

Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado

The use of psychotropic drugs in psychosocial care: an analysis in the light of care management

Indara Cavalcante Bezerra¹, Jamine Borges de Morais², Milena Lima de Paula³, Tatiana Maria Ribeiro Silva⁴, Maria Salete Bessa Jorge⁵

RESUMO O estudo discute o cuidado em saúde na atenção psicossocial, com foco na gestão do medicamento. O eixo teórico articula a reforma psiquiátrica com o cotidiano dos sujeitos, no serviço de saúde mental. Realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Fortaleza (CE). Participaram da pesquisa cinco profissionais, dez usuários e nove familiares. As técnicas utilizadas foram: entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. A análise hermenêutica dialética seguiu os pressupostos de Minayo. No campo, observou-se um sujeito-usuário perdido, em confronto com uma realidade institucionalizante, evidenciando a hegemonia da clínica biomédica, representada pela prática prescritiva de medicamentos e pela gestão desarticulada de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Medicalização. Autonomia pessoal. Institucionalização. Saúde mental.

ABSTRACT *This study discusses health care in psychosocial care focusing on medication management. The theoretical axis articulates the psychiatric reform with daily lives of individuals in mental health service. The research was carried out at a Psychosocial Care Center (Caps) in Fortaleza, State of Ceará (CE), Brazil. The participants of the research were five professionals, ten users and nine family members. The research techniques used were: semi-structured interview, systematic observation, and focus group. The dialectical hermeneutic analysis followed the premises of Minayo. In the field, there was a lost subject-user in confrontation with an institutionalizing reality, highlighting the hegemony of the biomedical clinic, represented by the prescriptive practice of medicaments and the fragmented care management.*

KEYWORDS *Health management. Medicalization. Personal autonomy. Institutionalization. Mental health.*

¹ Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
indaracavalcante@yahoo.com.br

² Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
jamineborges@hotmail.com

³ Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
psicoim@hotmail.com

⁴ Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
ribeirotatiana@hotmail.com

⁵ Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
maria.salete.jorge@gmail.com

Introdução

O processo de reforma psiquiátrica brasileira orienta a construção de uma rede de saúde mental única de atendimento à população, regionalizada, integrada e hierarquizada segundo a densidade tecnológica, e formada por diferentes dispositivos de atenção à saúde (COSTA ET AL., 2012).

A implementação de uma nova lógica de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico está ancorada no desenvolvimento de um modelo denominado Estratégia de Atenção Psicossocial, no qual os serviços buscam substituir a lógica manicomial e redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Com efeito, este modelo baseia-se em uma forma de cuidado ofertado a partir de dispositivos comunitários de assistência, evidenciando um olhar ampliado de saúde, na perspectiva de atuação territorial, na intersectorialidade das políticas e no trabalho em rede (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

O processo de transição dos manicômios ao cuidado comunitário revela uma realidade dicotômica, na qual ainda prevalece o modelo médico-centrado, medicamento-centrado do cuidado (BEZERRA ET AL., 2014). Desta forma, o consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, envolvendo diferentes atores, entre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde. Nesta lógica, devido à 'fórmula mágica' desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentação em uma escala sem precedentes (ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível

de responder às situações da vida cotidiana e difere da medicalização, a qual se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura etc. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano passam a ser considerados doenças ou transtornos diagnosticáveis (ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

A literatura (MAITI; ALLOZA, 2014; BEZERRA ET AL., 2014; ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007) aponta que o fenômeno da medicalização torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Nos serviços de saúde, observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos, que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica reduzida a psicofármacos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves.

É importante salientar que o novo modelo de assistência em saúde mental procura construir um novo saber-fazer, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. Busca promover a valorização das tecnologias leves e relacionais como componentes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado, conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e ao uso racional. Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde

(SUS), busca garantir universalidade, integralidade e equidade (CNS, 2004).

Entre as ações de assistência farmacêutica estão aquelas referentes à atenção farmacêutica, nas quais há interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma gestão eficiente da medicação, ou seja, a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CNS, 2004), configurando-se como tecnologia leve de saúde.

Entende-se que as tecnologias leves do cuidado são geradoras de autonomia para o sujeito social, na medida em que proporcionam um cuidado centrado no usuário/família. Neste sentido, a gestão do cuidado pode ser entendida como forma de melhor assegurar essa autonomia e dar respostas de acordo com cada demanda, em busca da resolubilidade e da qualidade da assistência. A gestão do cuidado, portanto, corresponde ao modo como a produção da atenção em saúde acontece, no tocante à forma como o cuidado se estabelece e se organiza, na interação propiciada entre os sujeitos.

Nessa perspectiva, Pires e Göttems (2009, p. 297) definem gestão do cuidado como

a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro.

Assim, a gestão do cuidado, quando operacionalizada por tecnologias leves, torna-se potencializadora deste cuidado, favorecendo a emancipação do sujeito.

Cecílio (2009, 2011) constrói a ideia de que a gestão do cuidado pode ser representada por diferentes dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica

e societária, sendo estas representadas por seis círculos concêntricos, para expressar a ideia de imanência, ou seja, de caráter indisociável, intrinsecamente ligada entre elas. O autor define o termo como sendo

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. (CECÍLIO, 2011, p. 589).

Percebe-se que ambas as definições de gestão do cuidado têm como objetivo a autonomia/emancipação do sujeito. Neste sentido, torna-se essencial disparar estratégias que visem ao comprometimento de profissionais de saúde e gestores do SUS.

Ao olhar para o fenômeno da medicalização como instrumento de cuidado, percebe-se que este processo perpassa as diversas ambiências da gestão do cuidado, e se contrapõe às conquistas nos âmbitos da saúde mental e da saúde coletiva. Ressalta-se, pois, que o termo medicalização, aqui apresentado, se configura como o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requereriam ‘tratamento farmacológico’, ou, ainda, a questões relacionadas à sobredoses ou à cronicidade de tratamentos farmacoterapêuticos que não seriam necessários. Vale ainda dizer que a importância do medicamento é reconhecida nesse âmbito, porém, quando está fundamentada no uso racional.

Acredita-se, portanto, que o presente estudo pode fornecer substrato para a produção de um cuidado em saúde mental que seja coerente e resolutivo, na medida em que traz à tona as experiências de usuários, familiares e profissionais de saúde, buscando uma relação dialética entre esses sujeitos e a gestão do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nesta perspectiva, compreende-se sua potência para transformar práticas, construir sujeitos e produzir conhecimento.

Para proceder a esta reflexão, adotou-se como eixo orientador do estudo o seguinte questionamento: Como se conforma a gestão do cuidado relacionada ao uso de psicofármacos na Raps?

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que busca a compreensão das experiências, sentidos e significações dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental, em relação ao uso de psicofármacos como forma de gestão de cuidado dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, tendo como direcionamento a autonomia e a responsabilização no ato de cuidar.

O cenário estudado foi o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Geral da Secretaria Executiva Regional IV, do município de Fortaleza (CE), no Nordeste do Brasil. Essa regional de saúde foi escolhida por estar conveniada ao Sistema Municipal de Saúde Escola e ser vinculada à Universidade Estadual do Ceará (Uece). O período em campo, desde a aproximação, entrada em campo e apreensão das informações, foi de janeiro a outubro de 2013.

Entre os 24 sujeitos participantes do estudo, havia 5 profissionais de saúde mental do Caps, 10 usuários e 9 familiares, selecionados de acordo com os seguintes critérios: profissionais com pelo menos um ano de atuação na equipe de saúde da referida instituição; usuários do Caps Geral, com vinculação ao serviço de, no mínimo, 6 meses, e em uso de psicofármacos; cuidadores e familiares que estivessem realizando acompanhamento sistemático aos serviços do Caps de usuário em uso de psicofármacos há pelo menos 6 meses.

O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedece aos preceitos éticos e legais e à norma de pesquisa que envolve seres humanos (CNS, 1999). Foi submetido e aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Uece, através de parecer nº 387.111.

As técnicas utilizadas para apreender as informações e compreender o fenômeno foram: observação sistemática, realizada durante todo o estudo e registrada no diário de campo, o que tornou possível descrever a rotina e o cuidado pautados na relação profissional-usuário-familiar/cuidador, com o intuito de possibilitar o confronto entre a prática concreta do serviço de saúde mental e as informações apreendidas nas narrativas; grupo focal, realizado com os cuidadores e familiares, cujo temário abarcou diversos assuntos – entre eles, a questão da gestão e do uso de psicofármacos; e entrevista semiestruturada, que permitiu complementar e aprofundar as informações obtidas nas outras técnicas, além de possibilitar, ao sujeito, um espaço maior de contribuição.

A análise do estudo se delineou através da articulação hermenêutica dialética, fundamentada nos pressupostos de Minayo (2010), que possibilitou a reflexão sobre a experiência dos sujeitos no cuidado em saúde mental. A organização das informações seguiu três etapas: ordenação (organização do material empírico); classificação (leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal); e análise final (síntese horizontal, síntese vertical e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares). Nesse caminho, o processo consistiu em descobrir núcleos de sentido apreendidos do material empírico e categorizados com base nas dimensões constituintes da gestão do cuidado, segundo Cecílio (2011, 2009), e que deram significados às experiências vivenciadas no cotidiano do serviço estudado.

Resultados e discussão

As práticas clínicas de cuidado relacionadas ao adoecimento psíquico ainda se expressam em uma tecnologia de biopolítica de gestão,

entendida como medicalização social, que se mostra difundida e aceita na contemporaneidade. As ações priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentais, as quais perfazem caminhos unidirecionais em que, ao sujeito, 'diagnosticadamente adoecido', não restam muitas escolhas, além de adaptar-se ao processo de cuidado ofertado.

O tratamento dos transtornos mentais com psicofármacos é sintomático e seu uso precisa limitar-se ao imprescindível, devendo sempre ponderar-se a relação risco-benefício potencial do fármaco justifica seu emprego, e se outros recursos foram devidamente explorados. Esses medicamentos não são panaceias, mas um recurso de primeira ordem, algumas vezes complementares, outras vezes inúteis. No entanto, o uso de medicamentos, principalmente psicofármacos, que são de uso controlado pela Portaria nº 344/98, do Ministério da Saúde, é observado no dia a dia dos usuários. O medicamento torna-se um instrumento eficiente para a sensação de alívio e o sentimento de cura. O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença mental (TESSER, 2006; AMARANTE, 2007).

Considera-se que fazer uso, ou não, da medicação é uma decisão que deve ser discutida no encontro profissional-usuário; não deve ser imposta, tampouco tratada como principal recurso para a melhoria da qualidade de vida do sujeito adoecido. Acredita-se que o detentor da decisão deva ser, de fato, o usuário, que, para isso, deve ser informado sobre os riscos e os benefícios do uso do medicamento.

De acordo com Cecílio (2011), cada sujeito tem o potencial de fazer escolhas a respeito do cuidado de si. Assim, é o sujeito que toma decisões de acordo com sua subjetividade. E, neste ponto, ganham relevo os processos de autonomia e corresponsabilização, que envolvem a dinâmica das relações dos atores sociais na produção do cuidado e correspondem à dimensão individual da gestão do cuidado.

Ressalta-se, aqui, a importância da autonomia para a gestão do medicamento, tendo em vista os riscos aos quais o usuário se expõe ao fazer uso inadequado dessas substâncias. Além disso, o empoderamento do sujeito para o seu cuidado contribui sobremaneira para a garantia da qualidade de vida do mesmo.

A corresponsabilização refere-se à parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Esta parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores-usuários-família na composição do projeto terapêutico, uma vez que o esforço da equipe de saúde em promover e estimular a corresponsabilização do sujeito potencializa a gestão do cuidado em saúde. Ressalta-se a importância do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004). Há uma corresponsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos no processo saúde-doença.

Entretanto, o cuidado no cotidiano dos serviços associa a dimensão medicalizada da atenção em saúde mental, na vida dos usuários, e também a fragmentação da assistência em uma parcialidade de tarefas por núcleos profissionais, ou seja, a fragmentação pela especialização. A regência do saber biomédico opera uma casuística ao adoecimento psíquico, que interpõe diferentes composições terapêuticas entre o ato médico e as ações multidisciplinares em equipe (BEZERRA ET AL., 2014).

O que se observa, na prática, reflete em ações não corresponsabilizadas. Ou, quando se aproximam, mostram-se pontuais, por especialidade e não fazendo parte de um projeto coletivo, conforme revela a fala de um profissional:

Então, a questão do cuidado com o uso de psicofármacos é uma questão que tem que ser

trabalhada diariamente, desde o momento que eu vou lá pra atenção básica [...]. Tem a questão do grupo, tem a questão da orientação familiar, tem a questão do apoio matricial [...]. (Assistente Social Caps).

Corresponsabilizar-se pelo cuidado emerge como elemento fundamental para a autonomia. Assim, autonomia e corresponsabilização são elementos relevantes na relação entre as pessoas, quando se estabelece o cuidado, quer seja medicamentoso ou de relações interpessoais entre o cuidador e o sujeito que é cuidado. Na concepção do cuidado em que há predominância do modelo clínico, centrado no médico, os sujeitos não possuem o poder de decidir sobre seu tratamento, o que implica em ausência de autonomia.

Com efeito, é posto que oferecer um espaço propício à corresponsabilização do sujeito, respeitando sua autonomia e seu direito de participar e decidir sobre seu projeto terapêutico, é reconhecer que, ao indivíduo, cabe possuir certos pontos de vista, sendo ele quem deve deliberar, elaborar seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que estes diverjam da sociedade.

Ainda que a dimensão individual seja agenciada por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida, é possível reconhecer a singularidade do sujeito na construção da sua autonomia, que se traduz na conquista do seu processo de cuidar de si, sem a interferência de determinações sociais mais amplas (CECÍLIO, 2011). Neste sentido, o contexto familiar exerce influência na gestão do cuidado. Na dimensão familiar, os atores são constituídos por pessoas da família, amigos, vizinhos do sujeito que demanda cuidados, ou seja, pessoas que são do seu convívio, o que se torna importante para o fortalecimento do cuidado e a reinserção do sujeito nas atividades da comunidade. Por outro lado, podem atuar negativamente, aniquilando qualquer forma de reinserção social.

Nas entrevistas e no grupo focal, foi bastante evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado. Os profissionais também ressaltam a importância da família no cuidado, como se pode observar no relato de um psiquiatra do Caps:

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

Percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico. Por outro lado, percebe-se que a corresponsabilização do familiar, por vezes, pode refletir uma situação de superproteção que dificulta a emancipação do usuário.

Observa-se, portanto, que a corresponsabilização entre famílias, profissionais e usuários em relação ao tratamento psicofarmacológico é resgatada e parece indicar resolubilidade no cuidado, satisfação com o tratamento e um caminho para o 'estar bem', como relata a irmã de uma usuária do Caps:

Agora, depois dessa internação, eu tô responsável pela administração da medicação dele. Assim, nos horários, a medicação fica comigo, né? E aí, eu dou a medicação exata no horário certo.

Na prática, os discursos ressaltam a efetividade do tratamento quando a família está envolvida e corresponsabilizada. A família, neste contexto, é percebida como forte aliada em direção à resolutividade, pois busca se organizar de forma a adaptar os cuidados do seu ente à sua rotina, observando a divisão de tarefas e a adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado, contando até mesmo com parentes que não compõem o núcleo familiar, na organização em torno do

sujeito. Por outro lado, também se observou uma sobrecarga de responsabilidades, que geralmente ficam centradas em apenas um parente:

Eu que dou a medicação; os que não sabe tomar, eu é que dou. A Maria sabe tomar, a Joana sabe tomar, só quem não sabe tomar é a Rosa e o João, e eu venho buscar os remédios deles tudim. [...] Eu acho que eu é quem posso cuidar, porque não tem quem cuide, não tem outra pessoa. Sou viúva e moro só com eles. (Mãe de usuários do Caps).

Portanto, devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores. A dimensão familiar do cuidado adquire importância a partir dos princípios da desinstitucionalização e da desospitalização preconizados pela reforma psiquiátrica, os quais podem viabilizar a participação da família em uma articulação de corresponsabilidade, porém, na prática, ainda encontram-se fragilizados.

Nesse sentido, vale ressaltar a dimensão profissional do cuidado, presente nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Esta dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem uma maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a competência técnica do profissional; a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; e a capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

Compreende-se o vínculo como a expressão do afeto entre as pessoas, sendo um elemento importante para a autonomia. No trabalho em saúde, a vinculação é uma

ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, isto é, usuários e profissional ou equipe. Contudo, considera-se essa ferramenta como capaz de favorecer também o domínio do outro, a depender do modo como é utilizada.

No campo empírico, foi possível evidenciar que o atendimento de saúde mental no Caps está muito centrado no processo da prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado. Familiares, usuários e profissionais identificam esta situação, e questionam o papel do psiquiatra e as incoerências da dinâmica do atendimento. Tendo em vista, ainda, que as consultas são frequentemente marcadas com um espaço de tempo muito grande entre uma e outra, além do grande volume de medicamentos dispensados e do fluxo aumentado de pessoas, observa-se a impossibilidade da construção de vínculos e o comprometimento do acompanhamento sistemático, para além do impedimento da disposição de ampliar a relação dialogada no fazer clínico. As consultas acontecem diante de uma realidade que desfavorece a manutenção da relação terapêutica integral, muitas vezes, limitadas pela demanda de atendimentos, de tempo e pela escassez de profissionais.

A prática medicamentosa objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação. Deste modo, a redução das ofertas terapêuticas do Caps deriva não apenas da estruturação do serviço, mas do próprio interesse do usuário em alargar suas possibilidades terapêuticas, ou seja, perpassa o entendimento individual da necessidade de ampliar relacionamentos, a dinâmica da vida e o significado da doença e do medicamento. Essa reestruturação na dinâmica da vida do

usuário indicaria a possibilidade de desenvolvimento de graus de autonomia.

Entretanto, o que ocorre no cotidiano suscita questionamentos éticos de condutas medicamentais, ou da construção de vínculos de dependência, ao invés de referência em cuidado, conforme o relato a seguir, de uma psicóloga do Caps, referindo-se a uma usuária:

[...] e ela disse: 'Doutora, aqui é a minha casa!'. Semana passada, ela veio todos os dias, mesmo o Caps fechado pra reforma, e ela disse: 'Eu não quero entrar, não. Eu quero só ficar aqui na frente, porque lá onde moro, eu não posso ser eu.

A análise e a apreensão das falas retomam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou, até mesmo, manicomia (PANDE; AMARANTE, 2011).

A princípio, ele tinha começado com pouco: um comprimido, depois dois; aí, tudo bem; aí, passou pra três. Mas quando passou pra quatro, aí, eu fiquei muito sedada, largada mesmo, dormindo muito durante o dia. Não fazia mais nada. Eu digo: 'Meu Deus, não tenho condições, não'. (Usuária 5 Caps).

Com a institucionalização das práticas de saúde ao longo dos anos, a gestão do cuidado em sua dimensão profissional desenvolve-se, inapelavelmente, em contextos organizacionais.

Na dimensão organizacional, os processos de trabalho assumem uma centralidade, principalmente no que diz respeito à adoção de fluxos, regras de atendimento e adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais: agendas, protocolos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Nesta dimensão, evidenciam-se novos elementos, como: o trabalho em equipe e as atividades de coordenação e comunicação,

além da função gerencial propriamente dita (CECÍLIO, 2011).

As convergências na oferta de serviços para os usuários incluem um atendimento organizado por fluxos referenciados, relações assistenciais focadas na abordagem multiprofissional em saúde e ênfase no uso de psicofármacos. Neste contexto, o sujeito-usuário se perde no espaço ofertado pela clínica tradicional e hegemônica, restringindo a (des)construção de autonomia das abordagens terapêuticas operadas no Caps. Concomitantemente, o usuário respalda uma prática prescritiva e medicamentalisante pela intencionalidade no cuidado recebido. A permanência do tratamento incide na garantia do repasse de medicamentos e na sua utilização contínua. Tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde (TESSER, 2006).

Dentre as experiências dos usuários com relação ao serviço, retoma-se a discussão sobre acesso, não só à instituição Caps, mas ao médico e à medicação. Neste processo, os usuários atribuem o cuidado à realização da consulta e ao recebimento do medicamento, conforme os seguintes relatos:

[...] Tá faltando o especialista e os remédios, que agora faltou por três meses. (Usuário 10 Caps).

[...] Tô [satisfeita], é... queria que tivesse neurologista, que aqui não tem. (Usuária 9 Caps).

[...] Acho que deveria melhorar um pouco mais [...] as consultas mais rápidas e que não fosse tão demorada. (Usuário 7 Caps).

Na prática, o fluxo assistencial em saúde mental limita-se à estrutura do serviço do Caps, explorando, minimamente, os recursos comunitários, familiares e as demais instituições, como as escolas e os Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (Cuca). A comunicação, neste processo, é deficiente,

prejudicando a corresponsabilização dos envolvidos – profissional/usuário/família – no processo de cuidado psicossocial.

O cuidado prestado no Caps deve passar o entendimento desse serviço como uma estratégia, ou seja, como um dispositivo que articule e consolide a rede de cuidados, olhando para o território, sua complexidade e as relações estabelecidas entre os atores sociais do processo de cuidado. Como evidenciam Silva *et al.* (2012), o desafio está em descobrir e ativar os recursos escondidos e estabelecer alianças.

As experiências de usuários, familiares e profissionais de saúde mental descrevem que o Caps, por vezes, institucionaliza o usuário no serviço, enquanto deveria atuar como dispositivo desinstitucionalizante, na interlocução com a rede assistencial em saúde mental. Ou seja, conformemente ao que a atenção psicossocial preconiza, o Caps deve atuar no território e em parceria com todos os recursos disponíveis na comunidade (PANDE; AMARANTE, 2011).

Para tanto, é preciso que as equipes busquem aprofundar e aperfeiçoar dispositivos que permitam o ordenamento da demanda, a qualificação do processo de trabalho e, apesar das limitações estruturais, primar pela resolutividade dos serviços.

Ao perceber o fenômeno de modo sistêmico, busca-se compreender as inter-relações que envolvem os serviços de saúde, com suas diferentes funções e distintos graus de incorporação tecnológica. Na dimensão sistêmica de gestão do cuidado, analisa-se o modo como se dá a construção dos fluxos dos usuários, que se utilizam de diferentes equipamentos, com vistas a obter a resolutividade de seus problemas de saúde. Além disso, analisa-se a forma como este sujeito percorre a linha de cuidado – por meio de processos formais de referência e contrarreferência –, desvelando o caminhar dessas pessoas entre os dispositivos que compõem a rede.

No cuidado em saúde, a oferta dos serviços e o conjunto de dispositivos sociais para a

formulação de uma rede integral de atenção ao usuário possibilitariam uma produção de autonomia na sua assistência. No entanto, a fragmentação do cuidado, a parcialização dos saberes e práticas, e as tensões entre oferta e demanda, no SUS, impedem a integração e o fortalecimento da rede para suprimento de demandas, problemas e necessidades.

No território estudado, o itinerário de cuidado do usuário é desconhecido pela equipe e pela família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do usuário, diante do delineado por sua proposição psicossocial. O estudo apontou que usuários e familiares desconhecem a rede assistencial formal e a informal, na comunidade, e não se visualizam interlocuções do Caps com esses dispositivos:

[...] Dentista? Ele só foi quando foi o jeito, os dentes já 'tavam muito desgastados. Aí, ele teve que ir. (Familiar 9 Caps).

[...] Ela tem um problema de obesidade, certo? Ela, sozinha, [...] não consegue, e precisava ter algo pra controlar. Ela é diabética e não tem, só o Caps. (Familiar 7 Caps).

Portanto, os discursos desvelam a desarticulação entre o Caps e a Atenção Primária à Saúde. Nenhum dos participantes referiu a Unidade Básica de Saúde como outro serviço utilizado por eles na comunidade, além do Caps, evidenciando, desse modo, a desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre atenção básica e especializada, e a falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral:

[...] E aí, a gente também tem uma rede fragilizada, uma rede que, em si, já é fragilizada. A articulação é fragilizada e os dispositivos que a gente poderia utilizar, eles existem, de fato, mas a gente faz pouco. A rede é fragmentada. (Psicólogo Caps).

A dimensão societária da gestão do cuidado corresponde a um aspecto mais amplo, se refere ao encontro da sociedade civil com o Estado. Nesta dimensão, observa-se como cada sociedade produz a cidadania e as políticas públicas, de modo geral. Analisa-se o papel do Estado, especialmente o modo como formula e implementa as políticas sociais (CECILIO, 2011).

Para abordar a gestão da produção do cuidado, em uma perspectiva macrosocial, Merhy (2007) explica como o modelo hegemônico médico-medicação-centrado se estabeleceu na sociedade e desvela:

[...] Mesmo quando se fala do lugar da saúde pública, que procura compreender a instalação dos processos de adoecimento no plano das populações para produzir intervenções no âmbito coletivo, visando seu controle, vê-se que o pano de fundo que lhe serve de base é a compreensão do fenômeno saúde e doença como a instalação nos corpos biológicos, como patológicos, desses momentos disfuncionais [...]. (MERHY, 2007).

Nesse sentido, no campo das práticas onde se articulam as tecnologias do cuidado, operam sob a casuística do modelo biomédico, recorrendo a práticas medicalizantes voltadas para um corpo biológico adoecido. Merhy (2007) acrescenta que esse processo social, prático e discursivo, quando se institui de maneira hegemônica quanto à maneira de se fazer cuidar em saúde, promove uma subjetivação intensa nos vários grupos sociais. E, neste percurso, de modo imaginário e institucional, a sociedade vai se medicalizando, ou seja, buscando a normalização dos fenômenos da vida, como a fome, a pobreza etc. A medicalização não se confunde com a medicamentação, que corresponde ao agir de modo terapêutico na exclusividade do uso de medicamentos, na maioria das vezes, abusivo ou irracional.

Em sua articulação com a medicamentação, a dimensão societária da gestão do

cuidado interfere nas práticas e nas outras dimensões. O uso de medicamentos na modernidade corresponde ao principal recurso terapêutico do mundo ocidental. Após a II Guerra Mundial, somado ao processo de industrialização e ao avanço da ciência, o medicamento se estabeleceu como um instrumento híbrido, ora como fármaco, ora como bem de consumo. Sob a ótica de um fenômeno cultural, que se articula com os campos da economia e da política, o medicamento se apresenta subordinado às necessidades de produção da força de trabalho, caracterizando-se como mercadoria e sucumbindo, portanto, à lógica do mercado. A realidade retrata a concentração em grandes mercados, com a participação de um número reduzido de empresas (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Historicamente, no cenário brasileiro, as relações de mercado vinculadas ao medicamento ocorreram mediante políticas vazias, permeadas de controvérsias, corrupção, equívocos e assistencialismo. Nesse contexto, a indústria farmacêutica estrangeira encontrou solo fértil e de ninguém; se apropriou do espaço deixado pela negligência do Estado e pela carência de políticas públicas que regulassem o âmbito da assistência farmacêutica. Somente na década de 1990, após a constituinte de 1988 e a implantação do SUS, novas políticas foram adotadas no sentido de (re)orientar a assistência farmacêutica, entre estas: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; a promulgação da política de medicamentos genéricos, que, entre outras atribuições, instituiu a 'quebra' das patentes dos medicamentos de referência produzidos pelas multinacionais; e a aprovação da Política Nacional de Medicamentos.

Atualmente, o Brasil situa-se entre os dez maiores mercados consumidores de insumos farmacêuticos do mundo; apresenta características oligopólicas, concentração por classes farmacêuticas e forte participação no mercado de empresas transnacionais. Em consequência da Lei dos Genéricos (1999),

houve uma ascensão das empresas de capital nacional, que apontaram desenvolvimento acima da média de mercado, na última década. As políticas de governo direcionadas à indústria, como a adoção da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, utiliza como vetores dinâmicos da atividade industrial o estímulo à eficiência produtiva, ao comércio exterior, à inovação e ao desenvolvimento tecnológico. Como fruto dessa política, ocorreu a criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), entre outras iniciativas para pesquisas e desenvolvimento na área (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Apesar de o acesso da população a medicamentos continuar sendo um dos problemas de saúde no Brasil, algumas iniciativas do governo foram adotadas buscando melhorias, como o Programa Farmácia Popular, criado para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. Há, também, uma particularidade da indústria farmacêutica no Brasil, que se refere à existência de uma rede de laboratórios farmacêuticos públicos, de portes variados e características técnicas, operacionais e financeira distintas, vinculados aos governos federais, estaduais e às universidades. O objetivo dessa rede é dar suporte à política de assistência farmacêutica, com foco na promoção do acesso ao medicamento pela população, contribuindo para a viabilização dos programas públicos (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Entretanto, apesar de o setor farmacêutico estar presente na agenda governamental, nos últimos anos, e da ampliação do acesso ao medicamento ser um fato relevante decorrente das políticas sociais, ainda há um longo caminho a ser percorrido, visto que o uso de medicamentos envolve práticas culturais e sociais inseridas na historicidade, a qual se encontra em transformação contínua.

Com efeito, o País ainda se encontra em *deficit* com a sociedade quando o assunto

é medicamento, pois, enquanto os países desenvolvidos focam suas políticas no uso racional deste recurso, as políticas no Brasil ainda permanecem centradas na ampliação do acesso. É fato que a ampliação do acesso ao medicamento é fundamental para o início do cuidado terapêutico, entretanto, se não houver racionalidade no uso, esse acesso pode trazer agravos à saúde.

A Organização Mundial da Saúde e a Política Nacional de Medicamentos propõem que, para o uso racional de medicamentos, é preciso estabelecer a necessidade do uso do medicamento; em seguida, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. É necessário, também, que o medicamento seja prescrito adequadamente – forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade; e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito.

Entretanto, no Brasil, a realidade se afasta do uso racional, uma vez que o acesso pode se dar de forma diferente do que preconizam as políticas, as quais parecem não estar articuladas com as demandas reais dos serviços, como relata um profissional, psiquiatra do Caps:

[...] Infelizmente, aqui a gente tem que liberar uma receita pra cada dois meses e meio, o que é um absurdo! Não tem como liberar menos porque o retorno é daqui até quase cinco meses. O ideal seria de mês em mês, de 15 em 15 dias, mas é um absurdo, porque a gente tem que liberar uma quantidade enorme de medicação. Mas não tem outro jeito, porque não tem como o paciente voltar antes. Então, o paciente leva um monte de medicação pra casa, o que é um risco: risco do paciente perder, de usar de forma inadequada, de outras pessoas pegarem a medicação [...].

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

Conforme afirmam Barbosa *et al.* (2016), é necessário investir e ampliar os espaços de reflexão e invenção de práticas que integrem o cuidado no cotidiano dos serviços que constituem a saúde mental, potencializando a constituição da Raps. Para transpor este desafio, é preciso desnaturalizar as práticas inversamente desenvolvidas, que fomentam a medicalização dos sofrimentos – outrora entendidos como parte da vivência humana, mas agora não suportados pela modernidade –, para que se consolidem práticas realmente transformadoras.

Considerações finais

As informações compartilhadas neste artigo propiciam uma reflexão crítica sobre o uso do medicamento, contribuindo para a difusão do conhecimento e a troca de saberes, a partir de experiências desveladas no estudo, o qual demonstrou aspectos que muito provavelmente podem ser observados em outros cenários do Brasil.

A análise feita à luz da gestão do cuidado evidenciou sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso de medicamentos, sendo esses, por vezes, desnecessários; e que o fazem como único recurso terapêutico. O sujeito – neste caso, ‘assujeitado’ – não tem autonomia sobre o cuidado de si, e a relação

profissional-usuário, com frequência, não permite decisões compartilhadas sobre seu projeto terapêutico.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico, o serviço, os profissionais e os familiares concordam que a presença da família na terapêutica é um fator importante no cuidado em saúde. Contudo, considera-se que o cuidado concentra-se na família e há sobrecarrega, gerando angústia, o que pode resultar no adoecimento familiar. Dito isto, é preciso ressaltar que os Caps devem oferecer apoio aos familiares dos usuários, na busca pelo cuidado integral.

Observou-se, ainda, que a gestão da medicação é a principal atribuição da família. A relação da família com seu ente adoecido é uma linha tênue do cuidado, pois quando esta relação não se dá de forma orientada, pode promover uma situação de superproteção, o que favorece a impossibilidade de autonomia do usuário. Ou seja, a corresponsabilização do familiar pode desfavorecer a corresponsabilização do sujeito com o cuidado de si próprio.

O medicamento revelou-se como base terapêutica e também como princípio de conduta médica, tendo em vista que todo o cuidado ofertado ao usuário é pautado na sua prescrição, e que grupos terapêuticos, oficinas de trabalho e consultas com profissionais não médicos apresentam-se como coadjuvantes no tratamento. Somado a essas evidências, a grande demanda, o espaçamento entre consultas e a precarização das relações de trabalho impossibilitam a construção de vínculos entre profissional e usuário, tão necessária para um cuidado integral.

No que concerne à organização do serviço, percebeu-se um cuidado restrito ao Caps, onde os demais dispositivos que compõe a Raps ficam subutilizados. Há, ainda, uma importante desarticulação com a Atenção Primária à Saúde, tendo em vista falhas no referenciamento, além do não compartilhamento de projetos. Tais fatos contribuem

para a institucionalização do usuário no Caps, entendendo este serviço como o único equipamento disponível.

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

do cuidado deve voltar-se para ações que busquem romper com a limitação das ações dos profissionais, usuários e seus familiares, diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influem na capacidade de participação social, ou seja, na compreensão de um sujeito integrado em uma coletividade, mas sem deixar de reconhecer os limites e as potencialidades da sua singularidade. ■

Referências

AMARANTE, P. C. D. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BARBOSA, V. F. B. *et al.* The mental health care in Brazil: a reading from the biopower and biopolitics devices. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016.

BEZERRA, I. C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 maio 1998. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 8 ago. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- COSTA, A. *et al.* Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 7, p. 46-53, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- MAITI, R.; ALLOZA, J. Social Pharmacology: Expanding Horizons. *Indian j pharmacol*, Ahmedabad, n. 46, p. 246-50, 2014.
- MERHY, E. E. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões*. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos – a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
- PIRES, M. R. G. M; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, DF, v. 62, n. 2, abr. 2009.
- ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 23, n. especial, p. 37-44, 2011.
- SANTOS, D. V. D. *Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada*. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.
- SILVA, A. C. P. *et al.* A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012.
- SILVA, H. F.; OLIVEIRA, E. A. Panorama da produção de medicamentos no Brasil. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* (Org.). *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan./jun. 2006.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016
 Versão final em junho de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve