
MEDICAÇÃO PACTUADA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO DE UM CAPS: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM¹

Luciane Prado Kantorski², Ariane da Cruz Guedes³, Aline Machado Feijó⁴, Cláudia das Neves Hisse⁵

¹ Recorte da pesquisa - Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-CT-Saúde-Edital 07/2005.

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pesquisadora do CNPq. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: arianecguedes@gmail.com

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Enfermeira do Hemocentro Regional de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: aline_feijo@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Enfermeira Técnico-administrativo da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: claudiah.08@hotmail.com

RESUMO: Estudo descritivo e exploratório, com abordagem metodológica qualitativa, que teve como objetivo analisar, no processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial, a utilização da medicação negociada como recurso terapêutico para a reinserção social e suas contribuições para a enfermagem. Desenvolveu-se em um Centro de Atenção Psicossocial II do município de Alegrete-RS, no período de maio a junho de 2006. Analisaram-se os diários de campo realizados por três pesquisadores, segundo a análise temática de Minayo, sendo que o registro de observação totalizou 390 horas. Dentre os principais resultados destacou-se a negociação da medicação que se apresentou como efetiva no serviço em estudo, e o relacionamento interpessoal entre profissionais e usuário. Conclui-se que é relevante a abordagem da medicação de maneira negociada, pois desta forma o usuário tem autonomia para opinar e decidir sobre as questões referentes ao seu tratamento.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Psiquiatria. Psicotrópicos. Serviços de saúde mental.

NEGOTIATED MEDICATION AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN THE WORK PROCESS OF A PSYCHO-SOCIAL CARE CENTER: CONTRIBUTIONS TO NURSING

ABSTRACT: This descriptive and exploratory study with a qualitative methodological approach aimed to analyze the use of negotiated medication as a therapeutic resource for social reintegration and its contributions to nursing, in the work process of a Psycho-Social Care Center. It was undertaken in a Psycho-Social Care Center II in the municipality of Alegrete in the state of Rio Grande do Sul-RS in the period May-June 2006. The field diaries kept by three researchers were analyzed according to Minayo's thematic analysis; the record of observations totalled 390 hours. Among the principal results, the negotiation of the medication - which was presented as effective in the service under study - and the interpersonal relationship between health professionals and the user stood out. It is concluded that it is relevant to approach medication in a negotiated manner, as in this way the user has autonomy to give opinions and make decisions regarding issues referent to his or her treatment.

DESCRIPTORS: Nursing. Psychiatry. Psychotropics. Mental health services.

MEDICACIÓN PACTADA COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN EL PROCESO DE TRABAJO DE UN CAPS: CONTRIBUCIONES PARA LA ENFERMERÍA

RESUMEN: Estudio descriptivo con enfoque cualitativo que tuvo como objetivo analizar, en el proceso de trabajo de un Centro de Atención Psicosocial, la utilización de la medicación negociada como recurso terapéutico para la reinserción social y sus contribuciones para la enfermería. Se convirtió en el Centro de Atención Psicosocial II de la ciudad de Alegrete-RS, entre mayo y junio de 2006. Se analizaron los diarios de campo realizados por tres investigadores, de acuerdo con el análisis temático Minayo, siendo que el registro de observación totalizó 390 horas. Entre los principales resultados se destacó la negociación de la medicación que se presentó como efectiva en el servicio en estudio y el relacionamiento interpersonal entre profesionales y usuario. Se concluye que el enfoque es la medicación pertinente para negociar, porque de esta manera el usuario es libre de opinar y decidir sobre los asuntos relacionados con su tratamiento.

DESCRIPTORES: Enfermería. Psiquiatría. Psicotrópicos. Servicios de salud mental.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo importante para a modificação da visão sobre loucura, e tem como finalidade a modificação dos saberes e práticas que constituem o cuidado em saúde mental. Além disso, esta procura ressignificar o objeto de intervenção e o sofrimento psíquico, com o intuito de romper com os manicômios internos e externos, alterando assim a forma de pensar e agir da sociedade.

O objetivo dos profissionais da saúde mental que prestam cuidados é a reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico, a fim de promover a reinserção social. Entende-se a reabilitação psicossocial como uma maneira de vincular o indivíduo com a realidade, levando em consideração seu contexto histórico e social e sua subjetividade. Neste âmbito, o transtorno psíquico é considerado mais um fato inerente à vida da pessoa.¹

Neste contexto, em que se prima pela desinstitucionalização, deu-se início a construção de uma rede de atenção em saúde mental para substituir a internação em hospitais psiquiátricos e oferecer cuidados biopsicossociais ao indivíduo em sofrimento psíquico, dentro da comunidade em que vive, a fim de prover as suas necessidades.² Assim, os serviços substitutivos que compõem essa rede são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), hospitais-dia, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dentre outros.³

Os CAPSs têm se destacado dentro do contexto da reforma psiquiátrica, pois representam um dos avanços mais significativos na atenção psicossocial e reinserção social. Eles também desempenham o papel de articuladores da rede comunitária de cuidados em saúde mental, são serviços substitutivos à atenção centralizada na assistência hospitalar psiquiátrica, sendo o principal serviço estratégico do Ministério da Saúde.⁴

As funções dos CAPSs são de atendimento clínico diário, promoção da reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico através de ações intersectoriais, de regulação da porta de entrada da rede de saúde mental dentro da sua área de atuação e de suporte a rede básica quanto à atenção em saúde mental. Desta forma, os CAPSs são os articuladores da rede e da política de saúde mental em um dado território.⁵

Salienta-se, ainda, que estes serviços buscam promover a autonomia e a responsabilidade do usuário para que este seja protagonista no processo de reabilitação, além de utilizar como estratégias

de reinserção social o acesso ao trabalho, a preservação e o fortalecimento das redes de apoio, as atividades de lazer e o exercício dos direitos civis, bem como a participação em oficinas e grupos.

Neste enfoque da reforma psiquiátrica em que há a necessidade de modificar o olhar quanto ao objeto de intervenção, tornam-se relevantes também mudanças nas práticas terapêuticas. Deste modo, a finalidade do trabalho, em saúde mental, deixou de ser a cura e passou a ser a reabilitação psicossocial e a reinserção social, necessitando assim de novos instrumentos de trabalho como a escuta e a valorização da pessoa em sofrimento psíquico como cidadão, além dos tradicionais meios físicos e químicos.³ Portanto, no campo da atenção psicossocial, a medicação é vista como suporte para que a potencialização da qualidade de vida.

Porém, sabe-se que a prescrição da medicação, instrumento de trabalho pertencente ao campo da medicina, torna-se também força de poder quando este profissional se apropria totalmente de um discurso que rotula determinado indivíduo a determinada patologia, e com base nesses sinais e sintomas planeja intervenções. Observa-se que a terapêutica medicamentosa, utilizada em um contexto em que a medicação não é negociada, permanece como indicação prioritária das intervenções psiquiátricas, associadas a procedimentos diagnósticos descritivos pautados pelo discurso científico. Além disso, considerando a socialização do discurso médico estabelecida pelas campanhas de *marketing* financiadas pela indústria farmacêutica e pela mídia, pode-se reconhecer em destaque o paradigma do discurso médico na produção e veracidade acerca do sofrimento psíquico e de sua essência.⁶

Contudo, deve-se refletir sobre este instrumento de trabalho. No modelo asilar há ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que há pretensão de tratar, implicando assim, que seu meio básico seja "medicamentoso". Não há responsabilização do indivíduo em seu tratamento, pois sua existência subjetiva não é considerada e também porque se acredita que quem realmente age é o remédio. Portanto, em outra dimensão, poder-se-ia dizer que não é sequer o corpo, mas sim o organismo, o principal destinatário das ações.⁷

Todavia, no modelo psicossocial há o empoderamento do indivíduo em seu tratamento, e o foco deixa de ser a terapia medicamentosa e passam a ser valorizadas as suas redes sociais, sua família, amigos e vizinhos, como agentes contribuintes para o sucesso da reabilitação psicossocial.

Portanto, juntamente com as mudanças no modelo de atenção em saúde mental, vem a mudança em todo o contexto de práticas solidificadas ao longo dos anos, e com isso, a enfermagem em seu campo de atuação fora das instituições manicomial, deve constituir-se em agente transformador social, modificando o modelo de atendimento e o paradigma.⁸

Levando em conta que nesse contexto a medicação não é sinônimo de medicalização, cabe ressaltar o quanto essa mudança de paradigma é importante na trajetória de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico. Conseqüentemente, quando há necessidade do emprego desta no tratamento, há a necessidade de ser administrada com responsabilidade, levando em conta a história de vida dos indivíduos e não apenas o sintoma clínico, tornando assim um processo efetivo no âmbito da atenção psicossocial. Nesse sentido, a enfermagem torna-se estratégica, pois de certa forma é responsabilizada pela administração e orientação da terapia medicamentosa, devendo estar afinada com os objetivos essenciais da reforma psiquiátrica para que de fato seja agente de transformação.

Em virtude desta construção sócio-histórico-cultural em torno da loucura, que divide o tratamento em dois contextos distintos (enfoque medicamentoso e enfoque psicossocial), e pelo fato de os estudos⁹⁻¹² enfocarem apenas aspectos clínicos e farmacológicos das medicações, pensou-se em elaborar este estudo, com o intuito de salientar o processo de trabalho que se utiliza da medicação de maneira negociada como um recurso terapêutico, a fim de fortalecer o vínculo profissional-usuário e a reinserção deste na sociedade. Portanto, o objetivo do presente estudo foi analisar, no processo de trabalho de um CAPS, a utilização da medicação negociada como recurso terapêutico para a reinserção social.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser de caráter descritivo e exploratório com abordagem metodológica qualitativa e foi desenvolvido a partir dos dados de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Alegrete-RS, sendo a coleta de dados realizada no período de maio a junho de 2006.

O município de Alegrete localiza-se na fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, a 506 km de distância da capital, Porto Alegre. Possui um total de 78.984 habitantes, estando a faixa etária

concentrada entre zero e 50 anos.¹³ A base da economia está centrada na agricultura e pecuária.¹⁴

A rede de saúde mental do município de Alegrete compõe-se de CAPS II, CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) e CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas), Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e leitos psiquiátricos em hospital geral, sendo que possui uma coordenação geral dos serviços e em cada unidade existe um coordenador específico.¹⁵ Em 2009 apresentou 212 internações psiquiátricas em hospital geral, correspondendo a 3,7% das internações dentre as demais especialidades.¹³ Vale destacar também que neste município não há hospital psiquiátrico. Os indivíduos em sofrimento psíquico dispõem de uma rede diversificada e efetiva de cuidados em saúde mental, baseada nos serviços substitutivos e territorializados.

O CAPS II, em estudo, oferece atendimentos individuais e em grupo, tendo como principal preocupação a inclusão social do usuário. Em relação às atividades que integram o serviço, as oficinas de saúde mental coletiva ocorrem diariamente, sendo facilitadas a cada dia por um profissional com formação diferente; os temas são diversos, privilegiando a integralidade dos indivíduos. Também fazem parte do cronograma de atividades, oficinas de trabalhos manuais, atividades pedagógicas, atividades na horta, teatro, yoga, capoeira, grupo de obesidade, grupo de alfabetização e oficina de família.¹⁵

A reunião do CAPS com a coordenação municipal de saúde mental e as reuniões de equipe são semanais. A equipe profissional é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, acompanhante terapêutico, assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, oficinheiros que possuem formação em educação física e pedagogia. Ainda, possui recepcionistas, cozinheira, funcionários de higienização, motorista e parceiros voluntários.¹⁵

Participaram da coleta dos dados três pesquisadores previamente capacitados para essa finalidade. Estes permaneceram no contexto do serviço por cerca de um mês, observando a dinâmica do mesmo, sendo que o registro de observação totalizou 390 horas. No início, a observação foi pouco estruturada e mais ampla, permitindo que o observador conhecesse o serviço de forma mais geral, percebendo o que era mais importante de ser salientado. Após, tornou-se mais focalizada para que se alcançassem os objetivos propostos.¹⁶ O roteiro de observação abrangia aspectos como

a estrutura e a dinâmica do serviço, as formas de atendimento, a organização dos registros, a participação dos usuários e familiares e o processo de trabalho dos profissionais.

Para a análise dos dados utilizou-se os diários de campo dos três pesquisadores, os quais deram subsídios para analisar, no processo de trabalho de um CAPS, a utilização da medicação negociada como recurso terapêutico para a reinserção social. Para isso realizou-se a leitura exaustiva dos três diários de campo, e após, organizou-se os dados em núcleos temáticos.¹⁷

Este estudo respeitou os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos indicados na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, mediante Ofício n. 074/05, de 11 de novembro de 2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os medicamentos são elementos significativos dos recursos terapêuticos disponíveis. São empregados visando o bem-estar físico e mental do homem, portanto, constituem-se em um importante fator de impacto na resolutividade dos serviços de saúde. Data de 1952 a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos. Desde então, a indústria farmacêutica investe, ano após ano, mais recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e investe grande parcela de recursos no *marketing* de novas drogas.⁶

No contexto da reforma psiquiátrica, em decorrência da mudança do modelo hospitalocêntrico para a atenção psicossocial, centrada no indivíduo como ator social ativo, surge também a transformação das práticas que permeiam a organização do processo de trabalho no campo da saúde mental. Destaca-se a utilização da medicação de forma diferenciada, deixando de ser coercitiva e alienadora para ser um instrumento terapêutico que contribui na reinserção social do indivíduo e para o seu convívio em liberdade.

Atualmente, há um contraste de padrões. Por um lado se tem o modelo manicomial, quando a medicação é distribuída em muitos locais de maneira aleatória e sem responsabilidade com os indivíduos, os quais são tratados como pessoas sem nome, sem identidade, sem vontades, com sua subjetividade reprimida, e por outro lado, há uma sociedade moderna que se diz revolucionária

e forte, mas que tem em seu *ranking* a depressão como uma das principais doenças incapacitantes, chegando a ser denominada como a “doença do século”. Hoje, qualquer sinal e sintoma são sinônimos de consumo de necessidades de medicação. Nesse sentido, é necessário que se reflita sobre a questão da medicalização, antes estocástica e hoje completamente abrangente, lembrando que a proposta para a atenção psicossocial é que esta deve ser pactuada entre equipe e usuário.

Entretanto, não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XXI, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si.⁶

Todavia, defende-se a reforma psiquiátrica e seus benefícios para a trajetória de vida dos indivíduos, os quais são considerados protagonistas do seu percurso, amplamente respaldados por suas vontades e desejos. Portanto, nesse âmbito há um olhar diferenciado para o uso da terapêutica medicamentosa.

A medicação negociada no contexto da atenção psicossocial

No CAPS de Alegrete, onde foi realizado o estudo, percebeu-se que o uso da medicação é considerado um instrumento de trabalho que empodera os indivíduos que recebem atendimento, pois esta é discutida com o usuário. Por conseguinte, evidencia-se que a negociação contribui para a reabilitação psicossocial dos indivíduos, ou seja, o indivíduo em sofrimento psíquico passa a interagir com a equipe na negociação de seu tratamento. Podemos evidenciar na fala seguinte a preocupação do profissional em rever a medicação para que o usuário pudesse comprar, assim como refere a articulação com a psicóloga:

[...] no primeiro atendimento, refere nervosismo, parou com o tratamento alegando não ter dinheiro para comprar Fluoxetina e Diazepam [...]. O profissional propõe rever a medicação e pergunta sobre o acompanhamento com a psicóloga. A X diz ter parado, inclusive, com a oficina de alfabetização que ela participava (Obs. 02).

Na observação pode-se conhecer a atenção que os usuários recebem quando está em foco a medicação, pois quando o indivíduo refere não ter condições financeiras para comprar as medicações

em uso, o profissional se propõe a reavaliar, e ainda preocupa-se com o seu contexto em geral e se está tendo acompanhamento com outros técnicos.

A responsabilidade no campo da atenção psicossocial consiste num processo de negociação, delegação e divisão de encargos entre profissionais, usuários, familiares e indivíduos da comunidade que estão vinculados ao indivíduo em sofrimento psíquico. Estes são responsabilizados de diversas maneiras a tomar para si parte da assistência, formando assim redes de suporte social que visam construir outro caminho para o indivíduo diferente da internação e do desamparo.¹⁸

Nessa perspectiva de transformações do modelo de atenção, foi alterada até mesmo a maneira como se refere ao indivíduo em sofrimento psíquico. O termo "usuário" foi inserido pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de ressaltar que este é o ator principal no processo de seu cuidado, pois antigamente era referido apenas como "paciente", ou seja, indivíduo passivo e resignado quanto a sua condição. Essa expressão foi introduzida com propriedade na área da saúde mental, conduzindo os indivíduos em sofrimento psíquico à troca de lugar social.

Sendo assim, esses usuários necessitam ser orientados e envolvidos nos encaminhamentos, soluções e tratamentos que devem ser construídos em conjunto com a equipe, tornando-se protagonistas durante todo o processo terapêutico.¹⁹

A qualidade das relações que se estabelecem entre o usuário e os outros (dentre esses se destacam a equipe de saúde, a família e os amigos), considerados por ele como importantes, pode facilitar ou dificultar o tratamento.²⁰ Pensando nesse sentido de articulação da equipe com o indivíduo que vivencia o transtorno mental, no serviço em estudo percebe-se a intermediação dos profissionais na questão da medicação.

No momento em que a usuária não estava se sentindo bem, esta foi atendida e foram verificados seus sinais vitais, questionando também o uso do psicofármaco que estava utilizando:

[...] sentamos eu e a X ao lado da usuária. A X foi conversando com ela, disse que sua pressão estava 200x50mmHg por ter ficado muito nervosa, mas que com o calmante que tinha tomado a tendência era que a pressão também baixasse. Disse que tinha conversado com o médico e que tinha que trocar a medicação dela (Obs. 03).

Sendo assim, percebe-se na colocação do Obs. 03, que no contexto do CAPS, há uma responsabilização com o usuário, pois há uma transversa-

lidade que vincula indivíduo-equipe, a fim de que o cuidado/tratamento seja efetivo e benéfico na vida do indivíduo em sofrimento psíquico, onde a escuta e o acolhimento estão presentes.

Sabe-se que o vínculo, no contexto da produção de cuidado, é diferenciado do que é produzido na ligação heterônoma, a qual se refere à relação de vinculação em que um dos indivíduos não obtém oportunidade de estabelecer a sua autonomia e muito menos condições para sua emancipação social e subjetiva.²¹

Percebe-se na dinâmica do processo de trabalho dentro do CAPS de Alegrete, envolvendo a negociação da medicação especificamente, que a maneira como são pactuadas as relações dos usuários com a equipe interferem diretamente na adesão do indivíduo ao seu tratamento, pois este é visto como protagonista nesse processo.

Um dos pontos mais importantes para a melhoria da adesão dos indivíduos ao seu tratamento é a abordagem dos efeitos colaterais das medicações que fazem uso. Estes devem ser pesquisados com profundidade, sempre que possível, com vistas à sua eliminação ou, ao menos, minimização. Trocar a medicação, reduzir a dosagem e utilizar medicações concomitantes para alívio de sintomas extrapiramidais são iniciativas muito pertinentes.⁹

O X prescreve Amplictil e Diazepam, orienta sobre reações, e que retorne caso não perceba melhora (Obs. 02).

Salienta-se a importância de orientar os usuários sobre o objetivo do uso da medicação, seus possíveis efeitos colaterais e a possibilidade desta não fazer o efeito desejado, ressaltando que sempre quando necessário os profissionais estarão disponíveis para auxiliá-los. Também, é importante enfatizar que utilizar a medicação torna sua vida mais próxima da normalidade, contribuindo para seu bem-estar físico e psíquico e promovendo uma reinserção social mais efetiva. Isso ajudará na adesão do usuário ao tratamento proposto.

O relacionamento interpessoal entre profissionais e usuários

De acordo com a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPSs,²² outro instrumento de trabalho utilizado dentro do serviço de saúde mental são as Visitas Domiciliares (VDs), o que pode ser exemplificado na citação a seguir.

A X combina que vai fazer uma VD para ver a situação amanhã de manhã; orienta para ela trazer a

medicação para tomar aqui no CAPS, e para vir diariamente ao CAPS, até ficar bem. Combina que depois vai passar ela para outra terapeuta [...]. Uma paciente X atrapalhada, suja, com mau cheiro, entra para retirar a medicação. A X pergunta se sobrou Amplictil, ela diz que sim, então a X diz que alguém vai fazer uma VD para ver a medicação que está sobrando (Obs. 01).

As visitas domiciliares são para administração de medicação injetável em um usuário de caráter não-intensivo (Obs. 02).

Elas me disseram também que tinham medicações para fazer no domicílio (Obs. 03).

A VD é um instrumento de trabalho que permite aos profissionais de saúde mental oferecer um cuidado integral ao usuário. Ainda, promove o estabelecimento e fortalecimento do vínculo dos usuários com a equipe, organiza o trabalho de maneira que possa garantir uma continuidade do cuidado, uma relação de confiança e um conhecimento das famílias.²³

Nesse sentido, as VDs servem de suporte para o atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico, os quais não ficam desamparados quando há necessidade de serem medicados em suas casas. Este momento é propício para o profissional de saúde visualizar o contexto social em que o usuário encontra-se, podendo planejar uma assistência qualificada que contemple as necessidades do indivíduo, promovendo sua reinserção social e salientando que a família deve ser co-adjuvante neste processo.

Ainda, no processo de trabalho dentro do CAPS, as medicações podem ser negociadas também dentro de um espaço conhecido como oficinas terapêuticas. Estas são atividades que permitem o encontro dos indivíduos em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da sua cidadania, a convivência com os diferentes e principalmente a expressão da liberdade. Estas vêm tomando uma nuance diferenciada no campo da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, têm caráter de reinserção social, respeitando as singularidades de cada indivíduo e sua cultura.²⁴

No serviço de Alegrete, estas oficinas são conhecidas como Grupo de Medicação. Nesse espaço há discussão com os usuários do CAPS sobre a sua terapêutica, as dúvidas são esclarecidas e estes recebem informações que contribuem para a eficácia do seu tratamento.

Reunião de usuários intensivos e familiares. Esta reunião antecede a assembléia dos usuários e ocorre em dois momentos: o primeiro só com os homens e o segundo

com as mulheres. É coordenado pelo X e, após a reunião, são distribuídos os medicamentos para os usuários em pacotes contendo a medicação de cada um até o próximo encontro (Obs. 02).

Ela tem atendimento em grupo com quatro pacientes intensivos: que tem que sair porque está com acatisia, inquietude – os outros comentam que ele está muito medicado; paciente jovem impregnada, babando, é cuidada por uma senhora, e a X diz que falou com o psiquiatra, pois vão iniciar uma redução de sua medicação. Falou muito, um homem de mais ou menos 45 anos, ele e a esposa são usuários, diz que faz confusão com os medicamentos em casa e não sabe se está tomando certo (Obs. 01).

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

Nesse contexto, para o indivíduo em sofrimento psíquico, que antes convivia com várias internações hospitalares, o CAPS surge como dispositivo que possibilita a realização do tratamento em liberdade, com a ajuda dos profissionais e, em especial, dos enfermeiros. São estes trabalhadores que, na maior parte dos casos, têm conseguido oferecer um suporte integral aos usuários e suas famílias. Dessa forma, este consegue enfrentar as crises em seu contexto familiar, evitando a internação e, consequentemente, diminuindo a cronicidade.²⁵

Anteriormente, quando não havia uma rede de saúde mental estruturada e, portanto, não existiam serviços substitutivos ao modelo manicomial, o tratamento medicamentoso era utilizado como o principal método de contenção em momentos de crise. Entretanto, hoje se mudou o foco e existem algumas estratégias de intervenção como o afeto e a contenção mecânica, por exemplo.

Nesse contexto de mudança de estratégias do processo de trabalho da equipe de saúde mental e, mais especificamente, da equipe de enfermagem para com os indivíduos em sofrimento psíquico, surgem iniciativas criativas e inovadoras que mudam o foco da doença/cura para o indivíduo e suas potencialidades enquanto ator social, ressaltando suas subjetividades e seu poder de escolha e decisão em seu tratamento, o que pode ser exemplificado na observação a seguir:

[...] uma senhora idosa diz que prefere que a X tome a medicação no CAPS durante o dia e à noite em casa. Justifica que ela não sabe ler, que confunde e

prefere assim. A enfermeira diz que tudo bem. A mãe reforça para a paciente que a medicação em casa será somente à noite [...]. A enfermeira chama uma usuária e pergunta se ela 'tomou' a injeção; ela responde que sim. Então combinam para X vir tomar no CAPS, e ela concorda [...] (Obs. 01).

Nas observações percebe-se que o enfermeiro tem o papel de mediador entre os profissionais de saúde e o usuário, além de realizar as funções inerentes a prática profissional, como as de cunho burocrático, de administração e organização das medicações, liderança de grupos e gerenciamento do serviço. Ainda, realiza atividades de educação em saúde, incluindo orientações tanto para os usuários quanto para os familiares e cuidadores, que objetivem a transformação da realidade no campo psicossocial.

As intervenções educativas devem observar a unicidade, necessidades e características do usuário, desta forma não existe uma forma única e genérica de proposta educativa, no entanto a conscientização e participação ativa dos atores envolvidos no processo é um requisito ímpar para a garantia de práticas educativas que visem à promoção e prevenção da saúde na comunidade.²⁶

O profissional enfermeiro, quanto mais consciente de sua responsabilidade pessoal e social, de sua função de trabalhador inserido em um contexto social e de cidadão, maior capacidade terá para elencar instrumentos de trabalho que objetivem o resgate dessa mesma condição de individualidade aos indivíduos em sofrimento psíquico.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema deste estudo – medicação negociada como recurso terapêutico para a reinserção social – merece atenta e permanente reflexão científica, por tratar-se de uma importante questão no âmbito da saúde pública com escassez de estudos científicos nacionais.

Assim, é relevante a abordagem da medicação de maneira negociada, pois desta forma o usuário tem autonomia para opinar e decidir sobre as questões referentes ao seu tratamento, ou seja, a terapêutica não é mais centrada no modelo biomédico, onde o objetivo maior é a cura, mas sim em um tratamento que proporcione qualidade de vida e, principalmente, que resgate a cidadania e restitua a liberdade pertinente a cada ser humano. Ressalta-se que os instrumentos de trabalho, como a medicação pactuada utilizada nesse processo é contribuinte para a reinserção social dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Kantorski LP. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: Valladares ACA, organizador. Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo (SP): Vetor; 2004. p.15-30.
2. Heck RM, Bielemann VLM, Ceolin T, Kantorski LP, Willrich JQ, Chiavagatti FG. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um Centro de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):647-55.
3. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003 Mai-Jun; 11(3):333-40.
4. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc*. 2008; 17(1):95-106.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2004 [acesso 2009 Out 1]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf
6. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ Pesqui*. 2007 Jan-Mar; 33(1):151-61.
7. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2000.
8. Danese MCF, Furegato ARF. O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2001 Mai-Ago; 25(58):70-6.
9. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Rev Psiq Clín*. 2007; 34 (Supl 2):189-92.
10. Zisook S, Kasckow JW, Golshan S, Fellows I, Solorzano E, Lehman D, et al. Citalopram augmentation for subsyndromal symptoms of depression in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2009 Apr; 70(4):562-71.
11. Canuso CM, Dirks B, Carothers J, Kosik-Gonzalez C, Bossie CA, Zhu Y, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of paliperidone extended-release and quetiapine in inpatients with recently exacerbated schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2009 Jun; 166(6):691-701.
12. Ketter TA, Brooks JO, Hoblyn JC, Champion LM, Nam JY, Culver JL, et al. Effectiveness of lamotrigine in bipolar disorder in a clinical setting. *J Psychiatr Res*. 2008 Nov; 43(1):13-23.

13. Ministério da Saúde [página na Internet]. Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul. Brasília (DF): MS; 2009 [acesso 2007 Jan 4]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm
14. Prefeitura Municipal de Alegrete [página na Internet]. Município de Alegrete [acesso 2007 Jan 4]. Disponível em: www.daer.rs.gov.br/tab_dist.pdf
15. Kantorski LP, organizadora. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório. Pelotas (RS): Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 2007.
16. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation. San Francisco (US): Jossey Bass Publishers; 1998.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
18. Silva MBBE. 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* 2005 Jan-Jun; 15(1):127-50.
19. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo (SP): Fiocruz; 2007.
20. Cunha MF, Gandini RC. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Psicol Teor Pesq.* [online]. 2009 [acesso 2009 Out 1]; 25(3):409-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a15v25n3.pdf>
21. Sousa DLM, Pinto AGA, Jorge MSB. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza-Ceará. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Jan-Mar; 19(1):147-54.
22. Ministério da Saúde (BR). CAPS - perguntas e respostas [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2002 [acesso 2009 Out 1]. Disponível em: www.inverso.org.br/index.php/content/view/9689.html
23. Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
24. Lappan-Botti NC. Oficinas em saúde mental: história e função [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.
25. Ribas DL, Borenstein MS, Padilha MICS. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan-Mar; 16(1):40-6.
26. Damo NG. Um estudo sobre ações educativas para o uso de medicamentos [tese]. Blumenau (SC): Universidade Regional de Blumenau, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2006.