

O Manejo da Recusa Medicamentosa em um Centro de Atenção Psicossocial III

Andreza Silva dos Santos¹

¹*Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil*

Martinho Braga Batista e Silva²

²*Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

Resumo: O direito de recusa aos psicofármacos é considerado uma questão bastante controversa no âmbito da discussão ética sobre o cuidado em Saúde Mental, principalmente em situações que envolvem sujeitos em crise. O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de uma pesquisa realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) III do município do Rio de Janeiro sobre o manejo clínico utilizado por profissionais nos casos de recusa medicamentosa. A pesquisa, de caráter qualitativo e tipo exploratório, utilizou uma abordagem narrativa na análise dos dados, que foram coletados através de dez entrevistas semiestruturadas e virtuais realizadas com profissionais do serviço. A proposta é que possamos ampliar as possibilidades de leitura e compreensão sobre esse fenômeno pouco discutido no Brasil, sem pretensões protocolares sobre modos de intervenção em tais contextos. Nos resultados, apresentamos os tipos de recusa e motivos identificados pela equipe e os manejos comumente realizados por ela diante dessas situações. Também apresentamos uma narrativa onde cinco casos acompanhados pelo serviço são descritos e posteriormente debatidos na discussão. Concluímos que tanto os motivos quanto os manejos da recusa aos psicofármacos envolvem fatores subjetivos e objetivos, micro e macropolíticos, sendo o contexto local um importante norteador para as escolhas reais, visto que as opções ideais nem sempre conversam com os cenários encontrados nos serviços. Por fim, apresentamos o dispositivo do Plano e Cartão de Crise como uma possibilidade de garantir o consentimento dos usuários e sua participação na tomada de decisão em momentos de crise.

Palavras-chave: Recusa do Paciente ao Tratamento, Psicofármacos, Saúde Mental, Intervenção em Crise, Serviços de Saúde Mental.

Management of Medication Refusal in a Psychosocial Care Center III

Abstract: Patient's right to refuse psychotropic drugs remains a controversial issue within the ethical discussions on mental health care, especially when involving subjects in crisis. This article presents the results of a research conducted in a Psychosocial Care Center (CAPS) III in Rio de Janeiro city regarding professionals' clinical management of medication refusal. Qualitative and exploratory in nature, the study used a narrative approach to analyze the data collected by ten semi-structured virtual interviews conducted with CAPS professionals. Our proposal is to expand the possibilities of reading and understanding this little explored phenomenon, without dictating modes of intervention in such contexts. Results present the types of refusals and reasons identified by the team and the common management strategies they employ in these situations. We also provide a narrative describing five cases followed-up, which are later explored in the discussion section. We conclude that both the reasons for and management of medication refusals involve subjective and objective factors, as well as micro and macro-political elements. The local context serves as an important guide for real choices, as ideal options do not always align with the scenarios encountered in services. Finally, we

introduce the Crisis Plan and Card as a potential tool to ensure user consent and participation in decision-making during times of crisis.

Keywords: Patient Refusal to Treatment, Psychopharmaceuticals, Mental Health, Crisis Intervention, Mental Health Services.

El Manejo del Rechazo Medicamentoso en un Centro de Atención Psicosocial III

Resumen: El derecho a rechazar medicamentos psicotrópicos es considerado un tema muy controvertido en el ámbito de la discusión ética sobre la atención a la salud mental, especialmente en situaciones que involucran sujetos en crisis. El objetivo de este artículo es presentar los resultados de una investigación realizada en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) III del municipio de Río de Janeiro sobre el manejo clínico utilizado por profesionales en los casos de rechazo medicamentoso. Esta investigación, de carácter cualitativo y exploratorio, utilizó un enfoque narrativo en el análisis de los datos, que fueron recolectados de 10 (diez) entrevistas semiestructuradas y virtuales realizadas a profesionales del servicio. La propuesta es que podamos ampliar las posibilidades de lectura y comprensión de este fenómeno poco discutido en Brasil, pero sin pretensiones de protocolos sobre modos de intervención en tales contextos. En los resultados, presentamos los tipos de rechazo y los motivos identificados por el equipo, así como los manejos comúnmente realizados por él ante estas situaciones. También presentamos una narrativa en la cual se describen cinco casos acompañados por el servicio, que posteriormente se debaten en la discusión. Concluimos que tanto los motivos como los manejos del rechazo a los psicofármacos involucran factores subjetivos y objetivos, micro y macropolíticos, y el contexto local es un importante orientador para las elecciones reales, dado que las opciones ideales no siempre se alinean con los escenarios encontrados en los servicios. Por último, presentamos el dispositivo del Plan y Tarjeta de Crisis como una posibilidad para garantizar el consentimiento de los usuarios y su participación en la toma de decisiones en momentos de crisis.

Palabras clave: Rechazo del Paciente al Tratamiento, Psicofarmacéuticos, Salud Mental, Intervención en Crisis, Servicios de Salud Mental.

Introdução

O direito de recusa aos psicofármacos é talvez o mais controverso dos direitos no âmbito da discussão ética sobre o cuidado em Saúde Mental (Desviat, 2018). Quando em circunstâncias que envolvem situações de crise, onde podem ser encaminhadas admissões involuntárias, ele alcança dilemas de notáveis complexidades. Afinal de contas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) aposta politicamente no direito dos sujeitos em sofrimento mental de decidirem sobre sua vida e seu tratamento, mas uma série de imperativos éticos parecem se manifestar no trabalho psicossocial em geral, e há proporções específicas no tocante à prescrição e ao manejo de psicofármacos. A possibilidade ou não de sua recusa,

assim como as medidas adotadas nas diferentes circunstâncias, se apresentam como um verdadeiro panorama para reflexões.

É como se a discussão sobre esse direito implicasse em um olhar não apenas para o lugar que essas substâncias ocupam na Atenção à Crise, mas também para o lugar do reconhecimento, legitimidade e fortalecimento da agência dos sujeitos em acompanhamento. O que tem sido feito e aquilo que é considerado possível de ser feito parece dar notícias das diferentes tonalidades e nuances dessa questão. Isso teria a ver não apenas com uma abordagem pessoal dos profissionais, mas com o próprio modelo de cuidado, que não só justifica, como condiciona, de algum modo, o fazer desses sujeitos.

Como apontam Dias, Silva e Oliveira (2020), “a crise em saúde mental corresponde a casos psiquiátricos considerados agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas” (p. 596), de modo que Atenção à Crise são práticas de cuidado dedicadas a esses casos dentro do modelo de assistência em Saúde Mental. Considerado um conceito em disputa, tanto nos termos teóricos quanto práticos, a crise é compreendida de formas diferentes pelo paradigma biomédico e pelo paradigma psicossocial, o que implica o emprego de diferentes tecnologias, técnicas e práticas na assistência em Saúde Mental a depender do modelo que orienta as intervenções.

No caso do paradigma biomédico, a crise tende a ser associada à “agudização da sintomatologia psiquiátrica”, por isso a intervenção costuma estar focada na remissão de sintomas, muitas vezes ligados à noção de risco (como agitação psicomotora e alucinações). No segundo caso, os contextos familiares, sociais e subjetivos tendem a assumir maior protagonismo nos parâmetros de avaliação clínica, bem como no *locus* de atuação do cuidado, sendo os cenários de vulnerabilidade (socioeconômica, ambiental etc.) considerados determinantes para a configuração dos quadros de sofrimento. Além disso, os protocolos de cuidado variam de acordo com os modelos de referência e com a centralização ou descentralização das redes assistenciais disponíveis nos territórios (Dias et al., 2020; Ferigato, Campos, & Ballarín, 2007), o que contribui para a existência de diferentes formas de abordar os casos de recusa ao tratamento, incluindo a recusa medicamentosa.

Venturini (2017) classifica algumas razões para que a recusa, no geral, às propostas do terapeuta compareça no cuidado, principalmente, dentro do contexto de situações consideradas agudas e graves. Segundo ele, a recusa pode ser uma manobra defensiva capaz de envolver, entre outras coisas: a) oposição ao terapeuta, considerado competente e autoritário; b) negação da doença, devido ao seu estigma social; c) negação da realidade, para aliviar seu sofrimento; d) medo de se perceber como alguém que precisa de ajuda; e) resistência à negação de seu delírio, que o protege da falta de sentido; f) medo de receber novas desilusões na relação terapêutica; g) medo de uma simbiose com a figura do terapeuta; h) incapacidade de tolerar certos estímulos; e i) resistência a qualquer alteração de ordem existencial.

No documento *Atenção em Saúde Mental*, produzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas

Gerais, algumas orientações para os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial são prestadas em relação ao manejo da crise e da recusa ao tratamento por parte dos usuários. Entre elas, estão as relativas à recusa aos psicofármacos. Considerada uma situação insuportável, que se manifesta de forma variada em quadros agudos, a crise demandaria uma intervenção imediata da equipe de saúde. O contato com o usuário teria como objetivo inicial obter o seu consentimento. Diante de discordâncias, o profissional precisaria avaliar o que seria possível negociar na conduta sem abrir mão do que fosse considerado essencial.

A recusa em comparecer ao serviço, por exemplo, demandaria diferentes manejos: em uma situação grave, porém crônica, a indicação seria investir no estabelecimento de vínculo com o sujeito e seus familiares; mas em uma situação de crise intensa e aguda, diante da irredutibilidade do sujeito, medidas concretas e imediatas poderiam ser consideradas necessárias, mesmo que envolvessem o uso da coerção (Lobosque & Souza, 2016). Nos termos do documento, “quando o paciente recusa definitivamente qualquer ajuda, encontrando-se numa situação em que requer cuidados imediatos e urgentes, *podemos considerar a possibilidade de medicá-lo* [ênfase adicionada] ou levá-lo ao serviço de Saúde Mental, mesmo contra a sua vontade” (p. 159).

O usuário e seus familiares teriam direito de recorrer contra essas medidas involuntárias, inclusive judicialmente. Por conta disso, seria orientado aos profissionais que os motivos dessa escolha fossem fundamentados e registrados por escrito. O uso das medidas involuntárias, segundo esse documento, deveria ser uma exceção no cuidado, sendo utilizadas apenas em situações em que outras tentativas de intervenção já tivessem sido esgotadas. A alta frequência de seu uso por um dispositivo de Saúde Mental seria um importante indicador da qualidade do serviço, dando sinais de problemas graves em sua lógica de funcionamento.

De acordo com Benjamin (2016), uma recusa sempre sucede uma oferta, portanto, só podemos pensar o direito de recusa ao psicofármaco porque em algum momento o usuário teve acesso, seja ou não gratuito, a essa tecnologia de saúde. Portanto, olhar para o direito de recusa ao tratamento implica também pensar no que tem sido ofertado como cuidado em nossa rede assistencial. Não utilizar psicofármacos em um acompanhamento em Saúde Mental é uma opção? Para

quem? E em que circunstância? Não está escrito na lei que as pessoas têm que tomar medicação, entretanto, em alguns Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do país, como constatado por Onocko Campos et al. (2014), usuários podem ser desligados do serviço caso se recusem a utilizá-la.

Foi pensando em explorar as controvérsias em torno dessa questão dentro do contexto da Atenção à Crise que uma pesquisa de mestrado sobre a recusa aos psicofármacos foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps III) no município do Rio de Janeiro, durante o ano de 2022. O objetivo deste artigo é apresentar os resultados dessa pesquisa, descrevendo o manejo realizado pela equipe diante desses casos. Nosso intuito é ampliar as possibilidades de leitura e compreensão sobre esse fenômeno, mas sem pretensões prescritivas e protocolares sobre modos de intervenção em tais contextos. O convite é para que possamos ouvir com atenção os modos como essa questão comparece no cotidiano de um serviço de Atenção à Crise, deixando-nos provocar por suas nuances e por aquilo que ela pode nos ensinar em termos clínicos e, sobretudo, éticos em nossa abordagem ao sofrimento mental.

Metodologia

Esta pesquisa, de caráter qualitativo e tipo exploratório, dividiu-se entre uma pesquisa bibliográfica e um estudo de campo, realizado com profissionais de um Caps III, localizado no município do Rio de Janeiro. Fundado em 2010, o serviço funciona 24h e se encontra dentro de um complexo de saúde em uma zona periférica da cidade, sendo responsável pela assistência de oito bairros e uma população de 158.859 pessoas.

O serviço, que é gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS), tem 48 profissionais na equipe técnica, sendo três assistentes administrativos, 13 técnicos de enfermagem, oito enfermeiros, cinco psicólogos, quatroicineiros, três assistentes sociais, três psiquiatras, dois redutores de danos, um musicoterapeuta, um professor de educação física, um terapeuta ocupacional e quatro gestores. Outros 12 profissionais compõem a equipe de apoio, distribuídos entre portaria (4), limpeza (6) e copa (2) e mais nove profissionais compõem a equipe de seguimento de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) referenciado ao dispositivo.

A equipe técnica (com exceção dos gestores) é dividida em três miniequipes, cada qual sendo responsável por um território ligado às Clínicas da Família de referência. Elas costumam se reunir entre si e com a equipe geral semanalmente em uma supervisão clínico-institucional.

Os dados coletados foram obtidos a partir de entrevistas virtuais e semiestruturadas, realizadas entre os meses de março e abril de 2022, com 10 pessoas de diferentes categorias profissionais. Inicialmente, a ideia era realizar grupos focais presenciais com mais integrantes da equipe, mas o contexto da pandemia de covid-19 impediu a sua realização, bem como a opção por outros métodos, como a observação participante. O critério para inclusão dos sujeitos na pesquisa era trabalhar no atendimento e na condução de casos como referência técnica dos usuários. Na Tabela 1, é possível visualizar algumas informações gerais sobre os profissionais entrevistados.

Tabela 1
Informações sobre os profissionais entrevistados

Idade	Entre 27 e 45 anos
Gênero	6 eram do gênero feminino e 4 do gênero masculino
Raça	6 se autodeclararam como brancos(as), 3 como negros(as) e 1 como pardo(a)
Profissão	2 eram oficineiros(as), 1 era técnico(a) de enfermagem, 2 eram enfermeiros(as), 3 eram psicólogos(as), 1 era terapeuta ocupacional e 1 era assistente social
Formação	1 não tinha formação na área da Saúde Mental, 2 tinham feito residência, 2 tinham especialização e 2 possuíam mestrado
Tempo de trabalho no Caps	Entre 2 meses e 10 anos

As entrevistas foram realizadas individualmente durante um encontro com média de 1h de duração, tendo sido posteriormente transformadas em narrativas individuais em primeira pessoa (eu)¹. A partir disso, as informações, que seriam os dados brutos

¹ Destacamos que não utilizamos trechos das entrevistas no decorrer do trabalho, apenas a narrativa produzida a partir das entrevistas realizadas.

das entrevistas, foram sendo tratadas e interpretadas durante a própria elaboração da narrativa, através da extração dos principais argumentos e seu encadeamento lógico com os temas abordados. Por meio desse trabalho, a narrativa se tornou o local privilegiado de acontecimento da análise.

O uso de abordagens narrativas nas pesquisas qualitativas em saúde tem sido cada vez mais frequente e se mostrado cada vez mais fértil ao longo dos últimos anos, sendo um recurso comum em investigações ligadas aos novos serviços e práticas, como os implantados pela RPB (Onocko Campos, Nascimento, & Silva, 2013). É uma importante aposta metodológica para acessar a experiência corporificada dos sujeitos, pois, no geral, são elas que nos situam dentro dos sistemas explicativos do mundo (Castellanos, 2014), permitindo o intercâmbio de experiências, como uma forma artesanal de comunicação, que se preocupa mais com a transmissão do que com a explicação (Benjamin, 1987). E era exatamente isso que gostaríamos de acessar em nossa pesquisa: a experiência, o vivido, passível de ser narrado.

Após a primeira entrevista, um segundo encontro individual foi proposto, seguindo a abordagem utilizada por Onocko Campos (2013), visando a leitura da narrativa com cada profissional, de modo a verificar se eles se reconheciam naquele texto e se propunham alterações. Nessa oportunidade, mais elementos apareceram a partir do que os profissionais iam ouvindo naquilo que eles mesmo nos disseram. Posteriormente, a partir de uma *categorização temática* e identificação de *núcleos argumentativos* comuns, uma narrativa unificada, escrita na primeira pessoa do plural (nós), foi construída, utilizando o conteúdo das narrativas de todos os profissionais.

De acordo com Onocko Campos (2013), os núcleos argumentativos são considerados um

“conjunto de frases que não somente se referem a um tema, porém tentam atribuir a ele algum tipo de explicação . . . no sentido de um porquê, de um pra quê e de um como” (pp. 290-291). O que chamamos de eixos temáticos foram, basicamente, mas não somente, os temas ofertados pelos autores deste artigo durante a condução da própria entrevista.

Durante a sistematização dos núcleos argumentativos, concentramos nosso olhar *no que foi dito sobre cada tema e não especificamente em quem disse*, de modo a encontrar as convergências e divergências na *polifonia de vozes* dos profissionais. Nossa proposta era estimular ainda mais o caráter coletivo já existente na narrativa (Castellanos, 2014; Schraiber, 1995), propondo um olhar pluralizado para o fenômeno, sustentando suas diferenças, mas partindo de uma unidade: a equipe. A ideia era explorar o tema de uma forma mais afinada com a maneira com que ele se manifesta no trabalho cotidiano do serviço, isto é, em coletivo, em diálogo, mesmo que a partir de distintas singularidades.

Para este artigo, sistematizamos os tipos, motivos e manejos da recusa aos psicofármacos, segundo os profissionais entrevistados, e apresentamos alguns casos descritos por eles para ilustrar as situações vividas no serviço. Salientamos que a pesquisa foi submetida a dois Comitês de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovada através do Parecer nº 5.242.581.

Resultados

Destacaremos na Tabela 2: a) os motivos que, segundo os profissionais, são responsáveis por gerar recusas medicamentosas; b) os tipos de recusa identificados por eles no cotidiano assistencial; e c) os tipos de manejos da equipe a essas recusas. Em seguida, apresentaremos alguns trechos da narrativa coletiva em que constam cinco casos clínicos reunidos na pesquisa.

Tabela 2

As recusas aos medicamentos e seus manejos pelos profissionais

Motivos para recusa	Tipos de recusa
Efeitos colaterais dos psicofármacos	Explícitas (negação verbal com uso de argumentos)
Recusa ao tratamento de uma maneira geral	Implícitas (interrupção do uso, abandono do tratamento, mentira, ato de esconder na língua para cuspir fora depois e ingestão de água em excesso para diluição do efeito)
Estigma social em torno da loucura	
Falta de consciência de morbidade	
Melhora do quadro clínico	
Inserção do uso medicamentoso na construção delirante e sintomas alucinatórios	
“Birra” do usuário	
Abordagens pouco acolhedoras dos profissionais	

continua...

Manejos da recusa

- “Intervenção de entendimento” (compreensão sobre os motivos da recusa)
- Negociação com o usuário (quando a abordagem pela palavra é possível)
- Substituição por medicações orais disponíveis no SUS com menos efeitos colaterais
- Substituição por medicação injetável
- Prescrição de medicações com menos efeitos colaterais para compra (nos casos de famílias com condições financeiras para tal)
- Convencimento, insistência e barganha (durante o acolhimento noturno)
- Retirada do técnico de referência do manejo para preservação do vínculo e transferência da negociação para outros profissionais (como médicos)
- Aposta na negociação com profissionais com vínculo mais forte com o usuário
- Priorização da construção do vínculo e postergação da prescrição (em casos menos agudos)
- Acolhimento inicial da família para posterior contato sobre o tema com o usuário
- Retaguarda para momentos de desestabilização pela falta do uso medicamentoso (em casos de uso irregular já conhecidos pela equipe)
- Esquema de medicação assistida (para aqueles que frequentam o Caps diariamente)
- Maceração da medicação na comida (em casos de crise)
- Contenção mecânica e medicação involuntária no serviço (em casos de agitação psicomotora)
- Medicação involuntária durante visita domiciliar (em casos de idas irregulares ao Caps)

Desse modo, a equipe aponta oito motivos para a recusa, um deles convergente com um dos nove apontados por Venturini (2017): uma negação da doença devido a seu estigma social. Durante as entrevistas, foi muito comum o uso espontâneo pelos profissionais de exemplos de casos que ilustravam os seus argumentos. A experiência corporificada se apresentava em suas narrativas como um potente recurso de transmissão, que permitia o acesso do todo a partir do singular, numa reconstrução das cenas como acontecimento social. Essa condição de construção faz da narrativa uma interpretação em si e é o que torna possível a reprodução do fato social “na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata” (Schraiber, 1995, p. 65). Destacamos abaixo alguns trechos da narrativa que se referem aos casos clínicos² relatados pelos profissionais:

Fabiana é o exemplo mais resgatado por nós quando se trata de acompanhamento sem medicação. Ela é uma usuária psicótica, com retardo mental moderado e traços de catatonia. Em crise, ela para de comer, de responder e fica muito paranoica. Por conta de um quadro grave de impregnação no passado, que quase a levou à morte, ela hoje se recusa a fazer uso das medicações. Como ela impregna muito rápido com doses muito baixas, nós a acolhemos, durante as crises, sem lançar mão de medicações, oferecendo outros recursos do Caps. Ela é bem ativa

no serviço, participa das atividades e tem um vínculo forte conosco. Se pudesse tomar medicações, certamente apresentaria menos sintomas, mas aprendeu a conviver com eles.

Apesar da compreensão da equipe de que a medicação tem um potencial de lhe prejudicar, vez ou outra precisamos resgatar e repactuar essa direção do seu cuidado, mas é notável que estamos cada vez mais apropriados e próximos dela, o que reflete diretamente em como ela se apresenta no serviço. Hoje em dia, por exemplo, ela consegue se dirigir às pessoas e dizer o que sente e o que quer, coisa que não era comum antes. O seu caso é uma demonstração de que o acolhimento noturno tem uma função que vai para além da organização da medicação, mesmo que, em muitos momentos, ele sirva para isso. Mas há um fator importante nesse caso que é determinante para essa postura da equipe: seu tipo físico, muito frágil, e seu jeito fofo. Esse tipo de conduta é mais difícil de sustentar, quando o usuário é grande, forte e agressivo.

Victor é um exemplo desses casos. Psicótico, com histórico de muita violência no território, é o usuário com o maior número de internações do município, considerado, por conta disso, o caso mais grave da rede. Já agrediu gravemente profissionais de saúde de outros serviços e, vez por outra, protagoniza cenas de agressividade no Caps e no território, se expondo a variados riscos. Ele passa o dia inteiro no Caps e

² Todos os nomes utilizados para se referir aos usuários são fictícios.

é bem aderido a algumas oficinas. Geralmente, se recusa a fazer o uso das medicações. Por ser um usuário com perfil violento, a gente tem muita dificuldade no manejo. Existe uma prescrição, mas sua ingestão passa muito pelo que ele pede. Tem dia, por exemplo, que ele não toma nada. De fato, ele apresenta uma considerável facilidade para impregnar³, inclusive com aquelas medicações que são comumente menos danosas, e em seu delírio acredita que é feito de cobaia pelos psiquiatras. Odeia psiquiatras e diz que não é “rato de laboratório”.

No início de seu tratamento em Saúde Mental, não costumava recusar as medicações, mas participou de tantas pesquisas medicamentosas no passado que ficou irritado com isso, inserindo essa questão em seu delírio. Hoje em dia, por conta de um episódio de agressão a uma profissional dessa mesma instituição onde foi participante de pesquisas, é proibido de entrar nela. Quando está agressivo, precisa ser contido pela equipe ou regulado para internação, pois oferece risco real para si e para os outros. O uso de SOS⁴ com ele com medicações como Haldol e Risperidona é impossível.

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

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

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

As situações de crise provocam muitas discussões porque elas costumam ser muito custosas, nos desgastando e demandando dos nossos próprios corpos. Nem sempre o profissional tem uma disponibilidade de estar mais vezes com o usuário, de ter uma escuta mais longa e atenta, elementos necessários quando se retira a medicação de cena. A enfermagem, por exemplo, que é a categoria profissional considerada como a que tem mais resistência à ideia de acompanhar um usuário sem medicação é quem, na verdade, sustenta os plantões 24h do Caps. Eles falam muito na medicação, porque, em certa medida, ela dá um contorno para um acolhimento que é muito difícil.

A formação e uma trajetória maior na Saúde Mental faz com que o profissional consiga ficar mais disponível para algumas coisas, mas as próprias condições de trabalho comprometem isso, pois é um cotidiano muito cansativo, que tem um nível de complexidade e volume que não correspondem ao que recebemos de salário. É um serviço que nos exige muito, principalmente, por ser um Caps III, com usuários graves, em crise, que, às vezes, até nos agredem. A equipe esteve sem férias durante quatro anos, por conta das trocas de OSS. Já houve momentos em que ela ficou totalmente reduzida. É bem difícil. Ultimamente, o serviço está um caos e a equipe está quase pedindo socorro. Então, a medicação acaba entrando também nesse lugar de facilitar o trabalho do profissional nos momentos em que o corpo não está mais aguentando, não está mais dando conta.

Recentemente, vivemos um importante desafio durante o acolhimento noturno do *Fabício*, um usuário grave, com uma crise muito difícil, que passou um longo período conosco no Caps. A equipe se organizou em duplas de Acompanhantes Terapêuticos para

³ A impregnação é um “fenômeno clínico que é a expressão do efeito químico dos neurolépticos (também chamados de tranquilizantes maiores ou antipsicóticos) O paciente fica, na fala popular ‘robotizado’ A face fica em amimia (sem mímica), vale dizer, sem modulação expressiva A musculatura geral do corpo fica rígida (em hipertonia), e há um tremor generalizado” (“Impregnação neuroléptica”, 2008).

⁴ Termo utilizado na Saúde Mental para se referir a intervenções medicamentosas no manejo de sintomas agudos.

um cuidado direto, desde a hora que ele acordava até a hora que ia dormir. Foi uma abordagem pensada para ele não ficar muito tempo na contenção, já que constantemente apresentava comportamentos agressivos. Ele se recusava a fazer uso da medicação, então, variados manejos foram utilizados pelos profissionais para lidar com isso, da barganha à maceração na comida. Até os familiares foram convocados para nos ajudar, em alguns momentos, a convencê-lo.

Falando nisso, é importante salientar que a dificuldade em acolher a recusa à medicação não é só dos serviços e dos profissionais, os familiares dos usuários também costumam encarar essa questão com muita resistência. Normalmente, eles acham que a medicação vai ser a solução de todos os problemas, por isso, dificilmente escutam o que dizem os usuários que recusam. Muitos querem que o serviço resolva o problema e chegam demandando que mediquemos o usuário para sedá-lo, ou que o encaminhe para internações de longa permanência. Então, é necessário todo um trabalho com os familiares também. O caso da *Daniela* é um exemplo. Ela chegou no Caps acompanhada do pai, recusando o tratamento e dizendo que não precisava de medicação, mas topou ser atendida semanalmente por uma psicóloga.

Durante algum tempo, a medicação nem foi ofertada nem foi inserida no cuidado, pois a profissional entendia que isso poderia comprometer o vínculo dela com o serviço. Mas os familiares demandavam, com alguma frequência, que ela fosse medicada, pois entendiam que só isso seria capaz de garantir que ela parasse com alguns movimentos que fazia entre familiares e vizinhos, por conta de seu quadro persecutório. Então, a profissional passou a atender os familiares regularmente, com a intenção de facilitar a compreensão deles sobre o caso e ajudá-los a entender que o acompanhamento não se resumia à medicação.

Discussão

Como se pode notar na descrição desses cinco casos em atendimento no Caps III, muitas das formas de manejo em equipe da recusa aos psicofármacos envolvem *consentimento*, seja sua busca (Lobosque & Souza, 2016) ou ainda sua dialética (Venturini, 2017). Diferente das pessoas que interrompem o uso de psicofármacos porque querem usar seus próprios recursos ou encontrar alternativas para lidar com seu sofrimento, como os sujeitos ouvidos por Parada (2018) em seus estudos, há muitos usuários no contexto

pesquisado para quem a resistência à medicação aparece associada a uma *recusa ao tratamento de uma maneira geral*. Essa decisão pode ser fruto de muitas razões e na narrativa aparece associada a dois possíveis motivos: uma *preocupação com o estigma social* e uma consequência do que a psicopatologia descritiva denomina como *falta de consciência de morbidade*.

De fato, o medo da estigmatização já comparece na literatura há algum tempo como um dos motivos para a recusa medicamentosa (Brooks, 1986). É como se o psicofármaco se associasse metonimicamente tanto com o diagnóstico quanto com a Psiquiatria e a relação com ele fosse “o símbolo por excelência” de uma relação com esse sistema, ligado ainda a valores negativos acerca da loucura (Rodríguez, Perron, & Ouellette, 2013). Já a consciência de morbidade é uma categoria biomédica que toma a experiência de sofrimento como uma doença. O sujeito que não associa a sua narrativa a essa realidade patológica, descrita externamente pela Psiquiatria, não conta com essa condição.

Como aponta Benini (2015), não aceitar o diagnóstico torna o medicamento desnecessário, entretanto, nem sempre há uma relação direta entre esses dois fatores e, em seus termos, a própria Psiquiatria reconhece isso. Nas palavras de Chenieaux Jr. (2015):

é natural que quem não se ache doente não queira seguir nenhum tratamento. Todavia, nem sempre há uma relação direta entre consciência de morbidade e adesão ao tratamento. Pacientes que não se acham doentes podem aceitar o tratamento em função de pressões de familiares ou de instituições, ou em razão de atribuírem ao tratamento um significado falso – por exemplo, acreditar que o remédio possui o poder mágico de proteger sua mente contra a influência maligna de espíritos. Em contrapartida, pacientes que reconhecem estar doentes podem deixar de seguir o tratamento por julgá-lo ineficaz, por não tolerarem os efeitos colaterais – no caso de medicamentos –, por não confiarem no médico, por não terem condições financeiras de arcar com o tratamento, etc. (p. 187).

Para os profissionais do Caps, os *efeitos colaterais* estão entre os principais motivos que levam os usuários a recusarem as medicações. Pode-se dizer que este é um fator que costuma comparecer com frequência nas pesquisas que se debruçam sobre essa questão

(Appelbaum & Gutheil, 1979; 1980; 1982; Benini, 2015; Brooks, 1986; Schwartz, Vingiano, & Perez, 1988; Stone, 2003). Ao mesmo tempo em que aumentam a qualidade de vida, os psicofármacos podem prejudicá-la, pois os seus efeitos adversos atrapalham a disposição para o trabalho e para a realização de outros afazeres da vida cotidiana, expondo os usuários a preconceitos, para além dos que eles já experimentam pela forma como se apresentam e pelo diagnóstico que receberam (Benini, 2015).

Lidar com isso representa um verdadeiro desafio para a RPB e a convoca a pensar naquilo que embasa os seus esforços. Se a proposta é que as pessoas sejam cuidadas em liberdade e tenham condições de frequentar o laço social, o que fazer com esse elemento que compromete a inserção ativa dos sujeitos na vida, mesmo que contribua para a sua circulação fora dos muros? Essa “ambiguidade” dos psicofármacos (Magaldi, 2018) expõe o cuidado a um paradoxo que acaba sendo colocado na conta dos que manejam diretamente os casos, sofrendo impactos dos limites de sua governança. As *substituições, alterações, negociações* se tornam, então, as opções acionadas para tentar garantir o mínimo, o que coaduna com os achados de Monnerat (2020), que, em sua pesquisa, verificou que as alterações e trocas são os manejos mais comuns diante dos efeitos colaterais e não a descontinuidade dos psicofármacos.

A interrupção do uso dos psicofármacos pelos usuários, quando se *sentem melhor*, isto é, fora de um episódio de crise, é uma espécie de provocação para o argumento muito comum no paradigma biomédico – possível de se verificar também na atenção psicossocial – de que o usuário precisa manter o tratamento medicamentoso para sempre. De acordo com Benini (2015), esse tipo de interrupção pode acontecer porque a sensação de melhora com o uso dos psicofármacos após a crise costuma ser menor, o que torna a recusa uma opção a ser considerada pelos usuários. Contudo, uma comparação entre o mal-estar provocado pelos psicofármacos e a experiência intensa vivida pelo sujeito no período agudo pode acabar favorecendo a manutenção do uso.

Para o manejo da recusa medicamentosa, segundo os profissionais, não existe padrão nem protocolo preestabelecido, é uma construção cotidiana, que necessita de muita aposta e reavaliação. Ele vai depender não só das particularidades do usuário como também do profissional e de sua miniequipe,

portanto, muitas variáveis estarão presentes, entre elas: a história do usuário e seu momento, a formação do profissional e seu momento e a equipe com sua configuração particular, tudo muito regado a diferentes afetos e valores, além de condições concretas do território e do serviço.

A condução do cuidado vai depender também da maneira como a recusa se manifesta. Os profissionais descreveram formas ditas *explícitas*, como a negação verbal, e *implícitas*, como a interrupção do uso e o abandono do tratamento. Nesse segundo caso, acrescentaria também os atos de esconder, cuspir fora, mentir e beber água para diluir o efeito – estratégia muito particular adotada por um dos usuários do serviço. Essa divisão se aproxima da classificação feita por Owiti e Bowers (2011) em recusas “diretas” e “indiretas”, numa ampliação da abordagem de Appelbaum e Gutheil (1980), que só considerava como recusas as reações estritamente diretas, isto é, verbalizadas pelos usuários.

No final das contas, a importância do psicofármaco no projeto terapêutico vai depender, para os profissionais, de como o usuário está se apresentando, e isso implica diretamente como a equipe vai lidar com a sua recusa. Esse momento costuma variar não só em relação ao seu quadro, mas também em relação ao próprio psicofármaco: ele pode negar em um momento, mas aceitar em outro, sendo possível, inclusive, uma *construção da demanda medicamentosa a partir do vínculo terapêutico* e das necessidades que vão sendo identificadas durante o acompanhamento.

A condição do usuário de avaliar as opções disponíveis e os fatores envolvidos nas situações que atravessa não é permanente, costuma flutuar no processo. Durante os episódios de crise aguda, isso pode ficar bastante comprometido, exigindo dos profissionais atuações mais diretivas. É por esse motivo que, no debate sobre a Tomada de Decisão Compartilhada na Saúde Mental, se indica uma condução flexível e alinhada a uma avaliação constante das possibilidades do usuário (Fisher et al., 2018; Gurtner, Schols, Lohrmann, Halfens, & Hahn, 2020; Huang, Plummer, Lam, & Cross, 2020; Morant, Kaminskiy, & Ramon, 2016).

Essa prática, que tem referência na Abordagem Centrada na Pessoa, dentro do campo da Medicina, é uma crítica ao modelo paternalista e consiste em um processo colaborativo entre o usuário e o profissional, baseado em uma comunicação aberta e no respeito às escolhas e valores individuais do sujeito assistido. A sua proposta é que o usuário possa participar ativamente das

decisões sobre seu tratamento, integrando suas experiências e preferências aos saberes técnicos dos profissionais, em um verdadeiro exercício de autonomia.

Entretanto, o uso dessa abordagem em situações de crise, que envolvam riscos e preocupações em relação à segurança, pode encontrar obstáculos, pois nesses casos faz-se necessário que o profissional seja mais direto e eficiente em sua intervenção. Como afirma Venturini (2017), durante a crise, o usuário “está numa condição particularmente difícil para afirmar os seus direitos” (p. 97). Nesses momentos, os profissionais (da Saúde, da Assistência Social e das urgências psiquiátricas) acabam tendo que tomar decisões “em seu nome”, e muitas vezes elas podem ir de encontro às suas vontades mais imediatas.

Algumas das atitudes descritas pelos profissionais entrevistados parecem se aproximar bastante da noção de decisão compartilhada: *acolher o “não”, priorizar o vínculo e pedir ajuda do usuário para pensar a melhor forma possível* seriam alguns exemplos. O ato de *ficar à disposição*, entendendo o próprio limite enquanto profissionais mostra-se como um contraponto à atitude paternalista que faz com que certas equipes se sintam responsáveis pelo comportamento dos usuários (Thorncroft & Tansella, 2010). A chamada *intervenção de entendimento*, que busca acessar os motivos da recusa é um recurso importante para lidar, entre outras coisas, com a dificuldade que muitos usuários têm em distinguir os efeitos dos psicofármacos e seus sintomas, algo já identificado e discutido na literatura sobre a Gestão Autônoma da Medicação – GAM (Rodriguez et al., 2013).

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

Segundo os interlocutores, *o uso de antipsicóticos em formato injetável*, ou de depósito, como é

mais conhecido, é uma opção no quadro de negociação com os usuários que apresentam resistência em fazer o uso dos psicofármacos. De acordo com os profissionais, essas medicações são mais aceitas, pois dispensam a obrigatoriedade de fazer a ingesta todo dia, sendo mais usadas nos usuários que têm dificuldade na adesão à medicação oral, que não vão ao serviço cumprir o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou que levam para casa e não tomam. Por terem uma ação prolongada, elas podem ser aplicadas em intervalos de tempo maiores do que os medicamentos orais, sendo, por isso, avaliadas como uma solução de baixo custo e alta eficácia na Saúde Mental (Bressan & Shirakawa, 1996).

Consideradas uma “arma terapêutica” importante (Oliveira, Bezerra, Fernandes, & Motta, 2003) capaz de facilitar o trabalho assistencial, elas podem ser vistas não só como uma estratégia para lidar com a recusa aos psicofármacos, mas também como uma garantia da dose administrada, já que o medicamento oral muitas vezes costuma ser esquecido ou desprezado pelos usuários (Peres & Figueiredo, 2004). Essa via de administração acaba demandando a presença do profissional, o que limita uma pretensa autonomia que os comprimidos permitem ao serem manipulados diretamente pelos próprios sujeitos.

O ato de fazer busca ativa domiciliar para garantir a administração injetável foi uma prática que compareceu na narrativa, inclusive a sua *aplicação involuntária* em casos de recusa do usuário e fracasso das tentativas de convencimento. Outra prática descrita para lidar com a recusa medicamentosa e que merece destaque nesta discussão é o ato de *macerar a medicação na comida* sem o conhecimento do usuário. Muito comum na Pediatria e Geriatria, realizada por profissionais e/ou familiares, ela desperta questões éticas e legais na Saúde Mental, apesar de não ser muito discutida no campo (Kala, 2012). A forma como ela é compreendida e avaliada nos países costuma estar associada aos valores culturais em torno das noções de indivíduo e de família (Sathyanarayana Rao, Kallilvayalil, & Andrade, 2012).

Em países como o Canadá, onde a noção de autonomia individual é um importante norteador político, ela é considerada um ato ilegal e antiético (Munden, 2017). Já em países como a Índia, onde a família é, normalmente, uma unidade mais sólida, com direitos que se sobrepõem aos dos indivíduos, ela pode ser vista como justificável (Sathyanarayana Rao et

al., 2012). Há países, como Reino Unido e Escócia, que optaram pela formulação de guias com diretrizes orientando a sua realização. No Brasil, não localizamos nenhum material acadêmico ou técnico discutindo diretamente o assunto.

No geral, ela é admitida pontualmente em situações extremas sendo uma espécie de resposta conveniente para uma situação clínica difícil (Sarin, 2012). Na narrativa, ela aparece como um recurso quando o usuário está fora de si, desorganizado e o papo não adianta. Isto é, ela surge no manejo dos profissionais como uma saída no encontro com o *limite da palavra*. Um dos poucos momentos em que os profissionais afirmam realmente obrigar o usuário a utilizar a medicação é quando a abordagem através do diálogo não está sendo possível e há um risco colocado na cena.

A *contenção química* se associa, muitas vezes, à contenção mecânica (que, diferentemente da imposição velada da maceração, é uma imposição explícita) no que é entendido como o limite, no qual se avalia que o usuário não está em condições de escolher e o serviço é convocado a exercer, de forma pontual, um papel de tutela e de proteção. Essa decisão parece envolver uma preocupação não só com o risco que o usuário pode representar para si e para os outros, em um momento de crise, mas também os riscos graves em que ele pode se colocar no território ao despertar, por exemplo, o incômodo do poder paralelo⁵.

Dell'Acqua e Mezzina (1992) apontam que o controle e a tutela podem ser acionados quando o serviço de atenção à crise reconhece a necessidade de proteção da pessoa, mas devem ser utilizados como uma ponte para a formulação de novos meios de contratualidade e não como um fim. Os psicofármacos, nessa cena, não teriam um valor terapêutico em si, mas seriam instrumentos para abrir as possibilidades de relação, reduzir a angústia e controlar transitóriamente comportamentos problemáticos. Esse tipo de tutela, em tese, só é aceitável na atenção psicossocial quando se distancia do caráter anulador da tutela exercida pelo paradigma psiquiátrico tradicional, produzindo efeitos de emancipação (Kinker, 2020) em momentos de intenso sofrimento, mas, na prática, sua manifestação pode não ser tão bem delimitada assim, como verificaram Onocko Campos et al. (2012).

Outro elemento que aparece na narrativa é o *limite do próprio corpo do profissional* da atenção

psicossocial, sendo o psicofármaco administrado quando ele não está mais dando conta de apostar em outros manejos, sem disponibilidade para uma escuta mais demorada e atenta. O cuidado à crise é apontado como custoso, que inclui o corpo do profissional e o desgasta, como citado no caso do Fabrício. Caberia, então, perguntar: diante de uma equipe que está quase pedindo socorro, o SOS prescrito para o usuário medica o sintoma de quem? O contato com o sofrimento mental pode exigir todas as reservas dos profissionais, podendo levá-los a níveis de estresse insustentáveis. Garantir as mínimas condições de trabalho parece imprescindível para a efetivação de um cuidado mais disponível e menos manicomial, mas essa não parece ser a realidade encontrada no serviço, onde o nível de complexidade e volume de trabalho não acompanham o valor do salário. E condições trabalhistas, como as férias, não são garantidas.

Os psicofármacos, desde o seu surgimento, foram associados a uma tentativa de tornar o ambiente assistencial – naquela época, hospitalar – mais tranquilo, submetido à régua da ordem (Caponi, 2019). A crítica legítima a esse emprego não pode, entretanto, ignorar a natureza e as condições de trabalho postas nos cenários institucionais da Saúde Mental, em que se apresentam variadas fontes de sofrimento e adoecimento para os trabalhadores. Fica evidente, portanto, o impacto que as condições de trabalho podem gerar no cuidado em geral e no manejo da recusa aos psicofármacos em específico.

Considerações finais

A descrição do caso de Fabiana pelos profissionais caracteriza as possibilidades de um cuidado à crise sem o uso dessas substâncias. Segundo a narrativa, o seu caso é uma demonstração de que o acolhimento noturno tem uma função que vai para além da organização da medicação, mesmo que, em muitos momentos, ele sirva para isso. Mais do que um respeito à sua recusa, parece haver o reconhecimento por parte da equipe da nocividade dos psicofármacos para a usuária: é o seu corpo que rejeita. Os efeitos de seu cuidado com outros recursos do Caps chegam a ser reconhecidos na construção de sua autonomia dentro do serviço. Mas, ao que consta, essa é uma postura difícil de sustentar quando o usuário,

⁵ Termo que algumas pessoas utilizam para se referir ao tráfico de drogas dentro das comunidades cariocas.

ao contrário de Fabiana, é grande, forte e agressivo, como Victor, mesmo que ele também apresente uma intolerância aos medicamentos.

No caso de Victor, que é radical e emblemático, por conta de seu passado de agressões, existem proibições expressas de que ele frequente uma instituição – a mesma onde ele foi participante das pesquisas medicamentosas que lhe provocam a oposição simbólica a essas substâncias. Mas se os serviços de saúde não incluírem a possibilidade de seu cuidado, sem querer ignorar aqui os seus concretos desafios, qual será o seu destino? Há um limite que comparece em relação ao psicofármaco e seu efeito, mas, nesse caso, ele não aponta apenas para si mesmo, ele também chama atenção para o contexto que o cerca. A crise e o risco parecem ser desenhados constantemente no encontro entre as fronteiras do sofrimento do sujeito e a configuração particular de seu território. É um encontro não necessariamente pacífico, que evidencia mais um tipo de agenciamento dos psicofármacos em seu emprego na atenção psicossocial e traz para a cena a realidade da vida fora dos muros.

Por parte dos usuários e dos familiares, a demanda por psicofármacos costuma ser frequente. Os profissionais entrevistados localizam que os familiares veem o medicamento como a solução de todos os problemas. Para Cavalcante (2017), um trabalho específico com esses familiares é uma ação importante para a ampliação do seu papel no tratamento, pois, normalmente, eles atuam como meros incentivadores da adesão do usuário. O intuito da equipe deveria ser de ajudá-los a entender como lidar com o sofrimento dessa relação, o que se aproxima bastante do caminho traçado na condução do caso de Daniela descrito na narrativa.

Mas não são só os familiares que apresentam tal postura. No próprio Caps pesquisado, não parece ser fácil sustentar que um usuário não seja medicado, quando ele se recusa. O caso de Francisco é um exemplo dos desafios de se justificar o acompanhamento de um usuário sem a presença de psicofármacos em seu PTS. Considerar um absurdo e uma negligência da parte de quem estava desenhando de frente o cuidado demonstra o valor simbólico que o psicofármaco ocupa principalmente diante da categoria “risco”, pois se alguma coisa tivesse acontecido com ele, era culpa dos profissionais que bancaram o acompanhamento sem medicação. O acompanhamento regular de um usuário sem medicação pode ser visto como irresponsabilidade pelos colegas, o que contribui para a

configuração do que os interlocutores de Santos (2014) indicaram como uma sensação de “cobrança social” em torno da inserção dessas substâncias no cuidado.

Assumir riscos positivos é considerada, em algumas discussões do campo, uma das habilidades essenciais para a prática da Saúde Mental. Nessa perspectiva, o acompanhamento deveria agir na direção do empoderamento das pessoas, de maneira que fosse possível que elas decidissem o nível de risco que estariam preparadas para assumir em relação a sua saúde e a sua segurança. Uma avaliação da distribuição desses possíveis riscos entre os outros atores da cena também seria um aspecto importante do cuidado (Thornicroft & Tansella, 2010). O próprio uso dos medicamentos reserva os seus riscos (Moncrieff, 2013), mas, na grande maioria das vezes, eles não são abertamente debatidos com os usuários.

Na narrativa, o cuidado à crise é apontado como custoso para o corpo do profissional. De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), o atendimento às necessidades da equipe consideradas é considerado a meta secundária de um serviço comunitário, sem o qual a qualidade do trabalho fica comprometida, já que ele depende muito mais dos recursos humanos do que as outras áreas da saúde. A precarização dos equipamentos públicos de saúde e o comprometimento das condições de trabalho apresentam-se como fatores importantes na configuração do cuidado, inclusive na forma como a conduta medicamentosa comparece no cotidiano assistencial. Quantas vezes a prescrição de um psicofármaco não deve ocupar, dentro da atenção à crise, o lugar de uma escuta atenta e disponível por um profissional que não está em condições de ofertá-la devido a sua sobrecarga?

A alta rotatividade desses profissionais, por exemplo, é associada na literatura a maiores índices de recusa aos psicofármacos, já que interfere diretamente na confiança do usuário na equipe (Owiti & Bowers, 2011), sendo, pelo mesmo motivo, um obstáculo à construção de processos de tomada de decisão compartilhada (Gurtner et al., 2020). O tamanho da demanda, a falta de recursos, o contato direto com a loucura e com as carências sociais dos usuários já foram anteriormente identificadas como fatores ligados ao sofrimento dos profissionais da atenção psicossocial (Onocko Campos et al, 2009). A remuneração insatisfatória e os vínculos empregatícios precários, por seu lado, já foram tomados como responsáveis por levar os profissionais a trabalharem em mais

de um local (Ramminger & Brito, 2011; Silva & Costa, 2008), o que, sem dúvidas, não facilita a situação.

Os motivos para a recusa de um psicofármaco são variados e diversos são os manejos possíveis dentro da atenção psicossocial. Ambos envolvem fatores subjetivos e objetivos, micro e macropolíticos, sendo o contexto local um importante norteador para as escolhas reais, visto que as opções ideais nem sempre conversam com os cenários encontrados nos serviços. Os desafios ligados ao manejo de situações de crise em Saúde Mental demandam responsabilidade para uma análise de seus limites, bem como a abertura para a construção de possibilidades, que sejam coerentes com o respeito à dignidade dos sujeitos assistidos.

Um dispositivo que vem sendo utilizado pelo movimento de reforma psiquiátrica de alguns países para garantir o consentimento dos usuários e sua participação na tomada de decisão em momentos de crise é o Plano e Cartão de Crise. Ele se baseia na noção das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV), advindas do campo da saúde em geral, que permite que um sujeito possa manifestar previamente sua vontade e preferências acerca de como gostaria de ser tratado quando não estivesse com condições de decidir. Na Saúde Mental, a ideia é que o usuário possa traçar, junto com o serviço que o acompanha e com pessoas de sua confiança, as formas que rejeita e deseja ser cuidado durante uma situação de crise aguda.

O documento – que também deixa definido um representante pessoal para tomar decisões e fornece informações sobre o tratamento medicamentoso – deve ficar sob a guarda do usuário e de seu serviço de referência. Uma versão em cartão, mais resumida, fica sob a posse do usuário, para que ele possa levar

sempre consigo. Esse cartão anuncia a existência do plano de crise e sinaliza onde ele se encontra guardado. No Brasil, a base normativa para a implantação desse tipo de dispositivo a partir da Resolução nº 1995, de 31 de agosto de 2012, do Conselho Federal de Medicina – CFM (Vasconcelos, 2014), mas, até o momento, poucas experiências de implementação desse dispositivo no campo da Saúde Mental foram realizadas no país. Para Venturini (2017), a falta de uma legislação específica sobre esse documento no campo da Saúde Mental pode comprometer a sua validade formal, mas o seu uso, sem dúvidas, serve como reconhecimento do direito de escolha do sujeito, o que torna os seus desejos potencialmente mais visíveis na cena clínica.

Para concluir, apontamos alguns dos limites encontrados na realização da pesquisa, que consideramos responsáveis por delimitar o alcance de seus resultados. A amostra reduzida de interlocutores, bem como o tempo reduzido para uma melhor familiarização com os procedimentos metodológicos e para o tratamento dos dados foram algumas delas. Vale lembrar que o cenário de realização da pesquisa teve como pano de fundo a pandemia de covid-19, o que comprometeu, sobremaneira, todas as fases da pesquisa, principalmente, o estudo de campo. O foco apenas nos profissionais também poderia ser identificado como um limite, mas, felizmente, foi possível contar com a literatura científica disponível para chamar outras vozes para a conversa (familiares e usuários). A realização das entrevistas remotamente e a impossibilidade de realizar observação participante no serviço, sem dúvidas, limitaram a quantidade e a qualidade dos dados coletados.

Referências

- Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. G. (1979). "Rotting With Their Rights On": Constitutional Theory and Clinical Reality in Drug Refusal by Psychiatric Patients. *Bulletin of the AAPL*, 7(3), 306-315.
- Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. G. (1980). Drug Refusal: A Study of Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 137(3), 340-346. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.3.340>
- Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. G. (1982). Clinical Aspects of Treatment Refusal. *Comprehensive Psychiatry*, 23(6), 560-566. doi: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(82\)90048-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(82)90048-7)
- Benini, I. S. P. (2015). *A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas].
- Benjamin, W. (1987). O narrador: Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In *Magia e técnica, arte e política: Ensaios sobre literatura e história da cultura* (3a ed.). Brasiliense.
- Benjamin, R. (2016). Informed Refusal: Toward a Justice based Bioethics. *Science, Technology, & Human Values*, 41(6), 1-24. doi: <https://doi.org/10.1177/0162243916656059>


- Bressan, R. A., & Shirakawa, I. (1996). Neurolépticos de Ação Prolongada e os Avanços da Psicofarmacologia da Esquizofrenia. *Psychiatry on line Brasil*, 1(3). <http://www.polbr.med.br/ano96/rodrigo.php>.
- Brooks, A. D. (1986). Law and antipsychotic medications. *Behavioral Sciences & The Law*, 4(3), 247-263. <https://doi.org/10.1002/bsl.2370040302>
- Caponi, S. (2019). *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. Liber Ars.
- Castellanos, M. E. P. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1065-1076. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>
- Cavalcante, D. M. (2017). *Medicamentos psicotrópicos: concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e do profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da atenção básica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe]. Repositório Institucional da UFS. <https://ri.ufs.br/handle/riufs/6686>
- Chenieaux Jr., E. (2015). *Manual de psicopatologia* (5a ed.). Guanabara Koogan.
- Dell'acqua G., & Mezzina R. (1992). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. Amarante (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 161-94). Nau.
- Desviat, M. (2018). *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva* (M. D. Claudino, Trad.). Zagodoni.
- Dias, M. K., Silva, R. B., & Oliveira, J. S. (2020). Atenção à crise em saúde mental: Centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 595-602. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.
- Fisher, K. A., Tan, A. S. L., Matlock, D. D., Saver, B., Mazor, K. M., & Pieterse, A. H. (2018). Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2195-2201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.007>
- Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Halfens, R. J. G., & Hahn, S. (2020). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 531-548. <https://doi.org/10.1111/jpm.12712>
- Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 103-127. <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>
- Impregnação neuroléptica. (2008, 19 de fevereiro). *Rede Psi*. <https://www.redepsi.com.br/2008/02/19/impregna-o-neurol-ptica/>
- Kala, A. K. (2012). Covert medication; the last option: A case for taking it out of the closet and using it selectively. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 257-265. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102427>
- Kinker, F. S. (2020). *Um manicômio em colapso: da aridez do abandono à fluidez da liberdade*. Fiocruz.
- Lobosque, A. M., & Souza, M. E. (Orgs.). (2016). *Atenção em Saúde Mental*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>
- Magaldi, F. S. (2018). *A unidade das coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/72/teses/862928.pdf>
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.
- Monnerat, S. (2020). Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des) controle dos sintomas. *Teoria e Cultura*, 15(1), 107-120. <https://doi.org/10.34019/2318-101x.2020.v15.27146>
- Morant, N., Kaminskiy, E., & Ramon, S. (2016). Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social. *Health Expectations*, 19(5), 1002-1014. <https://doi.org/10.1111/hex.12392>
- Munden, L. M. (2017). The covert administration of medications: Legal and ethical complexities for health care professionals. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), 182-192. <https://doi.org/10.1177/1073110517720647>
- Oliveira, J. M., Bezerra, D. B., Fernandes, F. N., & Motta, G. L. C. L. (2003). Adesão ao tratamento e hospitalizações entre pacientes que realizam aplicações de Flufenazina Depot. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 312-317. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082003000200007>

- Onocko Campos, R. T. (2013). O exercício interpretativo. In R. Onocko-Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides. (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade* (pp. 278-299). Hucitec.
- Onocko Campos, R., Nascimento, M., & Silva, D. (2013). A gestão autônoma da medicação: Uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.20232013e>
- Onocko Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(suppl 1), 16-22. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009000800004>
- Onocko Campos, R. T., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Jr., O. D., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface*, 16(43), 967-980. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832012005000040>
- Onocko Campos, R. T., Palombini, A. L., Passos, E., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Melo, S. S. J., Silveira, M., Guerra, S., Vasconcelos, C. S., & Guerini, L. (2014). *Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. Unicamp.
- Owiti, J. A., & Bowers, L. (2011). A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care: Refusal of psychotropic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 637-647. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01713.x>
- Parada, T. C. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3), 513-529. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1861>
- Peres, M. A. A., & Figueiredo, N. M. A. (2004). Grupo do NAP: atendimento ambulatorial ao cliente em uso de medicação depósito - uma ação diferenciada de cuidar em Psiquiatria. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4), 535-542. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072004000400005>
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 150-160. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>
- Rodriguez, L. M. B., Perron, N., & Ouellette, J. N. (2013). Psicotrópicos e Saúde Mental: escutar ou regular o sofrimento? In R. Onocko Campos, J. P. Furtado, E. Passos, R. Benevides (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade* (pp. 125-151). Hucitec.
- Santos, D. V. D. (2014). *A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Unicamp. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/946250>
- Sarin, A. (2012). On covert medication: The issues involved. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 271-273. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102430>
- Sathyanarayana Rao, T. S., Kallilvayalil, R., & Andrade, C. (2012). Covert medication: Do means justify the ends? *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 203-205. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102331>
- Schraiber, L. B. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1), 63-74. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000100010>
- Schwartz, H. I., Vingiano, W., & Perez, C. B. (1988). Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication. *Psychiatric Services*, 39(10), 1049-1054. <https://doi.org/10.1176/ps.39.10.1049>
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: Estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 14(1), 83-106. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n1/v14n1a06.pdf>
- Stone, A. A. (2003). The Right to Refuse Treatment: Sell v United States. *Psychiatric Times*, 20(9).
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. Manole.
- Vasconcelos, E. M. (Coord). (2014). *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Ministério da Saúde.
- Venturini, E. (2017). O consentimento informado e a recusa do tratamento. In A. Pitta, W. Oliveira, & P. Amarante (Eds.), *Direitos humanos e saúde mental* (pp. 92-106). Hucitec.

Andreza Silva dos Santos

Mestra em Saúde Coletiva. Consultora Técnica pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Ministério da Saúde, Brasília – DF. Brasil.


E-mail: andrezasds2@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1089-7750>

Martinho Braga Batista e Silva

Doutor em Antropologia Social. Professor associado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), Rio de Janeiro – RJ. Brasil.

E-mail: silmartinho@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3577-958X>

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Endereço para envio de correspondência:

Edifício PO 700 (6º andar), SRTVN, Quadra 701, Conjunto C, Asa Norte. CEP: 70723-040. Brasília, DF. Brasil

Recebido 18/05/2024

Aceito 26/02/2025

Received 05/18/2024

Approved 02/26/2025

Recibido 18/05/2024

Aceptado 26/02/2025

Disponibilidade de dados: os dados da pesquisa estão disponíveis no corpo do artigo.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003286724>

Editores responsáveis: Miriam Cristiane Alves e Rafael Wolski de Oliveira.

Como citar: Santos A. S. & Silva, M. B. B. (2026). O Manejo da Recusa Medicamentosa em um Centro de Atenção Psicossocial III. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286724. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286724>

How to cite: Santos A. S. & Silva, M. B. B. (2026). Management of Medication Refusal in a Psychosocial Care Center III. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286724. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286724>

Cómo citar: Santos A. S. & Silva, M. B. B. (2026). El Manejo del Rechazo Medicamentoso en un Centro de Atención Psicossocial III. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286724. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286724>