respeito aos serviços – responsáveis por ofertar o que era considerado necessário. Não quero dizer com isso que os estudos sobre “não-adesão” representam ou advogam por esse tipo de postura, apenas conecto, nos dois casos, uma certa ausência de problematização sobre o que essas reações dos sujeitos podem dizer sobre a própria oferta e o serviço.

negociações serão (ou poderão ser) realizadas, onde a autonomia será (ou poderá ser) construída e exercida, estando ambas, a negociação e a autonomia, fortemente conectadas. A questão é, como pergunta Zambillo (2015), o que acontecerá com essa autonomia quando ela se deparar com as situações inegociáveis? Nessas situações, será o apelo principalista que retornará, com a sua beneficência, ou esse limite poderá ser entendido (e gerido) de outra maneira?

Essas questões se tornam centrais quando pensamos a recusa aos psicofármacos, pois as vicissitudes da clínica parecem nos perguntar não só qual autonomia é possível, mas quando ela se faz possível. Defender o direito à recusa, definitivamente, exige que acessemos com honestidade as suas complexidades. A discussão sobre esse tema demonstra seu valor na reunião que faz de dois elementos de destaque na clínica contemporânea da Saúde Mental: os psicofármacos, como importantes atores no cuidado, e a autonomia, como uma pérola entre o seu meio e a sua finalidade. Ironicamente, os caminhos de ambos parecem coincidir historicamente: o momento em que a autonomia passa a se destacar enquanto uma questão ética dentro das práticas de saúde é o mesmo em que os psicofármacos despontam como ferramentas terapêuticas na Psiquiatria.

A quase totalidade dos materiais que localizamos e que se aprofunda em uma discussão sobre a recusa aos psicofármacos diz respeito a um outro contexto geográfico e temporal, além de corresponderem a pesquisas realizadas em um paradigma assistencial hospitalocêntrico. Resgatar esses trabalhos é importante, mas não suficiente para pensarmos essa questão no Brasil dos dias de hoje. Discutir a recusa aos psicofármacos dentro do contorno dos marcos legais que são referência para a RPB e do contexto concreto de nossa RAPS abre brechas para outras reflexões e é sobre elas que pretendo me debruçar. Desde a década de 80, já se apontava que a discussão sobre o direito de recusa ao tratamento psiquiátrico era capaz de estimular não só o debate sobre a autonomia do profissional e do paciente, mas também sobre as dinâmicas institucionais e os movimentos sociais na atenção à saúde (BROWN, 1984). Partindo desse legado, a ideia é explorar essas questões em um contexto situado e avaliar que outras implicações e repercussões podem ser identificadas.

NO MEIO DO CAMINHO

No meio do caminho, entre a Paraíba e o Rio de Janeiro, tem a Bahia. E eu passei por lá, quando estava na metade desta escrita. Enquanto caminhava por uma praia, encontrei, junto com um amigo, uma curiosa estrutura de pequenas pedras empilhadas. Era um trabalho bonito, humano e paciente. Lembrei automaticamente de um dia em que aceitei o desafio de empilhar um pequeno conjunto de pedras em um quintal por onde passava em visitas. Encontrar o jeito certo em que cada pedra ficaria em equilíbrio exigia diversas tentativas e muita resiliência. Aquele equilíbrio tênue e efêmero me servia de metáfora. Cada formato e rugosidade demandava seu encaixe, quanto mais liso mais difícil. Descobrir que eu poderia equilibrar as pedras do caminho foi um belo exercício. Essa imagem passou a caminhar comigo desde então e me serviu bastante neste percurso.

2.1. O encontro com o campo: equilibrando pedras entre o sim e o silêncio

Apesar das intempéries da conjuntura pandêmica, sustentei o desejo de realizar um estudo de campo. As medidas de distanciamento social traziam obstáculos concretos para a realização de escolhas metodológicas que me permitissem ter acesso direto às interações cotidianas e às controvérsias de meu interesse entre os diferentes atores nos cenários de pesquisa, mas elas não impediam completamente que eu tivesse acesso às narrativas dos profissionais. A escolha por utilizar entrevistas semiestruturadas por via remota como técnica para a coleta de dados foi a solução encontrada no momento do desenho do meu projeto⁵⁴. Tal decisão acompanhava a compreensão de que esse recurso não apenas tem potencial de acessar com profundidade assuntos complexos (GOLDENBERG, 2004) como possui abertura para diferentes graus de flexibilidade em sua condução (GIL, 2002). O recorte da questão dirigida mais especificamente aos trabalhadores já incluía a inferência de que as dificuldades de conexão e de acesso a equipamentos tecnológicos para a participação na entrevista seria menor entre esse público⁵⁵, o que facilitaria a realização da pesquisa no (reduzido) tempo do mestrado. Abri mão, portanto, de inserir usuários, familiares e outros atores na pesquisa⁵⁶, bem como de realizar estudos de caso que demandassem acesso aos documentos físicos das instituições.

O critério para a escolha dos dois serviços (ambulatório e CAPS III) onde pretendia realizar a pesquisa de campo foi que estivessem localizados no município do Rio de Janeiro e fizessem parte de uma mesma Área programática (AP)⁵⁷. A ideia era que esse corte possibilitasse (1) o acesso a dispositivos que se conhecessem e mantivessem algum fluxo de trabalho entre si e (2) o controle de variáveis territoriais para a análise. Para iniciar minha

⁵⁴ Na verdade, eu tinha a intenção de realizar grupos focais com as equipes, além das entrevistas semiestruturadas, mas fui convencida pela minha banca de qualificação de que isso aumentaria a envergadura do projeto dentro de um tempo reduzido e uma conjuntura instável para a sua realização.

⁵⁵ A desigualdade digital já era um tema discutido antes da pandemia, mas ganhou mais evidência nesse contexto. De forma genérica, ela associa iniquidades sociais às dificuldades de acesso a equipamentos tecnológicos e internet de qualidade.

⁵⁶ Apesar de já ter entrado no mestrado com a intenção de realizar a pesquisa com os profissionais de saúde, ponderei, em algum momento da fase exploratória, a possibilidade de incluir esses outros atores no desenho metodológico, especialmente os usuários, mas voltei atrás.

⁵⁷ A divisão do município em áreas programáticas compõe o plano interno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde 1993 e tem por finalidade organizar as informações e o planejamento de ações em saúde para essas regiões. Ao todo, são 10 áreas programáticas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3. Fonte: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/370_0816/4128745/PMS_201420_17.pdf

inserção em campo, escolhi uma Área Programática⁵⁸ que possuía uma importante heterogeneidade entre o público assistido e eu não tinha experiência profissional prévia. A partir da ajuda de colegas e de um grupo de *Whatsapp* que reúne profissionais da rede de saúde do município, identifiquei quem eram os gestores dos serviços inicialmente visados e consegui meios de entrar em contato diretamente com eles. A ideia era tentar ao máximo estabelecer esses contatos por via remota, de modo que eu não precisasse me deslocar presencialmente aos serviços. A opção por acessá-los diretamente e não por meio do telefone institucional era uma tentativa de acelerar o processo, já que, por experiência própria, eu conhecia a dificuldade de comunicação por essas vias formais.

Munida do número telefônico da direção do CAPS (que foi muito simples de conseguir) e do e-mail da direção do ambulatório (única forma de contato que tive acesso), enviei minhas primeiras mensagens no início do segundo semestre de 2021. Fui ignorada em ambas. Após algum tempo de espera, resolvi ligar para a direção do CAPS pelo número que havia obtido e, assim, consegui um retorno. Através de uma chamada de áudio, apresentei brevemente meu problema de pesquisa e, por mensagem mesmo, enviei o meu projeto. A autorização foi concedida sem muitas perguntas ou obstáculos e a carta de anuência foi assinada no dia seguinte. Como eu não havia conseguido o telefone pessoal da direção do ambulatório, tentei ligar para os números institucionais, mas não obtive sucesso, pois eles não estavam funcionando. Para obter a autorização desse serviço, precisei ir presencialmente à instituição. Também sem muitas perguntas ou obstáculos, consegui a autorização e a assinatura da carta de anuência. Fui informada, na ocasião, de que o e-mail enviado não havia sido visto e que ter ido pessoalmente tinha sido a melhor escolha. Um destaque foi feito ao excesso de trabalho com a campanha de vacinação contra a COVID-19, já que a direção era responsável por um Centro Municipal de Saúde (CMS) inteiro e não apenas pela seção de Saúde Mental.

Enquanto tentava conseguir essas autorizações, eu seguia providenciando a submissão do projeto na Plataforma Brasil, de modo que ele fosse apreciado pelos dois comitês de ética exigidos: o Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/IMS) e o Comitê de Ética da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ). O primeiro comitê a avaliar a minha pesquisa foi o do IMS. Depois de 1 (um) mês e 10 (dez) dias o projeto foi aprovado e encaminhado para a segunda apreciação, tendo ficado mais 27 (vinte e sete) dias aguardando o aceite pelo outro comitê. Após ter sido

⁵⁸ Por uma questão de sigilo acordado com os serviços, não divulgarei quaisquer informações sobre a Área Programática, nem sobre os dispositivos contatados.

recebido pela segunda comissão, ele permaneceu por mais 3 (três) meses e 8 (oito) dias em tramitação, tendo sido aprovado, após esse tempo, através do parecer nº 5.242.581. Foram praticamente 5 (cinco) meses de espera que, vale lembrar, se somaram, no tempo total do mestrado, aos outros 5 (cinco) meses aguardando o retorno das aulas interrompidas com o decreto do estado de pandemia. Durante esse intervalo em que o projeto tramitava no CEP, algumas mudanças pessoais aconteceram em minha vida, envolvendo sobretudo o impacto da pandemia, e eu passei a não mais residir no município do Rio de Janeiro. Considerando que a pesquisa seria realizada remotamente, isso, à princípio, não pareceu ser uma fonte de preocupação. Mas, então, as medidas de distanciamento social começaram a ser flexibilizadas no início de 2022 e algumas dificuldades começaram a aparecer no caminho.

Eu havia conseguido participar virtualmente de uma supervisão de equipe do CAPS, mesmo antes da aprovação do projeto pelo CEP, com o intento de apresentar brevemente a proposta do meu projeto e dar notícias do meu interesse em realizá-lo no serviço. Foi uma participação muito breve. Entendia esse momento como parte das etapas preliminares da pesquisa permitidas pelo CNS através da Resolução nº 510/16, que estabelece diretrizes éticas específicas para as pesquisas na área de Ciências Humanas e Sociais (CHS). Não foi possível realizar o mesmo passo no ambulatório, pois não obtive autorização da direção para isso. Para a gestão, eu só poderia entrar em contato com a equipe após a total aprovação do projeto pelo CEP. Quando isso finalmente aconteceu, voltei a entrar em contato, mas não obtive nenhum retorno de minhas mensagens, e-mails e ligações realizadas. Passei um tempo considerável insistindo nesse processo. Consegui, através de uma profissional do ambulatório, o número telefônico de outra pessoa da gestão, que tentou me ajudar a falar com a direção, marcando um horário para uma conversa, mas sem sucesso.

Notícias foram dadas em momentos distintos e por diferentes profissionais sobre o excesso de demandas desse dispositivo dentro do contexto da pandemia e da campanha de vacinação contra a COVID-19. Também havia sido informada de que uma ida presencial ao serviço facilitaria o estabelecimento de contato, entretanto, nas mensagens redigidas pude informar, mais de uma vez, sobre a minha impossibilidade de ir pessoalmente ao serviço naquele momento. Nenhuma negociação foi possível, porque nenhuma resposta foi dada, nem sequer alguma que me solicitasse a ida presencial. Após algumas semanas de angustiante espera, comecei a cogitar desistir do ambulatório como campo de pesquisa, pois já me sentia bastante prejudicada pelo tempo em que o projeto passou em tramitação no sistema CEP/CONEP. Além do mais, a partir de sinais muito sutis das pessoas do serviço com quem

consegui algum contato, passei a considerar a existência de alguma inflexibilidade na postura pessoal da direção.

Esse foi o principal e talvez único elemento comparativo que pude obter nessa minha inicial inserção no campo. A presteza, acolhimento e flexibilidade dos retornos obtidos com o CAPS, mesmo diante de demoras e desculpas devido às atribuições do trabalho, contrastava, fortemente, com a imponderável falta de resposta do ambulatório. Lá, tal qual um protocolo, eu tinha que ir pessoalmente ao serviço, mesmo diante do contexto de exceção pandêmico e da minha situação (de exceção) pessoal completamente articulada com a própria pandemia. A falta de qualquer resposta ao meu contato começou a me soar como uma falta de desejo, um “não”, uma recusa. Dava sinais também de um modo diferente de funcionamento. No CAPS, serviço de atenção à crise, a gestão parecia mais atenta, alerta e disposta a dar um jeito, a tornar possível a realização da pesquisa, o que me fazia pensar na própria dinâmica que o trabalho com situações de crise exige, com suas urgências e emergências: não só uma ação mais pronta, mas uma ação aberta para pensar a partir da situação colocada. Claro que outras variáveis desconhecidas compõem as razões para o que encontrei, mas não pretendo me debruçar em conjecturas. Com a falta de mais elementos analíticos, isso não seria nem prudente, nem honesto, além de parecer desnecessário a essa altura. O que acontece é que sem o retorno do ambulatório e com o tempo reduzido do cronograma, a decisão foi por realizar a pesquisa de campo apenas com os profissionais do CAPS.

Isso que me exigiu reajustar a rota e modificar os ângulos, não parecia, entretanto, se distanciar do caminho que eu estava desbravando teoricamente sobre o tema. A questão da crise já aparecia com destaque na discussão sobre a recusa aos psicofármacos, mostrando-se um recorte possível e interessante para a análise. Nas minhas visitas à história do direito de recusa nos Estados Unidos, eu vinha acessando os alcances e limites da discussão em um contexto de atenção à crise dentro de um modelo hospitalar e manicomial. Quais questões surgiriam ao olhar para esse fenômeno no cenário brasileiro dentro do paradigma da atenção psicossocial? Isso parecia bem estimulante, apesar da frustração com a perda do que eu poderia encontrar tendo o ambulatório como contraponto. Segui com o CAPS, equilibrando as pedras, o que, apesar de desafiador, não foi difícil. Como já constava no meu projeto, caso as reuniões voltassem a ser presenciais, eu pediria o auxílio da gestão para chegar aos profissionais individualmente. E assim foi feito, com a mediação da coordenação⁵⁹ do serviço foi possível construir à distância a minha aproximação da equipe.

⁵⁹ Essa mediação foi imprescindível para o acesso aos profissionais. A partir de uma conversa posterior com a coordenação, tive notícias de como foi feito o convite: por mais de uma vez e em mais de um espaço (supervisão

O CAPS pesquisado, como todo CAPS III, possui um funcionamento 24h⁶⁰, foi fundado em 2010 e se encontra dentro de um complexo de saúde em uma zona periférica da cidade, sendo responsável pela assistência de 8 (oito) bairros e uma população de 158.859 pessoas⁶¹. O serviço, que é gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS), possui 48 (quarenta e oito) profissionais na equipe técnica, sendo 3 (três) Assistentes Administrativos, 13 (treze) Técnicos de Enfermagem, 8 (oito) Enfermeiros, 5 (cinco) Psicólogos, 4 (quatro) Oficineiros, 3 (três) Assistentes Sociais, 3 (três) Psiquiatras, 2 (dois) Redutores de Danos, 1 (um) Musicoterapeuta, 1 (um) Professor de Educação Física, 1 (um) Terapeuta Ocupacional e 4 (quatro) gestores. Outros 12 (doze) profissionais compõem a equipe de apoio distribuídos entre Portaria (4), Limpeza (6) e Copa (2) e mais 9 (nove) profissionais compõem a equipe de seguimento de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT)⁶² referenciado ao dispositivo. A equipe técnica (com exceção dos gestores) é dividida em 3 (três) miniequipes, cada qual sendo responsável por um território ligado às Clínicas da Família⁶³ de referência. Elas costumam se reunir entre si e com a equipe geral semanalmente em uma supervisão clínico-institucional.

A porta de entrada do serviço se dá através de demanda espontânea e encaminhamentos de outros serviços, como Emergências Psiquiátricas, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Clínicas da Família. Não é necessário agendamento prévio. A rotina de atividades e atendimentos diários vai das 8h às 19h, com funcionamento reduzido (acolhimento noturno, acompanhamento intensivo e urgências) no domingo. Situações de crise são atendidas a qualquer horário. No total, o serviço tem capacidade para o acolhimento noturno de 10 (dez) usuários, distribuídos entre 5 (cinco) leitos. Há 1 (um) leito específico para o acompanhamento de situações de agitação psicomotora, com 1 (uma) cama onde pode

clínica, reuniões de miniequipe, conversas informais) o meu projeto foi apresentado e aqueles interessados foram avisados de que eu entraria em contato através do telefone.

⁶⁰ Lembrando que a RAPS do município do Rio de Janeiro conta até o momento de escrita desta dissertação com 35 (trinta e cinco) Centros de Atenção Psicossocial, entre CAPS II, CAPS III, CAPSad II, CAPSad III, CAPSi II e CAPSi III. Desse contingente, 9 (nove) unidades são CAPS III. Fonte: <https://www.rio.rj.gov.br/>. No Brasil, existem 2.742 (dois mil setecentos e quarenta e dois) CAPS e desses 121 (cento e vinte um) são CAPS III (BRASIL, 2021). É dentro desse panorama que esta pesquisa é realizada. Tanto a proporção de serviços quanto as diversidades políticas, econômicas e culturais do país são ressalvas importantes para qualquer tipo de generalização que se pretenda realizar com os dados desta investigação. Enquanto análise qualitativa situada, ela lança questões para o que se opera enquanto modelo, mas não se pretende exata fonte de respostas para e sobre os serviços.

⁶¹ Esse dado foi obtido a partir de um documento institucional do CAPS, mas no relato de um dos interlocutores essa quantidade seria de 400mil pessoas. Isso abre, pelos menos, duas hipóteses: a de que os cálculos oficiais não correspondem à realidade ou a sensação de que o volume assistencial é maior por parte dos trabalhadores, o que pode ser gerado por diversos motivos.

⁶² Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são alternativas de moradia para o contingente populacional que, após internações de longo prazo, deixaram de contar com suporte adequado na comunidade (BRASIL, 2004).

⁶³ Serviços da atenção primária no município do Rio de Janeiro.

ser realizada contenção mecânica. Nesse leito, como pude presenciar durante uma visita que será descrita em momento posterior, há um banheiro e uma poltrona. São 28 (vinte e oito) salas/ambientes no total, algumas bastante amplas, como o auditório e a sala de convivência. Além dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares e institucionais, do matriciamento e da atenção à crise, o serviço oferece um leque de atividades coletivas, entre elas: Oficina de Fuxico, Oficina de Pintura, Oficina de Teatro, Oficina de Música, Grupo de Ouvidores de Vozes, Grupo de Redução de Danos (realizado também nas Clínicas da Família), Karaokê, Capoeira, Atividade Física, Roda de Samba e Musicoterapia⁶⁴.

O critério para inclusão dos sujeitos na pesquisa era de que eles fossem integrantes da equipe há, no mínimo, 6 (seis) meses⁶⁵ – de modo que tivessem algum apanhado de experiências cotidianas naquele dispositivo para compartilhar – e trabalhassem no atendimento e na condução de casos como referência técnica dos usuários. À princípio, 8 (oito) profissionais se interessaram. Enviei uma mensagem individual para cada um deles explicando a minha proposta e disponibilizando o endereço eletrônico com o formulário onde estava situado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Nesse formulário, os profissionais poderiam ter acesso a mais detalhes sobre a pesquisa, incluindo seus riscos e benefícios. Nele havia um espaço para confirmar o interesse de participação e outro onde era possível conceder a permissão para a gravação em vídeo das entrevistas. Após cada encontro, enviei por e-mail uma versão desse documento assinada por mim para que eles tivessem fácil acesso em caso de interesse e necessidade.

Apenas 1 (um) deles se opôs à realização do encontro através da plataforma *Google Meet*, como proposto inicialmente por mim. Tentei entender se havia preferência por outra plataforma digital ou se o incômodo era com a realização da entrevista por meio virtual, mas não obtive nenhum retorno. Continuei os agendamentos com os que se mostraram interessados, enviando no dia marcado o endereço eletrônico por onde eles poderiam acessar a sala virtual. Uma das entrevistas foi feita em dupla, por preferência de duas profissionais. Antes de dar início à bateria de entrevistas, realizei um teste do roteiro com uma profissional de saúde de meu círculo de amizade. Através desse encontro, percebi que o tempo previsto no

⁶⁴ A maior parte dessas informações foram obtidas através do *accountability*, documento utilizado para a prestação de contas institucional, que me foi concedido pela coordenação do serviço. Também foram adicionadas informações coletadas durante a entrevista, através de conversas informais com a coordenação e nas minhas idas presenciais ao CAPS.

⁶⁵ Um dos interessados tinha apenas 2 (dois) meses de trabalho no serviço, fato que tive conhecimento durante a sua entrevista. Mantivemos sua participação, considerando que ele possuía outras experiências na RAPS e tinha um interesse particular na discussão sobre o uso de medicamentos na Saúde Mental.

projeto era superior ao necessário e que a conversa poderia ser beneficiada com uma breve alteração na ordem das perguntas. Depois desses passos, dei início às entrevistas.

Não houve nenhuma intercorrência com a conexão de Internet durante os encontros. Mas em um deles, devido a um problema técnico, o áudio da profissional não foi gravado, tendo sido necessário refazer a entrevista⁶⁶. Após cada encontro, eu redigia observações e impressões em meu diário de campo. No meio do caminho, decidi convidar o coordenador do serviço para participar da pesquisa. Entendia que a conversa com ele me ajudaria, entre outras coisas, a visualizar um pouco melhor a dinâmica de funcionamento do CAPS. Ele concordou prontamente. Próximo ao fim do trabalho de campo, uma outra profissional também se mostrou interessada em participar. Fiquei sabendo disso através de uma das minhas interlocutoras e descobri, desse modo, que o tema da pesquisa estava circulando em alguns comentários entre a equipe⁶⁷. Consegui garantir a realização desse encontro e fechei o processo com o total de 10 (dez) entrevistas, justamente o número que havia sido previsto inicialmente no meu projeto. Não pretendo trazer informações detalhadas sobre os dados biográficos desses sujeitos, já que em minha escolha metodológica decidi tratar o conjunto de profissionais, enquanto equipe, como unidade de análise. Considerando as informações prestadas sobre um tema controverso que envolve questões éticas, legais e políticas, optei pela diluição das narrativas em uma composição integrada de minha autoria. Poderei explicar com mais detalhes essa escolha na próxima sessão do capítulo. Por ora, acredito ser suficiente uma apresentação panorâmica dos sujeitos que participaram, como consta na Tabela 1.

Tabela 1. Informações sobre os profissionais entrevistados	
Idade	Entre 27 e 45 anos
Gênero	6 eram do gênero feminino e 4 do gênero masculino
Raça	6 se autodeclararam como brancos(as), 3 como negros(as) e 1 como pardo(a)
Profissão	2 eram oficineiros (as), 1 era técnico(a) de enfermagem, 2 eram enfermeiros(as), 3 eram psicólogos (as), 1 era terapeuta ocupacional e 1 era assistente social
Formação	1 não tinha formação na área da Saúde Mental, 2 tinham feito Residência, 2 tinham Especialização e 2 possuíam Mestrado
Tempo de trabalho no CAPS	Entre 2 meses e 10 anos

⁶⁶ Ela concordou sem objeção. Apesar de inicialmente ficarmos tristes, o segundo encontro foi tão proveitoso quanto o primeiro, tendo sido possível para mim recolher os efeitos na profissional do contato com o tema.

⁶⁷ Em outra ocasião, fiquei sabendo de algumas trocas entre os entrevistados sobre o tema.

Adendo	4 afirmaram trabalhar simultaneamente em outro serviço ⁶⁸
--------	--

Antes de concluir a escrita desta dissertação, consegui me deslocar até o Rio de Janeiro e visitar pessoalmente o serviço por 2 (duas) vezes. Mesmo já tendo concluído as entrevistas e analisado o material, me incomodava a falta desse passo. Eu também havia comunicado aos interlocutores que o faria, assim que fosse possível. Então, tentei cumpri-lo antes da finalização geral do processo. A intenção era não só conhecer o serviço e a equipe, mas me fazer conhecida, junto com a pesquisa, também por aqueles que não participaram diretamente dela. A minha primeira ida se deu na festa julina do CAPS. Nesse dia, conheci a estrutura física da instituição, através de um passeio acompanhado pela coordenação, e conversei informalmente com os profissionais que havia conhecido durante as entrevistas. No tempo que passei na sala de convivência, onde estava sendo realizada a festa, pude experimentar aquela sensação comum nos eventos realizados em CAPS de não conseguir distinguir facilmente – ou automaticamente – quem era profissional, usuário ou familiar. Em alguns casos, era possível, em outros mais difícil. Entre os marcadores que auxiliavam nessa distinção, eu destacaria 2 (dois): as marcas concedidas pela classe social que, normalmente, delimitam a aparência e vestimentas das pessoas; e as marcas deixadas pelo uso dos medicamentos. Alguns corpos, já à primeira vista, deixavam ver a condição de uso dos psicofármacos. Era algo visivelmente forte. Tanto que, na saída, ao encontrar uma senhora caminhando em direção ao complexo de saúde com seus braços enrijecidos, olhar vago e andar titubeante, em um lapso eu pensei: “acho que ela vai pro CAPS”.

Na segunda visita, feita na semana seguinte, participei da supervisão clínica. Nesse encontro, foi possível me apresentar para toda a equipe e dar notícias de meu trabalho, mas sem detalhar aspectos metodológicos e seus resultados. A ideia era agradecer a disponibilidade, falar brevemente sobre o tema e prestar informações sobre os passos seguintes. Considerei minha fala curta e objetiva e, por esse motivo, rápida. Não houve perguntas, nem intervenções. Combinei de retornar, posteriormente, após a conclusão e defesa da dissertação, para conversar por mais tempo e com mais detalhes sobre os resultados. No geral, me senti bem acolhida pela equipe e pelos usuários nas duas visitas. A única coisa da qual senti falta foi de dançar forró na festa de São João, pois, durante todo o tempo em que estive presente, o grupo musical, que, vale destacar, era composto por profissionais e

⁶⁸ Como essa pergunta não foi feita abertamente durante a entrevista, tendo aparecido espontaneamente no momento da apresentação, o número pode ser maior.

usuários, só tocou samba (risos). Mas destaque: uma quadrilha seria realizada um pouco depois do momento em que precisei sair, então não só eu marquei presença, como o forró também.

2.2. O trabalho com as narrativas: ensaiando possibilidades de uma transmissão

O uso de abordagens narrativas nas pesquisas qualitativas em saúde tem sido cada vez mais frequente e se mostrado cada vez mais fértil ao longo dos últimos anos, sendo um recurso comum em investigações ligadas aos novos serviços e práticas, como os implantados pela RPB (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013a). Utilizadas largamente pela Antropologia e Sociologia, elas passaram a despertar o interesse do campo da saúde dentro do contexto de críticas ao fenômeno da medicalização e do paradigma pós-positivista (CASTELLANOS, 2014). O ponto forte das narrativas está, principalmente, no seu papel de mediação, seja entre a ação e a linguagem, a estrutura e o acontecimento, o indivíduo e a sociedade, ou a memória e a ação política, dependendo do referencial teórico que se utilize para compreendê-las (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2013). Elas compõem a vida e nos situam dentro dos sistemas explicativos do mundo (CASTELLANOS, 2014), permitindo o intercâmbio de experiências, como uma forma artesanal de comunicação, que se preocupa mais com a transmissão do que com a explicação (BENJAMIN, 1987). Como aponta Muylaert (2014), quando se narra, não se trata de informar, mas de contar, o que inclui sempre um ponto de vista. A narrativa costuma implicar o sujeito nos acontecimentos e no seu relato, conectando a práxis e a vida interior. A partir dela, torna-se possível o acesso aos fatores que motivam as ações e a conexão das histórias individuais aos contextos sociais. Nas palavras da autora:

a narrativa (...) pode suscitar nos ouvintes diversos estados emocionais, tem a característica de sensibilizar e fazer o ouvinte assimilar as experiências de acordo com as suas próprias, evitando explicações e abrindo-se para diferentes possibilidades de interpretação. Interpretação não no sentido lógico de analisar de fora, como observador neutro, mas interpretação que envolve a experiência do pesquisador e do pesquisado no momento da entrevista e as experiências anteriores de ambos, transcendendo-se assim o papel tradicional destinado a cada um deles (p. 194)

Foi muito comum durante as entrevistas com os profissionais o uso espontâneo de exemplos de casos para ilustrar o que eles queriam dizer. A experiência corporificada se apresentava em suas narrativas como um potente recurso de transmissão, que permitia o acesso do todo a partir do singular, numa reconstrução das cenas como acontecimento social. Essa condição de construção, que faz da narrativa uma interpretação em si, é o que torna

possível a reprodução do fato social “na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata” (SCHRAIBER, 1995, p. 65). Para acessar esse conteúdo, lancei mão de entrevistas semiestruturadas. Além de serem reconhecidas como bons instrumentos para explorar aspectos afetivos e valorativos com espontaneidade (BONI & QUARESMA, 2005), elas também são consideradas capazes de gerar boas narrativas (CASTELLANOS, 2014). Mas diferente do formato das ‘histórias de vida’, onde o entrevistado constrói uma narrativa livre e no seu próprio ritmo, o modelo utilizado foi o dos ‘depoimentos pessoais’, que inclui o pesquisador como condutor da abordagem, definindo cortes e direcionando o relato para o tema de interesse (SCHRAIBER, 1995).

Com o auxílio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), realizei as entrevistas durante um intervalo de 2 (dois) meses na segunda metade do primeiro semestre de 2022. A duração dos encontros variou entre 30min e 1h17min. Todos os encontros foram realizados através do Google Meet, gravados em vídeo com o auxílio de um recurso nativo do Sistema Operacional *Windows 10* e transcritos integralmente por mim. Procurei utilizar o roteiro durante as entrevistas como um mapa sem norma fixa, o que fez com que ele fosse atualizado um pouco a cada encontro. Na fundamentação de seu uso, segui a compreensão de Schraiber (1995), para quem

o roteiro (...) assume o papel de guia da narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho da reflexão ou memória auxiliar. Deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a sequência das questões que o relato produz. Algumas temáticas surgem como questões já problematizadas e certas informações aparecem relatadas espontaneamente, sugerindo questões relevantes para o narrador e como expressão também da memória grupal. Outras têm que ser sistematicamente estimuladas pelo pesquisador (p. 68)

Durante a transcrição das entrevistas, já foi sendo possível identificar algumas categorias analíticas importantes. O meu olhar, já treinado pela teoria que tive acesso sobre o tema, ia aos poucos dando relevo aos conteúdos que me pareciam merecer destaque. Tomando como inspiração o trabalho de Nunes et al (2010) e Onocko-Campos et al (2013b), decidi elaborar textos narrativos (usando a primeira pessoa do singular) a partir dos relatos obtidos nas entrevistas, seguindo um caráter mais hermenêutico do que formalista na manipulação dos dados. Ou seja, minha ideia estava mais próxima de uma exploração das relações interpretativas do relato do que da realização de uma análise de sua estrutura mais interna (CASTELLANOS, 2014). A partir desse recurso, as informações, que seriam os dados brutos das entrevistas, foram sendo tratadas e interpretadas durante a própria elaboração da narrativa, através da “extração dos principais argumentos e seu encadeamento lógico” (ONOCKO-

CAMPOS, 2013), o que dispensaria a apresentação das falas de forma fragmentada no decorrer da discussão. Por meio desse trabalho, a narrativa se tornou, então, o local privilegiado de acontecimento da análise. Nessa fase do processo, eu seguia de muito perto a compreensão e decisão de Nunes et al (2010) ao adotar

o entrelaçamento entre a interpretação de primeira ordem (dos entrevistados) com a interpretação de segunda ordem (dos pesquisadores), para avançar em relação aos textos tradicionalmente produzidos, que procuram apresentar essa segunda ordem interpretativa em um texto corrido, entremeado (ou mesmo entrecortado!) por falas dos entrevistados. Neste último caso, os trechos das transcrições citados têm a função de autorizar as análises já efetuadas sobre o conjunto do material empírico, assumindo, por vezes, um caráter meramente ilustrativo de algo já afirmado nas palavras do pesquisador (p. 1352)

Inspirando-me no trabalho de Onocko-Campos et al (2013b), decidi acrescentar uma outra etapa no processo de análise: a leitura das narrativas com os sujeitos de pesquisa. A ideia era fazer retornar aos entrevistados aquela produção, buscando verificar se eles se reconheciam no texto e se propunham alterações. Dos 10 (dez) entrevistados, 5 (cinco) conseguiram participar de um segundo encontro virtual, que durou em média 25min; 4 (quatro) alegaram dificuldades no horário; e 1 (um) pediu para ter acesso ao texto e responder por e-mail, visto estar com questões de saúde na ocasião. Todos disseram se reconhecer nas narrativas e apenas 2 (dois) sugeriram alterações, envolvendo trocas de palavras, expressões e inserção de outros elementos que julgaram pendentes e pertinentes. Após os encontros, a narrativa foi enviada por e-mail para os que conseguiram participar desse momento. O passo seguinte foi a extração dos núcleos argumentativos de cada narrativa individual a partir dos eixos temáticos da pesquisa.

De acordo com Onocko-Campos (2013), os núcleos argumentativos são considerados um “conjunto de frases que não somente se referem a um tema, porém tentam atribuir a ele algum tipo de explicação (...) no sentido de um porquê, de um pra quê e de um como” (p. 290-291). O que chamo de eixos temáticos foram, basicamente, mas não somente, os temas ofertados por mim durante a condução da própria entrevista. Elaborei uma tabela por profissional para sistematizar esse conteúdo, como consta na Tabela 2. E depois organizei uma tabela para cada eixo temático, como consta na Tabela 3, onde pude agregar os conteúdos em blocos que me serviriam, posteriormente, para a construção de uma síntese por tema.

Tabela 2. Extração de núcleos argumentativos por profissional entrevistado	
Narrativa P1	
Eixo temático	Núcleos argumentativos
Medicamentos	
Falta dos medicamentos	
Recusa	
Equipe	
Usuários	
Familiares	
Crise	
Território	
Serviço	
Casos	
Outros temas	
Observações	

Tabela 3. Organização dos núcleos argumentativos por eixo temático	
Profissional	Eixo temático
P1	
P2	
P3	
P4	
P5	
P6	
P7	
P8 e P9 ⁶⁹	
P10	

A partir da Tabela 3, eu conseguia visualizar todos os núcleos argumentativos referentes a um mesmo tema. A ideia de construir essa síntese por eixo temático era um passo para a elaboração de uma narrativa geral dos entrevistados. Eu não concentraria meu olhar em quem disse, mas no que foi dito sobre cada tema, de modo a encontrar as convergências e divergências sobre os temas na polifonia de vozes postas em um diálogo artesanal no próprio texto. Essa torção entre individual e coletivo já faz da parte própria configuração de uma narrativa, enquanto “instância de agenciamento social” (CASTELLANOS, 2014, p. 1069). Por conta disso, afirma-se que no relato de um sujeito o coletivo se expressa, sendo possível acessar a realidade social a partir das vivências singulares (SCHRAIBER, 1995). Eu resolvi estimular ainda mais esse caráter coletivo da narrativa, propondo um olhar pluralizado para o fenômeno, sustentando suas diferenças, mas partindo de uma unidade. Pensava que através disso seria possível também explorar o tema de uma forma mais afinada com a maneira com que ele se manifesta no trabalho cotidiano do serviço, isto é, em equipe, em diálogo, mesmo que a partir de distintas singularidades.

A narrativa coletiva que servirá de base para a discussão está na primeira pessoa do plural. Ela preserva sua heterogeneidade e conhece os seus limites: não representa o que a equipe do serviço pensa, até porque apenas 10 (dez) profissionais foram entrevistados, mas também não representa uma soma do que os 10 (dez) profissionais disseram. Ela tem um pouco menos e um pouco mais, conta com a minha contribuição em sua tessitura e se basta

⁶⁹ Como relatei em outro momento, duas profissionais só concordaram em participar se participassem juntas da entrevista.

em uma tentativa de organização do que foi dito, quer dizer, do que eu fui capaz de ouvir, registrar e transmitir. Nesse ponto, sigo Castellanos (2014), quando ele afirma que os

diferentes arranjos entre esses polos (metodológicos) podem resultar em perspectivas analíticas pertinentes, caso incluam reflexividade, sensibilidade, teorização e criatividade, tanto na lógica da investigação quanto da apresentação da pesquisa. Nesse sentido, rigor não deve ser igualado à rigidez (p. 1072)

Durante todo esse caminho, um diário de campo e um caderno de notas, que eu poderia chamar de *hypomnemata*, no sentido atribuído por Foucault (2006), me acompanharam na mochila. No primeiro, eu registrava tudo o que dissesse respeito ao percurso da pesquisa, aos meus afetos com os encontros no campo e às reflexões sobre o desenho metodológico. No segundo, eu guardava tudo o que absorvia e acessava pelas beiradas do caminho, nas leituras, nas aulas, nos encontros da vida e nos conteúdos não acadêmicos que me levavam a refletir sobre o tema. Utilizei esses materiais durante toda a elaboração desta escrita, tanto no resgate de questões quanto na organização descritiva. Junto ao material coletado em campo e ao panorama bibliográfico, materializei a minha análise.

Escolhi inserir a narrativa coletiva dos profissionais integralmente na dissertação. Desse modo, o leitor terá oportunidade de acessar o resultado do processo de artesanaria textual em todo o seu conteúdo, inclusive naquilo que não alcancei durante a discussão. Nesse material há um discurso que é em si uma interpretação, afirmação, contradição; isso ficará dito e à disposição para outros modos de ver e compreender. Os recortes que fiz e que convido, em seus trechos, para uma conversa aberta comigo e com a literatura, partiram de minhas escolhas enquanto pesquisadora e foram orientados a partir do meu contato pessoal e teórico com o tema. Para sua identificação, eles estão inseridos no texto com a grafia em itálico. O que não coube na discussão ainda foi dito e pode ser ampliado a partir de outros ângulos e perspectivas. No meu caso, selecionei o que foi possível no tempo e momento desta escrita.

3.1. Narrando os nós: olhares plurais sobre o fenômeno da recusa aos psicofármacos

Esta narrativa é composta pelas experiências, compreensões e perspectivas de 10 (dez) profissionais de uma equipe de Saúde Mental que atua em um CAPS III, localizado no município do Rio de Janeiro. O que apresentamos aqui não tem a pretensão de ser uma síntese de como pensa o serviço, mas sim uma demonstração circunscrita de diferentes formas de entender, avaliar e manejar as questões relativas ao tratamento medicamentoso, em especial àquelas que estão associadas ao fenômeno da recusa aos psicofármacos. Várias respostas são construídas pela equipe para dar conta dessas questões e todas elas são marcadas pela formação, percurso, opiniões e afetos de cada profissional. É nesse caldo de diferenças, convergências e controvérsias que o trabalho acontece e as decisões sobre as medicações são tomadas. Nossa ideia é passear um pouco sobre essas compreensões e histórias. Dito isto, comecemos.

A medicação⁷⁰ exerce um papel muito importante no acompanhamento em Saúde Mental. De uma maneira geral, ela ajuda a organizar e a amenizar o sofrimento, trazendo alívio para condições, que, muitas vezes, são vividas como insuportáveis. Apesar de contribuir positivamente para o tratamento e para o vínculo do usuário com o serviço, ela não é o único caminho para o cuidado, nem o principal. Preferimos pensar que ela é um dos elementos, um dos recursos que constituem o projeto psicossocial, atuando de forma complementar com outras propostas terapêuticas. A sua importância costuma variar de acordo com o caso e o momento do usuário e precisa corresponder, de algum modo, aos resultados esperados por ele, mas há entre nós quem acredite que ela seja essencial para o tratamento e que o usuário não pode ficar sem ela. Podemos dizer que o seu manejo não é uma receita de bolo. A prescrição costuma ser uma aposta, que demanda avaliações constantes e reajustes recorrentes, incluindo, sempre que possível, o desejo dos usuários. É como se fosse um trabalho de “rato de laboratório” mesmo, que você vai testando para ver o que funciona melhor. Visto assim, pode parecer complicado, mas é o caminho possível.

No nosso serviço, as discussões sobre a medicação costumam comparecer circunscritas no acompanhamento dos casos. Esse não é um tema que circula no cotidiano e que debatemos de forma específica e aprofundada. Precisamos lidar com muitas urgências em nosso dia a dia, então há questões que não conseguimos nos debruçar com mais calma

⁷⁰ “Medicação” foi o termo mais utilizado pelos profissionais para se referir aos psicofármacos. Por esse motivo, será a expressão utilizada durante a narrativa.

mesmo. De todo modo, apesar de nosso esforço em não a colocar como o foco do acompanhamento, quando a medicação aparece nessas discussões de caso – seja nas supervisões, ou reuniões de início e de final de turno – a conversa fica muito em torno dela, o que acaba abafando outras questões, como as de ordem social, racial e de classe, por exemplo. Há quem diga que a medicação é um objeto ambivalente, porque alivia, mas institucionaliza. Então, o desafio é tomá-la como um instrumento efetivamente psicossocial, isto é, nem manicomial, nem salvador. Um fator entre outros, um meio e não um fim.

Para alguns usuários, o acompanhamento pode ser sustentável sem a medicação, mas, quando se trata dos casos mais graves, ela faz muita diferença, chegando a ser imprescindível. Podemos trabalhar com a sua entrada em certos acompanhamentos como o último recurso, mas há situações em que ela precisa vir primeiro para que algo além dela seja possível, pois há sujeitos que chegam tão desorganizados no serviço, que não dá para apostar em outro manejo. Esses são os casos mais críticos, em geral psicose graves, porém, o que temos percebido, com uma certa frequência, é a chegada de pessoas – normalmente neuróticas, que estão passando por algum momento difícil – pedindo medicação. Esses casos são mais comuns, inclusive, que os casos de recusa. Nessas situações, a equipe precisa trabalhar essa demanda e lembrar que o tratamento não se resume a isso, convidando-as a falar um pouco mais sobre si. A oferta de um acolhimento e uma escuta mais longa para essas pessoas, muitas vezes, é suficiente para produzir um esvaziamento, o que demonstra que a medicação não precisa ser sempre a aposta no primeiro momento.

A decisão sobre a medicação é de responsabilidade dos médicos, pois a prescrição em si é um ato médico, são eles que têm esse poder na caneta, mas, em nosso CAPS, o processo costuma ser bem compartilhado. Há uma certa horizontalidade, mesmo que com certas turbulências. Em geral, nós costumamos colher informações e discuti-las com os médicos. Por conta de uma maior disponibilidade de tempo – já que nossa carga horária é maior – conseguimos fazer visitas domiciliares, atender familiares e entender melhor os casos. Então, os médicos acabam contando com os elementos que recolhemos nesses atendimentos para realizar suas avaliações. Além disso, devido a nossa trajetória na Saúde Mental, que, em alguns casos, chega a ser de vários anos, também possuímos experiência e conhecimento sobre as medicações, então conseguimos opinar e contribuir nesse processo, apesar de nem sempre sermos ouvidos. Isso vai depender muito do profissional. Hoje temos no CAPS uma equipe médica parceira, mas já tivemos dificuldade com equipes anteriores.

A cobertura de médicos durante a semana é boa, mas eles não estão no serviço por 24h. Quando estamos com falta de médico na equipe, os usuários são distribuídos entre os

outros profissionais dessa categoria, então, muitas vezes, eles acabam apenas repetindo as receitas. É o que dá para fazer. A maioria de nós considera que as medicações faltam com bastante frequência no serviço e na rede, de uma maneira geral. Quando isso acontece, nós improvisamos, fazemos adequações e malabarismos, mas não sem prejuízos. Se não é possível obter as medicações pela via formal, nós costumamos buscar doações, pedir emprestado ou trocar medicações com outros serviços.

Também fazemos substituições e suprimos as dosagens com as que estão disponíveis, ou aguardamos a medicação voltar – caso a substituição ofereça mais riscos que a falta dela. Já chegamos até a fazer vaquinha entre nós, mas, normalmente, solicitamos aos familiares que tem condição financeira que comprem. Nesse processo, fazemos verdadeiras “escolhas de Sofia”, pois precisamos elencar prioridades. Os casos que ficam mais graves sem medicação costumam ser priorizados, bem como os que fazem medicação assistida, isto é, com o acompanhamento da equipe no serviço. Normalmente, esses são os usuários que não têm condição de comprar.

Essa falta de medicação costuma nos preocupar, pois ela tende a comprometer o cuidado dos usuários que estão estáveis há muito tempo. Às vezes, um usuário só estabiliza com certo tipo de medicação e ela falta. Isso já aconteceu várias vezes. E é grave, pois, ao mesmo tempo em que há usuários que não aderem à medicação, há aqueles que não aderem a nada além dela. Já passamos por um episódio dramático há alguns anos, em que a falta de duas medicações importantes (a Risperidona e a Carbamazepina), junto a falta de médicos, que pudessem alterar as prescrições e acompanhar mais de perto e com mais cuidado os usuários, acabou tendo consequências trágicas. Nós chegamos a perder dois usuários por conta disso. Atualmente, temos sofrido bastante com a falta de Flufenan, que é uma medicação de depósito barata, mas muito difícil de comprar, pois só é vendida para hospitais. Quando ela falta na rede, muitos usuários se colocam em risco, entram em crise, se machucam, acabam sendo espancados pelo tráfico e é exatamente isso o que está acontecendo com um de nossos usuários no momento. Tivemos que substituir o Flufenan por Haldol Decanoato e ele, que estava estabilizado há algum tempo, voltou a ficar mal e a correr risco no território.

Há o impacto da falta dessas medicações, que são disponibilizadas pelo SUS, mas há também a questão, pouco visitada, sobre a falta de medicações específicas no rol de ofertas do sistema público. Essa questão não foi trazida pela maioria de nós, mas compareceu de forma enfática nas colocações de um de nossos colegas. Existem psicofármacos importantes, já utilizados pela Saúde Mental do mundo inteiro, que não são ofertados pelo SUS brasileiro,

como a Paliperidona, por exemplo, que é uma medicação de depósito, com menos efeitos colaterais que as medicações comumente utilizadas. Essa medicação é bastante cara, então, só pessoas muito ricas usam. Vários países já quebraram a sua patente, mas no Brasil nem se fala sobre isso. Outro exemplo é a Naltrexona, que é considerada muito eficaz para o acompanhamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. E há mais questões.

Aqui, em situações de urgência e emergência, por exemplo, nós costumamos administrar uma mistura de Haldol e Fenergan, mais conhecida como 2H1F. No mundo inteiro, não se usa mais isso. É uma medicação que produz muitos efeitos colaterais e pode causar sequelas graves em crise de primeira vez, mas não tem ninguém do campo da Reforma Psiquiátrica discutindo isso, nem mesmo os psiquiatras mais renomados. Fala-se muito sobre medicalização da vida, que, de fato, é algo que precisa ser discutido e aprofundado, mas não se debate sobre o acesso a medicações de qualidade, que favoreceriam muito a vida dos usuários.

Todos nós concordamos que os efeitos colaterais (também qualificados como indesejados, secundários e adversos) estão entre os principais motivos que levam os usuários a recusarem as medicações. São muito comuns as queixas em relação à impotência sexual e ginecomastia, partindo principalmente dos homens mais jovens. Muitos reclamam também da robotização, da letargia e da interferência na psicomotricidade, que atrapalham a disposição para o trabalho e para a realização de outros afazeres da vida cotidiana. É visível que os usuários recusam mais a medicação pela manhã, justamente para evitar a lentificação que ela produz. O histórico de impregnação, ou facilidade para impregnar também são fortes razões alegadas pelos usuários. Mas há outros motivos.

Em algumas situações, a resistência à medicação aparece associada a uma recusa ao tratamento de uma maneira geral. Em outras, ela se dirige apenas a medicações específicas. Há usuários, por exemplo, que escolhem os dias e as medicações que querem usar. Muitos dizem que não precisam delas, porque não são loucos, o que poderíamos relacionar tanto com o estigma social em torno da loucura, quanto com a própria falta de consciência de morbidade. Em alguns casos, os usuários interrompem o uso da medicação, quando se sentem melhor. Em outros, a medicação se insere dentro dos próprios delírios e alucinações. Entre nós, há quem acredite que alguns recusem por birra e quem ache que a recusa pode ser um resultado de abordagens menos acolhedoras dos profissionais.

Esse fenômeno pode aparecer de diferentes formas no acompanhamento de um usuário. Algumas mais explícitas, como a negação verbal com o uso de argumentos; e outras

mais implícitas, como a interrupção do uso e o abandono do tratamento. Há usuários que, quando estão no acolhimento noturno, escondem a medicação debaixo da língua e cospem fora depois. E há os que mentem, que tentam nos engabelar, dizendo que já tomaram naquele dia. Uma estratégia menos comum que um de nós tomou ciência a partir de um usuário de nosso CAPS é o ato de beber água excessivamente na tentativa de diluir o efeito da substância. O manejo dessas situações costuma variar de acordo com o caso e depende não só das particularidades do usuário, como também do profissional e de sua miniequipe. Não existe padrão, nem protocolo pré-estabelecido, é uma construção cotidiana, que necessita de muita aposta e reavaliação.

À princípio, procuramos entender os motivos da recusa, que podem ser diversos. Como diria um colega, investimos inicialmente na “intervenção de entendimento”, porque, muitas vezes, a queixa do usuário pode estar sendo dirigida a algo que não é precisamente efeito da medicação. Mas tudo vai depender das condições do usuário no momento. Se estiver sendo possível uma abordagem pela palavra, nós apostamos na conversa, tentando entender como fazer e pedindo a ajuda do próprio usuário para pensar a melhor forma possível. Tentamos retomar com o usuário como ele estava antes de fazer uso da medicação e como está no momento, enfatizando e sustentando a importância desse uso.

Quando isso acontece durante uma crise, em um acolhimento noturno, a negociação costuma ser diária e feita por profissionais diferentes. Nesses casos, é necessário muito convencimento, insistência e barganha. Alguns dos usuários, principalmente os mais jovens, por vezes, acabam fazendo o que os profissionais querem só para sair logo do acolhimento, mas, quando estão de alta, interrompem o tratamento. Em alguns casos, o Técnico de Referência⁷¹ acaba se retirando do manejo para não comprometer o vínculo e transferindo essa negociação para outros profissionais, como os médicos. Em outros, a aposta é feita justamente nos profissionais que tem mais vínculo com o usuário, pois sabemos que será isso que facilitará o processo.

Entretanto, nem sempre é interessante ficar insistindo, pois isso pode gerar mais resistência e desgaste. Então, às vezes, priorizamos a construção do vínculo ao invés da medicação. Nós respeitamos a recusa e vamos conversando, partindo dela para negociar o cuidado, pensando em outras coisas possíveis, sem colocar muito peso na prescrição. Sinalizamos para o usuário que o uso não precisa ser para sempre, nem da mesma forma para

⁷¹ Essa função se inscreve dentro do sistema de referência entre profissionais e usuários em que se objetiva construir “um modelo de atendimento mais singularizado e mais personalizado, em que cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos, miniequipe) (tem) uma clientela adscrita mais ou menos fixa” (CAMPOS, 1999, p. 397).

o resto da vida. E a demanda da medicação vai sendo construída a partir do próprio vínculo. Então, preferimos esperar que o usuário esteja aberto para aceitar. Vamos acompanhando, fazendo orientações e ficando à disposição, entendendo também o nosso limite enquanto profissionais. Se for um usuário com uma rede familiar disponível, também podemos ir acolhendo essas pessoas para depois acessar o usuário. Quando se trata de alguém já conhecido por fazer um uso irregular, nem sempre interrompemos o seu movimento. Ficamos na retaguarda atentos para o momento em que as coisas se desestabilizem e nossa intervenção seja necessária.

A partir das negociações, é possível apostar na substituição de alguma medicação por outra, ou na alteração da prescrição para tentar garantir o mínimo. Se o usuário ou os seus familiares têm condições financeiras, a compra de medicações com menos efeitos negativos também é uma possibilidade. Para quem não impregna com facilidade, sugerir uma medicação injetável é uma opção. Normalmente, essas medicações são mais aceitas, pois dispensam a obrigatoriedade de fazer a ingesta todo dia. Elas são mais usadas nos usuários que tem dificuldade na adesão à medicação oral, que não vão ao serviço cumprir o Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁷², ou que levam para casa e não tomam. Muitos desses usuários, que possuem dificuldade em manter o uso regular, são inseridos em um esquema de medicação assistida. Eles costumam ser os mais vulneráveis e os que mais se põem em risco. Nesses casos, costumamos incluir no PTS a sua alimentação no CAPS, para que eles estejam presentes no serviço no horário da medicação. É uma forma de tentar garantir o seu uso. Outro método que usamos para garantir o uso em certas circunstâncias, quando o usuário está fora de si, desorganizado e o papo não adianta, é macerar a medicação na comida. Isso pode ser feito com o seu conhecimento, quando é uma condição do usuário para ingerir a medicação, ou sem o seu conhecimento.

A medicação costuma ocupar um lugar diferente em cada caso e isso varia de acordo com o momento do usuário também, pois ele pode negar em um momento, mas aceitar em outro. Então, a sua importância no projeto terapêutico vai depender de como o usuário está se apresentando. E isso implica diretamente em como a equipe vai lidar com a sua recusa. Alguns usuários conseguem ficar algum tempo sem medicação, mas depois a crise volta e eles procuram de novo o tratamento. Existem aqueles que são acompanhados sem o uso dela, porque a ida ao CAPS, o cotidiano do serviço e a participação nas oficinas já dão conta do

⁷² “O Projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009b, p. 39). De acordo com as diretrizes, ele deve envolver, basicamente, quatro movimentos: a definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.

cuidado – esses acabam nos preocupando menos, porque há uma diferença entre estar sem medicação e sem adesão ao tratamento e estar sem medicação, mas frequentar o serviço. Porém, há aqueles que sem medicação ficam muito agitados e agressivos. Esses precisam fazer o uso de uma forma mais regular, só que isso nem sempre acontece, o que se torna um desafio. Há quem ache que os casos que recusam são justamente os que ficam mais graves durante a crise.

Em episódios de agitação psicomotora, quando o usuário está muito desorganizado, o vínculo pode ser suficiente para dar conta de um manejo pela palavra. Mas isso nem sempre é possível. Então, se ele está se colocando em risco e colocando os outros em risco e o manejo pela palavra não está sendo possível, não tem como, a equipe é obrigada a tomar a medida da força e lançar mão de uma intervenção involuntária como a contenção mecânica. E não dá para conter sem medicar, pois, além de ser mais arriscado, desconfigura o caráter terapêutico da medida, tornando-a praticamente uma tortura. Então, elas são feitas juntas e o usuário fica contido até a medicação fazer efeito. São situações difíceis que sensibilizam os outros usuários e os profissionais também. Um de nós, por exemplo, acabou resgatando aqui uma cena em que viu um colega chorar, após uma contenção dramática de um usuário que era sua referência.

Mas acontece que a contenção é uma garantia de cuidado em determinados momentos, quando a abordagem através do diálogo não está sendo possível e há um risco colocado na cena. É um dos poucos momentos em que realmente obrigamos o usuário a utilizar a medicação. Ela é feita após o esgotamento de outros recursos e envolve a avaliação, decisão e organização da equipe que está no serviço, incluindo o cuidado com os outros usuários que irão assistir a cena, pois não é algo legal para eles também. Então, esse é o limite, quando entendemos que o usuário não está em condições de escolher e o serviço é convocado a exercer, de forma pontual, um papel de tutela e de proteção.

Há muitos usuários que, quando estão em crise, se colocam em risco no território, despertando, por vezes, o incômodo do poder paralelo, o que é bastante grave. Dependendo da situação, chega até a ser necessário regulá-los para o Hospital Psiquiátrico a fim de protegê-los. Entretanto, há outro momento, raro de acontecer, em que o uso da força também aparece, só que não no serviço. Quando um usuário deixa de ir ao CAPS, nós costumamos fazer busca ativa, entrando em contato para entender o que está acontecendo e, por vezes, realizando visita domiciliar para medicá-lo em casa. Se o convencimento para tomar a medicação não for suficiente e julgarmos necessário, a gente não deixa sem tomar não, um de nós segura e o outro aplica.

Como dá para perceber, são variados os tipos de manejo. E alguns profissionais apresentam mais sensibilidade que outros para acolher a recusa dos usuários. Existem aqueles que são muito duros e abrem menos brecha para conversar sobre isso, como se a medicação fosse algo protocolar, para além das outras estratégias. Profissionais mais jovens, formados há pouco tempo, têm mais abertura para discutir sobre isso, mas, normalmente, o que influencia mesmo é a formação profissional. Há uma construção que precisa ser feita com a equipe para que ela aceite acompanhar um usuário sem medicação. Não é fácil sustentar que um usuário não seja medicado, quando ele se recusa. Para os médicos e enfermeiros, isso parece ser mais difícil, mesmo que haja exceções entre eles. Para a enfermagem, pela aproximação e conhecimento que ela tem em relação às medicações, costuma haver uma maior centralidade na terapia medicamentosa, sendo ela quem mais lança mão das medicações nas situações. As outras categorias costumam questionar mais o uso. Normalmente, os enfermeiros falam que a falta de medicação no acompanhamento de um usuário sobrecarrega a equipe, mesmo quando ele não está em acolhimento. Se essa discussão é levantada, parece que se quebra um tabu, é sempre difícil. Podemos citar alguns casos sobre isso que ilustram as reações e posturas da equipe de uma maneira geral.

Fabiana⁷³ é o exemplo mais resgatado por nós, quando se trata de acompanhamento sem medicação. Ela é uma usuária psicótica, com retardo mental moderado e traços de catatonia. Em crise, ela para de comer, de responder e fica muito paranoica. Por conta de um quadro grave de impregnação no passado, que quase a levou à morte, ela hoje se recusa a fazer uso das medicações. Como ela impregna muito rápido com doses muito baixas, nós a acolhemos, durante as crises, sem lançar mão de medicações, oferecendo outros recursos do CAPS. Ela é bem ativa no serviço, participa das atividades e tem um vínculo forte conosco. Se pudesse tomar medicações, certamente apresentaria menos sintomas, mas aprendeu a conviver com eles.

Apesar da compreensão da equipe de que a medicação tem um potencial de lhe prejudicar, vez ou outra precisamos resgatar e repactuar essa direção do seu cuidado. Mas é notável que estamos cada vez mais apropriados e próximos dela, o que reflete diretamente em como ela se apresenta no serviço. Hoje em dia, por exemplo, ela consegue se dirigir às pessoas e dizer o que sente e o que quer, coisa que não era comum antes. O seu caso é uma demonstração de que o acolhimento noturno tem uma função que vai para além da organização da medicação, mesmo que, em muitos momentos, ele sirva para isso. Mas há um

⁷³ Todos os nomes utilizados na narrativa são fictícios.

fator importante nesse caso que é determinante para essa postura da equipe: seu tipo físico, muito frágil, e seu jeito fofo. Esse tipo de conduta é mais difícil de sustentar, quando o usuário é grande, forte e agressivo.

Victor é um exemplo desses casos. Psicótico, com histórico de muita violência no território, é o usuário com o maior número de internações do município, considerado, por conta disso, o caso mais grave da rede. Já agrediu gravemente profissionais de saúde de outros serviços e, vez por outra, protagoniza cenas de agressividade no CAPS e no território, se expondo a variados riscos. Ele passa o dia inteiro no CAPS e é bem aderido a algumas oficinas. Geralmente, se recusa a fazer o uso das medicações. Por ser um usuário com perfil violento, a gente tem muita dificuldade no manejo. Existe uma prescrição, mas sua ingestão passa muito pelo que ele pede. Tem dia, por exemplo, que ele não toma nada. De fato, ele apresenta uma considerável facilidade para impregnar, inclusive com aquelas medicações que são comumente menos danosas, e em seu delírio acredita que é feito de cobaia pelos psiquiatras. Odeia psiquiatras e diz que não é “rato de laboratório”. No início de seu tratamento em Saúde Mental, não costumava recusar as medicações, mas participou de tantas pesquisas medicamentosas no passado que ficou irritado com isso, inserindo essa questão em seu delírio. Hoje em dia, por conta de um episódio de agressão a uma profissional dessa mesma instituição onde foi participante de pesquisas, é proibido de entrar nela. Quando está agressivo, precisa ser contido pela equipe ou regulado para internação, pois oferece risco real para si e para os outros. O uso de SOS com ele com medicações como Haldol e Risperidona é impossível.

A decisão pelo acompanhamento de uma pessoa em crise no serviço sem medicação é influenciada pelo tipo físico da pessoa. Se for alguém forte e grande é menos provável que a equipe tope. Inclusive, há uma tendência atualmente na rede de Saúde Mental do município em discutir a alta administrativa desses usuários que apresentam agressividade e recusam medicações. É algo que precisa ser visibilizado e debatido. Alguns desses acompanhamentos sem medicação não chegam ao conhecimento de toda a equipe do serviço. O profissional pode ir avaliando e conduzindo o cuidado, dividindo essa situação apenas com colegas mais próximos e sua miniequipe. Vários de nós temos exemplos disso. Mas se o caso agrava e alguma coisa acontece, a equipe precisa pensar junto e nem sempre essa conduta é apoiada.

Um exemplo emblemático disso aconteceu há alguns anos, quando um de nós decidiu acompanhar um usuário paranoico e andarilho, um caso grave, sem o uso de medicação, já que ele se recusava a tomá-la e a ser atendido pelo médico. Ele se chamava Francisco e havia procurado o CAPS espontaneamente, passando a ser atendido por um de nós com

regularidade. Por conta de uma situação de risco que surgiu no território envolvendo sua pessoa, o caso foi levado para a supervisão, gerando uma grande polêmica. Profissionais afirmavam que isso era um absurdo, uma negligência e que, se alguma coisa tivesse acontecido com ele, era culpa dos profissionais que bancaram o acompanhamento sem medicação. Na época, ele chegou a ser acolhido sem prescrição, mas isso irritou bastante a equipe.

A violência, de uma maneira geral, é um desafio para a atenção psicossocial nesse território. Mas a medicação, diante desse cenário, não garante muitas coisas, como a gente imagina. Não é porque um paciente toma medicação, que ele não vai entrar em crise, nem é porque ele deixa de tomar que automaticamente vai entrar. Não é assim. Há sempre muitos fatores, que são complexos. Não é só “com a medicação” ou “sem a medicação”. A grande maioria dos pacientes tomam medicação regularmente e isso não impede completamente que eles entrem em situação de risco também. A medicação é apenas um fator. Entretanto, essa perspectiva não é um consenso entre nós. Há profissionais, não só no nosso CAPS, que acreditam que a ausência de medicação no PTS de um usuário considerado grave é sim arriscado e configura uma imprudência assistencial.

Nem sempre o profissional tem uma disponibilidade de estar mais vezes com o usuário, de ter uma escuta mais longa e atenta, elementos necessários quando se retira a medicação de cena. A enfermagem, por exemplo, que é a categoria profissional considerada como a que tem mais resistência à ideia de acompanhar um usuário sem medicação é quem, na verdade, sustenta os plantões 24h do CAPS. Eles falam muito na medicação, porque, em certa medida, ela dá um contorno para um acolhimento que é muito difícil. A formação e uma trajetória maior na Saúde Mental faz com que o profissional consiga ficar mais disponível para algumas coisas, mas as próprias condições de trabalho comprometem isso, pois é um cotidiano muito cansativo, que tem um nível de complexidade e volume que não correspondem ao que recebemos de salário. É um serviço que nos exige muito, principalmente, por ser um CAPS III, com usuários graves, em crise, que, às vezes, até nos agredem. A equipe esteve sem férias durante 4 anos, por conta das trocas de OSS. Já houve momentos em que ela ficou totalmente reduzida. É bem difícil. Ultimamente, o serviço está um caos e a equipe está quase pedindo socorro. Então, a medicação acaba entrando também nesse lugar de facilitar o trabalho do profissional nos momentos em que o corpo não está mais aguentando, não está mais dando conta.

É importante não romantizar o trabalho da equipe em abordagens que se esforçam em preservar o desejo do sujeito, pois há um esgotamento que precisa ser considerado. Há uma

precarização do cenário que nos deixa sobrecarregados em um território gigantesco, tenso e militarizado, que o Estado vê como inimigo. E o cuidado à crise é muito custoso, porque inclui o nosso corpo, que se desgasta muito no caminho. Um exemplo disso foi vivido recentemente no acolhimento noturno do Fabrício, um usuário grave, com uma crise muito difícil, que passou um longo período conosco no CAPS. A equipe se organizou em duplas de Acompanhantes Terapêuticos para um cuidado direto, desde a hora que ele acordava até a hora que ia dormir. Foi uma abordagem pensada para ele não ficar muito tempo na contenção, já que constantemente apresentava comportamentos agressivos. Ele se recusava a fazer uso da medicação, então, variados manejos foram utilizados pelos profissionais para lidar com isso, da barganha à maceração na comida. Até os familiares foram convocados para nos ajudar, em alguns momentos, a convencê-lo. Às vezes, estava tão difícil, que até ele pedia contenção, porque não dava conta. A verdade é que a equipe ficou completamente exausta, tinha momentos em que a gente chegava a pedir que a dose medicamentosa fosse aumentada para ver se ele melhorava mais rápido.

Quando ele saiu do acolhimento, disse que não queria fazer tratamento e iria voltar no CAPS só para dizer isso. Então, sua Técnica de Referência disse “tudo bem, volta aqui para me dizer isso”. Quando ele voltou, estava com outra postura, reconhecendo que o tratamento era importante. Esse é o tipo de coisa que muitos de nós já viu acontecer, por isso a importância de cuidar desse vínculo do usuário conosco e com o serviço. Infelizmente, por conta da alta rotatividade dos profissionais, esses vínculos vão se perdendo, o que não só interfere no trabalho mais direto com os usuários, como prejudica as propostas de atividades para o serviço. Isso já aconteceu com várias iniciativas e tem a ver diretamente com a forma de contratação, via terceirização, que precariza muito os vínculos trabalhistas. Iniciativas como a desta dissertação são importantes não só para chamar a atenção para esse tema, mas também para aproximar a academia dessas contradições, que são encontradas fora da teoria e que incluem a nossa exaustão, o nosso cansaço por conta das condições de trabalho.

No nosso CAPS, por exemplo, já houve um grupo de acompanhamento de medicação, que teve início em 2014 e durou dois anos, contando com a participação de, pelo menos, 15 usuários. Ele era conduzido por um psicólogo, umaicineira e um médico. Os atendimentos aconteciam semanalmente e de forma coletiva. O grupo se chamava “Grupo de Medicação e Acompanhamento”, nome dado pelos próprios usuários, que eram bem ativos na discussão sobre a medicação. O grupo só acabou porque o médico foi embora e o excesso de demandas provocado pela redução da equipe não permitiu que ele pudesse ser mantido pelos outros profissionais que permaneceram.

Em 2019, houve um episódio interessante no CAPS envolvendo o tema das medicações. Os usuários começaram a levantar questões sobre elas de forma muito contundente durante a assembleia. Eles reclamavam dos seus efeitos e de sua falta e pediam para ter aula sobre o tema. A equipe desenhou um ciclo de palestras conduzido por residentes médicos, que durou 2 meses. Um dos residentes propôs realizar um grupo GAM no serviço, mas, então, iniciou-se uma mudança de contrato, onde todo mundo foi demitido, ele saiu do CAPS e a história acabou. Esse é o tipo de trabalho que ajudaria a avançarmos um pouco mais na discussão coletiva sobre a medicação com os usuários, pois isso ainda é muito frágil. Há entre nós quem responsabilize a formação médica por isso, pois na Psiquiatria ela costuma ser muito voltada para o consultório. Então, quando eles chegam no CAPS, demoram muito a se adaptar a atenção psicossocial. Um de nós já chegou, inclusive, a testemunhar, em outro serviço, a saída de um médico pela pressão dos usuários, que se organizaram em um abaixo-assinado para retirá-lo da equipe, justamente por conta de suas condutas mais enrijecidas no cuidado.

Sobre a recusa medicamentosa, acreditamos que sua abordagem varia não só em relação ao profissional, mas também de acordo com os tipos de serviços. No Hospital Psiquiátrico, por exemplo, há uma centralidade na medicação, como se nada mais fosse possível. É uma instituição onde existem hierarquias bem estabelecidas e uma verticalidade e autoritarismo, que anulam o sujeito em torno de uma obediência à ordem médica. A recusa, então, não parece ser uma questão, pois ela não é acolhida pela equipe. Se o paciente se recusa a tomar a medicação, eles amarram e administram mesmo assim, ainda que seja cotidianamente. Os pacientes aceitam porque não tem jeito e isso acaba repercutindo na formação dos médicos, já que ela passa muito por essas instituições.

Contudo, não podemos dizer que essa avaliação corresponde completamente à opinião de todos nós entrevistados, pois há quem não acompanhe esse tipo mais crítico de leitura sobre essas instituições. Também não podemos dizer que o movimento de medicar parta somente dos médicos. No nosso CAPS, por exemplo, é possível perceber que eles acabam sendo bastante demandados pela equipe e não têm muito tempo de serem críticos em relação a isso. O que acontece é que eles vão acatando os pedidos de prescrição dos outros profissionais, quase sempre sem muita reflexão. Tem vezes que o usuário não está nem em acolhimento, mas, se a equipe percebe que ele está agitado, vai logo administrando um SOS. Tudo bem que o SOS dá uma baixada na bola, mas que outras cartas nós podemos ter na manga para esses momentos?

A dificuldade em acolher a recusa à medicação não é só dos serviços e dos profissionais, os familiares dos usuários também costumam encarar essa questão com muita resistência. Normalmente, eles acham que a medicação vai ser a solução de todos os problemas, por isso, dificilmente escutam o que dizem os usuários que recusam. Muitos querem que o serviço resolva o problema e chegam demandando que mediquemos o usuário para sedá-lo, ou que o encaminhemos para internações de longa permanência. Então, é necessário todo um trabalho com os familiares também. O caso da Daniela é um exemplo. Ela chegou no CAPS acompanhada do pai, recusando o tratamento e dizendo que não precisava de medicação, mas topou ser atendida semanalmente por uma psicóloga. Durante algum tempo, a medicação nem foi ofertada nem foi inserida no cuidado, pois a profissional entendia que isso poderia comprometer o vínculo dela com o serviço. Mas os familiares demandavam, com alguma frequência, que ela fosse medicada, pois entendiam que só isso seria capaz de garantir que ela parasse com alguns movimentos que fazia entre familiares e vizinhos, por conta de seu quadro persecutório. Então, a profissional passou a atender os familiares regularmente, com a intenção de facilitar a compreensão deles sobre o caso e ajudá-los a entender que o acompanhamento não se resumia à medicação.

Não há um consenso entre nós se a recusa acontece com mais frequência durante a crise ou fora dela. Há quem acredite que o usuário estável tende a questionar mais a medicação e há quem pense que, depois que ele sai do momento mais grave, é que ele passa a avaliar melhor a sua utilização. Com os usuários que estão estáveis, o uso da medicação é mais negociável, porque, às vezes, ela não precisa mesmo estar mais ali, porém é importante observar quais são os recursos que eles possuem para se cuidar, de modo que não entrem em outra crise pela falta dela. A avaliação se a falta da medicação vai atrapalhar o sujeito precisa ser feita caso a caso, porque os efeitos e a sua relação com a medicação costumam ser muito particulares. Há usuários que têm resistência à medicação e impregnam facilmente, por outro lado, há aqueles para quem a medicação parece não fazer efeito. Usuários acompanhados há mais tempo sabem todas as medicações, os efeitos colaterais e, muitas vezes, conseguem dizer quais delas lhes fazem bem e quais lhes fazem mal. Mas os mais jovens, que, normalmente são os que mais recusam, precisam de mais tempo para compreender e manejar não só as medicações, mas a própria loucura.

Alguns de nós avaliam que, se a pessoa está topando o cuidado e tem conseguido levar a vida, apesar das confusões em que se coloca, pode ser acompanhada sem medicação, se ela não vê a sua necessidade. Mas se essa pessoa está em crise, muito desorganizada, agitada e se colocando em risco, é de consenso entre nós que ela não está em condições de decidir sobre o

seu cuidado e nós precisamos intervir de forma mais enfática. O cuidado precisa ser flexível e considerar os aspectos e o lugar da medicação no caso. Tem usuários que a equipe sabe que não toma a medicação, mas ela não vê prejuízo, porque são sujeitos mais autônomos, até sem perfil pra CAPS. E tem outros onde a interrupção do uso da medicação aparece como um sinal de sua desorganização. Nesses casos, é como se a crise provocasse a interrupção e não necessariamente fosse provocada por ela. Precisamos, então, estar atentos ao funcionamento dos usuários e suas alterações de comportamento. Mas é difícil, porque há muitos que tem dificuldade na adesão ao tratamento que a gente só se consegue se aproximar quando eles entram em crise, porque, nesse momento, eles são levados para o serviço.

A recusa à medicação é considerada um direito do usuário, pois o corpo e a mente são dele. E, de certo modo, a decisão sobre fazer ou não esse uso passa muito pela sua autonomia, cuja produção é justamente o objetivo do cuidado na atenção psicossocial. Portanto, essa recusa não pode ser um impeditivo para o seu acompanhamento. Não está escrito na lei que as pessoas têm que tomar medicação. Não se pode obrigá-las a isso, o CAPS não tem esse poder de tutela, exceto, é claro, nas situações em que se entenda que há risco para si e para os outros. Essas situações são o limite. Tem profissional que considera a recusa à medicação como algo pontual no serviço e, de fato, se formos olhar bem, os casos em que há uso excessivo de medicação são mais frequentes do que os casos de recusa – tem muito usuário tomando medicação com a intenção de morrer, de ficar dopado. Mas acontece que todos nós, que já passamos por outros serviços de Saúde Mental, nos deparamos diversas vezes com esses tipos de situações, então, talvez elas não sejam tão raras assim.

As formas de compreender o impacto da recusa no acompanhamento de um usuário de Saúde Mental variam entre os profissionais. Há quem avalie que ela atrasa a evolução do quadro, retardando o processo de estabilização e de melhora da crise. Mas há também quem pense que ela favorece o acompanhamento e a formação do vínculo, abrindo espaço para que se discuta sobre os motivos alegados pelos usuários e se construa uma outra possibilidade de cuidado. Desse ponto de vista, um acompanhamento que respeita a recusa produz efeitos que se refletem na forma como a pessoa circula e se vincula ao serviço, exigindo do CAPS uma reinvenção constante. Mas suas marcas serão sempre variadas, dependendo da configuração de cada caso. Tem usuário para quem a recusa não gera muito impacto, mas tem aqueles para quem a falta de medicação pode ser terrível, pode ser fatal. De maneira geral, a postura dos profissionais da rede de Saúde Mental foi apontada como mais próxima do primeiro caso, onde a compreensão comum é a de que o usuário não pode ficar sem a medicação, mas essa não é a posição sustentada pela maioria de nós.

Um de nós já foi moderador de grupos GAM e já chegou a pensar sobre a ideia de construir um grupo no CAPS, mas isso demanda muito tempo e planejamento. A existência desse espaço seria muito importante, pois a GAM contribui bastante na ampliação das questões sobre as medicações, ajudando na compreensão de que elas estão para além dos comprimidos. A GAM costuma despertar o desejo de conversar, de dialogar e chama atenção para o silêncio dos usuários nos atendimentos, mas ela também gera certa desconfiança de alguns profissionais, que acreditam que a sua intenção é estimular a interrupção da medicação pelos usuários. Na verdade, ela propõe a ética do aprendizado compartilhado, da autonomia que é pensada junto, que não tem a ver com solidão. Infelizmente, nós temos uma cultura de ir ao médico e não perguntar para que serve o medicamento, se ele tem efeito colateral, se é necessário mesmo. É a cultura da medicalização, que a gente questiona pouco e que é um desafio para a gente, porque é uma discussão delicada ainda, que não é simples.

4.1. Entre faltas e falhas: o lugar dos psicofármacos no cuidado

Foi dito pelos profissionais que *o manejo dos psicofármacos não é uma receita de bolo*. Por ironia, é justamente em uma receita onde os medicamentos são prescritos. Eu diria que isso dá um belo mote: há uma receita em jogo, mas ela não é de bolo. É certo que ambas fazem referência ao mesmo ato de “receber”⁷⁴ um saber transmitido por outrem, mas, diferente da receita de bolo, com seus ingredientes e seu modo de fazer bem definidos, a receita medicamentosa carrega consigo valores, ambiguidades e contradições em suas finalidades (SILVA, 2015a). Os seus efeitos costumam ser inesperados e ela tem em si uma inexatidão, ou contingência, como diria Dagognet (2012), que atravessa não só os humanos incluídos na cena, mas também os medicamentos prescritos, como bons ‘atores não-humanos’ que são (LATOURE, 2012). Partir do pressuposto de que o manejo dos psicofármacos não é uma receita de bolo é uma direção nitidamente psicossocial, pois aberta ao desconhecido e aos diferentes movimentos (e temperos) dos atores (e seus ingredientes) que participam do contexto clínico, sejam eles usuários, profissionais, familiares ou os próprios psicofármacos. Começemos por este ponto.

Não ser uma receita de bolo faz do cuidado uma *aposta* e o lança no campo da experimentação contínua, *que demanda avaliações constantes e reajustes recorrentes*. Na fala dos profissionais entrevistados, o ápice dessa condição aparece na alusão feita à ideia de que os usuários são como “*ratos de laboratórios*” no uso que fazem dos psicofármacos. Os resultados do consumo são tidos como imprevistos, sendo necessário testar, provar e experimentar para que se encontre a maneira mais adequada, a receita sob medida para cada usuário. Esse *caminho que é complicado*, mas é visto como o *possível* por parte dos profissionais, pode ser vivido como uma verdadeira invasão por um sujeito. É assim que Victor⁷⁵ se sente: um objeto, uma *cobaia* nas mãos dos psiquiatras e é com isso que ele desenha a justificativa de sua recusa. Olhando assim, talvez seja cabível dizer que este é um dos verdadeiros desafios da atenção psicossocial: superar a histórica objetificação do sujeito louco estabelecendo com ele e com o laço o que é considerado possível. A questão que ousamos perguntar é: em que medida é considerado possível cuidar sem o uso dos psicofármacos (ou) até onde é possível retirar esse ingrediente da receita?

⁷⁴ A raiz etimológica da palavra receita é o termo em latim RECEPTA, que significa “recebido”. Fonte: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/receita/>

⁷⁵ Caso descrito na pág. 86.

A falta de um determinado elemento pode ser configurada como sua ausência (quando algo ou alguém falta) ou como sua falha (quando algo ou alguém comete uma falta). Podemos localizar pelo menos dois tipos de ausência do psicofármaco na narrativa dos profissionais: quando sua remessa não chega ao serviço e os usuários ficam sem a garantia de sua distribuição e quando o próprio usuário o recusa. Em ambos os casos, há um desencontro entre o sujeito e esse objeto, um de ordem involuntária e outro pelo exercício ativo de sua vontade. Os manejos articulados nessas circunstâncias são diversos, como vocês viram. À noção de ‘falta cometida’ poderíamos associar as ações do próprio medicamento naquilo que escapa aos seus efeitos esperados e que são considerados, por conta disso, resultados *colaterais, secundários ou adversos*. Eles dialogam diretamente com a relação particular que cada sujeito estabelece com essas substâncias através de seu uso e se associam, em alguns casos mais do que em outros, com a produção do fenômeno da recusa medicamentosa.

As respostas possíveis para a questão que esta pesquisa propõe são múltiplas. A forma como os profissionais lidam com os casos em que há recusa aos psicofármacos varia de acordo com o usuário e o profissional, se articulando fortemente com o lugar que o psicofármaco ocupa na compreensão e experiência desses atores. Percebe-se que ele não é pré-determinado em nenhum dos dois casos. Isso, de certo modo, pode ser associado a uma condição de intercambialidade que é própria do medicamento e que, de acordo com Van der Geest e White (2011), o faz ir constantemente de um cenário para outro “retendo seu valor, mas mudando de significado” (p. 461). Uma série de reações se estabelece nesse palco: os psicofármacos produzem reações nos sujeitos, que reagem ao uso deles distintamente e despertam, por sua vez, diferentes reações nos profissionais. Nesse campo de encontros, onde os significados se impõem e se ampliam (SILVA, 2015a) e a recusa se apresenta como uma reação possível – fruto de efeitos, mas produtora de tantos outros – uma relação acontece, uma rede de ações se constrói e a dimensão ética se estabelece como um domínio de investigação. Se existisse uma receita de bolo para o manejo dos psicofármacos, não haveria espaço para a ética e esta pesquisa estaria dispensada.

Por parte dos usuários e dos familiares, a demanda por psicofármacos costuma ser frequente. Os profissionais entrevistados localizam que os pedidos de prescrição superam os casos de recusa e que os familiares veem o medicamento como *a solução de todos os problemas*. Cavalcante (2017) identificou algo parecido ao entrevistar familiares de pessoas que faziam acompanhamento em Saúde Mental na Atenção Básica. Para eles, o medicamento era visto como o ponto central do tratamento, sendo responsável por dar conta daquilo que não conheciam, exercendo efeitos de apaziguamento no usuário e aproximando-o do que é

considerado socialmente como normal. A autora aponta que um trabalho específico com esses familiares era uma ação importante para a ampliação do seu papel no tratamento, pois, normalmente, eles atuavam como meros incentivadores da adesão do usuário. O intuito da equipe deveria ser de ajudá-los a entender como lidar com o sofrimento dessa relação, o que se aproxima bastante do caminho traçado na condução do caso de Daniela⁷⁶ descrito na narrativa.

Mas não são só os familiares que apresentam essa postura. A tendência em acreditar que os usuários não podem ficar sem medicação foi apontada pelos entrevistados como comum entre os profissionais da rede de Saúde Mental. No próprio CAPS pesquisado, *não parece ser fácil sustentar que um usuário não seja medicado, quando ele se recusa*. O caso de Francisco⁷⁷ é um exemplo emblemático dos desafios de se justificar o acompanhamento de um usuário sem a presença de psicofármacos em seu PTS. Considerar um *absurdo* e uma *negligência* da parte de quem estava desenhando de frente o cuidado demonstra o valor simbólico que o psicofármaco ocupa principalmente diante da categoria risco, pois *se alguma coisa tivesse acontecido com ele, era culpa dos profissionais que bancaram o acompanhamento sem medicação*. Cenas como essas demonstram que há uma certa hierarquização das ofertas terapêuticas, mesmo que no discurso o psicofármaco apareça como um recurso entre outros. O acompanhamento regular de um usuário sem medicação pode ser visto como irresponsabilidade pelos colegas, o que contribui para a configuração do que os interlocutores de Santos (2014) indicaram como uma sensação de “cobrança social” em torno da inserção dessas substâncias no cuidado. A ausência do medicamento acaba parecendo um risco em si.

Assumir riscos positivos é considerada, em algumas discussões do campo, uma das habilidades essenciais para a prática da Saúde Mental. Nesta perspectiva, o acompanhamento deveria agir na direção do empoderamento das pessoas, de maneira que fosse possível que elas decidissem o nível de risco que estariam preparadas para assumir em relação a sua saúde e a sua segurança. Uma avaliação da distribuição desses possíveis riscos entre os outros atores da cena também seria um aspecto importante do cuidado (THORNICROFT & TANSELLA, 2018). O próprio uso dos medicamentos reserva os seus riscos (MONCRIEFF, 2013), mas, na grande maioria das vezes, eles não são abertamente debatidos com os usuários. Sobre esse assunto, aponta Silva (2015a):

⁷⁶ Caso descrito na pág. 90.

⁷⁷ Caso descrito na pág. 86.

não aderir a uma intervenção prescritiva medicamentosa é indiscutivelmente correr riscos. Profissionais de saúde e/ou pacientes podem se expor a diversos constrangimentos ao não aderirem às práticas terapêuticas medicamentosas. Os pacientes desconhecem em sua maioria (para não sermos tão pessimistas) os critérios adotados pelos seus prescritores na escolha dos medicamentos que lhes prescrevem. Tão pouco têm conhecimento se existem tais critérios, se existem avaliações de risco-benefício, custo-benefício e de eficácias comparativas (p. 2820)

Para Moncrieff (2013), o fornecimento de informações honestas sobre essas substâncias são cruciais para que os usuários possam avaliar, a partir de suas necessidades e valores, se preferem utilizá-las ou apostar em outras linhas de frente – considerando que elas estejam disponíveis. Mas o comum é que não se conheça e/ou não se disponibilize essas informações, tornando a necessidade e a importância de seu uso (por vezes, exclusivo) um fato naturalizado. Essa questão comparece na narrativa dentro da cena em que os usuários, durante a assembleia, começam a questionar o uso dos psicofármacos, queixando-se dos efeitos colaterais e solicitando a oferta de *aulas* sobre o tema. A equipe, na ocasião, desenhou um ciclo de palestras conduzido por residentes médicos, mas a atividade, junto à ideia de construção de um grupo GAM no serviço, foi interrompida por conta de questões ligadas a uma crise nos contratos trabalhistas na rede de saúde do município. Em uma pesquisa de campo, Monnerat (2020) também identificou a ausência de circulação de informações sobre o uso de psicofármacos em um CAPS. Mas, segundo ela, apesar da falta desse aprendizado formal, a própria relação com os medicamentos permite que os usuários adquiram conhecimento sobre essas substâncias, sendo muito comum, entre eles e os familiares, a autogestão das dosagens partindo dos incômodos provocados pelos efeitos colaterais, fato que também foi verificado por Gonçalves e Onocko-Campos (2017). Sobre essa questão, Maciel (2018) diz:

as pessoas que utilizam medicações continuamente, falando no nosso caso dos psicotrópicos, geralmente manejam esse uso de maneira diferente das orientações prescritas. Isso pode ocorrer por vários motivos, entre eles a presença de efeitos colaterais não suportados pelo usuário. A dificuldade em conversar sobre esse tema com os psiquiatras pode induzir a modificações feitas por conta própria no esquema medicamentoso indicado pelo profissional (p. 85)

É de se supor que essa abertura para o diálogo, por parte dos profissionais, seja influenciada pela compreensão que eles têm sobre o papel do psicofármaco no cuidado. Na narrativa, há quem o entenda como *um dos elementos, um dos recursos que constituem o projeto psicossocial* e há quem o considere *essencial para o tratamento*, algo que não pode faltar. Dos profissionais entrevistados, a maioria se enquadra no primeiro caso, posição similar à identificada em outra pesquisa por Barroso (2014), mas ficou evidente que a equipe

é composta por sensibilidades muito distintas a essa questão. Enquanto alguns entendem que o psicofármaco não é *o único caminho para o cuidado, nem o principal, existem aqueles que são muito duros e abrem menos brecha para conversar sobre isso, como se a medicação fosse algo protocolar, para além das outras estratégias*. De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), esse tipo de crença muito forte nos tratamentos farmacológicos é uma atitude típica de uma ‘perspectiva institucional’ do modelo tradicional da Psiquiatria, que, embora se contraponha, em muitos aspectos, à ‘perspectiva comunitária’, costuma comparecer junto com ela, de forma mista, nas práticas das equipes de Saúde Mental, variando de acordo com a experiência disciplinar de seus membros⁷⁸. Poderíamos dizer que, dentro do nosso vocabulário, essas perspectivas estariam associadas ao modelo biomédico e psicossocial, respectivamente.

A existência de um certo predomínio do modelo biomédico nos serviços de Saúde Mental, com sua consequente centralidade no tratamento medicamentoso é um apontamento sustentado pelos estudos feitos a partir da GAM (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012; 2013a). Entretanto, não podemos afirmar que essa seja a realidade do serviço pesquisado. Pelo contrário, foi mais frequente no relato dos interlocutores uma compreensão de que o psicofármaco é um *fator entre outros, um meio e não um fim*, um objeto *complementar* a outras propostas terapêuticas. Contudo, isso não foi totalmente homogêneo entre os participantes e muitos deles faziam questão de enfatizar que falavam em primeira pessoa ao afirmar isso, sinalizando a existência de outras abordagens dentro da equipe. Desse modo, não podemos concluir que a presença majoritária desse olhar represente integralmente o serviço, ela, no mínimo, sinaliza que aqueles que assim se posicionam se mostraram mais disponíveis para realizar esta conversa. O que parece inquestionável é que essas marcadas diferenças – e suas possíveis *turbulências* – estão sendo sempre postas em trabalho e tratadas cotidianamente nos espaços de encontro institucional da equipe.

Esse lugar de destaque em que os medicamentos são colocados por muitos familiares e profissionais não diz apenas sobre o modo de se posicionar desses atores, mas novamente sobre algo que parece ser próprio deles. De acordo com Van der Geest e White (2011), a materialidade dessas substâncias faz com que o seu emprego nas práticas de saúde conceda um caráter de tangibilidade ao cuidado. Quando eles são utilizados, há algo (de concreto)

⁷⁸ Para esses autores, a ‘perspectiva institucional’ costuma concentrar seus esforços na remissão dos sintomas e no controle do comportamento, tendo uma organização hierarquizada e uma atitude paternalista para com os usuários. Na ‘perspectiva comunitária’, o foco se dirige às necessidades dos usuários e dos familiares e há uma ênfase nas tomadas de decisões compartilhadas com uma combinação entre intervenções medicamentosas, psicológicas e sociais.

sendo feito, isto é, a sua presença dá contornos tangíveis não só para o sofrimento – essa coisa que se ataca sem se ver – mas também para a assistência. A sua existência na cena parece delimitar os contornos terapêuticos de uma intervenção, sendo uma espécie de indicador de resolubilidade (BEZERRA et al., 2016) e a sua ausência pode, inclusive, ser vista como uma desconfiguração da função clínica de certas medidas. A internação hospitalar de um sujeito sem o uso de psicofármacos, por exemplo, pode ser considerada por profissionais de saúde como uma custódia (JAEGER et al, 2019). E a contenção mecânica sem o uso de medicamento pode ser vista como uma *tortura*, como vimos na narrativa dos profissionais. Essa parece ser uma demonstração clara das possibilidades de seu agenciamento nas práticas de saúde.

Experiências de descontinuação de psicofármacos e atenção à crise sem o emprego dessas substâncias já existem e, aos poucos, estão ganhando notoriedade⁷⁹, apesar do desconforto que produzem na Psiquiatria tradicional. Na Noruega, por exemplo, a partir de um estímulo do Ministério da Saúde local, enfermarias de instituições psiquiátricas (públicas e privadas) passaram a oferecer, desde 2015, a opção de um tratamento livre de medicamentos (WHITAKER, 2017; 2019). Na Suécia, experiências como as descritas no documentário “Lares de Cura: Recuperação da Psicose sem Medicação” (2011), de Daniel Mackler⁸⁰, apostam no cuidado em propriedades rurais, com famílias sem conhecimento formal em Saúde Mental, onde os psicofármacos não são o eixo do acompanhamento e os sujeitos podem diminuir e/ou descontinuar o seu uso durante o processo. Já na Finlândia, experiências com a prática conhecida como Diálogo Aberto⁸¹, desde a década de 80, propõem um acompanhamento domiciliar de crises psicóticas de primeira vez com o mínimo de medicamentos, tendo constatado menores índices de hospitalização e de reincidência de crise (KANTORSKI & CARDANO, 2017), gerando os melhores resultados do mundo no tocante ao tratamento de longo prazo de usuários psicóticos (DESVIAT, 2018).

Aqui no Brasil, uma experiência inspirada nessa metodologia foi realizada entre 2015 e 2016 na cidade de Jaraguá do Sul (SC). Um dos entraves identificados nessa experiência, que considero de particular interesse para a discussão que realizamos aqui, foi a dificuldade encontrada pelos profissionais da saúde em sustentar o ‘princípio de tolerância à incerteza’

⁷⁹ A divulgação de trabalhos dessa ordem, que repensam o modelo biomédico no cuidado em Saúde Mental, tem sido o objetivo do site Mad in Brasil: <https://madinbrasil.org/>

⁸⁰ Esse documentário pode ser acessado integralmente no seguinte endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=JntGtwLRhdA>

⁸¹ Em 2020, foi lançado no Brasil o livro “Reuniões Dialógicas de Redes Sociais: Formas de Dialogismo no Trabalho Psicossocial” de Jaakko Seikkula e Tom Erik Arnkil, que descreve com detalhes os princípios e o funcionamento dessa proposta.

que, dentro da prática, pressupõe, entre outras coisas, o adiamento da entrada de psicofármacos no acompanhamento, evitando conclusões e decisões prévias e partindo dos vínculos de confiança para suportar as incertezas impostas pelo quadro de sofrimento (FLORENCE, 2018). Essa dificuldade foi associada pelo condutor da experiência a uma forte cultura de medicalização existente em nosso meio, responsável por deixar os familiares e os profissionais inseguros com a não entrada dos psicofármacos (DIAS, 2018).

Como é possível ver, esses dois atores aparecem novamente como protagonistas de uma relação de confiança particular com os medicamentos. Mas não é apenas isso que chama atenção nessa experiência. Fica evidente, que o psicofármaco, enquanto “efeito contingente das relações por ele atravessadas” (MAGALDI, 2018, p. 198) se insere de maneiras específicas dentro dos contextos situados. De certo modo, a forma como ele é utilizado nos serviços brasileiros manifesta características que são compartilhadas (também) culturalmente⁸². Não pretendemos nos debruçar sobre os motivos que tornam experiências dessa natureza realizáveis em países como os do norte-europeu e mais desafiadoras – talvez praticamente impensáveis – em lugares como o Brasil. O fato é que, por aqui, de maneira geral, temos poucas experiências inovadoras nesse sentido e a ausência dos psicofármacos no cuidado não costuma ser vista com bons olhos.

4.2. Entre acesso e recusa: implicações da discussão na perspectiva dos direitos

Uma questão que não podemos esquecer é que, no Brasil, o acesso gratuito a medicamentos dentro do sistema público de saúde é considerado um direito, o que certamente gera efeitos na maneira como as pessoas, principalmente aquelas que acessam o SUS, se relacionam com esses objetos. Desde a década de 70, ainda durante o governo militar, já existia uma preocupação estatal em relação a esse acesso pela população. A Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, tinha justamente o objetivo de proporcionar a distribuição de medicamentos para pessoas de baixa renda, mas sua organização era muito centralizada e considerada deficiente. Após a promulgação da Constituição Federal, em 1988,

⁸² O Brasil é reconhecidamente um país com um alto índice de consumo de medicamentos. Isso sofre influência de inúmeros fatores como a facilidade do acesso a farmácias, a dificuldade de acesso a serviços de saúde e à incidência do mercado farmacêutico no país (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, s.d.). A automedicação é uma prática comum entre a população, alcançado um índice de 79% entre os adultos. São considerados os principais prescritores leigos e informais, em ordem decrescente: a família, o balconista da farmácia, os amigos, os vizinhos e os artistas de TV (INSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E QUALIDADE, 2018).

e da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o investimento na descentralização desse órgão e na regulação das ações de assistência farmacêutica começou a ser efetuado. O resultado foi a promulgação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Os seus principais objetivos eram garantir a qualidade dos medicamentos, promover o seu uso racional e permitir o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2002). Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), através da Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004, com o intuito de ampliar esse trabalho e formular políticas setoriais com foco na manutenção, qualificação dos serviços e dos recursos humanos (BRASIL, 2007).

No âmbito da Saúde Mental, que fazia parte do Programa de Medicamentos Estratégicos da PNM, foi possível verificar que entre 1997 e 2001 (ano da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica) houve um aumento expressivo de 84% no número de pessoas beneficiadas por esses investimentos. Em 1999, um ano depois da promulgação dessa política, foi criado, através da Portaria nº 1.077 de 24 de agosto de 1999, o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental, que já levava em conta o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no país e estabelecia questões relativas aos medicamentos a serem distribuídos e às responsabilidades orçamentárias dos entes governamentais (BRASIL, 2002). A aquisição dos medicamentos, via de regra, é feita a partir de licitações, seguindo os critérios da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, que institui as normas para licitações e contratos da Administração Pública, podendo acontecer dispensa ou não exigência desse procedimento, dependendo do caso (MASSI, s.d.). No imbricado sistema que envolve a produção e a distribuição como fases que antecedem e sucedem, respectivamente, a aquisição desses produtos, inúmeros processos acontecem, podendo agilizar ou comprometer a garantia desse acesso. Isso se relaciona diretamente com os episódios de falta de medicamentos nos serviços. Atualmente, não só o campo da Saúde Mental vem enfrentando uma crise de desabastecimento desses produtos, mas todas as áreas da saúde do país. Esse problema acaba gerando impactos consideráveis na assistência⁸³ e demandando constantes arranjos por partes dos gestores locais e dos profissionais.

A maioria dos profissionais entrevistados *considera que as medicações faltam com bastante frequência no serviço e na rede, de uma maneira geral*. Entre malabarismos e

⁸³ Esse problema não tem passado despercebido pelo CNS e tem provocado importantes discussões sobre o assunto. Ele foi tema da 330ª Reunião Ordinária do órgão, realizada em 26 de maio de 2022, e estímulo para a programação do Seminário Nacional “Complexo Econômico Industrial da Saúde e as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo e sua importância para o Estado Brasileiro” com data marcada para 10 de junho de 2022. Esse encontro, que estava para ser exibido online, foi adiado no dia por motivos técnicos sem divulgação de nova data.

improvisos, eles negociam medicamentos com outros serviços, substituem medicações, providenciam com verbas próprias ou solicitam que os familiares as comprem. É uma situação que costuma *preocupar* a equipe, pois, segundo os profissionais, ela *tende a comprometer o cuidado dos usuários que estão estáveis há muito tempo*. A interrupção brusca de um psicofármaco não é uma ação aconselhada por profissionais da saúde, nem mesmo por aqueles que defendem a proposta de retirada desses medicamentos. A descontinuação gradual costuma ser o método mais seguro, junto a outros fatores, como a presença de uma rede de apoio próxima, por exemplo (HALL, 2012; MONCRIEFF, 2013). Um programa que apoia a descontinuação de psicofármacos tem efeitos muito distintos de um sistema que utiliza essas substâncias, muitas vezes como eixo privilegiado do cuidado, e tem esse uso interrompido bruscamente por questões ligadas ao seu desabastecimento. No primeiro caso, as iniciativas formais no Brasil são praticamente, ou talvez completamente, inexistentes. Já o segundo caso é um fenômeno bastante recorrente no país (REIS & PERINI, 2018). Percebe-se, então, que enquanto a ausência dos psicofármacos no cuidado por uma manifestação do direito de recusa do usuário é vista pelo sistema de Saúde Mental quase como um tabu, a falta de garantia do seu acesso por motivos de problemas na distribuição é fato comum.

Na narrativa, os profissionais relataram efeitos dramáticos como consequência da falta de psicofármacos causada por problemas em sua distribuição. Segundo eles, a interrupção do uso de certas substâncias, ou a substituição por outras de efeito distinto, afetam negativamente os usuários, podendo contribuir para o desencadeamento de crises e até para a exposição dos sujeitos a riscos no território. De acordo com Reis e Perini (2018), a cadeia de abastecimento farmacêutico é complexa e envolve laboratórios, fornecedores, distribuidores, farmácias e o mercado. Essa complexidade é ainda ampliada pelo número de especialidades existentes no campo farmacêutico e a atenção às questões de segurança e qualidade. Por conta disso, as causas para o desabastecimento de medicamentos podem ser diversas, mas, normalmente, estão associadas a problemas na cadeia logística e a questões com as instituições de controle alfandegário, fiscal ou sanitário. São comuns problemas com insumos, com o aumento de demanda, com a interrupção da fabricação (por problemas nas indústrias ou por interdição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA), entre outros⁸⁴. Para os autores, um dos

⁸⁴ Outros problemas identificáveis são: a gestão inadequada dos recursos, a ausência de profissionais qualificados para redigir os documentos técnicos necessários para a compra e a omissão de gestores em relação ao descumprimento de prazos pelas empresas (MASSI, s.d.), entretanto, para alguns especialistas no assunto, como a conselheira nacional de saúde Silvana Nair Leite, que representa a Escola Nacional de Farmacêuticos (ENFar), o desabastecimento não é consequência apenas de questões logísticas, mas também da política pública nacional, que deixa o SUS dependente da produção externa, apesar de sua capacidade para produção própria (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2022).

impactos desse problema é o comprometimento da segurança do processo assistencial, visto que “erros de medicação e reações adversas a medicamentos são mais prováveis quando uma conduta terapêutica tem que ser substituída por motivos alheios às necessidades clínicas dos pacientes” (p. 607). Isso coaduna fortemente com as considerações tecidas pelos profissionais entrevistados.

Na narrativa também consta como um outro problema, considerado *pouco visitado* nas discussões do campo, *a falta de medicações específicas no rol de ofertas do sistema público*. Considerada defasada e desatualizada, essa oferta seria responsável por manter a distribuição de substâncias com maior potencial de gerar efeitos colaterais, mesmo diante da existência de outras opções no mercado. Esse comentário me fez resgatar duas situações anteriores em que essa questão chegou até mim. Em uma delas, eu conversava com um colega psiquiatra sobre o tema de minha pesquisa e ouvi dele que nos serviços públicos, devido à reduzida variedade de psicofármacos disponíveis gratuitamente para a população, é comum que o psiquiatra faça mais associações entre substâncias e utilize mais opções para obter os fins terapêuticos desejados, o que deixa a prescrição “suja”, ou seja, com mais comprimidos e mais efeitos colaterais. Para ele, as sobremedicações seriam mais intensas nos dispositivos de saúde pública do que na assistência privada, onde as opções de psicofármacos costumam ser maiores.

Na outra situação, enquanto participava como ouvinte do II Congresso Brasileiro de Psiquiatria Online⁸⁵, fui percebendo que os novos psicofármacos que estavam sendo lançados e divulgados nas palestras, geralmente, tinham como principais benefícios a condição de produzirem menos efeitos colaterais. Os representantes das marcas e os profissionais presentes pareciam bastante preocupados com isso, associando esses efeitos a maiores taxas de abandono dos tratamentos, mas eu intuía que aqueles psicofármacos que estavam sendo apresentados como inovações dificilmente seriam disponibilizados no SUS. Tanto na narrativa, quanto na conversa e nas palestras, a questão que salta aos olhos, quando se fala de psicofármacos e a diminuição dos efeitos colaterais, é a questão financeira. Para o profissional que levanta essa bandeira na narrativa, *só pessoas muito ricas* acabam tendo acesso a certos psicofármacos. Em outro trecho, ficamos cientes de que quando *o usuário ou os seus familiares têm condições financeiras, a compra de medicações com menos efeitos negativos é uma possibilidade*.

⁸⁵ Realizado entre 14 e 17 de abril de 2021. Para mais informações, conferir: <https://plataformaonline.abp.org.br/cbponline/>

A desigualdade social que atravessa o acesso aos psicofármacos (podemos dizer, de maior qualidade) fica escancarada e é sintetizada pelo meu colega psiquiatra da seguinte maneira: a parcela mais pobre da população precisa se adequar ao tratamento, enquanto é o tratamento que se adequa às pessoas que tem maior poder aquisitivo. Monnerat (2020) já havia localizado algo em torno disso ao investigar o uso de psicofármacos em duas instituições: uma pública e uma privada. Segundo ela, as condições materiais impactam consideravelmente o cuidado e contribuem de forma importante para a configuração de uma sobrecarga e solidão dos familiares. Apesar de apontada na narrativa como uma discussão pouco visível no campo, é possível encontrar essa demanda pela atualização dos psicofármacos distribuídos no SUS nas deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Na seção que se dedica à ampliação e qualificação da oferta de medicamentos, consta a necessidade de se

revisar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME com a participação da Área Técnica de Saúde Mental para garantir a inclusão de novos medicamentos e atualização anual, com formação de uma comissão permanente que possa aprovar a inclusão de novos medicamentos, tão logo estes sejam comprovadamente mais eficazes que os utilizados, e conforme os avanços tecnológicos e as necessidades dos serviços, com ênfase no protagonismo dos usuários (p. 36)

A RENAME é uma lista que, desde a década de 70, cumpre a função de padronizar a oferta de medicamentos essenciais e orientar as escolhas feitas pelo governo na aquisição dessas substâncias (BRASIL, 2002). De acordo com o texto da última revisão, essa lista, que é atualizada a cada dois anos⁸⁶, “deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros critérios, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis” (BRASIL, 2022, p. 10). A sua atualização é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que conduz o processo ativamente, a partir de uma subcomissão do órgão dedicada exclusivamente para isso, e também reativamente, avaliando demandas de órgãos, de instituições (tanto públicas quanto privadas) e de pessoas físicas (BRASIL, 2022), o que nos leva a entender que é possível participar desse processo⁸⁷. Apesar disso e de acordo com o profissional que destaca esse ponto na narrativa, *não tem ninguém do*

⁸⁶ Atualmente, há um Projeto de Lei tramitando na Câmara dos Deputados com vistas a diminuir esse intervalo de atualização para 1 ano. Esse projeto também propõe a inserção de dois psicofármacos na lista da RENAME, o Metilfenidato (10 mg) e a Naltrexona (50 mg), que, curiosamente, foi citada por um dos entrevistados. O PL 3118/20 é de autoria de Jéssica Sales (MDB-AC) e pode ser acompanhado na página da Câmara: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2254495>>.

⁸⁷ No site da CONITEC há uma seção dedicada ao estímulo da participação social e também há um espaço destinado para a “submissão de propostas”. Para mais informações, acessar: <<http://conitec.gov.br/>>

campo da Reforma Psiquiátrica discutindo isso, nem mesmo os psiquiatras mais renomados. Em um cenário político no qual a possibilidade de participação social se encontra cada vez mais escassa, esse tipo de acesso não deveria ser recusado, apesar de, na verdade, parecer realmente ignorado pelos atores da RPB, passando ao largo de suas demandas.

Essa constatação é associada, na própria narrativa, a uma tendência em se discutir o uso dos psicofármacos na RPB apenas pelo viés da crítica à medicalização. Nesse panorama, em que o medicamento comparece com os contornos de sua ambivalência, que *alivia, mas institucionaliza*, a discussão parece se polarizar em um antagonismo ‘psicossocial’ *versus* ‘biomédico’ que deixa escapar algumas nuances que a circulação desses objetos produz nas redes sociotécnicas onde o cuidado, o trabalho, o mercado e as desigualdades sociais se encontram em um grande caldo. Nesse recorte, em que a oferta de determinados psicofármacos no SUS se associa à polifarmácia e a uma maior produção de efeitos colaterais, o direito de acesso se conecta com o direito de recusa – lembremos que os efeitos colaterais estão diretamente associados à recusa dos psicofármacos – em uma interposição de camadas onde a questão de classe comparece como um marcador relevante para a análise. A alegação de que os *casos que recusam são normalmente os que ficam mais graves durante a crise*, quando olhada sobre esse prisma, pode provocar conexões que se lançam além de razões psicopatológicas: não poderiam os casos considerados mais graves estarem utilizando mais psicofármacos que produzem mais efeitos colaterais e, conseqüentemente, geram mais recusas? Essa pergunta, é claro, não pode servir de panaceia para se pensar o fenômeno – já que entendemos que ele se desenha mesmo é nas particularidades de cada caso e é multifatorial – mas ela, certamente, pode contribuir para ampliar o horizonte da reflexão.

4.3. Entre reações diversas e adversas: o manejo da recusa no cotidiano assistencial

Às vezes, o psicofármaco falta no cuidado não porque seu acesso não esteja garantido, mas porque o usuário o recusa. Como nos lembra Benjamin (2016), uma recusa sempre sucede uma oferta, portanto, só podemos pensar o direito de recusa ao psicofármaco porque em algum momento o usuário teve acesso, seja ou não gratuito, a essa tecnologia de saúde. *Não está escrito na lei que as pessoas têm que tomar medicação*, entretanto, em alguns CAPS do país, como constatado pelas pesquisas e fóruns GAM, usuários podem ser desligados do serviço, caso se recusem a utilizá-la (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014). Surge,

então, um paradoxo: o mesmo ‘não’ que proíbe o uso das drogas proscritas (ou ilícitas) torna o uso das drogas prescritas (ou lícitas) um imperativo, expondo os sujeitos a ordens de ‘não poder usar’ e ‘não poder não usar’, respectivamente. Hall (2019) chama atenção para o fato de que os psicofármacos são substâncias psicoativas tanto quanto as drogas ilícitas e, assim como elas, produzem efeitos e alterações em quem os ingerir, independente do diagnóstico, o que tem a ver diretamente com a falta de marcadores biológicos precisos para o sofrimento mental⁸⁸. Para ele, vários mitos cercam essas duas categorias de substâncias, o que leva a pensar que a ‘Big Pharma’ pode estar exagerando os poderes dos psicofármacos assim como a Guerra às Drogas tem exagerado os poderes das substâncias psicoativas ilícitas.

Diferente das pessoas que interrompem o uso de psicofármacos porque querem usar seus próprios recursos ou buscar alternativas para lidar com seu sofrimento, como os sujeitos ouvidos por Parada (2018), há muitos usuários para quem, segundo a narrativa, *a resistência à medicação aparece associada a uma recusa ao tratamento de uma maneira geral*. Essa decisão pode ser fruto de muitas razões e na narrativa aparece associada a dois possíveis motivos: uma preocupação com o *estigma social*⁸⁹ e uma consequência do que a psicopatologia descritiva denomina como *‘falta de consciência de morbidade’*. De fato, o medo da estigmatização já comparece na literatura há algum tempo como um dos motivos para a recusa medicamentosa (BROOKS, 1986). É como se o psicofármaco se associasse metonimicamente tanto com o diagnóstico quanto com a Psiquiatria e a relação com ele fosse “o símbolo por excelência” de uma relação com esse sistema, ligado ainda a valores negativos acerca da loucura (DEL BARRIO et al, 2013). Já a consciência de morbidade é uma categoria biomédica que toma a experiência de sofrimento como uma doença. O sujeito que não associa a sua narrativa a essa realidade patológica, descrita externamente pela Psiquiatria, não conta com essa condição. Como aponta Benini (2015), não aceitar o diagnóstico torna o medicamento desnecessário, entretanto, nem sempre há uma relação direta entre esses dois fatores e, em seus termos, a própria Psiquiatria reconhece isso. Nas palavras de Chenieaux Jr. (2015):

é natural que quem não se ache doente não queira seguir nenhum tratamento. Todavia, nem sempre há uma relação direta entre consciência de morbidade e adesão ao tratamento. Pacientes que não se acham doentes podem aceitar o

⁸⁸ Esse é o mesmo argumento sustentado por Moncrieff (2013), como apontei no primeiro capítulo. Para ela, os psicofármacos “são simplesmente drogas” que não são capazes de reverter nenhuma enfermidade, motivo pelo qual não faz sentido chamá-los de “antipsicóticos” e “antidepressivos”, por exemplo. A partir de um “modelo centrado no fármaco” (em contraponto a um “modelo centrado na enfermidade”) ela postula que os psicofármacos simplesmente produzem um estado alterado no cérebro que pode ser preferível pela pessoa que sofre.

⁸⁹ Goffman (2008) descreve o estigma como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (p. 4) por conta de um *status* inferior estereotipado conferido a ele através das relações.

tratamento em função de pressões de familiares ou de instituições, ou em razão de atribuírem ao tratamento um significado falso – por exemplo, acreditar que o remédio possui o poder mágico de proteger sua mente contra a influência maligna de espíritos. Em contrapartida, pacientes que reconhecem estar doentes podem deixar de seguir o tratamento por julgá-lo ineficaz, por não tolerarem os efeitos colaterais – no caso de medicamentos –, por não confiarem no médico, por não terem condições financeiras de arcar com o tratamento, etc. (p. 187)

Para os profissionais do CAPS, os *efeitos colaterais estão entre os principais motivos que levam os usuários a recusarem as medicações*. Pode-se dizer que este é um fator que costuma comparecer com frequência nas pesquisas que se debruçam sobre essa questão (APPELBAUM & GUTHEIL, 1979, 1980, 1982; BROOKS, 1986; SCHWARTZ et al., 1988; STONE, 2003; BENINI, 2015). Ao mesmo tempo em que aumentam a qualidade de vida, os psicofármacos podem prejudicá-la, pois os seus efeitos adversos *atrapalham a disposição para o trabalho e para a realização de outros afazeres da vida cotidiana*, expondo os usuários a preconceitos, para além dos que eles já experimentam pela forma como se apresentam e pelo diagnóstico que receberam (BENINI, 2015). Lidar com isso representa um verdadeiro desafio para a Reforma Psiquiátrica e a convoca a pensar naquilo que embasa os seus esforços. Se a proposta é que as pessoas sejam cuidadas em liberdade e tenham condições de frequentar o laço social, o que fazer com esse elemento que compromete a inserção ativa dos sujeitos na vida, mesmo que contribua para a sua circulação fora dos muros? Essa ambiguidade dos psicofármacos (MAGALDI, 2018) expõe o cuidado a um paradoxo que acaba sendo colocado na conta dos que manejam diretamente os casos, sofrendo impactos dos limites de sua governança. As substituições, alterações, negociações se tornam, então, as opções acionadas *para tentar garantir o mínimo*, o que coaduna com os achados de Monnerat (2020), que, em sua pesquisa, verificou que as alterações e trocas são os manejos mais comuns diante dos efeitos colaterais e não a descontinuidade dos psicofármacos.

Neste momento, talvez seja relevante lembrar que o perfil dos usuários que utilizam os equipamentos de Saúde Mental mudou desde os tempos em que a luta antimanicomial deu os seus primeiros passos. Os sujeitos que saíam dos hospitais psiquiátricos após longos anos de internação, institucionalizados e cronificados pelo tratamento desumano de que foram vítimas, tinham uma circulação diferente pelo serviço e pela vida após essa experiência. As pessoas que chegam hoje nos CAPS estão tendo a oportunidade de não passar por essa máquina de mortificação subjetiva⁹⁰, sendo cuidadas, geralmente, em seus territórios e em contato com a vida em seus estímulos e obstáculos – pelo menos, no que se espera. Ao que

⁹⁰ Não me refiro somente e especificamente aos hospitais psiquiátricos em si, pois eles, inclusive, ainda existem. Faço alusão ao paradigma da época pré-reforma que o tinha como eixo exclusivo da estrutura assistencial.

parece, o papel exercido pelos psicofármacos não só muda como exige que o sistema assistencial lide com isso: medicar um sujeito que permanecerá sedado em uma enfermaria é diferente de apostar no seu uso em diálogo com os desafios da vida cidadã, que circula, estuda, trabalha, namora, frequenta e se ausenta. Não por acaso, os usuários *mais jovens*⁹¹ *são os que mais recusam*. Tomar o psicofármaco como um *instrumento psicossocial – nem manicomial, nem salvador* – exige um trabalho engajado que não ignore o que representa para cada usuário viver no laço social. Afinal de contas, o que a Reforma Psiquiátrica espera dos usuários da atenção psicossocial hoje?

A interrupção do uso dos psicofármacos pelos usuários, quando *se sentem melhor*, isto é, fora de um episódio de crise, é uma espécie de provocação para o argumento muito comum no paradigma biomédico – possível de se verificar também na atenção psicossocial – de que o usuário precisa manter o tratamento medicamentoso para sempre. Mas isso não parece ser uma regra para todos os profissionais ouvidos. Para alguns deles, *o uso não precisa ser para sempre, nem da mesma forma para o resto da vida*. De acordo com Benini (2015), esse tipo de interrupção pode acontecer porque a sensação de melhora com o uso dos psicofármacos após a crise costuma ser menor, o que torna a recusa uma opção a ser considerada pelos usuários. Contudo, uma comparação entre o mal-estar provocado pelos psicofármacos e a experiência intensa vivida pelo sujeito no período agudo pode acabar favorecendo a manutenção do uso. No caso dos profissionais entrevistados, *não houve um consenso se a recusa acontece com mais frequência durante a crise ou fora dela*. Para eles, a estabilidade pode tanto facilitar o questionamento do psicofármaco, quanto a sua aprovação.

Para o manejo da recusa medicamentosa, segundo os profissionais, *não existe padrão, nem protocolo pré-estabelecido, é uma construção cotidiana, que necessita de muita aposta e reavaliação*. Ele vai depender *não só das particularidades do usuário, como também do profissional e de sua miniequipe*, portanto, muitas variáveis estarão presentes, entre elas: a história do usuário e seu momento, a formação do profissional e seu momento e a miniequipe com sua configuração particular, tudo muito regado a diferentes afetos e valores. A condução do cuidado vai depender também da maneira como a recusa se manifesta. Os profissionais descreveram formas ditas *explícitas, como a negação verbal, e implícitas, como a interrupção do uso e o abandono do tratamento*. Nesse segundo caso, acrescentaria também os atos de esconder, cuspir fora, mentir e beber água para diluir o efeito – estratégia muito particular

⁹¹ Um recorte de gênero também apareceu bem demarcado na fala dos profissionais: a produção de impotência sexual nos homens parece ser um problema difícil de ser tolerado pelos usuários. Monnerat (2020) alega ter se deparado com muitas dessas queixas em sua pesquisa de campo e diz ter testemunhado um profissional descreditar a sua condição de efeito colateral.

adotada por um dos usuários do serviço. Essa divisão se aproxima da classificação feita por Owiti e Bowers (2011) em recusas ‘diretas’ e ‘indiretas’, numa ampliação da abordagem estritamente ‘direta’ (isto é, verbalizada) feita por Appelbaum e Gutheil (1980), que parece, de fato, insuficiente para dar conta da manifestação desse fenômeno.

No final das contas, a importância do psicofármaco no projeto terapêutico *vai depender*, para os profissionais, *de como o usuário está se apresentando*. E isso implica diretamente em como a equipe vai lidar com a sua recusa. Esse momento costuma variar não só em relação ao seu quadro, mas também em relação ao próprio psicofármaco: *ele pode negar em um momento, mas aceitar em outro*, sendo possível, inclusive, como vimos na narrativa, uma construção da demanda medicamentosa a partir do vínculo terapêutico e das necessidades que vão sendo identificadas durante o acompanhamento. A condição do usuário de avaliar as opções disponíveis e os fatores envolvidos nas situações que atravessa não é permanente, costuma flutuar no processo. Durante os episódios de crise aguda, isso pode ficar bastante comprometido, exigindo dos profissionais atuações mais diretivas. É por esse motivo, que, no debate sobre a Tomada de Decisão Compartilhada na Saúde Mental, se indica uma condução flexível e alinhada a uma avaliação constante das possibilidades do usuário (MORANT et al., 2016; FISHER et al., 2018; GURTNER et al., 2020; HUANG et al. 2020). Esse aspecto pode ser notado nas atuações narradas por alguns dos profissionais e condiz com os esforços da Reforma Psiquiátrica em tomar a capacidade do usuário não a partir de um estatuto ontológico, mas de situações demarcadas no tempo. Dentro dessa perspectiva, as diferentes formas de responsabilização pelos seus atos e suas escolhas deveriam depender dessa avaliação contínua (DESVIAT, 2018).

Algumas das atitudes descritas pelos profissionais entrevistados parecem se aproximar bastante da noção de decisão compartilhada: acolher o “não”⁹², *priorizar o vínculo e pedir ajuda do usuário para pensar a melhor forma possível* seriam alguns exemplos. O ato de ficar *à disposição*, entendendo o próprio *limite enquanto profissionais* mostra-se como um contraponto à atitude paternalista que faz com que certas equipes se sintam responsáveis pelo comportamento dos usuários (THORNICROFT & TANSELLA, 2018). A chamada *intervenção de entendimento*, que busca acessar *os motivos da recusa* é um recurso importante para lidar, entre outras coisas, com a dificuldade que muitos usuários têm em distinguir os efeitos dos psicofármacos e seus sintomas, algo já identificado e discutido na

⁹² Um exemplo emblemático dessa postura está na cena em que o usuário diz que voltará no CAPS apenas para dizer que não quer fazer o tratamento e a profissional responde: “*tudo bem, volta aqui para me dizer isso*”. Ou quando, o profissional prefere *esperar que o usuário esteja aberto para aceitar*, ao invés de ficar insistindo.

literatura GAM (DEL BARRIO et al., 2013). Ao se inserir dentro de um paradigma da “compreensibilidade”, utilizando as palavras de Venturini (2017), essa atitude agrega altos níveis de confiança na relação terapêutica e, conseqüentemente, altos níveis de efeitos terapêuticos. De acordo com Benini (2015), a atenção à experiência subjetiva dos usuários demanda dos profissionais uma relação menos autoritária, que pode afetar a maneira como os sujeitos se relacionam com os psicofármacos. É possível, por exemplo, que quando se sintam incompreendidos, os usuários desconfiem mais dos medicamentos, o que pode provocar resistências. Isso dialoga diretamente com a avaliação que aparece na narrativa de que *a recusa pode ser um resultado de abordagens menos acolhedoras dos profissionais*.

De acordo com os interlocutores, o uso de antipsicóticos em formato injetável, ou de depósito, como é mais conhecido, é uma opção no quadro de negociação com os usuários que apresentam resistência em fazer o uso dos psicofármacos⁹³. De acordo com os profissionais, *essas medicações são mais aceitas, pois dispensam a obrigatoriedade de fazer a ingesta todo dia, sendo mais usadas nos usuários que têm dificuldade na adesão à medicação oral, que não vão ao serviço cumprir o PTS, ou que levam para casa e não tomam*. Por possuírem uma ação prolongada, elas podem ser aplicadas em intervalos de tempo maiores do que os medicamentos orais, sendo, por isso, avaliadas como uma solução de baixo custo e alta eficácia na Saúde Mental (BRESSAN & SHIRAKAWA, 1996). Consideradas uma “arma terapêutica” importante (OLIVEIRA et al, 2013) capaz de facilitar o trabalho assistencial (ARISTIDES et al, 2013), elas podem ser vistas não só como uma estratégia para lidar com a recusa aos psicofármacos, mas também como uma garantia da dose administrada, já que o medicamento oral muitas vezes costuma ser esquecido (BRESSAN & SHIRAKAWA, 1996) ou desprezado pelos usuários (PERES & FIGUEIREDO, 2004). Essa via de administração acaba demandando a presença do profissional, o que limita a pretensa autonomia que os comprimidos permitem ao serem manipulados diretamente pelos próprios sujeitos.

O ato de fazer busca ativa domiciliar para garantir a administração injetável foi uma prática que compareceu na narrativa, inclusive a sua aplicação involuntária em casos de recusa do usuário e fracasso das tentativas de *convencimento*. Apontada como rara na narrativa, essa prática foi localizada na literatura com o acréscimo de um certo agravante. O trabalho de Aristides et al (2013), realizado com profissionais de uma equipe de Saúde da

⁹³ O que se associa ao elemento já apontado anteriormente sobre a proposta de realizar alterações ao invés de descontinuar o uso. Nesse caso, o que muda é o modo de administração do medicamento, mas ele continua sendo um psicofármaco. Isso chama atenção para o impacto que os formatos materiais dessas tecnologias produzem na relação que os usuários estabelecem com o seu uso. A recusa pode, portanto, em alguns casos, se dirigir aos modos de consumo e não ao consumo em si.

Família, descreveu casos em que a Polícia Militar era chamada para imobilizar o sujeito em sua residência de modo a garantir que o medicamento de depósito fosse aplicado. Situações como essas, apesar de não permitirem uma melhor exploração sem mais detalhes, chamam atenção para a extensão do exercício do poder de controle estatal (nas figuras dos profissionais e dos policiais) e para o lugar no qual o medicamento acaba sendo colocado no cuidado. O esforço em garantir a sua aplicação, nesses casos, pode se tornar um mero protocolo, uma medida estritamente procedimental e literalmente policialesca, aparentemente sem nenhum questionamento sobre a violação da privacidade e autonomia do usuário. A possível presença de familiares nessas cenas bastaria como uma autorização legítima para a realização dessas práticas? Como elas interferem no vínculo com a equipe e com o próprio tratamento?

Outra prática descrita para lidar com a recusa medicamentosa e que merece destaque nesta discussão é o ato de *macerar a medicação na comida* sem o conhecimento do usuário. Muito comum na Pediatria e Geriatria, realizada por profissionais e/ou familiares, ela desperta questões éticas e legais na Saúde Mental, apesar de não ser muito discutida no campo (KALA, 2012). A forma como ela é compreendida e avaliada nos países costuma estar associada aos valores culturais em torno das noções de indivíduo e de família (RAO, 2012). Em países como o Canadá, onde a noção de autonomia individual é um importante norteador político, ela é considerada um ato ilegal e antiético (MUNDEN, 2017). Já em países como a Índia, onde a família é, normalmente, uma unidade mais sólida, com direitos que se sobrepõem aos dos indivíduos, ela pode ser vista como justificável (RAO, 2012). Há países, como Reino Unido e Escócia, que optaram pela formulação de guias com diretrizes orientando a sua realização (MUNDEN, 2017). No Brasil, não localizamos nenhum material acadêmico ou técnico discutindo diretamente o assunto. Para autores como Kala (2012), a falta de uma discussão transparente sobre o tema é responsável por transformá-la em um verdadeiro tabu, impedindo a elaboração de soluções mais honestas e seguras sobre ele. Assim como Munden (2017) e Murthy (2012), ele acredita que direções mais precisas sobre os modos de realizar essa prática mitigariam os conflitos e as ambiguidades em torno da questão.

Para aqueles que a criticam, a maceração escondida tende, entre outras coisas, a interferir no *insight* do sujeito, que não associa a sua melhora ao uso dos psicofármacos (SARIN, 2012). Se usada de forma permanente, pode ser perigosa, pois a pessoa pode, sem o saber, usar outras substâncias que interagem negativamente com o medicamento. Outro fator negativo seria o reforço da paranoia e da desconfiança em relação à família (ou à equipe),

caso fosse descoberta⁹⁴. Para aqueles que a defendem, ela pode ser uma das únicas opções em certos países com carência de serviços, garantindo que a pessoa tenha acesso a um tratamento. Ela também diminuiria a entrada de intervenções forçadas, sendo menos cruel que os procedimentos coercitivos⁹⁵ (KALA, 2012). No geral, ela é admitida pontualmente em situações extremas (MUNDEN, 2017; MURTHY, 2012, RAO, 2012), sendo uma espécie de ‘resposta conveniente para uma situação clínica difícil’ (SARIN, 2012). De acordo com Kala (2012) e Murthy (2012), ela pode ser adequadamente incluída dentro do uso das Diretrizes Antecipadas da Vontade, de modo que seja possível contar com o consentimento dos sujeitos quando eles estão fora de crise. Na narrativa, ela aparece como um recurso *quando o usuário está fora de si, desorganizado e o papo não adianta*. Isto é, ela surge no manejo dos profissionais como uma saída no encontro com o limite da palavra.

Um dos poucos momentos em que os profissionais afirmam realmente obrigar o usuário a utilizar a medicação é *quando a abordagem através do diálogo não está sendo possível e há um risco colocado na cena*. A contenção química se associa, muitas vezes, à contenção mecânica (que diferente da imposição velada da maceração é uma imposição explícita) nisso que é entendido como o *limite*, onde se avalia que *o usuário não está em condições de escolher e o serviço é convocado a exercer, de forma pontual, um papel de tutela e de proteção*. Essa decisão parece envolver uma preocupação não só com o risco que o usuário pode representar *para si e para os outros*, em um momento de crise, mas também os riscos graves em que ele pode se colocar no território ao despertar, por exemplo, *o incômodo do poder paralelo*⁹⁶. DellAcqua e Mezzina (1992) apontam que o controle e a tutela⁹⁷ podem ser acionados quando o serviço de atenção à crise reconhece a necessidade de proteção da pessoa, mas devem ser utilizados como uma ponte para a formulação de novos meios de contratualidade e não como um fim. Os psicofármacos, nessa cena, não teriam um valor terapêutico em si, mas seriam instrumentos para abrir as possibilidades de relação, reduzir a angústia e controlar transitoriamente comportamentos problemáticos. Esse tipo de tutela, em tese, só é aceitável na atenção psicossocial quando se distancia do caráter anulador da tutela

⁹⁴ Uma pesquisa realizada no contexto indiano com pessoas que haviam sido submetidas a essa prática verificou que isso não é uma regra. Havia sujeitos que, quando descobriam, continuavam o tratamento, enquanto outros ficavam com raiva e ressentimento (SRINIVASAN & THALA, 2002 citado por KALA, 2012). Nesse referido estudo, a porcentagem foi um pouco maior no primeiro caso (26% contra 18%). Srinivasan (2012), em um artigo escrito em primeira pessoa, afirma ter achado legítima a escolha de sua família de medicá-lo escondido. Para ele, a prática não é só justificável como deveria ser incentivada.

⁹⁵ Uma das questões levantadas é: entre essa prática e uma internação involuntária, qual infringe mais a autonomia do sujeito? (RAO, 2012).

⁹⁶ Forma que algumas pessoas utilizam para se referir ao tráfico de drogas dentro das comunidades cariocas.

⁹⁷ Como aponta Silva (2005), essa noção de tutela não se refere a sua dimensão de estatuto jurídico, mas sim a um exercício de controle ligado a integração social dos usuários.

exercida pelo paradigma psiquiátrico tradicional, produzindo efeitos de emancipação (KINKER, 2020) em momentos de intenso sofrimento, mas, na prática, sua manifestação pode não ser tão bem delimitada assim, como verificaram Onocko-Campos et al (2012).

Para DellAcqua e Mezzina (1992), um serviço territorial exerce um papel de referencial ativo em relação às demandas ligadas a “situações de miséria, de distúrbio e de conflito” (p. 62). Através de um processo que eles caracterizam como uma “tomada de responsabilidade”⁹⁸, essas instituições conectam o estado de sofrimento ao seu entorno social, ampliando o trabalho para além dos episódios críticos. A recusa ao tratamento, incluindo os psicofármacos, é considerada, pelos autores, como uma das possíveis “situações de crise”, podendo ser uma espécie de termômetro na avaliação do poder contratual do sujeito. Um trabalho a partir dessa recusa seria capaz de redimensionar o cuidado, levando a equipe a reconsiderar as necessidades do usuário naquilo que ele permite no seu momento. Apesar disso, o que normalmente se tem como norte é que, dependendo da circunstância, se o profissional desses serviços percebe que a situação “não pode se prolongar tal como está sem acarretar sérios danos para a saúde, a segurança e as perspectivas de vida e futuro do paciente” a intervenção imediata é a ação indicada (MINAS GERAIS, 2016, p. 151). Nesse cenário de crise, o psicofármaco parece assumir o protagonismo da cena com maior nitidez, na medida em que a palavra encontra seu limite e o corpo comparece com a sua realidade material, perecível, que se machuca e pode machucar. Arriscamos dizer que, nesses casos, é como se o psicofármaco assumisse o papel de um redutor de danos⁹⁹.

A questão é que entre as noções de vulnerabilidade e de ameaça, que o discurso de proteção aciona, as categorias “em risco” e “de risco” se embaralham (SILVA, 2014). Protege-se quem? E do quê? Isso fica muito claro nos resultados da pesquisa realizada por Barbosa et al (2018) em um CAPS II localizado no município de Pesqueira (PE). A partir dessa investigação, as autoras identificaram que a noção de “risco como perigo” era fortemente mobilizada no discurso assistencial e familiar, de modo que o cuidado prestado pelo serviço se confundia com “as demais estratégias de controle dos riscos próprias da sociedade de segurança” (p. 179). O uso dos psicofármacos, nesse contexto, era central e ativamente vigiado pela equipe e pela família, embasados na compreensão de que ele seria capaz de prevenir recidivas e proteger as pessoas do entorno de “possíveis surtos de

⁹⁸ Uma discussão mais aprofundada em torno da categoria ‘responsabilidade’ na atenção psicossocial pode ser encontrada também em Silva (2009).

⁹⁹ Segundo a narrativa, outro manejo realizado nas situações extremas em que o sujeito está exposto à violência no território é o encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Isso levanta questões importantes sobre os desafios do cuidado nos territórios e sobre o papel que as instituições psiquiátricas ainda exercem, atualmente, nas redes assistenciais.

agressividade dos usuários”, como se ele minimizasse os riscos atribuídos aos sujeitos em crise.

Uma série de recusas se desenhava nos enredos dos casos: da família que abandonava o usuário, da instituição que negava assistência, da comunidade que não aceitava sua presença nos espaços. O risco, o medo, a recusa e a vulnerabilidade se enodavam em uma produção mútua. Nesse meio de campo, o CAPS, fazendo o quê? E para quem? Lembrei de certo dia quando me disse uma amiga: é como se o medicamento fosse na atenção psicossocial uma condição, um contrato, para se estar no laço. Mas como verificaram Barbosa et al (2018), nem isso é suficiente. A pretensa autonomia dos usuários pode ser resumir a ir de casa para o CAPS, numa reprodução do antigo isolamento institucional dentro dos domicílios. Os corpos docilizados pelos psicofármacos pareciam estar, assim, restritos pela força do estigma às paredes de casa. Nas palavras das autoras:

A circulação do “doente mental” não é, portanto, totalmente livre. Há negociação velada entre família e “comunidade” sobre em quais espaços sociais essa pessoa “doente” **será aceita**. Elaborando de outro modo, a negociação envolve a determinação de **quais riscos a “comunidade” aceita ou não correr** quando está em questão a circulação do “doente mental” (p. 181, grifo meu)

Foi nesse ritmo que os profissionais me disseram: para alguns usuários, *a falta de medicação pode ser terrível, pode ser fatal*. Entretanto, eles também pontuaram que, para outros, o seu consumo pode ser muito danoso. A descrição do caso de Fabiana¹⁰⁰ pelos profissionais caracteriza as possibilidades de um cuidado à crise sem o uso dessas substâncias. Segundo a narrativa, *o seu caso é uma demonstração de que o acolhimento noturno tem uma função que vai para além da organização da medicação, mesmo que, em muitos momentos, ele sirva para isso*. Mais do que um respeito a sua recusa, parece haver o reconhecimento por parte da equipe da nocividade dos psicofármacos para a usuária: é o seu corpo que rejeita. Os efeitos de seu cuidado com *outros recursos do CAPS* chegam a ser reconhecidos na construção de sua autonomia dentro do serviço.

Mas, ao que consta, essa é uma postura difícil de sustentar quando o usuário, ao contrário de Fabiana, *é grande, forte e agressivo*, como Victor¹⁰¹, mesmo que ele também apresente uma intolerância aos medicamentos. Chama atenção nesse caso o caráter administrativamente provocado de sua recusa pelo excesso de pesquisas ao qual foi submetido em seu passado institucional na Psiquiatria, assim como o apontamento sobre a tendência na rede de Saúde Mental em *discutir a alta administrativa desses usuários que apresentam*

¹⁰⁰ Caso descrito na pág. 85.

¹⁰¹ Caso descrito na pág. 86.

agressividade e recusam medicações. É a recusa do usuário gerando uma recusa do próprio serviço. Nessa circunstância, mas não somente nela, parece que o direito de recusa ao tratamento se conecta com o direito de acesso, provocando-o: até onde vai o compromisso institucional de um serviço do SUS de “não abandonar (os usuários) à própria sorte” (BRASIL, 1994, p. 12)? E podemos ir além: em que medida essa recusa institucional poderia ser similar à histórica recusa da sociedade em lidar com a loucura? No caso de Victor, que é radical e emblemático, por conta de seu passado de agressões, existem proibições expressas de que ele frequente uma instituição – a mesma onde ele foi participante das pesquisas medicamentosas que lhe provocam a oposição simbólica a essas substâncias. Mas se os serviços de saúde não incluírem a possibilidade de seu cuidado, sem querer ignorar aqui os seus concretos desafios, qual será o seu destino?

Na própria narrativa, os profissionais disseram que *a medicação não garante muitas coisas, como se imagina.* Isso porque o seu consumo pelos usuários, mesmo que de forma regular, não *impede completamente que eles entrem em crise e/ou em situação de risco.* Há um limite que comparece em relação ao psicofármaco e seu efeito, mas, nesse caso, ele não aponta apenas para si mesmo, ele também chama atenção para o contexto que o cerca. A crise e o risco parecem ser desenhados constantemente no encontro entre as fronteiras do sofrimento do sujeito e a configuração particular de seu território. É um encontro não necessariamente pacífico, que evidencia mais um tipo de agenciamento dos psicofármacos em seu emprego na atenção psicossocial e traz para a cena a realidade da vida fora dos muros. Essa realidade, que costuma ser arriscada e esgotante, pode ser um tanto assustadora. Machado et al (2005) investigaram uma recusa peculiar que, de certa maneira, se articula com essa questão: ‘a recusa à desospitalização psiquiátrica’. Entrevistando sujeitos que estavam em internação de longa permanência (entre 15 e 58 anos) em um hospital psiquiátrico público do interior de São Paulo, os autores verificaram que a instituição era vista por esses sujeitos como um lugar seguro e protegido em relação à sociedade fora dos muros – imersa nos efeitos da urbanização, da pobreza e do caos delas decorrente. Ali, eles diziam ter garantia das condições básicas de sobrevivência e de tratamento em Saúde Mental, se recusando a sair. Ou seja, entre os psicofármacos e os hospitais, parece que uma garantia se coloca em causa.

Em sua proposta de cuidado em liberdade, torna-se inevitável que a Reforma Psiquiátrica se debruce sobre os atravessamentos que configuram a vida no laço social. E isso inclui o seu próprio esgarçamento, reforçado pelas questões políticas e econômicas em suas respectivas crises, que, cada vez mais, fazem avançar um estado de precariedade nas diferentes dimensões da existência. Nesse contexto, em que os corpos disputam espaços e

recursos, a vulnerabilidade é desigualmente distribuída (BUTLER, 2018) e a violência se torna um marcador da linguagem. Atuar em prol da desinstitucionalização requer também pensar a vida fora dos muros e os meios de sua transformação. Esses fatores se tornam importantes na análise e avaliação do papel que os dispositivos da Saúde Mental assumem, sejam eles os psicofármacos ou as próprias instituições. Caso contrário, a Reforma Psiquiátrica estará simplesmente reforçando a narrativa (neoliberal) que, a passos largos, individualiza e despolitiza as causas do sofrimento e o âmbito de sua intervenção, potencializando o cenário de pharmaceuticalização (ABRAHAM, 2010) e da cada vez mais denunciada epidemia de psicofármacos (WHITAKER, 2017; DIAS & MUHL, 2020). Esse tipo de funcionamento constitui um verdadeiro recuo no seu dever político, para além do clínico-assistencial, e uma contribuição para a preocupante armadilha que pode transformar manicômios e medicamentos em garantias para a sobrevivência no limite dos sujeitos em sofrimento.

Adversidades se multiplicam no contexto político contemporâneo, nem sempre diversificando as respostas à crise. De todo modo, elas nos convocam a perguntar: se a recusa a fazer uso de psicofármacos por parte dos usuários pode ser direta e indireta – ou ainda situacional, estereotipada e sintomática – como pensaram Appelbaum & Gutheil (1979;1980) como poderíamos nomear as reações dos profissionais a essas recusas?

4.4. Entre o corpo e o limite: expansões do papel psicofarmacológico em um contexto de precarização

No âmbito do trabalho que é desenvolvido no CAPS, os psicofármacos podem entrar *nesse lugar de facilitar o trabalho do profissional nos momentos em que o corpo não está mais aguentando, não está mais dando conta*. Há um apelo na narrativa para a não romantização de *abordagens que se esforçam em preservar o desejo do sujeito, pois há um esgotamento dos profissionais que precisa ser considerado*. O cuidado à crise é apontado como *custoso*, que inclui o corpo do profissional e o *desgasta*, como citado no caso do Fabrício¹⁰². Caberia, então, perguntar: diante de uma equipe que *está quase pedindo socorro*, o SOS prescrito para o usuário medica o sintoma de quem? De acordo com Thornicroft e Tansella (2018), o atendimento às necessidades da equipe são consideradas as metas

¹⁰² Caso descrito na pág. 86.

secundárias¹⁰³ de um serviço comunitário, sem o qual a qualidade do trabalho fica comprometida, já que ele depende muito mais dos recursos humanos do que as outras áreas da saúde. O contato com o sofrimento mental pode exigir todas as reservas dos profissionais, podendo levá-los a níveis de estresse insustentáveis. Garantir as mínimas condições de trabalho parece imprescindível para a efetivação de um cuidado mais disponível e menos manicomial, mas essa não parece ser a realidade encontrada no serviço. Apontado como cansativo, o trabalho tem *um nível de complexidade e volume que não correspondem ao salário. A equipe esteve sem férias durante 4 anos e já houve momentos em que ela ficou totalmente reduzida.*

Os psicofármacos, desde o seu surgimento, foram associados a uma tentativa de tornar o ambiente assistencial – naquela época, hospitalar – mais tranquilo, submetido à régua da ordem (CAPONI, 2019). A crítica legítima a esse emprego não pode, entretanto, ignorar a natureza e as condições de trabalho postas nos cenários institucionais da Saúde Mental, onde se apresentam variadas fontes de sofrimento e adoecimento para os trabalhadores. O tamanho da demanda, a falta de recursos, o contato direto com a loucura e com as carências sociais dos usuários já foram anteriormente identificadas como fatores ligados ao sofrimento dos profissionais da atenção psicossocial (ONOCKO-CAMPOS et al, 2009). A remuneração insatisfatória e os vínculos empregatícios precários, por seu lado, já foram tomados como responsáveis por levar os profissionais a trabalharem em mais de um local¹⁰⁴ (RAMMINGER & BRITO, 2019; SILVA & COSTA, 2008), o que, sem dúvidas, não facilita a situação. Pode-se dizer que esse fenômeno faz parte de um cenário mais geral de flexibilização dos vínculos de trabalho que, desde a década de 70, na esteira da reestruturação produtiva neoliberal, tem gerado, entre outras coisas, subcontratações, regimes temporários, terceirização e polivalência. No caso do SUS, a introdução do modelo de gestão de mercado, a partir da década de 90, através das entidades do terceiro setor conhecidas como OSS tem sido responsável por potencializar gradativamente a diminuição nos direitos sociais e trabalhistas dos profissionais (LACAZ et al, 2017).

Isso diverge completamente das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, onde, segundo Ramminger e Nardi (2017), ficou estabelecido que a efetivação da Reforma Psiquiátrica demanda uma política adequada de Recursos Humanos

¹⁰³ As metas primárias seriam o tratamento e cuidado dos usuários, é claro.

¹⁰⁴ Nesta pesquisa, esse fenômeno pode ser verificado. Alguns profissionais tinham horários bem limitados por conta de outros vínculos, o que dificultou, em alguns momentos, o agendamento dos encontros para a entrevista e a leitura da narrativa. Um dos encontros, por exemplo, foi realizado no final de semana, outro enquanto a profissional se deslocava entre seus dois empregos.

capaz de contemplar, entre outras coisas, “capacitação e qualificação continuadas, remuneração justa dos profissionais (e) planos de cargo, carreira e salários” (p. 685)¹⁰⁵. O Ministério da Saúde não só não ignora a existência desse cenário e dessas demandas, como já fez movimentos no intuito de propor mudanças no seu panorama. Em 2003, ele elaborou um Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, pela Portaria nº 2430 de 23 de dezembro de 2003, e criou uma Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS), que, na época de sua elaboração, contou com a contribuição de Secretarias, Ministérios, Conselhos, entidades sindicais e participação popular (BRASIL, 2006). Apesar disso, o que se testemunhou nos anos seguintes foi um amplo avanço da privatização do setor. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, o resultado dessa política tem sido a sobreposição de diversificados vínculos nos diferentes setores, ora providos por funcionários públicos, ora por profissionais contratados por OSS, o que tem gerado, entre outras coisas, mecanismos perversos de concorrência e o esvaziamento da organização coletiva dos trabalhadores (CANELLAS, 2014).

Essa precarização, de uma maneira geral, é associada pelos meus interlocutores à produção de uma alta rotatividade de profissionais no serviço, responsável por comprometer o *vínculo com os usuários* e prejudicar *a proposta de atividades*. Ela também foi associada, na literatura, a maiores índices de recusa aos psicofármacos, já que interfere diretamente na confiança do usuário na equipe (OWITI & BOWERS, 2011), sendo, pelo mesmo motivo, um obstáculo à construção de processos de Tomada de Decisão Compartilhada (GURTNER et al., 2020). O vínculo é um dos elementos centrais para o estabelecimento de uma continuidade no cuidado e exerce um valor incalculável durante as crises (THORNICROFT & TANSELLA, 2018). Na narrativa, a equipe descreve uma série de decisões na intenção de preservá-lo e apontam a importância de seu papel no manejo da recusa aos psicofármacos. O profissional, por exemplo, pode se retirar de uma cena de recusa para não tentar prejudicar o vínculo com o usuário ou pode usá-lo como trunfo para a negociação. Ele também pode parar de insistir no psicofármaco na perspectiva de priorizar a construção do vínculo e pode construir, junto com o usuário, a demanda do medicamento justamente a partir dele. E o que é mais interessante: *em episódios de agitação psicomotora, quando o usuário está muito desorganizado, o vínculo pode ser suficiente para dar conta de um manejo pela palavra, dispensando o uso involuntário de medicamentos.*

¹⁰⁵ Segundo os autores, consta ainda no relatório dessa Conferência que a “existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna” no perfil dos profissionais do campo não deve, no entanto, significar “nenhuma disposição de aceitar condições de trabalho indignas e precárias ou aviltamento em sua remuneração” (p. 685).

Fica evidente, portanto, o impacto que as condições de trabalho podem gerar no cuidado em geral e no manejo da recusa aos psicofármacos em específico. Como dito na narrativa, *nem sempre o profissional tem uma disponibilidade de estar mais vezes com o usuário, de ter uma escuta mais longa e atenta, elementos necessários quando se retira a medicação de cena*. Cabe, então, perguntar para qual crise aponta o psicofármaco, já que, no seu papel de “bala mágica” (BIEHL, 2011), ele pode estar simplesmente tornando suportável a manutenção (precária) de um sistema acometido por uma crise que já virou crônica (CASTRO et al, 2018). Um sintoma desse tipo de gestão farmacológica, que não atua sobre as verdadeiras causas dos problemas, é o foco nas situações de urgências, parâmetro que acaba se reproduzindo no modo de funcionamento dos serviços. Consta na narrativa que o excesso de urgências no dia a dia impede que a equipe se debruce com mais calma em discussões formativas, como a referente ao uso dos psicofármacos, por exemplo. A implantação de um grupo GAM no CAPS foi apontada como uma possibilidade interessante para ampliar o olhar dos profissionais sobre os medicamentos e para avançar *na discussão coletiva sobre a medicação com os usuários*, que ainda é considerada *muito frágil*, entretanto, isso demandaria *muito tempo e planejamento*, algo que, como vimos, não sobra nesse serviço, como em muitos outros do SUS, onde pode faltar medicamentos e profissionais, mas não falta trabalho.

Para Silva e Costa (2008), a formação dos profissionais em cursos de graduação voltados, em sua maioria, para o modelo biológico e medicamentoso faz com que haja uma carência no conhecimento de boas práticas e abordagens (não necessariamente ‘novas’) no campo da Saúde Mental. Isso parece ser mais forte nas categorias da Medicina e da Enfermagem, que, na narrativa, são exatamente as apontadas como as que possuem maior dificuldade em sustentar um cuidado sem psicofármacos, mesmo que haja as suas exceções. Em relação aos profissionais da Psiquiatria, o que parece influenciar nesse aspecto é a sua formação *muito voltada para consultório*, realizada, preponderantemente, em instituições hospitalares¹⁰⁶. No caso da equipe de enfermagem, a questão pode ir um pouco além. Os profissionais sinalizaram que ela *é quem mais lança mão das medicações nas situações* e quem alega que *a falta de medicação no acompanhamento de um usuário sobrecarrega a equipe*. Ela é também apontada como a responsável por sustentar os *plantões 24h do CAPS*, que costumam ser difíceis, sendo o psicofármaco, nessas circunstâncias, uma espécie de *contorno* para o trabalho. O fato é que são eles que administram diretamente os psicofármacos

¹⁰⁶ Não podemos deixar de resgatar que, no CAPS, essa categoria profissional foi a única que não se disponibilizou em participar da pesquisa. Apesar disso, ela foi citada em todos os relatos, já que o tema discute diretamente um de seus mandatos profissionais. Muito citados, porém ausentes, é inevitável dizer que isso deixa margens para reflexão.

aos usuários, o que torna sua relação com esses dispositivos realmente diferente da que é estabelecida pelo resto dos profissionais. Não por acaso, eles são considerados, em algumas literaturas, fontes privilegiadas para as pesquisas sobre o fenômeno da recusa medicamentosa (OWITI & BOWERS, 2011; MUNDEN, 2017).

Partindo disso, é esperado que não haja um consenso, entre os profissionais, sobre qual o impacto da recusa aos psicofármacos no cuidado. De fato, *há quem avalie que ela atrasa a evolução do quadro e há quem pense que ela favorece o acompanhamento e a formação do vínculo*. Na narrativa, a posição da maioria esteve mais próxima do tom positivo da segunda assertiva. Na literatura sobre o tema, considerações mais negativas e pessimistas sobre esse direito foram mais facilmente encontradas em trabalhos alinhados a uma tendência biomédica da discussão, onde a recusa era comumente compreendida como uma mera manifestação psicopatológica (SCHWARTZ et al., 1988). Para os que conseguiam olhá-la de forma mais ampliada, encontrando para ela outras razões e configurações, como Owiti & Bowers (2011) e Brooks (1986), além de Appelbaum e Gutheil (1979;1980) e Winick (1994), apesar de suas posições mais opositivas a esse direito, a recusa podia trazer vantagens para o tratamento, abrindo brechas para a participação dos sujeitos e para o fortalecimento da aliança terapêutica. Essa, que se aproxima da leitura de DellAcqua e Mezzina (1992) e Desviat (2018) costuma ser, sem dúvidas, a perspectiva assumida pela literatura GAM, que, em sua defesa por uma gestão compartilhada do cuidado, entende a recusa como um direito legítimo capaz de tornar o encontro clínico um exercício ativo de processos produtores de autonomia (SANTOS, 2014). Para Venturini (2017) que também acompanha essa direção:

o processo dialético, gerado pela recusa do paciente, pode oferecer uma **possibilidade potencial de redução das drogas e uma possibilidade potencial de “despatologização” da intervenção terapêutica**, que não vai reduzir o tratamento a um único ato médico, mas que se torna também instrumento de intervenção social. A possibilidade de expressão individual, tanto “a saudável” quanto “a doente”, na verdade, é sempre intimamente relacionada com a estrutura social e política (p. 102-103, grifo meu).

Inspirado em considerações de Basaglia, Kinker (2020) aponta que o investimento na transformação institucional e na desconstrução do paradigma psiquiátrico tradicional exige que os profissionais se recusem a exercer um papel repressor e policial em relação aos usuários. Essa recusa, no entanto, apesar de ter lugar, ser necessária e importante, como o “não aperto” dito um dia por Nise da Silveira¹⁰⁷, talvez não seja suficiente para transformar sozinha o modo de funcionamento do sistema, que, em sua configuração, conta com

¹⁰⁷ Essa expressão foi dita pela famosa psiquiatra brasileira Nise da Silveira ao se negar a aplicar o eletrochoque em um paciente internado em um Hospital Psiquiátrico (GULLAR, 1996).

agenciamentos que vão para além da subjetividade desses atores. De todo modo, pensar o seu papel, em seus alcances e limites, mostra-se imprescindível para a sustentação da proposta antimanicomial e para a compreensão de qual autonomia é possível fazer acontecer dentro desse processo. Como afirma Zambillo (2015), a autonomia dos usuários é um acontecimento que inclui a autonomia dos profissionais, sendo sempre impermanente e interdependente, não uma capacidade em si. Partir dessa perspectiva demanda que criemos linhas de escape da compreensão autocentrada e reificada do paradigma principialista, que, apesar de suas limitações, é o canal que orienta a reivindicação em torno da noção de autonomia nas práticas de saúde. O que acontece é que a discussão sobre a recusa aos psicofármacos, como bem postula a GAM, nos convoca a fazer uma torção nesse conceito, deslocando-o para fazê-lo verdadeiramente funcionar. Nas palavras de Zambillo (2015):

operar esse deslocamento é fazer o conceito de autonomia tropeçar; é puxar o tapete que há em autos (do grego – si mesmo) e propor-lhe que se deite sobre outra esteira. É suspender sua sustentação como a centralidade em si e pensá-la **não como autossuficiência, mas como co (do latim - companhia, juntamente), compartilhamento**, corresponsabilidade. Autonomias não mais centradas em si, mas no entre, na possibilidade de negociação. Por isso, autonomias errantes, porque são plurais, precisam se fazer em cada encontro e negam a si mesmas como autos. É nesse patamar que a cogestão se faz uma saída possível, uma aposta viável (p. 103, grifo meu)

Há uma série de constrangimentos à escolha dos usuários e, em alguma medida, também dos profissionais, que incluem gestões de ordem micro e macro, mas que não precisam, necessariamente, tornar o cuidado um espaço de opressão. Faz-se necessário sempre pensar – e lembrar e reformular – a lógica na qual fundamentamos o exercício das práticas antimanicomiais na Saúde Mental. Como sabiamente nos lembra Mol (2008), a reificação do direito de escolha, que a eleva a um ideal, pode ser insustentável no cuidado em saúde, porque se alinha a um parâmetro de autonomia racionalista, colonialista e neoliberal que toma o indivíduo como um fim em si mesmo e as trocas como um mero intercâmbio de serviços e produtos. As práticas em saúde pedem mais, pedem outra ética. Para dar conta dessa distinção, a autora postula dois tipos de lógica: a lógica da escolha e a lógica do cuidado. A primeira toma os sujeitos como clientes, que estão pretensamente no controle da situação clínica, sendo “donos” da própria doença. A segunda pensa o cuidado como imperiosamente coletivo, que inclui o usuário ativamente, mas não toma sua escolha isolada como uma condição absoluta e fundante. Nela, a autonomia é uma espécie de desdobramento do que a autora chama de “situações de escolha”, que não parte exatamente e exclusivamente do que o usuário sabe ou quer, mas do que se entende dialeticamente que ele necessita. Em alguma medida, essa abordagem parece se aproximar do raciocínio da GAM, que, em sua

tentativa de discutir o direito de recusa ao tratamento medicamentoso na Saúde Mental – considerado tão polêmico e controverso pela lei e pela ética – se propõe a recolocar os termos da discussão ao invés de tentar adequar as situações aos já delimitados, datados e classicamente situados conceitos existentes.

EPÍLOGO ou “DESATANDO OS NÓS”

Dia 25 de maio de 2022, 11h, BR 101/km 180, Umbaúba (SE), Brasil.

Um homem de 38 anos pilota uma moto sem capacete e é abordado por agentes da Polícia Rodoviária Federal. Seu nome é Genivaldo de Jesus Santos. Ele ainda não sabe, talvez até tenha receio, mas não sairá vivo desse encontro. Após ser contido e imobilizado, ele será colocado na traseira de uma viatura e assassinado por asfixia mecânica com gás lacrimogêneo à luz do dia e das câmeras. Os policiais dirão que ele apresentou resistência. Testemunhas afirmarão que ele foi xingado e reagiu à truculência¹⁰⁸. Ao que parece, Genivaldo se recusou a ser maltratado. Ele já havia sido indiciado judicialmente por se recusar a ser revistado em uma abordagem policial anos antes, em 2016. Por conta de seu diagnóstico de esquizofrenia, foi absolvido¹⁰⁹. Sim, Genivaldo era uma pessoa acompanhada pelo sistema de Saúde Mental e, na cena que antecedeu sua morte, tentou provar isso aos agentes apresentando sua cartela de medicamentos¹¹⁰. Ele era um cidadão armado ... com psicofármacos. Talvez ele imaginasse que isso o protegeria, mas talvez tenha sido isso o que faltava para que ele fosse visto ainda mais como uma ameaça. Um homem negro, pobre e louco, que se recusa, foi a receita perfeita para uma barbárie.

Resgato essa cena pela força de seu impacto nas discussões atuais sobre o estado de necropolítica em que vivemos e por reunir elementos centrais na discussão que propus neste trabalho: os psicofármacos, um sujeito acompanhado pelo sistema de Saúde Mental, uma recusa e as reações a ela. Os medicamentos, em seu papel simbólico, comparecem como personagens relevantes na história. O que eles garantem, ou o que se imagina que eles garantem nesse encontro da loucura com a rua? Há pouco mais de 22 anos, Damião Ximenes, um caso muito conhecido pela RPB, foi internado em uma clínica psiquiátrica no Ceará após interromper o uso dos psicofármacos devido a seus efeitos colaterais. Lá ele sofreu maus tratos que o levaram a óbito (MERLI & RIANELLI, 2020). Sua morte aconteceu antes da Lei 10.216/01, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabeleceu o gradativo fechamento dos leitos psiquiátricos e sua substituição por serviços comunitários próximos aos territórios de vida dos sujeitos. A pergunta que fica é: como anda a circulação da loucura nesses territórios?

¹⁰⁸ Fonte: <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/05/26/homem-morto-em-abordagem-da-prf-em-sergipe-o-que-se-sabe-e-o-que-falta-esclarecer.ghtml>

¹⁰⁹ Fonte: <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/05/31/esquizofrenia-de-genivaldo-santos-morto-durante-operacao-da-prf-ja-havia-sido-comprovada-em-processo-judicial.ghtml>

¹¹⁰ Fonte: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2022/05/26/o-que-se-sabe-morte-homem-neg-ro-porta-malas-prf.htm>

Genivaldo não estava internado em um hospital psiquiátrico, como era o destino daqueles diagnosticados com esquizofrenia antes das mudanças preconizadas e implantadas pela RPB. Ele estava circulando em sua comunidade, em liberdade, com seus medicamentos: essa espécie de instituição que se carrega no bolso e se leva para casa. E ele, assim como Damião Ximenes, foi morto pelo Estado. Repito: foi morto pelo Estado por estar sem capacete, ao mesmo tempo em que o chefe desse Estado desfila pelas ruas do país fazendo o mesmo enquanto é escoltado pelas forças policiais. O suposto risco que lhe foi atribuído pela sua agitação e sua condição diagnosticada foi o que lhe deixou vulnerável. No manicômio e nas ruas: a morte e eu acrescentaria, o amortecimento. Os psicofármacos, desde a década de 50, parecem ter ocupado o lugar dos muros, isolando as manifestações da loucura e pretensamente garantindo a segurança daqueles que precisariam conviver com ela a partir das mudanças que dali se seguiram. A recusa desses medicamentos é polêmica porque mexe diretamente com isso, com essa sensação de segurança que parece tornar tolerável a convivência com o sofrimento mental. Mas não seríamos honestos se negássemos as contribuições dessas substâncias para a assistência. Para melhor questioná-las é preciso estarmos bem atentos ao lugar que elas ocupam.

Sustento isso porque acredito que não basta afirmarmos que elas precisam sair desse lugar. Qualquer deslocamento que se pretenda fazer em sua circulação, demanda um olhar para o que elas sustentam. Caso contrário, podemos cair em análises moralistas que responsabilizam tão somente os prescritores e os serviços, como se parar de prescrever hoje fosse suficiente para modificar esse papel. Tentei olhar para a categoria “risco” e a sua aliada “proteção” nessa discussão, não só como um vislumbre da tradicional noção de periculosidade associada à loucura e ao que se atribui a ela, mas ao que isso pode falar também do entorno, do laço – em nosso presente distópico. Os psicofármacos, “baixando a bola” e “segurando a onda”, parecem agenciar não só a suportabilidade de sofrimentos intensos acompanhados em serviços como os CAPS, mas também a sobrevivência e a manutenção do cotidiano comum em um cenário de precariedade dos vínculos e dos sentidos. Em nosso “admirável mundo novo”, os psicofármacos são vendidos como o que somam, enquanto a dignidade da vida diminui¹¹¹. Há outros riscos envolvidos na lacuna deixadas pelos psicofármacos. No caso dos profissionais ouvidos, os medicamentos pareciam, por vezes, proteger seus corpos da sobrecarga, mas, no mundo do trabalho em geral, elas podem estar protegendo muitos do risco

¹¹¹ Referência à droga ‘Soma’ usada para evitar que as pessoas fiquem tristes no livro ‘Admirável Mundo Novo’ de Aldous Huxley, escrito em 1932.

do desemprego: acordar cedo (quando se dorme) com disposição e um sorriso no rosto tem sido o nosso desafio. Pergunto: os medicamentos nos protegem de qual crise?

Como vimos, eles têm seus próprios riscos. A dificuldade em se discutir abertamente sobre essa questão mostra-se um importante sintoma do campo da Saúde Mental. Mas é inevitável que isso apareça na clínica: a presença dos efeitos colaterais é marcante, o que nos faz pensar que tipo de circulação tem sido permitida dentro do enquadre da liberdade que consideramos terapêutica. Fora dos muros, no encontro com a cidade, como anda esse corpo da loucura que circula? Se aquilo que pretensamente contribui para a sua circulação impede que ele namore, estude, trabalhe, pratique esportes, que vida é essa que estamos defendendo? Chama atenção no estudo de campo desta pesquisa o encontro com uma crítica à falta de opções medicamentosas que produzam menos efeitos colaterais no SUS. Nesse recorte da discussão, a questão de classe aparece como um importante atravessamento, o que nos faz pensar que há determinados corpos que são mais expostos a essas experiências adversas. A defasagem na lista de substâncias na RENAME parece dialogar diretamente com a produção de polifarmácia e efeitos colaterais que dialogam diretamente com o fenômeno da recusa. Nessa conversa, qual tem sido a posição e contribuição da RPB? A discussão em torno da medicalização tem permitido a implantação de medidas concretas e possíveis para a redução de danos no uso dessas ... drogas?

Os interlocutores apontam: não há ninguém discutindo isso. Entretanto, há cada vez mais pessoas abordando o tema do uso dos medicamentos no cuidado. Encontrei alguns trabalhos acadêmicos que se ocupavam dessa crítica de uma maneira radical, mas fui verificando que certas nuances pareciam não ser apresentadas e os resultados se concentravam em constatar a falta de correspondência entre o que identificavam nos serviços e o que era prescrito. Alguns deles eram produzidos por pessoas que, pela sua trajetória profissional, pareciam não ter se deparado com a experiência clínica e seus desafios. Tentei fugir dessa postura, tanto quanto da atribuição excessiva de adjetivos aos meus interlocutores e ao serviço pesquisado. Minha intenção foi tão somente mapear a questão da recusa medicamentosa, explorar as suas implicações e diagnosticar sua condição de controvérsia. Acredito que minha formação profissional na saúde e minha experiência clínica prévia tenham contribuído para o delineamento dessa perspectiva em que meu lugar de fala, meu lugar de escuta e meu lugar de mirada se amalgamaram no encontro com o campo. Sem esperar consenso, pela própria natureza de ambiguidade do objeto medicamento, procurei, na pista deixada por Latour (2012), não resolver nenhuma controvérsia, mas pelo contrário, alimentá-la. E é nessa ginga,

que deixo a pergunta: entre a crítica política à medicalização e a aposta monopolista biomédica, qual uso medicamentoso é possível na atenção psicossocial?

Discutir o direito de recusa aos psicofármacos se desdobrou, em vários momentos, em uma conversa sobre o direito de acesso. É porque, sim, eles andam juntos. Durante o meu tempo de convívio com essa questão, passei a olhar para a recusa como uma espécie de chave. Partindo de sua posição negativa ao que se apresenta como dado, ela inaugura, por definição, uma outra possibilidade. Quando se diz “não” a algo, abre-se uma porta para que outra coisa seja acessada. Eu diria que se você acolhe uma recusa – no sentido de dar ouvidos a ela e legitimá-la – o próximo passo a se pensar é: se não isso, o quê? A recusa aos psicofármacos parece, então, lançar uma pergunta não só ao CAPS e seus profissionais, mas ao próprio modelo de cuidado. Isso não precisa estar politicamente articulado como nos movimentos mais organizados de Sobreviventes da Psiquiatria, em que essa reivindicação é mais bem delimitada em uma espécie de biodeserção (BENJAMIN, 2016). Ela também comparece na insatisfação clínica de um sujeito com aquilo que lhe é, quase que exclusivamente, ofertado, em uma espécie de razão “sociopolítica”, nos termos de Venturini (2017). Para esse autor, a recusa não precisa, necessariamente, se destinar aos sujeitos presentes na cena, podendo se dirigir à própria instituição assistencial que os profissionais representam e ao sistema social “desigual e injusto” que condiciona abordagens diferentes de acordo com a classe social dos usuários. Volto a perguntar: se não isso, o quê? Essa pergunta vira a lente para o que há para além do psicofármaco. Muitas vezes, pode não haver nada. Mas não havendo nada, o que pode ser criado?

Os desertos terapêuticos não são apenas responsabilidade da Reforma Psiquiátrica. Lembro de um documentário¹¹² estadunidense que assisti sobre a descontinuação do uso de psicofármacos. Um grupo de pessoas estava em uma espécie de encontro de formação de pares passando por um treinamento para conseguir ajudar outras pessoas a interromperem o uso dos psicofármacos. Em certa cena, eles se reuniam em pequenos grupos para pensar sobre alternativas ao tratamento medicamentoso. Compartilhando espontaneamente suas memórias e ideias, eles fizeram listas com recursos que entendiam substituir os psicofármacos nos momentos em que estavam se sentindo mal, ou que estavam em crise. O tamanho das listas me chamou atenção: eram amplas e diversificadas. Cruzadas com a classe social e a raça daquelas pessoas, elas pareciam um privilégio de poucos. Como, então, discutir alternativas à pharmaceuticalização sem pensar nas lacunas que os medicamentos preenchem? Afinal, se

¹¹² *Coming off psychiatric drugs: a meeting of the minds* (2012), dirigido por Daniel Mackler. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q5EpnVdLvKU>

substituir os manicômios requer uma rede e substituir os psicofármacos requer uma série de recursos, há muito a ser feito e o que há a ser feito não pode se restringir ao nível institucional. Fica, então, a pergunta: é possível prescindir dos psicofármacos no Brasil?

As instituições estão à serviço de certos discursos. Na atenção psicossocial, esses discursos parecem, por vezes, confusos. O fenômeno da recusa aos psicofármacos, de alguma maneira, ajuda a olhar para esse cenário. Partindo do que já foi dito sobre a sua potência de abertura, eu diria que um CAPS que não acolhe a recusa como uma demanda de trabalho e não se implica no que ela convoca, se afasta de seu propósito, porque repete o manicômio. Como apontaram meus interlocutores e eu mesma já atestei em outras ocasiões, no hospital psiquiátrico a recusa não é um problema, porque ela se resolve com contenção. Não é, portanto, coincidência o encontro da punição como uma resposta à recusa medicamentosa nas prisões, como verificou Mallart (2019). A inclusão do desejo do sujeito no espaço dimensionado que está instituído requer o encontro com movimentos instituintes que permitam e inaugurem novos modos de fazer. O eixo da clínica ampliada, em tese, gira em torno disso. É algo que, eu diria, fazer parte da potência ontológica da própria loucura, que é, em si mesma, uma recusa, uma oposição à “linearidade do modelo médico”, nas palavras de Venturini (2017) e, eu acrescentaria, uma oposição à tentativa de linearizar a vida. Por carregar consigo o questionamento de nosso ordenamento simbólico e formal, a loucura nos diz que o estabelecido não tem sentido. Aliás, o desafio para a atenção psicossocial sempre foi esse: manejar esse encontro. Não há como fazer a loucura entrar no laço sem transformá-lo. Para que a loucura circule nas ruas, esse laço não pode ser nó.

Mas vamos lá, acredito que na amarração desses pontos existam ainda outros elementos densificadores. A discussão da recusa ao tratamento medicamentoso, como vimos, desemboca, impreterivelmente, na autonomia. Por isso, suas implicações se mostram tão relevantes para o trabalho da RPB, já que a autonomia pode ser considerada um meio e um fim na atenção psicossocial. Os resultados desta pesquisa parecem apontar, em consonância a outros trabalhos da área, para a relevância em se discutir qual a autonomia é possível dentro desse campo. A compreensão, alinhada aos princípios da GAM, de que a autonomia é uma coprodução e um acontecimento dentro dos vínculos de interdependência entre os sujeitos, implica em uma certa direção para a abordagem do direito de recusa medicamentosa: ele não pode ser absoluto, porque não envolve apenas um indivíduo e a manifestação de sua vontade, ele envolve um meio, circunstâncias e outros sujeitos. Não por acaso, demorar o olhar nesse fenômeno inclui um lançar de olhos pelo contexto em que ele se manifesta. A negociação aparece como uma ferramenta-chave nesse caminho, mas e quando ela não é possível?

Quando os profissionais se deparam com situações inegociáveis e intervenções como a contenção mecânica são utilizadas, a autonomia do sujeito deixa de existir? Qual a autonomia é considerada possível em uma situação de crise?

Explorar esse fenômeno a partir de um ponto de vista ético parece ampliá-lo pela natureza dos dilemas que se apresentam. Uma abordagem estritamente jurídica e legal, como a realizada nos Estados Unidos, na década de 80, parece ter se esgotado em seus próprios obstáculos. Lá, enquanto os psiquiatras lançavam mão de argumentos clínicos para justificar a incapacidade absoluta dos sujeitos de responderem por si, os advogados tentavam normatizar e protocolar o cuidado. Evidentemente, uma discussão dessa envergadura dentro do *modus operandi* manicomial não iria muito longe. Em outro tempo e lugar, como o nosso, alguns desvios se mostram necessários nesse caminho, como o investimento em novos contornos para o conceito de autonomia para além da ótica principialista. Considero as contribuições de Mol (2008) para esse debate imprescindíveis. Não encontrei materiais explorando essa articulação¹¹³, nem foi possível dar conta de aprofundar essa leitura dentro dos limites deste projeto. Mas sua análise parece lançar provocações importantes para pensarmos a compreensão sobre a autonomia dentro dos contextos de cuidado. Pensar o direito de recusa sob o âmbito de perspectivas que questionam a noção individualista e liberal de autonomia parece ampliar o alcance de seus efeitos. Afinal, a noção em voga parece tomar o direito como uma propriedade, que se tem (de modo privativo) ao invés de se exercer (coletivamente). Sua origem ocidentalmente demarcada parece não se comunicar com outros cenários epistemológicos e culturais que pensam as relações entre os sujeitos a partir de outros ângulos, como ficou demonstrado na análise do fenômeno da maceração de medicamentos em países anglo-saxões e na Índia. O paroxismo dessa reivindicação individual pelo direito de liberdade pode culminar em engolfamentos irresponsáveis do que é comum.

Um recorte que pense a recusa ao tratamento na Saúde Mental no Norte e no Sul global, com a inserção de abordagens pós-coloniais, parece um importante desdobramento para futuras análises. Propostas desta ordem podem nos ajudar a delimitar com mais elementos os marcadores que distinguem os movimentos de usuários de Saúde Mental no Brasil de outras militâncias internacionais como a dos Sobreviventes da Psiquiatria, somando-se às observações já articuladas sobre isso por autores como Vasconcelos (2000; 2013; 2021).

¹¹³ Na verdade, encontrei, um pouco antes de concluir esta escrita, um resumo submetido a um evento de iniciação científica da UFRGS, apresentado em 2016, cuja proposta era analisar, sob a ótica da Annemarie Mol, as relações de cuidado nos serviços de saúde mental tendo como eixo o uso de medicamentos (EHLERS & PALOMBINI, 2016). Não localizei outros desdobramentos dessa pesquisa nem outros trabalhos com propostas similares.

Elas também podem contribuir na fundamentação do nosso modo de pensar e de construir processos de autonomia sem a pretensão de mimetizar caminhos traçados em outros contextos. O fato de que a discussão sobre o direito de recusa aos psicofármacos tem pouco lastro no Brasil, em contraponto a outras realidades onde ele vem sendo debatido há anos, chama atenção para os contornos específicos de nossa relação com esses objetos e com a própria autonomia. Nossas práticas seriam apenas mais paternalistas ou precisamos de outros enquadres para avançarmos nessa análise? O que os psicofármacos, com seus ampliados agenciamentos, podem ter a ver com isso? Com mais de 20 anos de RPB, já existem aparatos suficientes para avaliar o que foi e o que tem sido possível, passos importantes no estabelecimento daquilo que se pretende fortalecer e do que ainda se pretende realizar. Não há respostas simples para as questões que a recusa ao tratamento propõe, porque, como bem disseram meus interlocutores, nada disso se trata de uma “receita de bolo”. E que bom, porque se houvesse essa resposta-receita, ela, sem dúvidas, seria manicomial. Afinal de contas, propor respostas simples para questões complexas é típico do fascismo, que é primo de primeiro grau do manicômio.

A intenção aqui foi dar visibilidade e demonstrar a complexidade dessa temática. Muitas vezes, quando as pessoas me perguntavam o que eu estudava no Mestrado e eu respondia: “a recusa aos psicofármacos”, a resposta era quase sempre um “hum...” acompanhado de uma expressão perdida como se essa fosse mais uma questão abstrata das pesquisas acadêmicas – exceto quando eram trabalhadores da Saúde Mental, é claro, esses pareciam saber muito bem do que eu estava falando, apesar de nem sempre validarem a sua importância. A tentativa permanente de sustentar a relevância dessa questão foi o que me trouxe até o Mestrado e até este epílogo. A recusa aos psicofármacos foi o convite que me fizeram os usuários para manter aberta a pergunta: o que fazer? Essa pergunta – que tem alcance clínico, político e ético – precisa caber sempre na luta antimanicomial, mas ela não precisa vir acompanhada de uma resposta formatada. Certa vez, em uma apresentação acadêmica da proposta de meu projeto, uma pessoa me perguntou: mas e aí, o que um trabalhador deve fazer, então, quando alguém recusa o psicofármaco? Pois bem, eu repito aqui o que respondi na ocasião: esta não é uma pesquisa prescritiva, sua intenção não é apresentar diretrizes e normativas para uma abordagem do tema. Mas em seu desenho ela aponta uma posição e uma direção: ouvir a recusa. Foi o que fiz inicialmente antes de chegar aqui e o que continuei fazendo quando decidi colher as narrativas daqueles que se deparavam na clínica com esse fenômeno.

Tudo bem, concordamos que a proposição enrijecida de normas e protocolos podem despotencializar a criatividade clínica, principalmente no âmbito da Saúde Mental, mas, durante esta pesquisa, também nos deparamos com algumas provocações em relação do lugar das diretrizes no amparo ao processo reflexivo, formativo e assistencial dos profissionais. Em um contexto em que parece haver uma certa inflação de normas ao lado de uma falta de normas essenciais para se realizar o trabalho, como diriam Ramminger e Brito (2012), o exercício da criatividade pode deixar de ser uma conquista para se tornar um fardo, levando os trabalhadores a um uso exacerbado de suas próprias energias e subjetividade. A capacidade normativa que constitui a própria condição da saúde, nos termos de Canguilhem (2002), compõe também o fazer assistencial e se mantém ativa durante todo o processo de construção do cuidado. Pergunto: com quais diretrizes os profissionais estão conseguindo contar na composição de seus manejos? A Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro possui uma coleção de guias de referência rápida para o cuidado na Atenção Primária e Saúde Mental, mas não há nenhum desses materiais que aborde especificamente o uso de psicofármacos e suas diferentes repercussões no cuidado. Como sinalizaram Thornicroft e Tansella (2010), esse tipo de material não necessariamente leva a equipe a uma melhor rotina de cuidados clínicos, mas se mostra importante para a qualificação do trabalho, principalmente quando utilizado de forma ativa na formação dos profissionais. Deixemos isso como um apontamento: precisamos falar sobre os psicofármacos.

Na tentativa de apostar nessa tarefa, este trabalho se deparou com algumas limitações. A amostra reduzida de interlocutores, bem como o tempo reduzido para uma melhor familiarização com os procedimentos metodológicos e para o tratamento dos dados foram algumas delas. O foco do estudo de campo apenas nos profissionais também poderia ser identificado como um limite, mas, felizmente, foi possível contar com a literatura científica disponível para chamar outras vozes para a conversa. A realização das entrevistas por meio remoto e a impossibilidade de realizar observação participante no serviço, sem dúvidas, limitaram a quantidade e a qualidade dos dados coletados. A retirada do ambulatório da condição de cenário de pesquisa deixou uma inegável lacuna na análise, apesar de não ter comprometido a sua realização, de uma maneira geral. Pelo contrário, sua posição tornou-se um elemento analítico, mesmo que tímido, para se pensar a sua plasticidade assistencial. De todo modo, a sua contribuição para a exploração de outras variações do fenômeno da recusa medicamentosa fez realmente falta.

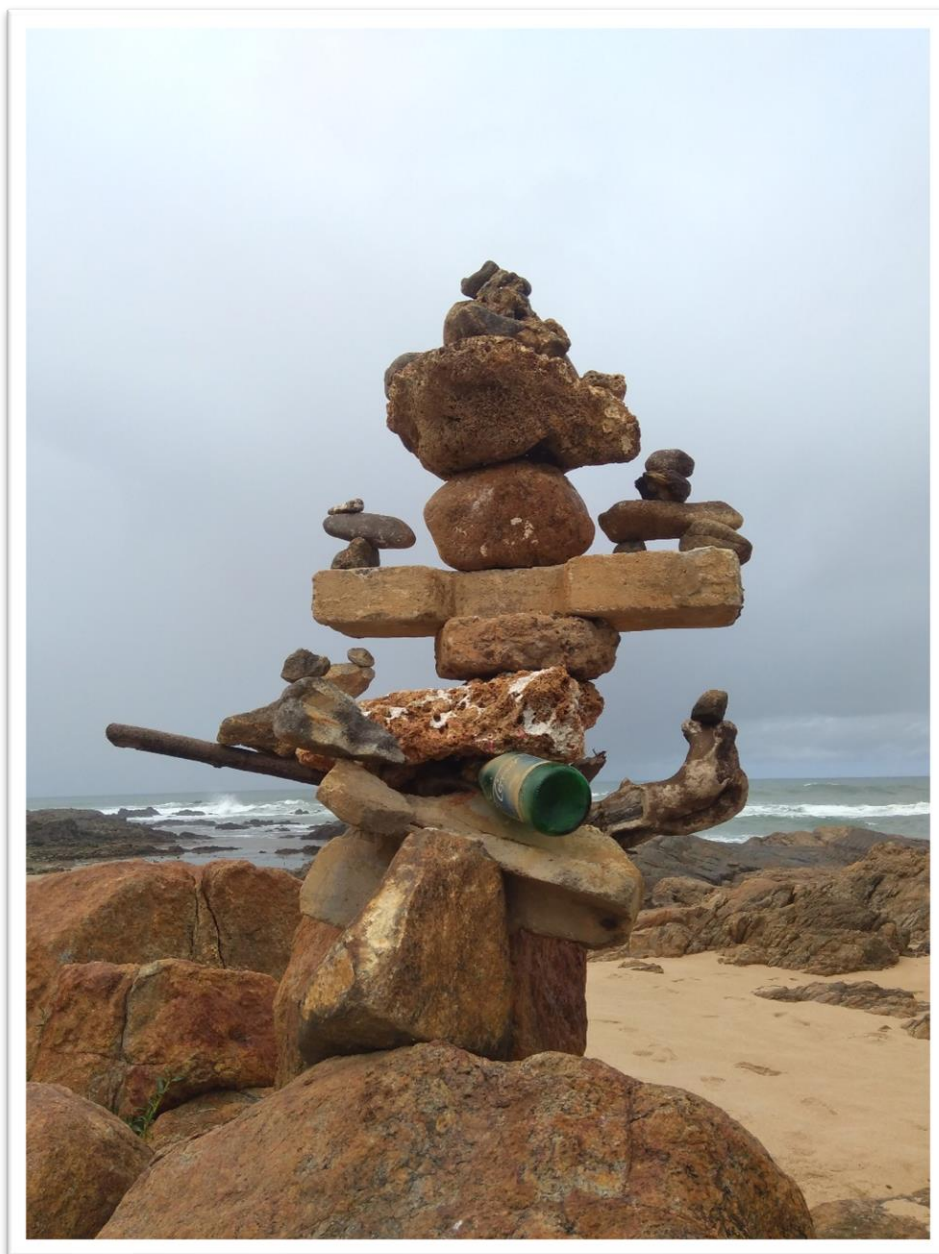
Antes de fechar, gostaria de destacar o fato de que, tanto no início quanto no fim deste trabalho, eu citei a morte, dos meus, dos nossos. Talvez não tenha sido um acaso. Vivemos em um momento crítico, apesar de crônico, em que os psicofármacos assumem papéis cada vez mais privilegiados nos cenários da vida. Embora não sejam neutros, eles não são, necessariamente, demônios; mesmo que, de fato, possam ser perigosos em sua inserção dentro de um sistema que “nos seus próprios termos, é cartesiano, colonizador, publicitário e ideológico”, como diria o psiquiatra e ator Vitor Pordeus (MAGALDI, 2018, p. 222). A recusa aos psicofármacos, enquanto ato, escolha e – por vezes – privilégio envolve a abertura de novas portas e, às vezes, também alguns riscos e sacrifícios. Em algum momento deste caminho, enquanto pesquisadora, bem como em outros caminhos, enquanto trabalhadora da Saúde Mental, já me vi diante de limites em que os psicofármacos foram apontados como opções, que facilitariam ou tornariam possível a lida. Nesses momentos, acredito ter exercido a minha própria recusa na busca árida por outros meios e respostas, o que envolveu um ato, uma escolha e um privilégio, é claro; em que estava incluído, sobretudo, o fechamento de algumas portas (e a abertura de outras). Pois bem, entre a quebra dos muros e a construção de outras possibilidades, estarão as pedras. Eu encontrei algumas neste caminho. Aquelas miúdas, pontes para tropeços, como contei lá no meio, eu resolvi equilibrar. Mas na lida com o que parece gigante demais para ser vencido, apenas uma pedra e uma boa mira podem ser suficientes. Davi nos ensinou. Precisamos saber para onde apontar.

NO FIM DO CAMINHO

No fim do caminho tinha uma dissertação
tinha uma dissertação no fim do caminho
tinha uma dissertação
no fim do caminho tinha uma dissertação.

Nunca esquecerei desse
acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no fim do
caminho
tinha uma dissertação
tinha uma dissertação no fim do caminho
no fim do caminho tinha uma dissertação.

Paródia do poema 'No meio do caminho' de Carlos Drummond de Andrade.



Fonte: Acervo Pessoal

Itapuã, Salvador (BA), 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, J. **Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions**. *Sociology*, v. 44, n. 4, pp: 603–622, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F. J. G. **Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, pp: 889-910, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400003>

APPADURAI, A. **A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural** (tradução de Agatha Bacelar). Niterói: EdUFF, 2008.

ALLEN, M. M. P. **Confronting the Power of Psychiatry: The Psychiatric Survivors' Movement, 1972-1986**. Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, 2018. Disponível em: <https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/21421?show=full> Acesso em: 29 jul. 2022.

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

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. **A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp:2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

APPELBAUM, P. S. **The Right to Refuse Treatment With Antipsychotic Medications: Retrospect and Prospect**. *Am J Psychiatry* v. 145, n. 4, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.4.413>

APPELBAUM, P. S.; GUTHEIL, T. G. **Clinical Aspects of Treatment Refusal**. *Comprehensive Psychiatry*, v. 23, n. 6, 1982, pp: 560-566. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(82\)90048-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(82)90048-7)

_____. **"Rotting With Their Rights On": Constitutional Theory and Clinical Reality in Drug Refusal by Psychiatric Patients**. *Bulletin of the AAPL*, 1979, v. 7, n. 3, pp. 306-315. Disponível em: <http://jaapl.org/content/jaapl/7/3/306.full.pdf> Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Drug Refusal: A Study of Psychiatric Inpatients**. *Am J Psychiatry* v. 137, n.3, pp. 340-346, 1980. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.137.3.340>

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARISTIDES, J. L. et al. **O cuidado aos usuários com transtorno mental em tratamento com medicação de depósito: percepções da equipe saúde da família.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 34, n. 1, p. 03-14, 2013 DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2013v34n1p03>

BARBOSA et al. **Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território.** Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.1, p.175-184, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170233>

BARROSO, F. P. et al. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: O tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas. In: FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. **Etnografias em serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics** (1979). 7ª ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BENINI, I. S. P. **A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2015. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2015.946374>

BENJAMIN, R. **Informed Refusal: Toward ‘a Justice based Bioethics.** Science, Technology, & Human Values, v. 41, n. 6, pp. 1-24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0162243916656059>

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: _____. **Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** 3ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

BEZERRA JR, B. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século”. In: ALMEIDA, M. I. M.; NAVES, S. C. (orgs.). **Por que não? rupturas e continuidades da contracultura.** Rio de Janeiro: 7 Letras, p. 129-154, 2007.

BEZERRA, I. C. et al. **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011> Acesso em: 28 jul. 2022.

BIEHL, J. **Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo.** Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 51, nº 2, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012008000200002>

_____. **Antropologia no Campo da Saúde Global.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 17, n. 35, pp: 257-296, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, nº 1, (3), 2005, p. 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976> Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3_ed.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1987). **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relata_final.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 1992). **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf Acesso em: 30 jul. 2022.

_____. **Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm Acesso em: 30 jul. 2022.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **PCCS - SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Portaria nº 1.077 de 24 de agosto de 1999**. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm_p_1077_99psiq-converted.pdf Acesso em: 30 jul. 2000.

_____. **Portaria nº 2430 de 23 de dezembro de 2003**. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430_23_12_2003.html Acesso em: 31 jul. 2022.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - 2022** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf> Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 30 jul. 2022.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

BRESSAN, R. A.; SHIRAKAWA, I. **Neurolépticos de Ação Prolongada e os Avanços da Psicofarmacologia da Esquizofrenia.** Psychiatry on line Brasil. v. 1, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano96/rodrigo.php> Acesso em: 29 jul. 2022.

BROOKS, A. D. **Law and Antipsychotic Medications.** Behavioral Sciences & The Law, v. 4, n. 3, pp. 247-263, 1986. <https://doi.org/10.1002/bsl.2370040302>

BROWN, P. **The Right to Refuse Treatment and the Movement for Mental Health Reform.** Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 9, n. 2, 1984. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-9-2-291>

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a Política das Ruas: Notas sobre uma teoria performativa de assembleia.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUZANELLO, J. C. **Objecção de consciência: uma questão constitucional.** Revista de Informação Legislativa. v. 38 n. 152, pp. 173-182, 2001. Disponível em: <https://bitly.com/bJcRBg> Acesso em: 29 jul. 2022.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, pp:393-403, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>

CANELLAS, P. S. **Os novos modelos de gestão na saúde do Rio de Janeiro/RJ: as diferentes formas de contratação de recursos humanos na gestão do SUS.** Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9287> Acesso em: 29 jul. 2022.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. **Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença.** São Paulo: Liber Ars, 2019.

CARDOSO, T. B.; MONTEIRO, R. A. P. **Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento.** Revista Psicologia e Saúde, v. 12, n. 2, pp. 31-44, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768>

CASTELLANOS, M. E. P. **A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, pp: 1065-1076, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>

CASTRO, R. **Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico metodológica.** Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, v.4, n.1, p.146-175, 2012. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_09.ROSANACASTRO.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

CASTRO, R. et al (orgs.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018.

CAVALCANTE, D. M. **Medicamentos psicotrópicos: concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e do profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da atenção básica**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Psicologia. Aracaju, 2017. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/6686> Acesso em: 29 jul. 2022.

CERQUEIRA, M. C. P.; MEIRELLES, A. T. **O direito de recusa a tratamento médico: os efeitos de uma análise ponderada entre o artigo 15 do código civil e o do 146, §3, i do código penal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Católica do Salvador. 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1459> Acesso em: 29 jul. 2022.

CHENIAUX Jr, E. **Manual de psicopatologia**. 5. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

COHEN, D. et al. **Medications as social phenomena**. Health (London), v. 5, n. 441, pp. 441–469, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1177/136345930100500403>

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370> Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Resolução nº 1.995 de 31 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995> Acesso em: 30 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso**. Conselho Nacional de Saúde. (s.d.) Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **MEDICAMENTOS: “O Ministério da Saúde não pode ficar à mercê de dependência externa, nem refém do mercado”, afirma conselheira nacional de saúde**. 2022. Disponível em: <https://bityli.com/XEQIrZ> Acesso em: 29 jul. 2022.

COSER, O. **As metáforas farmacológicas em que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DAGOGNET, F. **A razão e os remédios**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL BARRIO, L. R. et al. Psicotr3picos e Sa3de Mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO-CAMPOS, R. (et al). **Pesquisa avaliativa em Sa3de Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. S3o Paulo: Hucitec, 2013b, pp. 125-151.

DELL'ACQUA G, MEZZINA R. Resposta 3 a crise: estrat3gia e intencionalidade da interven3o no servi3o psiqui3trico territorial. In: AMARANTE, P (org.). **Archivos de sa3de mental e aten3o psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2005. p.161-94.

DESCLAUX, A. **Medicamento, um objeto de futuro na antropologia da sa3de**. Revista Media3oes, Londrina, v. 11, n. 2, p. 113-130, 2006. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2006v11n2p113>

DESVIAT, M. **Coabitar a diferen3a: da reforma psiqui3trica 3 sa3de mental coletiva** (tradu3o Marta Donila Claudino). S3o Paulo: Zagodoni, 2018.

DIAS, M. J. F. **Open dialogue: uma experi3ncia no Brasil**. Diversitates Int J, v. 9, n. 3, pp: 97-110, 2017. Dispon3vel em: www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/download/233/132 Acesso em: 29 jul. 2022.

DIAS, M. K. MUHL, C. **Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiqui3trica e a Epidemia de Psicotr3picos**. Argumentum, Vit3ria, v. 12, n. 2, p. 60-74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29114>

EHLERS, L. P.; PALOMBINI, A. L. **Gest3o Aut3noma da Medica3o e a l3gica do cuidado**. XXVIII Sal3o de Inicia3o Cient3fica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dispon3vel em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/154697/Poster_47924.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em: 28 jul. 2022.

EISENBERG, G. C. et al. **Ethical aspects of the right to refuse medication: a clinicolegal dilemma for the psychiatrist and patient**. Psychiatric Quarterly, v. 53, n. 2, pp. 93-99, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01064892>

FERRAZZA, D. A et al. R. **A banaliza3o da prescri3o de psicof3rmacos em um ambulat3rio de sa3de mental**. Paid3ia, v. 20, v. 47, 381-390, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300010>

FISHER et al. **Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making**. Patient Education and Counseling, v. 101, n. 12, pp. 2195-2201, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.007>

FLORENCE, A. C. **A abordagem Open Dialogue: hist3ria, princ3pios e evid3ncias**. Rev. Polis e Psique, 2018; v. 8, n. 1, pp. 191-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80427>

FOUCAULT, M. **A hermen3utica do sujeito**. (tradu3o M3rcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail). S3o Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Crise da medicina ou crise da antimedicina** (1974). Verve, v. 18, pp. 167-194, 2010. Dispon3vel em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646> Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Microf3sica do poder** (tradu3o de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edi3oes Graal, 1979.

FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. In: COSTA et al. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/bibliotec a/inicio%20%20biotica.pdf> Acesso em: 28 jul. 2022.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONCALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação**. Cad. Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>

GRONFEIN, W. **Psychotropic drugs and the origins of desinstitutionalization**. Social Problems, v. 32, n. 5, pp.437-454, 1985. DOI: <https://doi.org/10.2307/800774>

GULLAR, F. **Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1996.

GURFINKEL, V. **O Consentimento Informado na responsabilidade médica**. Médicos Peritos. 2018. Disponível em: <https://www.medicosperitos.com.br/artigos/44/O-Consentimento-Informado-na-responsabilidade-medica> Acesso em: 28 jul. 2022.

GURTNER, C. et al. **Conceptual understanding and applicability of shared decision making in psychiatric care – An integrative review**. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, v. 28, n. 4, pp: 531-548, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/JPM.12712>

GUTHEIL, T. G. **In Search of True Freedom: Drug Refusal, Involuntary Medication, and “Rotting with Your Rights On”**. Am J Psychiatry v. 137, n.3, pp. 327-328, 1980. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.137.3.327>

HALL, W. **Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño**. The Icarus Project y Freedom Center, 2012. Disponível em: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParaImprimir.pdf> Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Psychiatric Medication Withdrawal: Survivor Perspectives and Clinical Practice**. Journal of Humanistic Psychology, v. 59, n. 5, pp. 720-729, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167818765331>

HUANG, C. et al. **Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review**. Psychiatr Ment Health Nurs., v. 27, n. 27, pp.103–127, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>

HUXLEY, A. **Admirável Mundo Novo** (1932). Rio de Janeiro: Biblioteca azul, 2014.

INSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E QUALIDADE. **Pesquisa – Automedicação no Brasil**. ICQT. 2018. Disponível em: <https://ictq.com.br/pesquisa-do-ictq/871-pesquisa-automedicacao-no-brasil-2018> Acesso em: 29 jul. 2022.

ITÁLIA. **Lei 180 de 13 de Maio de 1978**. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/21> Acesso em: 30 jul. 2022.

JAEGER, S. et al. **Refusing Medication Therapy in Involuntary Inpatient Treatment - A Multiperspective Qualitative Study**. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, n. 295, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00295>

KALA AK. **Covert medication; the last option: A case for taking it out of the closet and using it selectively**. *Indian J Psychiatry*, v. 54, pp:257-65, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102427>

KANTORSKI, L. P. CARDANO, M. **Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições**. *Saúde Debate*, v. 41, v. 112, p. 23-32, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711203> Acesso em: 29 jul. 2022.

KINKER, F. S. **Um manicômio em colapso: da aridez do abandono à fluidez da liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150- 154.

LACAZ et al. **Trabalhar no sus: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2017.

LATOURE, B. **Reagregando o social**. Salvador, BA: Edufba, 2012; Bauru, SP: Edusc, 2012.

LEAL, E. M. “Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001**. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83. Disponível em: <https://bityli.com/ieeTyN> Acesso em: 29 jul. 2022.

LEONG, G. B.; SILVA, J. A. **The right to refuse treatment: an uncertain future**. *Psychiatric Quarterly*, v. 59, n.4, pp. 284-292, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01064919>

MACHADO, V. et al. **A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, pp:1472-1479, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500020>

MACIEL, C. P. **Grupos de medicação como estratégia de cuidado médico na atenção psicossocial**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.

MAGALDI, F. S. **A Unidade das Coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de

Janeiro, 2018. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/72/teses/862928.pdf> Acesso em: 28 jul. 2022.

MALLART, F. **Findas linhas: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo**. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Sociologia. Área de concentração: Sociologia. São Paulo, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-30102019-185218/publico/2019_FabioMallart_VCorr.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

MANICA, D. T. **A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, v.4, n.1, jan.-jun., p.176-188, 2012. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_10.MANICA.pdf Acesos em: 29 jul. 2022.

MARKOVÁ, M. B.; BERRIOS, B. A. **Insight in Clinical Psychiatry: a New Model. The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 183, n. 12, pp. 743-751, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005053-199512000-00003>

MASSI, V. **Como funciona a compra de medicamentos pelo SUS**. (s.d.) Disponível em: <https://bitly.com/LNBlrX> Acesso em: 28 jul. 2022.

MERLI, I. M.; RIANELLI, L. L. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006): o assassinato de um deficiente e o modelo hospitalocêntrico**. Casoteca do NIDH – UFRJ. Disponível em: <https://nidh.com.br/damiao/> Acesso em: 29 jul. 2022.

MILANÊS, R. **Seguindo as redes de Bruno Latour: um ensaio sobre a Antropologia Simétrica e a Teoria do Ator-Rede**. Revista Inter-Legere, [S. l.], v. 4, n. 31, p. 1-21, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21680/1982-1662.2021v4n31ID21470>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/679/o/Saude_mental_MG.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

MIZIARA, I. D. **Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento**. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013, v. 59, n. 4, pp:312–315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.007>

MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York, Routledge, 2008.

MONCRIEFF, J. **Hablando claro una introducción a los fármacos psiquiátricos**. Barcelona: Herder Editorial, 2013.

MONNERAT, S. **Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF v. 15 n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.27146>

MORANT, N. et al. **Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social**. Health Expectations, v. 19, n. 5, pp:1002-1014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12392>

MUNDEN, L. M. **The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals.** The Journal of Law, Medicine & Ethics, v. 45, pp. 182-192, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073110517720647>

MURTHY RS. **Covert medication - Multiple situations, varied options.** Indian J Psychiatry, 2012, 54, pp: 269-270. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102429>

MUYLAERT, C. J. **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** Revista Escola de Enfermagem USP, v. 48, Esp2, pp: 193-199, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

NUNES et al. **A experiência com a doença: da entrevista à narrativa.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, pp: 1341-1356, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400015>

OLIVEIRA, J. M. et al. **Adesão ao tratamento e hospitalizações entre pacientes que realizam aplicações de Flufenazina Depot.** R. Psiquiatr. RS, v. 25, n. 2, pp: 312-317, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000200007>

OLIVEIRA, V. L. et al. **O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica.** Revista Bioética. v. 18, n. 3, pp. 705-724, 2010. Disponível em: https://revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/595/601 Acesso em: 28 jul. 2022.

OLIVEIRA, A. C. C; SIQUEIRA, V. H. F. **O infame solitário: o que o documentário Solitário Anônimo pode acrescentar aos debates sobre educação em saúde?** Pro-Posições, v. 24, n. 2 (71), pp: 147-164, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072013000200011>

ONOCKO-CAMPOS et al. **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2, v. 18, n.10, pp. 2889-2898, 2013a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.20232013e>

_____. **Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação.** Interface - Comunicação em Saúde. v.16, n.43, pp.967-980, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040> Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.** Revista de Saúde Pública, v. 43, (Supl. 1), pp :16-22, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>

_____. **Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 10, pp: 2847-2857, 2013b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>

ONOCKO-CAMPOS et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS. **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores.** 2014a. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. O exercício interpretativo. In: ONOCKO-CAMPOS et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO-CAMPOS et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso racional de los medicamentos: informe de la conferencia de expertos**. Nairobi, 25-29 de novembro, 1985. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37403> Acesso em: 28 jul. 2022.

OWITI, J. A.; BOWERS, L. **A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care**. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2011, 18, pp. 637–647. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01713.x>

PARADA, T. C. **Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos**. Salud Colectiva. v. 14, n. 3, pp:513-529, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1861>

PASSOS, E. et al. **Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM)**. Aletheia [online]. n.41, pp. 24-38, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a03.pdf> Acesso em: 28 jul. 2022.

PERES, M. A. de A.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Grupo do NAP: atendimento ambulatorial ao cliente em uso de medicação depósito – uma ação diferenciada de cuidar em psiquiatria**. Texto Contexto Enfermagem, v. 13, n. 4, pp: 535-42, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400005>

PIGNARRE, P. **O que é um medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. **A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social**. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, n. 246, pp. 6-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Caderneta do Usuário. Registro e Acompanhamento de Procedimentos e Serviços de Saúde**. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4129844/CADERNETADOUSUARIO_WEB.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. **“Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental**. Psicologia & Sociedade, v. 23, (n. spe.), pp. 150-160, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>

RAMMINGER, T; NARDI, H. C. **Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras**. Psicologia Ciência e Profissão, v. 4, n. 27, pp. 680-693, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400009>

RAO TS et al. **Covert medication: Do means justify the ends?** Indian J Psychiatry, v. 54, pp. 203-205, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102331>

RASERA, E. F. **Para além do direito a morrer: notas sobre “Solitário Anônimo”**. Saúde & Transformação Social, v.4, n.3, pp: 16-21, 2013. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2292/3027> Acesso em: 29 jul. 2022.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. **Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, (Sup), pp. 603-610, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>

REIS, H. T. S. **A ética principialista como modelo na assistência à saúde humana**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/89386> Acesso em: 29 jul. 2022.

RESTREPO, D. B. et al. **Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general**. Revista Colombiana de Psiquiatria v. 41, n. 2, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60013-5](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60013-5)

ROQUÉ-SÁNCHEZ, M. V.; MACPHERSON, I. **Análise da ética de princípios, 40 anos depois**. Revista de Bioética, v.26, n.2, pp. 189-97, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262239>

SADE, Christian et al. **O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva**. Ciênc. saúde coletiva [online]. v. 18, n. 10, pp. 2813-2824, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006> Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, D. V. D. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/deiviss_on2014doutorado.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, N. S. et al. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Psicologia, ciência e profissão, v. 20, n. 4, Brasília, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400006>

SARIN A. **On covert medication: The issues involved**. Indian J Psychiatry, 2012, 54, pp. 271-272. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102430>

SASSAKI, R. K. **“Conhecendo as pessoas com deficiência psicossocial”**. Palestra realizada na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Rio de Janeiro em 13 de abril de 2012. Disponível em: https://www.oabrij.org.br/arquivos/files/-Comissao/cartilha_autismo.pdf Acesso em: 30 jul. 2022.

SCHRAIBER, L. B. **Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica**. Revista de Saúde

Pública, v. 29, n. 1, pp- 63-74, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>

SCHWARTZ, H. et al. **Autonomy and the Right to Refuse Treatment: Patients' Attitudes After Involuntary Medication.** Hospital and Community Psychiatry, v. 39, n. 10, 1988, p. 1049-1054. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.39.10.1049>

SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E. **Reuniões Dialógicas de Redes Sociais: Formas de Dialogismo no Trabalho Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

SERRANO-MIGUEL, M.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. **Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental.** Revista Polis e Psique, v. 10, n. 2, pp: 247-266, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.104398>

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. **Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental.** Psicologia: Ciência E Profissão, v. 31, n. 3, 640-655, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>

SILVA, A. C. F. **A ética principialista em medicina geral e familiar.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Área Científica De Clínica Geral. Coimbra, 2015b. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/32994> Acesso em: 29 jul. 2022.

SILVA, C. D. C. **Por uma filosofia do medicamento.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 9, pp:2813-2824, 2015a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19512014>

SILVA, E. A; COSTA, I. I. **Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006 Acesso em: 29 jul. 2022.

SILVA, F. F. L. **O que não cabe nas ruas de uma cidade?: entre narrativas maiores e resistências brincantes.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. 2014. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2014_d_Flavia.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

SILVA, M. B. B. **Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp:127-150, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000100008>

_____. **Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, pp:149-158, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100020>

SILVEIRA, N. **O mundo das imagens.** São Paulo: Editora Ática, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de**

2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em: 29 jul. 2022.

SOLITÁRIO ANÔNIMO. Direção de Débora Diniz. Brasília: 2007, 18min.

SRINIVASAN T. **The unknown user: Covert medication; my user experience.** Indian J Psychiatry 2012; v. 54, pp:278-279. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102433>

STEVENSONA, F. A. et al. **Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making.** Social Science & Medicine, v. 50, n. 6, pp. 829-840, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00376-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00376-7)

STONE, A. A. **The Right to Refuse Treatment: Sell v United States.** Psychiatric Times, v. 20, n. 9, 2003.

TANDON, P. N. **The decade of the brain : a brief review.** Neurology India. v. 48, n. 3, pp. 199-207, 2000. Disponível em: <https://www.neurologyindia.com/text.asp?2000/48/3/199/1535> Acesso em: 28 jul. 2022.

THE JOURNAL OF MIND AND BEHAVIOR. **The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going.** Special Issue, Challenging the Therapeutic State. v. 11, n. 3, pp: 323-336, 1990. Disponível em: <https://power2u.org/the-ex-patients-movement-where-weve-been-and-where-were-going/> Acesso em: 29 jul. 2022.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária.** Barueri: Manole, 2010.

TRAPÉ, TL; ONOCKO-CAMPOS, R. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.** Revista Saude Publica, v. 51, n. 19, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>

VAN DER GEEST, S. **Pharmaceuticals.** The International Encyclopedia of Anthropology. C2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1757>

VAN DER GEEST, S.; WHITE, S. R. **O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias.** Soc. e Cult., Goiânia, v. 14, n. 2, p. 457-472, jul./dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v14i2.17624>

VASCONCELOS, E. M (org). **Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares.** São Paulo: Hucitec, 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.** Ciênc. saúde coletiva [online]. v.18, n.10, pp.2825-2835, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000007>

_____. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas.** Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <https://bityli.com/iFhuBB> Acesso em: 29 jul. 2022.

_____. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P., (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 169-194. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-10.pdf> Acesso em: 31 jul. 2022.

VENTURINI, E. O consentimento informado e a recusa do tratamento. In: PITTA, A. et al. (orgs). **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2017.

VENTURINI, T. **Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory**. Public Understand. Sci., v. 19, n. 3, pp: 258-273, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0963662509102694>

WANSSA, M. C. D. **Autonomia versus beneficência**. Revista Bioética (Impr.). v. 19, n. 1, pp:105-117, 2011. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611 Acesso em: 28 jul. 2022.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. (tradução de Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

_____. Rachaduras na Porta para uma Revolução na Psiquiatria. **Mad in Brasil: Ciência, Psiquiatria e Justiça Social**. 2017. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2017/04/as-rachaduras-na-porta-para-uma-revolucao-na-psiquiatria/> Acesso em: 28 jul. 2022.

_____. Tratamento livre de medicamentos na Noruega: um hospital privado assume o protagonismo da cena. **Mad in Brasil: Ciência, Psiquiatria e Justiça Social**. 2019. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2019/12/tratamento-livre-de-medicamentos-na-noruega-um-hospital-privado-assume-o-protagonismo-da-cena/> Acesso em: 28 jul. 2022.

WINICK, B. J. **The Right to Refuse Mental Health Treatment: A Therapeutic Jurisprudence Analysis**. International Journal of Law and Psychiatry, v. 17, n. 1, pp. 99-117, 1994. DOI: [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(94\)90039-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(94)90039-6)

WORTZEL, H. **The Right to Refuse Treatment**. Psychiatric Times, v. 23, n. 14, p. 30, 2006. Disponível em: <https://bitly.com/rcUCJh> Acesso em: 29 jul. 2022.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/v_e_Silvio_Yasui_ENSP_2006.pdf Acesso em: 28 jul. 2022.

ZAMBILLO, M. **Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/134693> Acesso em: 28 jul. 2022.

ZORZANELLI, R.T. et al. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, pp:1859-1868, 2014. DOI: <https://doi.org/0.1590/1413-81232014196.03612013>

ZORZANELLI, R.T., CRUZ, M.G.A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970.** Interface (Botucatu). 2018, v. 66, n. 22, pp: 721-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Os medicamentos e a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a recusa aos psicofármacos em dois modelos de assistência em Saúde Mental”, conduzida por Andreza Silva dos Santos sob orientação do Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva. Este estudo tem por objetivo discutir sobre a recusa ao uso de psicofármacos a partir da experiência dos profissionais de dois serviços de saúde mental localizados no município do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado(a) por ser profissional de saúde há mais de 6 (seis) meses em um dos serviços onde será realizada a pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A sua participação não é remunerada e nem implicará em gastos, contudo eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Para evitar o risco, durante a realização da pesquisa de campo, de contaminação pelo Sars-CoV-2 e suas variantes, causadores da COVID-19, os contatos serão realizados de forma remota. Durante a pesquisa, você pode ficar desconfortável com o tempo de realização da entrevista, com possíveis falhas na conexão da Internet, ou com o próprio tema do estudo. Outros riscos que podem estar incluídos na participação são o retorno de uma autoavaliação em relação a sua vida profissional e alguma retaliação pelo serviço em caso de identificação. E por último, o risco de quebra da confidencialidade em caso de invasão por terceiros dos meios eletrônicos utilizados.

Para contornar esses riscos, proponho que a pesquisa seja uma oportunidade de interação e reflexão sobre o cotidiano de trabalho e não uma avaliação vertical e externa de suas práticas, que produza, por seu desenho e teor, constrangimentos e cobranças. Caso a entrevista se prolongue a ponto de gerar desconforto, ela será interrompida. Se a conexão de Internet prejudicar a realização do encontro virtual, ela será remarcada para outro momento, caso seja de sua concordância. O sigilo em relação às informações obtidas será atentamente observado, não sendo divulgados nomes ou outras informações que possam identificá-lo(a). Apesar das limitações da pesquisadora em assegurar total confidencialidade e o impedimento de violações do ambiente virtual por terceiros, um antivírus atualizado, bem como medidas de segurança que procurem manter as plataformas e os meios eletrônicos protegidos, como o uso de senhas, serão utilizados.

Entre os possíveis benefícios diretos e indiretos para a participação nesta pesquisa estão: a oportunidade de elaboração de experiências sobre a própria prática profissional; o contato com uma discussão de um tema pouco explorado no campo da saúde mental; a reflexão sobre questões do cotidiano assistencial dos serviços; e a contribuição para o debate atual em relação aos modelos e práticas de cuidado em Saúde Mental, considerando fatores relacionados aos processos de medicalização e aos direitos dos usuários.

A sua participação consistirá na concessão de uma entrevista acerca de sua experiência com o acompanhamento de usuários que se recusam a fazer o uso de medicamentos prescritos pela equipe. O encontro será conduzido pela pesquisadora

responsável e será realizado remotamente, em plataforma digital negociada em contato anterior e em ambiente apropriado que procure garantir sua privacidade e sigilo. A entrevista não contará com a participação de terceiros e terá uma duração média de 1h30min. O conteúdo será gravado em vídeo e posteriormente transcrito.

O material gravado ficará armazenado, por um prazo mínimo de 5 anos, em um computador de uso pessoal protegido por senha e não será divulgado em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Esses dados serão deletados permanentemente do computador, após esse período. Nenhuma imagem será divulgada. A intenção da gravação é garantir a transcrição das entrevistas. A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos e das instituições.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assinale ao final deste documento. Ao assinalar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Seu e-mail está sendo solicitado no momento do preenchimento para que uma cópia do documento, assinado por mim, com todas as suas folhas rubricadas, seja enviada para você após o registro de sua anuência. É orientado que você não descarte este recibo. As entrevistas só serão realizadas após o preenchimento deste TCLE e serão iniciadas com a leitura do mesmo, para que dúvidas e questões que, porventura existirem, possam ser respondidas e para que você confirme novamente a concordância com a participação e gravação da entrevista.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável:

Andreza Silva dos Santos
Mestranda no IMS/UERJ
E-mail: andrezasds2@gmail.com
Telefone: (21) 98374-7874

Orientador:

Martinho Braga Batista e Silva
Professor Adjunto do IMS/UERJ
E-mail: silmartinho@gmail.com
Telefone: (21) 97120-1703

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Você autoriza a gravação de sua entrevista? Sim () Não ()

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE B

OS MEDICAMENTOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A RECUSA AOS PSICOFÁRMACOS EM DOIS MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

FICHA DE DADOS BIOGRÁFICOS

Nome:

Idade:

Gênero:

Raça:

Categoria Profissional:

Tempo de formação:

Tempo de trabalho no serviço pesquisado:

Outros serviços de Saúde Mental onde já trabalhou e o tempo de permanência nesses serviços:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1

- Como você acha que os medicamentos contribuem no cuidado de uma pessoa em sofrimento mental?
- Você pode falar um pouco sobre como as decisões sobre os medicamentos são tomadas no seu cotidiano de trabalho?

Bloco 2

- Você já acompanhou diretamente neste serviço algum usuário que se recusava a fazer o uso dos medicamentos?
 - Caso sim, como foi essa experiência?
 - Pontos importantes: histórico clínico e social do usuário, justificativas do usuário, posicionamento dos familiares, decisões tomadas pelo profissional, discussão do caso entre a equipe.

- Caso não, você já presenciou alguma cena ou acompanhou alguma discussão de caso que envolvia esse tipo de situação? Se sim, como foi?
- E diante da recusa a outras propostas terapêuticas ofertadas por este serviço, como essas situações foram conduzidas?
- Considerando sua experiência de trabalho na saúde mental antes de assumir o cargo neste serviço, você recorda de outros casos em que os usuários recusavam os medicamentos? Caso sim, poderia compartilhar uma história?

Bloco 3

- Alguma vez faltou medicamentos neste serviço? Como foi que a equipe manejou essa situação? Já faltou outros insumos?
- Vocês já ficaram sem psiquiatra? Como foi?
- Partindo da sua experiência, como você considera que a recusa ao medicamento impacta no cuidado de uma pessoa em sofrimento mental?

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Andreza Silva dos Santos
(Pesquisadora responsável)