

COLOCANDO OS DIREITOS NA RODA: RESSONÂNCIAS E ENCONTROS COM A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Antonio Bolis de Oliveira Neto¹
Analice de Lima Palombini²

RESUMO

A participação social, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), tem se mostrado um desafio difícil de alcançar, principalmente no contexto da Saúde Mental. O presente artigo aborda a temática do exercício de direitos dos usuários e suas relações com o cuidado em saúde mental, partindo da experiência de usuários e trabalhadores envolvidos com a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no estado do Rio Grande do Sul. Esse artigo tem como objetivo problematizar a noção de direitos dos usuários e suas repercussões no cuidado em saúde mental. Para responder a esses objetivos, inspiramo-nos no método Paidéia para o acompanhamento das rodas de conversa com usuários e moderadores dos grupos GAM. Dessa forma, foi possível observar a dificuldade de efetivação dos direitos dos usuários, os quais possuem pouco ou nenhum conhecimento sobre esse tema. Outro ponto que se destaca são as altas taxas de consumo de psicofármacos nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Direitos dos Usuários. Saúde Mental. Gestão Autônoma da Medicação

¹Psicólogo clínico; Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS.

²Docente de graduação em Psicologia e pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS; Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ.

TALKING ABOUT RIGHTS: RESONANCES AND MEETINGS WITH AUTONOMOUS MEDICATION MANAGEMENT

ABSTRACT

Social participation, a guideline of the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*), has proved to be a difficult challenge to achieve, especially in the context of Mental Health. This article addresses the issue of the exercise of users' rights and their relationship with mental health care, based on the experience of users and workers involved with the Autonomous Medication Management (*Gestão Autônoma da Medicação*) strategy in the Brazilian state of Rio Grande do Sul. This article aims to problematize the notion of users' rights and their repercussions on mental health care. In order to answer these objectives, we were inspired by the Paidéia method for monitoring the conversation circles with users and moderators of the GAM groups. Thus, it was possible to observe the difficulty in realizing the rights of users, who have little or no knowledge on this topic. Another point that stands out is the high rates of consumption of psychiatric drugs in health services.

Keywords: User Rights. Mental health. Autonomous medication management

HABLANDO DE DERECHOS: RESONANCIAS Y REUNIONES CON LA GESTIÓN AUTÓNOMA DE MEDICAMENTOS

RESUMEN

La participación social, una directriz del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), ha demostrado ser un desafío difícil de lograr, especialmente en el contexto de la Salud Mental. Este artículo aborda el tema del ejercicio de los derechos de los usuarios y su relación con la atención de la salud mental, en base a la experiencia de los usuarios y trabajadores involucrados con la estrategia de Administración de Medicamentos Autónomos (*Gestão Autônoma da Medicação*) en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Este artículo tiene como objetivo problematizar la noción de los derechos de los usuarios y sus repercusiones en la atención de la salud mental. Para responder a estos objetivos, nos inspiramos en el método Paidéia para monitorear los círculos de conversación con usuarios y moderadores de los grupos GAM. Por lo tanto, fue posible observar la dificultad de hacer realidad los derechos de los usuarios, que tienen poco o ningún conocimiento sobre este tema. Otro punto que destaca son las altas tasas de consumo de drogas psiquiátricas en los servicios de salud.

Palabras-clave: Derechos del usuario. Salud mental. Gestión de medicación autónoma

INTRODUÇÃO

A importância da participação dos usuários no cuidado em saúde não é um fato novo, é presente desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Porém, a sua materialização tem se apresentado como um desafio difícil de alcançar. Tal desafio é agravado pelos tempos sombrios de políticas neoliberalistas que vêm deferindo severos golpes às políticas públicas do país, com diferentes estratégias de enfraquecimento e desmonte do SUS. Partimos da premissa de que o respeito aos direitos humanos possui relação direta com a qualidade de qualquer atendimento em saúde e reiteramos a relevância do debate acerca dos direitos dos usuários de saúde mental e sua participação na gestão de seus tratamentos.

A participação social é um dos princípios constitutivos do SUS, entendida como direito de cidadania. Na interface entre a clínica e a política, diversos autores têm apontado a participação dos usuários em seus tratamentos como ponto sensível para qualificação do cuidado e aumento do protagonismo dos usuários. Assim, autonomia, cidadania e cuidado andam lado a lado no cotidiano de trabalhadores e usuários da saúde (KNOSHITA 2014; PRESSOTO *et al.* 2013; ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2017).

Este artigo é derivado de uma pesquisa de mestrado em Psicologia Social e tem o objetivo de analisar e problematizar a noção de direitos dos usuários e suas repercussões no cuidado em saúde mental com uma das temáticas implicadas numa experiência de pesquisa-intervenção envolvendo a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e inspirada no método da pesquisa-apoio Paidéia. (FURLAN, CAMPOS 2014; FURTADO, 2001) A GAM é uma estratégia que visa a um aumento da participação dos usuários de saúde mental nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento, especialmente o medicamentoso, tendo o Guia GAM como instrumento para sua efetivação (ONOCKO-CAMPOS; PALOMBINI; PASSOS, 2013). Formulada no Quebec, Canadá, nos anos 90, por iniciativa de organismos comunitários (movimento de direitos dos usuários da saúde mental e associação de recursos alternativos em saúde mental) associados à universidade, a GAM foi transposta ao Brasil entre os anos 2009 e 2014, através de projeto multicêntrico de pesquisa, com a participação de universidades públicas, movimentos de usuários de saúde mental e centros de atenção psicossocial em três estados do país, que procederam à tradução, adaptação e revisão crítica do Guia GAM ao contexto brasileiro em grupos de intervenção realizados junto aos serviços de saúde mental participantes. Em nosso país, convencionamos então denominar *ferramenta* ao Guia GAM, e *dispositivo* ao grupo GAM, no qual se faz uso da ferramenta Guia GAM. Por meio de textos informativos, alternados a perguntas acerca de hábitos e contexto de vida, experiência de tratamento e conhecimento de direitos, o Guia GAM-BR (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012; ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014) é disparador de uma experiência coletiva em que se compartilham histórias de vida, adoecimento, tratamento, relações. A GAM, em uma de suas definições, caracteriza-se como uma aprendizagem do usuário em relação ao seu processo de adoecimento, sua relação com os medicamentos que usa, com os profissionais e o serviço. Porém, chama atenção o processo que se dá entre os

trabalhadores e os pesquisadores que partilham dessa experiência com os usuários e parecidos que essa vivência produz diferença no modo de fazer saúde de todos os envolvidos.

Com efeito, a GAM parte do entendimento de que, para experimentar a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Assim, um reposicionamento dos usuários com aumento da sua participação nas decisões sobre o seu tratamento, implica, na mesma medida, o reposicionamento das equipes quanto ao modo de pactuar com os mesmos usuários a gestão do serviço e as definições quanto aos projetos terapêuticos singulares.

Ao centrar-se na experiência dos usuários com o uso de psicofármacos, o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) coloca em questão, a partir de sua metodologia participativa, lugares tradicionalmente cristalizados, como as relações médico-paciente, pesquisador-pesquisado, equipe de saúde-usuário e pesquisador-trabalhador. Os desdobramentos da GAM trazem contribuições importantes para o campo da saúde mental, questionando o quanto foi possível avançar no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

1. Direitos e Saúde Mental

Atualmente, o Brasil vive um contexto particular na organização do setor da saúde e no entendimento da saúde como um direito de cidadania. Esse direito de cidadania pode ser traduzido pela expressão *controle social em saúde*, fazendo extrapolar do direito à saúde, a noção de acesso a bens, serviços e ações em saúde ou a garantia de bons atendimentos, dirigindo-se à noção de participação da sociedade nas decisões sobre a formulação e avaliação das políticas públicas de saúde e também na conformação das práticas de cuidado (CECCIM, 2007).

O controle social em saúde é a abertura do Estado para a participação da sociedade em suas decisões. Objetiva estabelecer uma relação onde a sociedade organizada consiga intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses, na definição das prioridades e metas. O SUS tem, na participação da população, um de seus pilares, cabendo assegurar o controle social sobre suas ações. (CARVALHO; PETRIS; TURINI; 2001)

No âmbito da saúde mental, a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de cuidado. Outra referência para a proteção dos direitos dos usuários do SUS é a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, a qual, por sua própria afirmação e divulgação, constitui uma importante estratégia de qualificação dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006).

Porém, em nossa cultura é comum que uma grande maioria das pessoas não tenha conhecimento sobre seus direitos. Essa situação é ainda mais comum quando se trata de pessoas em sofrimento mental, visto que, historicamente, tiveram seus direitos negados, sendo enclausuradas em manicômios sem contato com o mundo exterior. É relativamente recente a preocupação e o cuidado com os direitos das pessoas em sofrimento mental (CORREIA, 2011).

Emerich (2012) alerta que ainda há pouca interlocução entre as leis, o conhecimento e as percepções de usuários e gestores acerca dos direitos aqui discutidos. Tal fato tem dificultado a efetiva possibilidade da emergência de um sujeito de direitos. Portanto, a possibilidade de que os sujeitos não só saibam quais são os seus direitos mas também tenham a real possibilidade de efetivá-los depende não só de uma mudança dentro dos serviços de saúde, mas da sociedade como um todo. Estamos nos referindo a uma dimensão da vida dos usuários que extrapola o serviço de saúde, que é a dimensão da cidadania: um sujeito com direitos reconhecidos e com condições de vida digna. Porém, muitas vezes o contexto de vida dos usuários do SUS é carente de vida digna

Frente a isso são necessários investimentos públicos que possam diminuir as desigualdades sociais, assim diminuindo também o impacto na saúde coletiva. No entanto, temos observado que o direcionamento adotado pelo atual governo federal na condução das políticas públicas segue na contramão de todas as conquistas democráticas do país das últimas décadas, desde o golpe de 64. Diversas medidas adotadas nesses anos de mandato afetaram profundamente a política de combate à desigualdade e violência e a promoção de educação, saúde e cultura.

2. Tratamento Medicamentoso e Gestão Autônoma da Medicação

Há alguns anos, nota-se o grande aumento da medicação da população, bem como sua medicalização. O termo medicalização surgiu no final dos anos 1960 e se refere ao fenômeno através do qual aspectos da vida cotidiana são apropriados pela medicina e transformados em conceitos, patologias e comportamentos sociais. Uma das consequências desse fenômeno é a redução das experiências singulares a fenômenos bioquímicos ordinários (GAUDENZI; ORTEGA 2012; ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2012).

Ivan Illich (1975) discorre sobre a temática da medicalização a partir da noção de iatrogênese - produção de doenças em consequência das próprias práticas médicas. O autor aborda a iatrogênese em três níveis: clínico, social e estrutural ou cultural.

Os aspectos da iatrogênese clínica se referem a doenças causadas pelos próprios tratamentos de saúde, como os efeitos secundários do medicamento, entre outros. Nesse ponto, o autor faz uma severa crítica ao consumo excessivo de medicamentos, que causaria mais danos do que benefícios, provocando novas espécies de doenças que não podem ser curadas pela técnica moderna nem pela imunidade natural.

Já a iatrogenia social ou medicalização social refere-se a uma crescente dependência da população para com as prescrições da medicina como efeito social não desejado e danoso da própria prática médica. O autor considera que a produção de dependência é o maior dano causado pela proliferação dos profissionais da saúde e pela medicina, expresso de diferentes formas: os níveis de saúde não melhoram proporcionalmente ao aumento das despesas médicas (*iatrogênese social*); os médicos têm papel ativo no processo de engajamento dos pacientes no consumo excessivo de medicamentos (*invasão farmacêutica*); e o *controle social pelo diagnóstico* - há uma etiquetagem iatrogênica dos diferentes momentos da vida, levando as pessoas a verem como natural a necessidade de cuidados médicos de rotina pelo

mero fato de serem crianças, gestantes, idosos (*controle social pelo diagnóstico*) (ILLICH, 1975).

O terceiro nível, relacionado ao cultural, discorre sobre como a medicina moderna retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. Assim, a perda decorre da aniquilação do potencial cultural das pessoas para lidarem de forma autônoma com o adoecimento, com a dor e com a morte, causando o que Illich chama de regressão estrutural do nível de saúde. (ILLICH, 1975; GAUDENZI, ORTEGA 2012).

Além disso, Del Barrio, Perro e Ouellette (2008) ressaltam outros aspectos dessa problemática – a limitada eficácia dos psicotrópicos para tratar os transtornos mentais e a minimização da importância dos efeitos secundários que, às vezes, são muito negativos. Enfatizam também a falta de espaços para o debate sobre a amplitude de suas utilizações e das hipóteses e concepções do sofrimento que fundamentam sua legitimidade.

Levando em conta as demandas complexas do sofrimento humano, é um tanto paradoxal constatar que, muitas vezes, mesmo em contextos como o da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a oferta de tratamento em saúde mental segue muitas vezes reduzida apenas à oferta de psicotrópicos. Além disso, a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários sobre o tratamento é em geral deficiente; estes últimos costumam desconhecer o motivo ou o tempo de duração das suas terapias medicamentosas, além de terem baixo nível de autonomia para decidir sobre seu próprio tratamento (ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2012).

3. Girando a Roda: Notas sobre a Proposição de um Método para Acompanhamento de Coletivos Organizados para a Produção de Saúde

Os dados analisados nesse artigo são resultantes da pesquisa multicêntrica *Implementação e descentralização da estratégia Gestão Autônoma da Medicação* (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação. Tal pesquisa teve como objetivo avaliar o uso do Guia GAM-BR por iniciativa de serviços da rede de atenção psicossocial de três regiões do estado do RS, com suporte da Secretaria Estadual da Saúde do RS, considerando os possíveis efeitos da experiência de participação nos grupos GAM na formação de pessoal universitário especializado para o trabalho em saúde mental, bem como nos gestores, trabalhadores e usuários desses serviços.

A pesquisa promoveu encontros de moderadores de grupos GAM em três macrorregiões do estado (Metropolitana, Vale, Centro-Oeste). Em formato de rodas de conversa, moderadas pelo grupo de pesquisa GAM-RS, esses encontros tiveram como objetivo propiciar espaços de troca em torno da experiência de moderação de grupos de Gestão Autônoma da Medicação, reunindo trabalhadores e usuários no desempenho dessa função de moderação, bem como participantes de grupos GAM, residentes, estudantes e estagiários implicados com o tema.

As rodas de conversa ocorreram de forma sistemática entre 2015 e 2017 em cada uma das macrorregiões citadas. Para realização das mesmas, usuários e trabalhadores implicados na função de moderação de grupos GAM foram convidados, via email (através dos contatos dos gestores locais, serviços e dos trabalhadores e usuários conhecidos), ao compartilhamento de experiências e debate das questões relativas aos grupos GAM.

A roda de conversa, como proposta desenvolvida em nossa pesquisa, é uma adaptação do Método da Roda ou Paidéia proposto por Campos (2000) para discussão e problematização das falas produzidas por esse dispositivo. O termo grego *Paidéia* designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder e Paidéia, educação integral. O Método da Roda (método Paidéia, como também é conhecido) efetua uma adaptação dessa tríade, objetivando o efeito Paidéia, que consiste no aumento da capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Dessa forma, pretende contribuir para a ampliação da capacidade de tomada de decisões, de lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; expandindo, com isso, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações (CAMPOS, FIGUEIREDO, PEREIRA JUNIOR e CASTRO, 2014; CAMPOS, 2000).

As três rodas de conversa que compõem o material da presente pesquisa foram realizadas no ano de 2015, nos meses de maio e setembro, sendo duas delas realizadas no mesmo dia em maio – tais rodas serão denominadas aqui, respectivamente, como “roda 1A”, “roda 1B” e “roda 2”. A divisão do encontro de maio em duas rodas foi motivada pelo grande número de participantes, totalizando vinte e sete pessoas. Foi garantido a todos participantes acolhimento adequado, tempo para falar e espaço confortável; para isso, buscamos manter a diversidade dos participantes em ambas as rodas, distribuindo, igualmente, usuários, trabalhadores e serviços em cada grupo.

Na roda 1A estavam presentes quinze pessoas, das quais dois pesquisadores, quatro usuários, sete trabalhadores e dois residentes. A roda 1B contou com doze participantes, sendo eles três pesquisadores, dois usuários, quatro trabalhadores, dois residentes e um estagiário. Já a “roda 2” contou com vinte participantes, sendo sete pesquisadores, dois usuários, seis trabalhadores, quatro residentes e um estagiário. Duas das participantes dessas rodas, uma usuária e uma trabalhadora, também fazem parte do grupo de pesquisa GAM, mas foram incluídas nessa contagem como usuária e trabalhadora, e não como pesquisadoras, pelo fato de que a participação de ambas nessas rodas esteve pautada por suas experiências como moderadoras de grupo GAM.

Os encontros foram audiogravados e as gravações foram transcritas e analisadas através da extração dos núcleos argumentais, como proposto por Onocko-Campos (2011). A autora define um núcleo argumental como um conjunto de frases que, além de referir-se a um tema, tenta atribuir ao mesmo algum tipo de explicação do tipo *como*, *por quê* ou *para quê*. Dessa forma, o trabalho de análise das transcrições consistiu em encontrar explicações, argumentações, sentidos atribuídos a esses temas nos diálogos das rodas. O tratamento dos núcleos argumentais destacados para a discussão e construção do texto se fundamentou no conceito de problematização de Foucault (2004). Para ele:

Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do

verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.) (FOUCAULT, 2004, p. 242).

Foucault (2004) afirma que várias respostas podem ser dadas a um mesmo conjunto de dificuldades, porém o que é preciso compreender são as condições de possibilidade que tornam essas respostas simultaneamente viáveis. A elaboração de um objeto em questão - essa transformação de um conjunto de dificuldades em problemas para os quais diversas soluções tentarão trazer uma resposta - é o que constitui o ponto de problematização e o trabalho específico do pensamento. Dessa forma, o estudo foi organizado em três categorias principais que emergiram durante o processo de análise dos dados e que passam a ser apresentadas e desenvolvidas a seguir.

4. Resultados e Discussão

4.1 Considerações sobre direitos e práticas de cuidado em saúde mental

A compreensão dos direitos dos usuários varia de acordo com o arranjo de participantes de cada roda. Em linhas gerais, pode-se dizer que as referências feitas aos direitos dos usuários nas rodas foram: direito de recusar a medicação; direito de ter acesso ao seu prontuário; direito de receber benefício; direito à informação.

Há relatos importantes das percepções de usuários sobre os efeitos da experiência com a GAM que ajudam a perceber como o direito de recusar o tratamento medicamentoso vem sendo compreendido pelos usuários:

Usuário moderador - Nós estamos querendo abrir um grupo lá pra falar pra eles sobre o que é os direitos e os deveres deles como usuários do SUS. Porque não adianta, eles podem chegar lá e o médico pode tomar a iniciativa de dar o remédio que quiser e, se eles não sabem pra que serve, saem de lá sem saber e... e nós vamos tentar, nesses grupos, mostrar pra eles que eles têm potencial e têm a liberdade de escolha do tratamento que melhor lhes convir. O resultado é que as pessoas se interessaram, se envolvem mais com o grupo GAM, (sabe) elas querem saber mais, elas se preocupam. Muitas falam que já foram em médicos e o médico disse assim: - toma esse remédio e não tem... - Porque eles realmente entenderam que tem essa questão da medicação como direito de escolha. Não aquele direito de escolha de dizer - Não, eu não quero mais tomar esse remédio, não quero mais... Mas o de conversar com o seu médico sobre a doença (Roda 1A).

É possível constatar nesse relato que alguns usuários estão percebendo a importância de se apropriarem de seus direitos como subsídio para que sua palavra tenha incidência no modo de prescrição dos psicofármacos em seus tratamentos. Essa fala demonstra que a mobilização dos usuários vai no sentido da busca de informação e maior compreensão

sobre o tratamento, mostrando o cuidado com a construção de uma estratégia que possibilite o diálogo e não a polêmica. A preocupação se concentra, então, na proposta dos próprios usuários, em instrumentalizá-los, ajudando-os a se sentirem seguros e autorizados para conversar com o médico sobre os seus tratamentos, no momento das consultas, mas não para recusar um tratamento, o que é, na fala do usuário, reconhecido como um direito, mas inatingível.

Diante disso, coloca-se para nós a interrogação sobre quais são as resistências que os usuários encontram no exercício de seu direito de recusar o uso do medicamento. No relato a seguir, podemos perceber certas nuances que entram em cena quando os usuários questionam as prescrições medicamentosas:

Usuária- Eu aprendi muita coisa, muitas amizades novas, olha: gostei muito mesmo do tempo que eu participei [do grupo GAM]. Daí depois ficou eu e o Paulo, a gente fez viagens, a gente conheceu gente diferente, aprendeu muita coisa, aprendeu o que é autonomia, pra gente poder chegar no médico e falar: - esse remédio tá me fazendo mal, esse remédio eu não vou tomar. E se o médico insistir, muda de médico, porque ninguém é obrigado a tomar. Eu já cansei de dizer na cara dos médicos, falando um português bem correto. - Ah não, mas tem que tomar esse aqui. - Então toma tu, porque pra mim tá fazendo mal e eu não vou tomar mais. Ninguém é obrigado a tomar. Antigamente não, metia no manicômio, né?, e vai tomar esse aqui e vai dormir. E se não dormisse amarravam, né?. Quer dizer: não tinha escolha né?. Agora a coisa tá bem melhor, tá até bom ser louco agora (Roda 1A).

A usuária aqui narra todo um percurso que diz respeito à sua própria caminhada, mas também à da Reforma Psiquiátrica no Brasil, até alcançar a possibilidade de expressar sua insatisfação com os efeitos colaterais que algum dos remédios que lhe eram receitados lhe causavam. É importante ressaltar a referência feita a vários aspectos da vida que indicam compartilhamento e ampliação de perspectivas que, como vimos anteriormente, têm forte relação com o conceito de autonomia presente na GAM. Além disso, podemos perceber que a referência feita ao manicômio - como lugar onde não se tem direito de escolha - mostra, por um lado, os avanços e potencialidades da rede, possibilitando algum exercício de direito e, por outro, o risco que se corre de esquecer desses direitos, não importa o espaço físico em que nos encontremos.

São diversas as resistências encontradas pelos usuários no exercício de seu direito de não consentir com o tratamento proposto. Nesse relato, parece que a percepção da usuária sobre o efeito colateral do remédio é invalidada através da insistência na prescrição: “Tem que tomar!”. “Mas, por quê, se está fazendo mal?”.

Melo (2015 p. 87) relata a importância para os usuários da compreensão e significação dos tratamentos medicamentosos quando afirma que “nem todos conhecem o diagnóstico de sua doença. Não se sabe tampouco se esta tem cura. O que se sabe é só o que resta, o

gerúndio sem fim do *tomando* remédio. Pelo resto da vida”¹. O autor usa a imagem do “gerúndio sem fim” para dizer desse imperativo da prescrição da medicação. É de uma maneira muitas vezes naturalizada, transmitida ao usuários numa espécie de informação reduzida, contendo apenas os dados *necessários* à captação de determinada mensagem, que a prescrição, no caso, costuma ser comunicada. Mesmo que não tenha sido isso o que os profissionais pretenderam transmitir, é isso o que aparece, tanto aqui, nessa fala, quanto na experiência do autor referido

A mensagem captada parece transitar pelos significados “o tratamento é para toda a vida” e “tem que tomar remédio pro resto da vida” - dizeres rasos, que deixam no vazio informações importantes sobre o porquê do tratamento medicamentoso. Parece que reconhecer as limitações desse tratamento, ou até mesmo colocar essas limitações em pauta, criaria uma situação de ameaça à continuidade dos tratamentos.

A estratégia GAM objetiva, justamente, tornar possível essa interlocução nos serviços de saúde entre os diversos atores envolvidos através da cogestão. Construir caminhos outros para esse problema passa inevitavelmente pela produção de espaços coletivos de compartilhamento de experiências, discussão e problematização do uso de psicotrópicos, onde serão necessários vínculos de confiança para que o debate se desenrole livremente.

Em relação ao direito de acesso à informação sobre os tratamentos, foi citado o direito de acesso à bula, quando uma trabalhadora do grupo relatou que orientou os usuários a solicitarem a mesma na farmácia distrital:

(...) nós pedimos, vocês vão lá e peçam a bula. É um direito de vocês. E eles foram, trouxeram. Os que não foram, imprimiram, pesquisaram no Google... Então, bem interessante assim. Mas tivemos retorno dos psiquiatras, e tenho até hoje dos que trabalham lá, do quanto ficou mais tranquila a consulta, de eles trazerem questões assim que antes não apareceram. Tinha um caso de uma paciente muito, muito ansiosa, por ter sempre estar com medo de faltar a medicação. Faltar a medicação e efeitos colaterais e “to me sentindo mal” e tudo era atribuído à medicação, ao mesmo tempo aquela medicação não podia faltar, e uma coisa assim, muita ansiedade nas consultas e que... a médica não conseguia entender por onde que ela podia...E aí ela foi pro grupo, e o quanto isso foi tranquilizador e facilitou o diálogo delas na consulta porque...então a gente tem esses retornos, né ? (Roda 1B).

As bulas são a fonte de informação mais básica sobre os fármacos de modo geral e regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da resolução RDC 47/09. Elas têm o seu acesso garantido por lei. Embora não seja possível esperar que as informações constantes das bulas e demais informações sobre os tratamentos

³ Trecho alusivo ao questionamento de um/a usuário/a participante do grupo GAM, dirigindo-se aos pesquisadores que coordenavam o grupo para saber se era verdade que não havia saída e que a única alternativa era passar o resto da vida *tomando remédio*. (MELO, 2015, p.86).

produzam, por si só, efeitos surpreendentes no processo terapêutico, caberia aos médicos, farmacêuticos e também aos demais profissionais transmiti-las, necessariamente, aos seus usuários. Porém, no diálogo da roda houve outros relatos a indicar que nem sempre é possível aos usuários obter a bula dos medicamentos que tomam.

É o que escutamos no relato de outra trabalhadora acerca de sua experiência, em que a proposta e planejamento do grupo GAM no seu serviço foi debatida com os psiquiatras da equipe, os quais manifestaram grande resistência no que se refere ao acesso à informação por parte do usuário. Ela relata que:

(...) quando a gente apresentou [a proposta de realizar os grupos GAM], desde que a gente apresentou, era muito... é... não pode ler a bula, não pode dizer que a pessoa tem direito... de saber (Roda 1B).

O caráter das dificuldades encontradas na produção de diálogo e na intervenção sobre os direitos dos usuários e o uso de psicofármacos em alguns serviços da RAPS é evidenciado também nessa outra fala, ainda relatando sobre as dificuldades no mesmo serviço:

É, lá no CAPS, no ano passado, foi o único encontro que eu não participei, quem fez foi a terapeuta ocupacional com uma das psiquiatras, eu acho, eu não me recordo assim de ela ter falado se foi muito participativo ou não, mas eu sei que tem uma parte que é de... do acesso ao prontuário, né? E aí teve uma usuária que foi e solicitou o seu prontuário e a equipe ficou transtornada, né? Da pessoa poder ler o seu próprio prontuário. Então ... enfim, é isso, é... acho que é isso mesmo que vocês falaram, é questão de abordagem, de duas ideologias talvez aí colocadas dentro da própria equipe mesmo, e da gente tentar conseguir construir, né? E não destruir... De construir algumas potencialidades (Roda 1B).

O acesso ao prontuário tem sido um tema polêmico, embora instituído como direito do usuário, na prática os profissionais evitam que esteja disponível aos mesmos. Reis *et al.* (2009) afirmam que há uma contradição por parte dos trabalhadores que compreendem o prontuário como valioso instrumento de trabalho da equipe técnica do serviço, mas não consideram sua utilidade para o usuário. Os autores entendem que essa contradição é um forte indicador da necessidade de reflexão acerca do valor dos prontuários, tendo em vista que este poderia constituir-se como elemento de aprimoramento das ferramentas que os CAPS dispõem para alcançar seu objetivo de reabilitação psicossocial, o qual perpassa o fato de contribuir para que os usuários se tornem elementos ativos de seu contexto.

Com efeito, Goffman (2008), em seu estudo sobre as instituições totais, observa as restrições à transmissão de informações, principalmente as referentes aos planos terapêuticos. Compreende que, dentro do funcionamento dessas instituições, tais restrições têm como objetivos específicos demarcar as fronteiras entre trabalhadores e internos, bem como estabelecer uma condição de alienação necessária para o exercício de determinado poder

sobre esses últimos: “essa exclusão dá à equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação aos internados” (p.20).

Nos relatos das rodas, percebemos que um mecanismo semelhante pode ser observado, pois persiste a intenção de restringir a transmissão de informações aos usuários. Essa prática tende a produzir a alienação dos usuários ao discurso técnico, barrando a possibilidade de emergência de um sujeito protagonista de seu tratamento, de sua vida e de seus direitos. Seguramente, podemos afirmar que reter informações não é exclusividade dos profissionais de CAPS. É uma prática presente em hospitais, consultórios médicos e tantas outras instituições públicas e privadas, onde frequentemente somos sujeitados a esse controle, que nos fragiliza e nos torna vulneráveis a uma economia de mercado da vida e da saúde, sobretudo ignorando nosso direito à informação.

No contexto da GAM, em que se espera encontrar quadros como este e intervir sobre eles, é importante que relatos desse tipo apareçam para que possam tornar-se material de trabalho. Interferir nesse ciclo significa redistribuir o poder - “alterar as relações de poder”², construindo formas outras de abordar a elaboração e a transmissão da informação, que é colocada em cheque em diversos pontos do Guia GAM. Não é uma tarefa fácil.

Eis outro relato da mesma trabalhadora, sobre as dificuldades enfrentadas na moderação do grupo GAM:

Trabalhador - A gente fez um grupo, mas deu muito problema com os psiquiatras, muito, muito problema.(...) eles não tinham problema com o grupo, eles tinham problema com o Guia, eles não gostaram do Guia, pelas palavras, pela questão da Reforma Psiquiátrica, foi muito complicado, então, pra gente não rachar com a equipe e continuar trabalhando autonomia... esse ano, então, (...) a gente modificou o grupo. É baseado no Guia, mas a gente tá construindo um Guia com os usuários que eles levam sua pastinha pra casa né? Eles... a gente faz bastante coisa de colagem, a gente modificou algumas coisas e o nome do grupo é outro é [...], porque a gente não ia conseguir levar adiante.

Pesquisador - Quais as dificuldades?

Trabalhador - Principalmente com o Guia, assim ó, “porque é um instrumento político, não é terapêutico”, porque é... tem coisas erradas sobre medicamentos, as literaturas utilizadas não são baseadas em evidências, muita dificuldade, muita...

Trabalhador 2 - Discordância de abordagem né?

Trabalhador - Discordância de abordagem (Roda 1B).

A questão a ser evitada é o *racha*, a divisão na equipe. Nas palavras dos trabalhadores participantes da roda, é com relação aos psiquiatras, como núcleo profissional, que se trata de evitar rachar - o que seria motivado pelo tipo de compreensão acerca do Guia GAM formulada pelos psiquiatras, manifesta pela aversão destes aos termos utilizados no Guia (considerados ideológicos) e à Reforma Psiquiátrica Brasileira (igualmente considerada

⁴ *Ibidem*, p. 47.

ideológica). Contudo, embora a prerrogativa da prescrição medicamentosa possa levar os psiquiatras, mais do que outros profissionais, a reagir à proposta do Guia, esse tipo de compreensão não lhes é exclusiva. Sabemos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é, acima de tudo, uma direção de trabalho; sabemos também que essa direção de trabalho, mesmo erigida em lei nacional de regulamentação da assistência à saúde mental e preservação dos direitos humanos, não é uma direção compartilhada por todos os atores envolvidos nos processos de produção de saúde.

Nesse sentido é relevante ressaltar que o atual governo federal vem retrocedendo na proposta da Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, isso foi feito através de ataques públicos e sistemáticos à Rede de Atenção Psicossocial e, mais recentemente, consolidado em uma política de saúde mental fundada na lógica do confinamento, investindo nas comunidades terapêuticas e ampliando a destinação de recursos às internações.

Com efeito, é crucial o envolvimento dos psiquiatras, principais atores do processo de prescrição de medicamentos, no debate proposto pela GAM, mas esses não são os seus únicos protagonistas. Se a medicação é parte de um cuidado interdisciplinar que preconiza o compartilhamento da responsabilidade dos projetos terapêuticos singulares, e não o monopólio destes, independentemente do núcleo profissional, a medicação, assim como outros recursos terapêuticos, deve ter o seu manejo minimamente discutido entre a equipe, respeitando-se a especificidade médica da sua prescrição.

É importante ressaltar a pouca presença de psiquiatras em nossas rodas de conversa. Durante o período em que se desenvolveu esta pesquisa de mestrado, entre 2014 e 2015, apenas uma vez, no ano de 2014, ainda no processo de disseminação da GAM pela SES/RS, houve a presença de uma psiquiatra em uma capacitação. A sua participação, naquela ocasião, denotou preocupações investigativas e desconfiadas em relação à abordagem do Guia GAM. Certamente, não se pode generalizar essa postura. Além da equipe de elaboração da versão brasileira do GuiaGAM ter contato com a participação de médicos e psiquiatras, há relatos de envolvimento e contribuição desses nos diversos âmbitos da pesquisa, em teses, dissertações, grupos e relatórios de pesquisa, artigos científicos, entre outros. Mas, efetivamente, considerando essa ausência de psiquiatras nas rodas, caberia atentar para os limites de nossa análise no que toca à posição destes com respeito ao exercício do direito implicado num tratamento medicamentoso. Porém, outros elementos e atores envolvidos na relação com os psiquiatras entraram em cena, possibilitando-nos a percepção de algumas problemáticas que permeiam as equipes, como as relações de saber e poder referentes à prescrição de psicofármacos nas quais toda a equipe é implicada, pois tais relações são sustentadas por diversos fatores, entre eles a postura dos demais trabalhadores.

Foram mencionados como direito dos usuários o acesso aos benefícios assistenciais. Os usuários participantes da roda deram ênfase à importância desse direito para sua saúde, como se pode perceber nesses três relatos:

Usuário 1 - Eu moro lá no centro, faz quatro anos que eu tô ganhando esse benefício. Se não fosse o CAPS de lá, hoje eu estaria puxando carrinho de papelão. Então eu

tô feliz lá, como tu falou, lá é uma segunda família, a mesma coisa eu digo, lá é uma segunda família.

Usuário 2 - Na frente tem um advogado, que estão levando direto pro Fórum encaminhamento, fazendo tudo pra alguns que têm problema se encostar pra poder receber o benefício, pra poder... pra pelo menos poder ter passagem, dinheiro pra poder ir e vir pro CAPS. Que nem eu, eu moro longe do CAPS, morava, agora to bem pertinho.

Usuário 1 - Deus te abençoe com esse benefício, o meu faz quatro anos que eu to pegando, a primeira coisa que eu faço é o meu aluguelzinho, eu parava em albergue, agora eu to bem pra caramba, e bota bem nisso, foi a mesma coisa que acertar na loto sozinho.

Usuário 2 - Alivia um pouco a gente poder deitar na cama despreocupado.

Usuário 1 - Botar a cabeça no travesseiro e dormir, amanhã é outro dia (Roda 1B).

Evidencia-se no discurso dos usuários a relação entre o benefício e a melhora das condições de vida. O benefício como possibilidade de garantia do mínimo - nesse caso, trata-se da garantia do acesso ao serviço de saúde, através do custeio da passagem e do pagamento do aluguel – tem se mostrado um importante recurso para os usuários. Contudo, um olhar crítico sobre essa situação revela uma outra face dessa mesma moeda, como apontam Emerich, Campos e Passos (2014, s/p):

É possível apreender o funcionamento de um circuito mantenedor da situação de vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental: o usuário tem acesso a direitos sociais devido ao adoecimento, e tal acesso o estigmatiza, inviabilizando-o como sujeito de direitos. Este circuito é reforçado ao não serem construídas, com o usuário, formas de sair deste lugar, passando a ser, cada vez mais, dependente das decisões externas. Deste circuito participam gestores e profissionais, que reforçam as práticas e diagnósticos, mesmo que com eles não concordem; e usuários, que podem ocupar estes lugares para acessar condições mínimas de tratamento e de vida, frente às incertezas de uma sociedade organizada pela lógica do Estado mínimo.

Os autores se valem do conceito de circuito proposto por Goffman (2008), para enfatizar que o direito ao benefício e ao trabalho aparecem, frequentemente, em uma relação dicotômica, a qual caracteriza o estigma. Na prática, um direito exclui o outro: ao mesmo tempo em que o usuário tem direito ao benefício financeiro por adoecimento, ao receber um diagnóstico psiquiátrico encontra dificuldades de retornar ao mercado de trabalho. Em nossa pesquisa, encontramos similaridade com o estudo citado, pois percebemos o funcionamento de um circuito mantenedor das vulnerabilidades dos usuários.

O preconceito e o estigma relacionados às pessoas em sofrimento psíquico grave são fatores decisivos para a exclusão do mundo do trabalho. Os rótulos dificultam o acesso

a programas de qualificação profissional promovidos pela área da Assistência Social, contribuem para a perda da confiança e para o rebaixamento técnico no ambiente de trabalho, reverberam no aut preconceito (RODRIGUES *et al*, 2010).

O trabalho para pessoas em sofrimento psíquico grave possui uma relevância anterior à entrada destes no processo de reabilitação psicossocial. Muitas vezes, o trabalho ocupa um lugar de destaque na estruturação e/ou desestruturação da vida dos participantes. Torna-se necessário, portanto, que o tema do trabalho seja resgatado pelos CAPS junto aos usuários, não com o objetivo de alcançar a inserção imediata no mundo do trabalho, mas para valorizar esta dimensão da vida, cujo sentido é construído pelas histórias e narrativas do próprio sujeito. No processo de cuidado, é relevante um aprofundamento sobre o papel dos CAPS na interlocução e articulação entre a clínica e a compreensão do trabalho enquanto um direito e uma proposta concreta de reinserção social para além do espaço físico dos serviços de saúde mental (FLORES *et al.*, 2015).

Percebe-se que, na prática, os benefícios sociais carregam sentidos diversos, como a melhora da qualidade de vida e o acesso a bens e serviços, mas também podem reforçar o estigma e o preconceito. Eles têm sua origem nas ações das políticas de assistência social visando aporte financeiro às pessoas em situação de vulnerabilidade social, onde se observa um efeito positivo. Mas integram também as políticas de incentivo ao trabalho, âmbito no qual, em nossa discussão, não observamos efeitos importantes, nem mesmo do ponto de vista teórico.

Foi possível constatar uma considerável fragmentação entre as políticas e, embora sejam indiscutíveis os aspectos positivos do auxílio financeiro, não se pode pensar que ele, por si, é suficiente para inserção no mercado de trabalho. Sabemos que há outras políticas que deveriam se articular nesse propósito, mas o que se observa é a falta de espaços e oportunidades. Em decorrência disso, vemos a formação de um círculo vicioso, em que o usuário entra no sistema, mas não consegue sair.

4.2. Os melindres ou até onde conseguimos conversar

Durante o debate sobre os direitos dos usuários nas rodas de conversa foi possível perceber que os trabalhadores tinham certo receio em falar sobre tal assunto. Frases que não se finalizam, palavras que não são ditas, gagueiras e tartamudeios vão pontuando o texto à medida que vamos transcrevendo as falas. Aos poucos tornou-se evidente que esses silenciamentos consecutivos tinham algo relevante para nossa discussão, tais como podemos perceber no seguinte trecho:

Trabalhadora - então eu acho que isso tem o peso maior, às vezes, com a questão do psiquiatra, do medicamento, então que esse cuidado, às vezes, a gente tem que ter pra não... né? Porque fala dos direitos, de escolher, de se negar a tomar a medicação, eu acho que tudo depende da abordagem que a gente dá pra isso dentro do grupo né? Com os usuários. (...) Como falar né? (Roda 1B).

Podemos nos perguntar, a partir dessa fala, quais questões fazem parte desse jogo de palavras entre o que pode ser dito e o que não pode. Segundo o que indicaram os trabalhadores nas rodas de conversa, o tema dos direitos dos usuários não é assunto a ser debatido livremente: é necessário um certo cuidado, uma certa abordagem, contida dentro de certos limites de forma a proteger a relação com os psiquiatras. Porém, seria irresponsável e reducionista disso concluir que todos os psiquiatras, e somente eles, discordam da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou afirmar que são os únicos responsáveis pelas dificuldades de diálogo e efetivação de práticas de cuidado articuladas com a produção de cidadania e autonomia.

Surge então a hipótese de que esses melindres vêm à tona em função do medo e da desconfiança que muitas vezes se estabelece nas relações entre usuários e profissionais. A esse respeito, um artigo escrito entre acadêmicos e usuários participantes da primeira etapa da pesquisa GAM faz um alerta:

Um dos sentimentos que permeiam as relações entre profissionais e usuários e que precisamos salientar é o medo. No CAPS, profissionais e usuários têm uma relação mais próxima que no hospício. Porém, tanto o profissional quanto o usuário temem essa aproximação: medo de que um não entenda o outro, receio de falar com o profissional mesmo tendo necessidade disso. Uns e outros têm medos, às vezes medo um do outro, mas são medos diferentes. Queremos, ao contrário, desenvolver coragem para falar, ser ouvido e não sucumbir ao medo que pode ser vencido por meio de nossas ações e nossa persistência mental positiva (FLORES *et al.*, 2015, p. 265).

Pensamos ter encontrado, na superfície dos diálogos das rodas, uma relação marcada por esse sentimento mútuo de medo. Na conversa em ato percebemos um pouco do que esse medo é capaz – faz evitar certas palavras, produz silêncio sobre alguns assuntos e mantém estanques sentidos e subjetividades. Como afirma Deleuze (2010, p. 113), a superfície não se opõe à profundidade, mas à interpretação. Portanto, ao invés de buscar as origens dos problemas, é mais importante pegar as coisas “[...] onde elas crescem, pelo meio: rachar as coisas, rachar as palavras”.

Esse sentimento de medo, presente tanto nos relatos das rodas quanto no artigo citado, parece fazer parte dos cotidianos de cuidado e cresce quando abordamos o tema dos direitos dos usuários – cresce tanto no silêncio do usuário, que não se *apropria dos seus direitos*, quanto no trabalhador que evita a tensão.

Deleuze propõe *rachar as palavras* para compreender os agenciamentos, práticas, discursos, instituições que conferem status de legitimidade a certos saberes e práticas. Diferentemente do que propõe o autor, porém, no trabalho em saúde mental parece que, por vezes, tratamos de fortalecer algumas palavras e, por vezes, tomámo-las como palavras de ordem, evitando assim rachar relações, cristalizando domínios de saber e instituindo assuntos que não devem ser debatidos.

Del Barrio *et al.* (2014) [*tradução nossa*] afirmam que, ao avaliar a implementação da abordagem GAM, percebe-se que é possível e necessário repensar a questão dos direitos. Construir uma outra compreensão de direitos pode modificar profundamente a relação entre usuários e trabalhadores, além de possibilitar a construção de diálogo para avaliar as restrições e as possibilidades existentes. Ir de paciente passivo à protagonista do tratamento e da própria vida tem um efeito terapêutico evidente. É inegável que o respeito pelos direitos dos usuários, tal como definido nos acordos e legislação existentes, deve constituir uma parte integrante dos diversos serviços e propostas de tratamento, deve ser acompanhado de perto pelas instituições responsáveis pela saúde e deve fazer parte da formação dos trabalhadores.

A discussão em torno dos direitos dos usuários é relativamente recente, tendo como marco fundamental a Reforma Psiquiátrica, suas leis reguladoras e a luta antimanicomial. Conforme mostramos anteriormente, a proteção dos direitos dos usuários é regulada pelo conjunto de leis e portarias que normatizam a organização das redes, dos serviços e do cuidado em saúde. Além disso, é possível encontrar, mesmo que não em abundância, cartilhas complementares e literatura científica sobre o tema. Porém, o trabalho de articulação entre as políticas públicas, usuários, trabalhadores, gestores e demais atores da sociedade civil precisa ser intensificado, pois diz respeito a uma radical e urgente mudança cultural na maneira como as pessoas em sofrimento psíquico intenso são vistas e cuidadas por nós e também sobre a maneira como é produzido e divulgado o conhecimento científico.

5. Direitos e Cuidados: Um Paradoxo?

Percebe-se um paradoxo entre a simplicidade das prescrições e a complexidade dos relatos dos usuários e trabalhadores implicados na escuta e na produção de sentidos outros para o uso de psicotrópicos.

O discurso dos trabalhadores, em sua maioria, põe em evidência uma noção de direito dos usuários dissociada do cuidado, indicando a assembleia e os encontros formais do controle social (plenárias, conselho local e municipal de saúde) como espaços privilegiados para o exercício dos direitos. Não há, porém, consenso quanto a essa visão – outros trabalhadores afirmam a importância do protagonismo dos usuários no processo de cuidado. Em relação ao serviço de saúde, percebemos algumas hesitações dos trabalhadores quanto ao ambiente do cuidado, como um lugar onde essa questão dos direitos deve ser tratada com as devidas ressalvas, com um discurso cuidadoso, principalmente no que se refere ao acesso dos usuários ao prontuário e ao direito de recusar a medicação. Além disso, surpreende constatar que a temática da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda cause tantos entraves nos processos de trabalho das equipes de saúde.

A participação do usuário na gestão do tratamento é exercício de direito, tendo em vista que clínica e gestão são indissociáveis (BRASIL, 2009), influenciando diretamente uma à outra: um cuidado compartilhado entre usuário e trabalhador, visando à produção de saúde associada à de autonomia (se é que não está implícita uma coisa na outra), produz efeitos que extrapolam o âmbito da clínica e essa participação incide na gestão do serviço de saúde, da política etc.

Dessa forma, o paradoxo está em vivenciar uma organização onde o usuário pode participar da gestão da política (controle social), mas não pode participar da gestão do seu tratamento - não pode ser crítico quanto ao atendimento que recebe nem questionar qual o melhor tratamento para seu problema ou sequer simplesmente ajudar a estabelecer as metas e planos para o seu cuidado.

Há consenso de que a garantia de direitos opera através dos tratados, das declarações e da constituição, do mesmo modo que, no contexto do SUS, a Lei Orgânica da Saúde, as leis da Reforma Psiquiátrica, as portarias específicas, entre outras, estabelecem ao menos um mínimo ético irredutível dos direitos. Porém, muitas vezes a população de usuários do SUS não tem acesso a esses direitos, complexificando as demandas e exigindo respostas igualmente complexas. Cabe pensar, portanto, em como resolver uma questão multifatorial com uma abordagem simplificada, como o remédio.

Pelos diversos relatos citados, podemos compreender que a forma de abordagem do Guia GAM ajuda usuários e trabalhadores a perderem o medo e se autorizarem a dialogar sobre seus direitos e sobre as medicações. Esses relatos mostraram o quanto a abertura de espaço para diálogo sobre a experiência de uso de psicotrópicos produziu efeitos positivos para ambos.

Considerações Finais

Mais do que encontrar respostas, nosso percurso de pesquisa se propôs a problematizar as dificuldades do cotidiano de trabalho em saúde mental com ênfase no fomento ao exercício de direitos dos usuários e sua relação com o consumo de psicofármacos. Grande parte dos relatos de trabalhadores reitera que os usuários, em geral, desconhecem seus direitos e não se apropriam dos espaços de protagonismo e exercício de direitos. Em contrapartida, os dados produzidos nesta pesquisa informam que também os trabalhadores pouco se apropriam e pouco priorizam a utilização de tais espaços. Apesar disso, pudemos observar experiências relevantes sobre a mudança de compreensão do tratamento medicamentoso e da importância do fomento aos espaços de protagonismo dos usuários, disparados pela implementação de grupos GAM nos serviços.

Se trabalhadores estão cheios de melindres para falar sobre os direitos dos usuários, o que esperar que os usuários possam falar sobre seus direitos? Se os lugares privilegiados para falar sobre direitos devem, aos olhos da equipe, localizarem-se fora dos espaços de cuidados, como esperar que os usuários falem sobre esses direitos nos serviços em que se atendem? Podemos supor que os usuários terão tanto ou mais melindres para conversar com os trabalhadores sobre seus direitos. Sobretudo, pudemos observar que o tema dos direitos dos usuários é tratado com diversas ressalvas nos serviços de Saúde Mental.

Com efeito, percebemos que diversas nuances do trabalho em saúde mental corroboram a constituição de um ciclo ou *circuito* em torno do protagonismo dos usuários. Neste ciclo, o consumo excessivo de psicofármacos se entrelaça e agrava a situação, na medida em que silencia mais ainda vozes que, enfraquecidas, pouco se escutam, seja com a tomada do discurso do usuário pela via da doença, seja com a contenção química.

Soma-se a isso, ainda, a consecução de benefícios assistenciais que têm se apresentado como importante recurso para os usuários. Porém, carece de articulação com outras políticas e ações que possibilitem não só a entrada no sistema, mas o processo de reconstrução da cidadania e da reabilitação da saúde, fomentando a criação de oportunidades.

Frente a isso, cabe reforçar urgentemente a retomada e proposição desse debate nos âmbito das políticas públicas, no âmbito acadêmico, na formação, na construção e divulgação de conhecimento, bem como a proposição e incorporação da temática dos direitos dos usuários nas ações de educação permanente em saúde nos serviços da RAPS.

A intensificação desse debate pode contribuir profundamente para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente como movimento social de defesa da vida, uma vez que o respeito aos direitos dos usuários é, acima de tudo, uma ação de promoção e proteção da dignidade e dos direitos humanos - dever de todo e qualquer cidadão. Mais relevante se torna esse debate diante da crise política nacional, fortemente marcada pela influência neoliberal, na qual a mídia e a elite econômica e política investem pesadamente no processo de desmonte das políticas públicas, onde o SUS tem sido alvo recorrente. Se hoje está difícil garantir o mínimo dos direitos humanos, sem o SUS o desafio seria incalculável.

De fato, o SUS vem sofrendo com subfinanciamento crônico, hoje agravado, com o desabastecimento de insumos de saúde que sentencia o país a um colapso sanitário e social, embora, ao mesmo tempo, no contexto da atual pandemia de COVID-19, observamos um repentino movimento de valorização e reconhecimento por grande parte da população sobre a relevância do SUS e de seus trabalhadores. Certo é que os retrocessos a que fomos conduzidos na atualidade do país no que diz respeito à democracia e ao exercício da cidadania atingem, igualmente, o SUS como direito à saúde. Se, nesse contexto, a discussão em torno dos direitos dos usuários e da qualificação da prescrição e do consumo de psicofármacos tende a perder força, afirmá-la aqui se configura, para nós, em um ato necessário de resistência.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em 20 de Agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Lei 10.216, de 06 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. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 15 de junho de 2019.

- CAMPOS, Gastão. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de abril de 2020.
- CARVALHO, Brígida; PETRIS, Airton; TURINI, Bárbara. Controle Social em Saúde. In: Andrade, Selma; Soares, Darli; Junior, Luiz. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- CECCIM, R. B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários - REU*, v. 33, n. 1, 11, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/664/661>. Acesso em 20 de maio de 2018.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Guia de direitos humanos loucura cidadã*. Salvador: AMEA, 2011.
- DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean- Nicolas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; PEREIRAFURTADO, Juarez; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez *et al.* Human rights and the use of psychiatric medication. *Journal of Public Mental Health*, Vol. 13 Iss 4 pp. 179 - 188, dez 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/JPMH-06-2013-0039>. Acesso em 10 de julho de 2019.
- DELEUZE, Gilles. Rachar as coisas, rachar as palavras. In: *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- EMERICH, Bruno Ferrari. *Direitos dos usuarios em intenso sofrimento psiquico, na perspectiva de usuarios e gestores de CAPS*. 2012. Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- EMERICH, Bruno; ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*, vol.18, n.51, pp.685-696, set, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf>. Acesso em 27 de julho de 2015.

- FLORES *et al.* A Experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do guia GAM brasileiro. In: BRASIL. *Cadernos do HumanizaSUS*. Vol. 5, saúde mental. Ministério da saúde, Brasília, 2015.
- FOUCAULT, Michel . O cuidado com a verdade. In: *Ditos & Escritos V: Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paidéia de apoio institucional. *Interface*, v. 18, supl. 1, p. 885-894, dez. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500885&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 21 maio de 2015.
- FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 21 de abril 2020.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da medicalização. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>. Acesso em 13 de março de 2016.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- ILLICH, Ivan . *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KINOSHITA, Roberto. “A qualidade dos serviços de saúde mental está ligada ao respeito aos direitos humanos”, diz coordenador do MS. Porto Alegre: 2014, *Sul 21*, Porto Alegre, nov., 2014. Entrevista concedida a Debóra Fogliatto.
- MELO, Jorge. *A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: Relato de uma Experiência com a Gestão Autônoma da Medicação*. 2015. Tese, Doutorado em Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* *Guia da Gestão Autônoma da Medicação*. DSC/ FCM/ UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012A. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em 10 de junho de 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso . Acesso em 30 de maio de 2019.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* *Gestão Autônoma da Medicação - Guia de apoio a moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> . Acesso em 20 de outubro de 2018.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Ecos*. v.3, n.1, 2013 Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110>. Acesso em 23 de outubro de 2015.

PRESOTTO, Rodrigo Fernando *et al.* Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, out. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008>.

REIS, Alberto *et al.* Prontuários, para que servem?: representação dos coordenadores de equipe dos caps a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 383-392, dez. 2009 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 de janeiro de 2019.