

DÉLCIA REGINA DESTRO

**TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA
OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA VIA DE MÃO
DUPLA**

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2009**

DÉLCIA REGINA DESTRO

**TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA
OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA VIA DE MÃO
DUPLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2009**

Destro, Délcia Regina.
D477t Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais[manuscrito]; uma via de mão dupla. / Délcia Regina Destro. - - Belo Horizonte: 2009.
114f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Psicofármacos/uso terapêutico. 3. Esquizofrenia. 4. Assistência Centrada no Paciente. 5. Saúde Mental. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.
NLM: WM 402

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

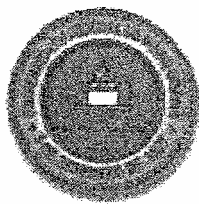
Chefe: Jorge Gustavo Velásquez Melendez

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Mattos Penna

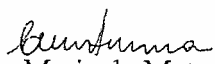
Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
 Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br


ATA DE NÚMERO 282 (DUZENTOS E OITENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DÉLCIA REGINA DESTRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 3 dias do mês de junho de dois mil e nove, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa de dissertação "*TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA VIA DE MÃO DUPLA*", da aluna Délcia Regina Destro, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), João Leite Ferreira Neto e Edson Perini, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Délcia Regina Destro, aprovada e apta a receber o título de mestre após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 03 de junho de 2009.


 Prof.^ª Dr.^ª Cláudia Maria de Mattos Penna
 Orientadora


 Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto


 Prof. Dr. Edson Perini


 Grazielle Cristine Pereira
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Dedico este trabalho a todos os envolvidos no processo de construção do Sistema Único de Saúde, da Assistência Farmacêutica e do novo modelo de atendimento aos portadores de transtornos mentais em Belo Horizonte.

Agradecimentos

A Deus, por direcionar minha existência.

A meus pais e irmãos, por terem mostrado a importância da busca de um ideal.

À professora Cláudia Maria de Mattos Penna, por ter propiciado o despertar de outros olhares diante de minha prática profissional e especialmente, de vida.

À Vicencina Maria da Costa Val (Gerência de Medicamentos - GEMED) pela dedicação e exemplo, juntamente com os Farmacêuticos Distritais, Farmacêuticos dos CERSAM's e Farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pelo aprendizado contínuo na implantação e consolidação da Assistência Farmacêutica no município de Belo Horizonte.

A Kátia Reis Dutra (Gerente da Farmácia Distrital Norte), ao Dr. Paulo Roberto Lima Gomes, aos Gerentes e demais Profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte, a Synara Barbosa Batista (Gerente do Distrito Sanitário Leste) e Maria de Fátima Pereira Batista (Gerente do Centro de Saúde Pompéia), pelo apoio e incentivo nos diversos momentos dessa pesquisa.

Aos momentos de crescimento propiciados pelo convívio com os colegas de trabalho da Farmácia Distrital Norte, do CERSAM-Pampulha e da Farmácia Distrital Leste.

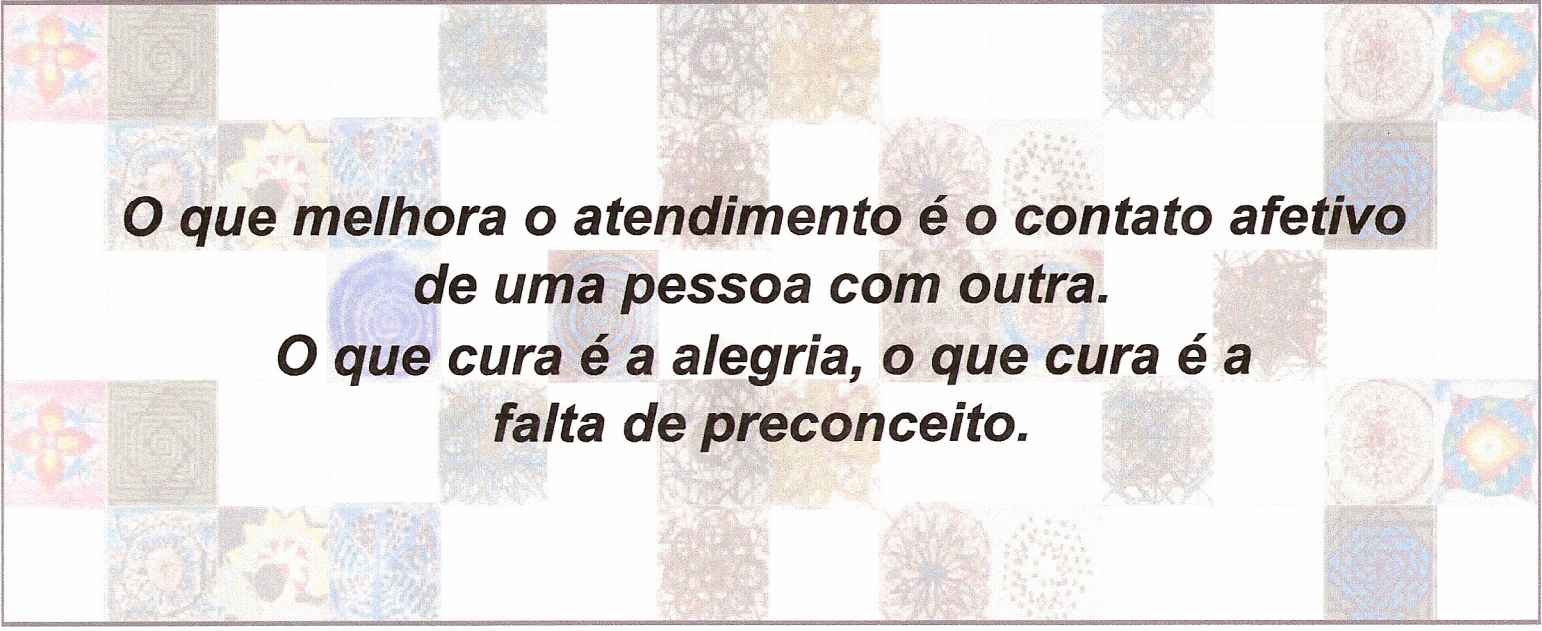
Aos amigos imprescindíveis, Miriam Borba Roschel, Márcio de Oliveira, Ana Lúcia Alves Perpétuo, Edson Pereira da Silva, Pedro Henrique Corrêa da Silva, Cleusa Oliveira da Silva e Linda Léa Moreira Ribeiro.

Aos colegas de mestrado, pela troca de experiências e saberes diferenciados nas diversas áreas representadas.

A Edna Lúcia Campos Wingester (Gerente do Centro de Saúde Felicidade II) e à Prof. Dra. Aidê Ferreira Ferraz (Escola de Enfermagem – UFMG), pelo incentivo e primeiras referências quanto à implantação do Mestrado Multiprofissional na Escola de Enfermagem da UFMG.

Ao NUPEPE, na figura da Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena e a todos os seus membros pela introdução às práticas de pesquisa.

Aos usuários que participaram desta pesquisa, sem os quais nada seria concretizado.



***O que melhora o atendimento é o contato afetivo
de uma pessoa com outra.
O que cura é a alegria, o que cura é a
falta de preconceito.***

**Nise da Silveira
(Vida e obra, 2009)**

RESUMO

DESTRO, D. R. Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla. 2009. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva. O objetivo do estudo é o de compreender a adesão à terapia medicamentosa na perspectiva do portador de transtorno mental e do familiar/cuidador. Os cenários da pesquisa foram um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e três Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram treze pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e dois familiares que convivem com esquizofrênicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, submetidos à análise de conteúdo e organizados em três categorias temáticas envolvendo os seguintes aspectos que influenciam na adesão ao tratamento: 1) Implicações da doença, da família e do trabalho; 2) Experiência do portador de transtorno mental quanto ao uso da medicação; 3) Trajetória de atendimento do portador de transtorno mental. A primeira apontou para certo conhecimento do paciente em relação à esquizofrenia, com restrições na aceitação, atribuindo outros sentidos à doença, como a concepção do “nervoso”. Percebeu-se o familiar/cuidador também vulnerável ao adoecimento, às vezes pela situação de estresse gerada pelo convívio diário com o paciente. O trabalho é visto como auxiliar no tratamento do esquizofrênico. A segunda abordou a não-adesão ao tratamento, considerando-se a percepção dos efeitos adversos dos medicamentos; a crença de que estão fazendo mal; a melhora dos sintomas; a automedicação; o uso de drogas psicoativas e a busca de terapias alternativas. Todos reconhecem a necessidade do tratamento medicamentoso, que surge como coadjuvante, para o portador de transtorno mental, que revela seu autodomínio como determinante do sucesso ou não de seu tratamento. A terapia medicamentosa configura-se como uma “via de mão dupla”, pois é percebida pelo paciente como uma possibilidade para sentir-se “normal” ou entrar em crise. A terceira evidenciou relatos da trajetória de internações nos hospitais psiquiátricos e, posteriormente, experiências positivas nos atendimentos dos serviços substitutivos. O acesso aos medicamentos na rede pública de saúde, no SUS-BH, também foi apontado como um fator de melhora no atendimento, tanto pelo abastecimento regular como pela atenção dispensada pelos profissionais das farmácias das Unidades de Saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica – Psicofármacos/uso terapêutico - Esquizofrenia –Assistência Centrada no Paciente – Saúde Mental.

ABSTRACT

DESTRO, D. R. Therapeutical medication and their implications for the porter of mental upset: a road of two-way. 2009. 114f. Dissertation (Master's degree in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

It is a study of qualitative case based in the presuppositions of the Comprehensive Sociology, with the objective of understand adherence the therapeutical medication in the user's perspective with mental upset and caretaker. The scenery of the research was a reference center in mental health (CERSAM) and three basic units of health of the municipal district of Belo Horizonte, Minas Gerais. The subject of the research were 13 patient with schizophrenia diagnosis and 2 family that live together with schizophrenic. The data were collected through semi-structured interviews, submitted to the content analysis and organized in three thematic categories involving aspects that influence in the adhesion to the treatment: 1) implications of the disease, family and work; 2) experience of the bearer of mental upset as for the the use of the medication; 3) path of service of the bearer of mental upset. The first appeared for certain knowledge in relation to schizophrenia, with restrictions in the acceptance, attributing other senses to the disease, as the conception of the "nervous". We noticed the caretaker is also vulnerable to the be taken ill. The work is seen as aiding in the treatment. The second, it approached the no-adherence to the treatment, for the perception of the adverse effects of the medicines; the faith that he is doing badly; the improvement of the symptoms; the self-medication; the use of drugs psicoativas and the search of alternative therapies. All recognize the need of the therapeutical medication, that appears as supporting, for PTM, that reveals his/her self-control as decisive of the success or not of his/her treatment. The therapeutical medication is configured, therefore as a "road of two-way", because it is imposed as possibility to feel "normal" or outbreak. Reports of the path of internments appeared at the psychiatric hospitals and, later the experience in the substitutive services. The access to the medicines in the public net of health, in SUS-BH was also pointed as an improvement factor in the service, so much for the regular provisioning as for the attention released by the professionals of the pharmacies of the units of health.

Keywords: Pharmaceutical Assistance – Psychopharmaco/therapeutic use - Schizophrenia - Patient Centered Care - Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Localização das Unidades Administrativas por Regionais do município de Belo Horizonte. Divisão do Município em nove distritos sanitários.....	32
QUADRO 1 – Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa da SMSA de Belo Horizonte

COEP – Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

CS – Centro de Saúde

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

DISAN – Distrito Sanitário Norte

DISAP – Distrito Sanitário Pampulha

EEUFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

EMI – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIG – Figura

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PTM – Portador de Transtorno Mental

PSF – Programa de Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
1.1 - Objetivo	18
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA	18
2.2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	20
2.3 - TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	22
2.4 - ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	24
2.5 - REDE DE APOIO SOCIAL	26
3- PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1 - Cenários da pesquisa	31
3.2 - Sujeitos da pesquisa	33
3.3 - Coleta de dados	34
3.4 - Tratamento e análise dos dados	36
4 - COMPREENSÃO DOS DADOS	38
4.1 - IMPLICAÇÕES DA DOENÇA, DA FAMÍLIA E DO TRABALHO	38
4.1.1 - Percepção da doença, negação, estigma e segregação	38
4.1.2 - O cotidiano do portador de transtorno mental nas relações familiares e sociais	46
4.1.3 - Inserção no mercado de trabalho	51
4.2 - EXPERIÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL QUANTO AO USO DA MEDICAÇÃO	55
4.2.1 - Motivos que levam ao abandono do tratamento medicamentoso	55
4.2.2 - Tomando regularmente posso ter uma vida normal	66
4.2.3 - Quem domina a minha mente sou eu	72
4.3 - TRAJETÓRIA DE ATENDIMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	77
4.3.1 - Do modelo hospitalocêntrico à rede de serviços substitutivos em saúde mental	77
4.3.2 - Relação usuário - profissional de saúde - familiares e adesão à terapêutica medicamentosa	83
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	104
ANEXOS	107

1 - INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é definida como o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente mental. Vai, então, das transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais (AMARANTE, 1994).

O processo de atendimento diferenciado, nesse modelo assistencial, implica em maior participação das famílias nos cuidados e na convivência com seus parentes portadores de transtornos mentais.

Os dispositivos estratégicos mais eficientes de substituição do hospital psiquiátrico são os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de Serviços Comunitários de Saúde Mental que, por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade e de qualidade, sugeridos por Saraceno. Se esses Serviços são comunitários, inserem-se em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as "crises" devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social (ALVES, 2007).

De acordo com Ferreira Neto (2008), o Programa de Saúde Mental foi oficialmente implantado em Minas Gerais, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 1984. Campos (1998) relata que o Projeto de Saúde Mental da Prefeitura Municipal foi implantado a partir de 1992, quando os hospitais psiquiátricos são substituídos por diversos serviços e iniciativas, articulados em rede, seguindo uma lógica antimanicomial que valoriza o cuidado em liberdade.

O Centro de Referência de Saúde Mental – CERSAM, é um Serviço de urgência, conta com uma equipe multiprofissional, atende pacientes em crise durante o tempo necessário e encaminha-os às Unidades de Saúde da rede básica para que se dê continuidade ao tratamento. A clientela-alvo é caracterizada por psicóticos em sua maioria e também por neuróticos graves. A permanência dos usuários no Serviço é definida a partir da avaliação do técnico de referência, podendo se dar em regime integral ou em um turno diariamente (paciente da permanência-dia) ou periodicamente em horários pré-definidos (paciente ambulatorial). De acordo com o projeto terapêutico, com a melhora de seu quadro, o paciente é encaminhado para o atendimento na rede básica de saúde, podendo ser para equipe de saúde

mental da microárea correspondente ou para as equipes do Programa de Saúde da Família - PSF- dos Distritos Sanitários de referência.

A Reforma Psiquiátrica, com seus paradigmas de humanização dos Serviços em saúde mental, tem oportunizado, por meio da equipe multiprofissional, uma dinamização da Assistência Farmacêutica em saúde mental (WALACE; SAULO, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no contexto da Reforma Sanitária, da implantação do Sistema Único de Saúde e da Reformulação da Política Nacional de Medicamentos, trabalha para ampliar a Assistência Farmacêutica no município, garantindo aos usuários o acesso aos medicamentos básicos e essenciais de maneira contínua e regular, com o acompanhamento do profissional farmacêutico e promovendo o uso racional e seguro dos medicamentos.

Trabalho como farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, desde 1994. A opção pela abordagem desta pesquisa surgiu da constatação das necessidades de pacientes e cuidadores, no cotidiano de um serviço que atende a urgências psiquiátricas - Centro de Referência em Saúde Mental e nas farmácias das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Norte, no período de desenvolvimento das atividades como farmacêutica nesses Serviços.

Observo que o problema da não-adesão ao tratamento do portador de transtorno mental compromete o bem-estar do usuário, das pessoas com as quais convive e dos profissionais referenciados nas Unidades de serviço público, somando-se, a isso, todo um custo social em diversas áreas. São constatadas dificuldades quanto à adesão ao tratamento medicamentoso. Usuários estabilizados, em tratamento ambulatorial, retornam em crise. Também se verificam complicações relacionadas à automedicação, com aumento ou omissão de doses e uso indiscriminado de alguns fármacos, podendo levar ao acúmulo de medicamentos psiquiátricos, a outras co-morbidades, a interações medicamentosas e a reações adversas, representando um risco para os usuários e seus familiares.

Os medicamentos, que podem ser importantes recursos terapêuticos, são também, no Brasil, os principais causadores de intoxicações desde 1996 (SINITOX, 2002).

Considerando o perfil dos atendimentos no CERSAM, priorizo, na presente pesquisa, de acordo com a classificação no CID 10, para marco referencial em psiquiatria, os casos de Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e Transtornos delirantes - F20-F29. Esse agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante desse grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Os critérios diagnósticos atualmente utilizados para classificação da esquizofrenia (DSM-IV e CID-10) a definem como uma categoria distinta. De acordo com esses critérios, os subtipos de esquizofrenia são definidos por seus sintomas predominantes. Esses subtipos incluem: (1) o subtipo hebefrênico, no qual o afeto embotado ou inapropriado é proeminente; (2) o subtipo catatônico, no qual os auto-sintomas característicos (catatonia) são permanentes; (3) o subtipo desorganizado, no qual predominam discurso e comportamento desorganizados; (4) o subtipo paranóide, no qual estão presentes predominantemente ilusões ou alucinações auditivas; (5) o subtipo indiferenciado, que é uma categoria não-específica; (6) esquizofrenia simples, assim chamada por seu curso e sintomas permanentes da doença (FALKAI *et al*, 2006a).

Pádua (2000) destaca que a esquizofrenia é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais graves, causando um grande impacto social e psicológico, tanto nas pessoas acometidas como em seus familiares. Os custos sociais também são muito altos uma vez que, em geral, os pacientes esquizofrênicos tornam-se improdutivos para o trabalho, tendo a família e o Estado que mantê-los.

Wannmacher (2004) destaca que a esquizofrenia é doença mental crônica que se caracteriza por sintomas positivos ou produtivos, delírio, alucinações auditivas, ilusões, agitação extrema, crises agressivas, comportamentos destrutivos, desagregação do pensamento e negativos, tais como embotamento afetivo, dificuldade de julgamento, e de atenção, desorganização do pensamento, e falta de motivação. Os primeiros, ao contrário dos segundos, respondem mais facilmente ao tratamento. No Brasil, faltam avaliações epidemiológicas amplas sobre a ocorrência de psicoses.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2003), em países desenvolvidos, a adesão às terapias a longo prazo, na população em geral, está em torno de 50%, sendo muito mais baixas em países em desenvolvimento. O impacto da baixa adesão aumenta com o crescimento das taxas das doenças crônicas em todo o mundo. Doenças não transmissíveis, distúrbios mentais, HIV/AIDS e tuberculose, combinadas representavam 54% do peso de todas as doenças em 2001 e excederá 65% do peso global das enfermidades em 2020. Os pobres são desproporcionalmente afetados.

Em geral, existem vários motivos para que os pacientes não tomem seu medicamento como prescrito ou recomendado. Uma das razões mais comuns é a percepção que o paciente tem de que aquele medicamento lhe causou ou causará algum efeito adverso ou no mínimo algum incômodo, a ponto de fazer com que interrompa seu uso e considere a interrupção como uma atitude lógica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

O acesso de um paciente aos Serviços de saúde e aos próprios medicamentos não é suficiente para garantir o êxito de um tratamento. É preciso considerar, por exemplo, que as condições socioeconômicas, culturais e mesmo clínicas de um paciente são igualmente fundamentais, tendo em vista que são determinantes da forma de encarar sua própria doença. A posição que a saúde ocupa na escala de valores do paciente é também decisiva, pois pode determinar a maior ou menor adesão ao tratamento prescrito (MARIN *et al.*, 2003).

O entendimento e o conhecimento do paciente sobre sua doença são fatores importantes para o sucesso de qualquer forma de terapêutica farmacológica. A maioria dos métodos usados para solucionar os problemas relacionados com a terapêutica farmacológica associados à não-adesão, enfatiza a “educação” dos pacientes em relação ao uso de produtos prescritos e recomendados. Muitas intervenções clínicas são fundadas na premissa de que a grande causa da não-adesão ao tratamento é a falta de conhecimento ou de compreensão das instruções, memória ruim ou suposição da inconveniência do tratamento. Assim, algumas sugestões úteis poderiam melhorar a memória dos pacientes na hora de tomar um medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Os profissionais de saúde podem exercer um impacto significativo estimulando o risco da não-aderência e propiciando intervenções para otimizar a aderência. Para fazer dessa proposta uma realidade, os profissionais devem ter acesso a uma capacitação específica no manejo da aderência. E as organizações onde trabalham devem planejar e manter o funcionamento de sistemas que respeitem essa diretriz. Tal treinamento deve trabalhar simultaneamente três tópicos: conhecimento (informação em aderência), pensamento (processo clínico de tomada de decisão) e ação (instrumentos de condução para os profissionais de saúde) (WHO, 2003).

Parto do pressuposto de que a adesão, entendida não só como uso criterioso do medicamento, mas como cuidado de saúde integral, é afetada ou direcionada por aspectos relacionados à subjetividade, autonomia e alteridade do sujeito ou do cuidador, bem como pelo meio social e cultural em que acontece.

Minhas inquietações, como farmacêutica, surgem, portanto, de questionamentos como: Quais são os problemas vivenciados pelos pacientes atendidos no processo de adesão à terapia medicamentosa? Qual é o conhecimento do usuário, da família e dos cuidadores identificados sobre essa terapêutica e quais as suas necessidades? Qual o caminho do usuário ao sair do atendimento no CERSAM até o ambulatório da rede básica de saúde em relação ao tratamento medicamentoso? Quais seriam as possíveis causas determinantes do retorno dos

usuários ao atendimento da crise e urgência no CERSAM? Quais as possibilidades para melhorar as intervenções no sentido de contribuir para uma melhor adesão?

Portanto, a questão norteadora se apresenta como: Qual a percepção dos portadores de transtornos mentais/cuidador quanto à terapêutica medicamentosa?

Este estudo justifica-se pela necessidade de levantar informações enfatizando os cuidados exigidos no acompanhamento farmacoterapêutico e para estabelecer estratégias junto aos profissionais das equipes multidisciplinares com abordagem interdisciplinar e contribuindo para garantir a integralidade do cuidado desses usuários na rede de serviços relacionada. A proposta, portanto, é identificar aspectos relativos à percepção do paciente e de seu cuidador a respeito da terapêutica medicamentosa em egressos de um Centro de Referência de Saúde Mental – (CERSAM) encaminhados para atendimento ambulatorial na rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em Belo Horizonte.

Este estudo é relevante no sentido de apresentar aspectos que podem subsidiar discussões e direcionar as práticas dos profissionais de saúde, melhorando a interação profissional-usuário-cuidador, estabelecendo uma relação de vínculo e confiança que pode impactar positivamente na adesão ao tratamento medicamentoso, melhorando o seu prognóstico e as relações interpessoais. E também por destacar a contribuição do profissional farmacêutico junto às equipes das Unidades de forma interdisciplinar, melhorando a organização e a gestão da rede de Serviços em saúde mental.

Constatai, na revisão da literatura, que, diferentemente de outros temas como hipertensão, diabetes, tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e asma brônquica, são escassos os estudos sobre aderência ao tratamento de pacientes com transtorno mental, o que também reforça a relevância deste estudo. O não-cumprimento da prescrição representa um problema importante que tem sido analisado, muitas vezes, em relação à opinião do profissional e sem observar a atitude de maior influência do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006). Portanto, é o paciente, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Nele estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo seu contexto individual, familiar e social. No entanto, a adesão é discutida no nível profissional e reflete as expectativas e opiniões dos profissionais (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Devemos nos preocupar não somente com o custo dos produtos farmacêuticos, mas também com o custo do emprego inadequado dos medicamentos. E nossa preocupação deve ir além de custos, já que uma parte importante (estimada em 50%) da morbidade e mortalidade

relacionadas com medicamentos apresentados pelos pacientes pode ser prevenida (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

A baixa aderência às terapias a longo prazo compromete severamente a eficácia do tratamento fazendo disso um problema crítico na saúde da população, tanto da perspectiva da qualidade de vida quanto dos fatores de ordem econômica. Intervenções dirigidas para melhorar a aderência propicia um retorno significativo no investimento, por meio da prevenção primária (dos fatores de risco) e da prevenção secundária de efeitos adversos à saúde (WHO, 2003).

Henri Ey, citado por Moura Fé (1998), diz que a doença mental é a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Esse autor enfatiza ainda que, infelizmente, constatamos com grande frequência que a doença mental também é acompanhada da perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade. É necessário que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes à liberdade.

1.1 - Objetivo

Compreender os significados atribuídos pelos usuários portadores de transtorno mental e familiares/cuidadores em relação ao tratamento medicamentoso.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - Reforma Psiquiátrica

A loucura sempre foi envolta, ao longo da História da Humanidade, em um manto de preconceitos e ignorância, que a considerou desde possessão demoníaca a castigo divino. É relativamente recente, na história da Medicina, o aparecimento da Psiquiatria moderna que passou a encarar o “louco” como um doente e a buscar respostas para entendê-lo melhor e tratá-lo (COUTINHO, 2005).

Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução do manicômio necessariamente extravasa o contexto institucional específico. A desinstitucionalização atinge então seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas: é a desconstrução como transformação cultural (TORRE; AMARANTE, 2001).

Esse novo paradigma configurou as políticas de saúde mental de vários países ocidentais a partir da década de 80 e, na América do Sul, exerceu forte influência, manifestada na Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, realizada em Caracas, em novembro de 1990. As recomendações da OPAS tiveram consequências em diversos países, dentre eles o Brasil que, além de já vir passando por recentes experiências inovadoras, teve novo ordenamento jurídico do setor saúde, a partir de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (ALVES, 2007).

Desde 1991, os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias 189/91 e 224/92 – definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política e a Lei Federal 10.216 de 06/04/2001, que reorienta a assistência psiquiátrica, em seu artigo 4º, §2º, determina que: "O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros" (ALVES, 2007).

Considerando esse contexto, a partir de 1991, os trabalhadores da saúde mental de Minas Gerais passaram a investir na criação e na aprovação do projeto de lei antimanicomial, chamada lei Carlão ou lei 11.802. Essa lei foi aprovada em 1995: “dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental: determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva deste; regulamenta as internações, especialmente a involuntária e dá outras providências” (MINAS GERAIS, 1995).

Para esse trabalho, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte conta atualmente com sete Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) destinados ao atendimento dos pacientes em situações de crise e urgência, com funcionamento 24 horas; o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) – para atendimento noturno; as equipes de saúde mental em Centros de Saúde, que buscam parceria com as equipes do PSF, os Centros de Convivência onde, por meio de oficinas de teatro, pintura, marcenaria e música, é promovida a reinserção social e cultural dos usuários; e as Moradias Protegidas, que abrigam pacientes que, por motivos diversos, perderam os laços com suas famílias (CAMPOS, 1998).

2. 2 - Assistência Farmacêutica

O Sistema Único de Saúde-SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, traz como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade e, como princípios organizacionais, a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o comando único e a participação popular (IVAMA *et al*, 2002).

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), que dispõe sobre a política de saúde no país, remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos, centrada nas ações de Assistência Farmacêutica integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS (MARIN *et al*, 2003).

Várias iniciativas têm contribuído para que o medicamento não seja somente um insumo, mas um importante instrumento para que os princípios do SUS sejam implantados em um contexto de trabalho multiprofissional. Um importante referencial é a Política Nacional de Medicamentos aprovada em 1998, que tem como objetivo “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (IVAMA *et al*, 2002).

Desse modo, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos, a **Assistência Farmacêutica** é definida como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Destaco, ainda, a “Atenção Farmacêutica”, um modelo de prática desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamento, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al*, 2002).

A Assistência Farmacêutica apresentou, na última década, avanços significativos no tocante ao cuidado com o paciente. Indo além da logística dos medicamentos e centrando o foco no paciente e em seu contexto social, o farmacêutico retoma seu lugar, seu espaço e seu reconhecimento, contribuindo para o uso racional dos medicamentos. Atualmente, farmácia é uma profissão que procura se reorientar para satisfazer as necessidades que apresentam múltiplas complexidades e conflitos que permeiam o Sistema de Saúde contemporâneo. É nesse contexto dinâmico que a profissão aceitou o cuidado farmacêutico como sua missão para o futuro. Esse exercício profissional tem o propósito de assegurar uma terapêutica farmacológica correta, segura e adequada para os pacientes. O cuidado farmacêutico é especificamente direcionado para satisfazer as necessidades dos pacientes em relação aos medicamentos. A importância do cuidado farmacêutico como uma solução social e clínica valiosa, que pode ser descrito como um problema de saúde profundamente significativo, da morbidade e mortalidade em relação aos fármacos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Em Belo Horizonte, no decorrer dos anos, várias ações foram implementadas com o objetivo de implantar a Assistência Farmacêutica Municipal, sendo que várias etapas de seu ciclo encontram-se estruturadas e consolidadas no Sistema (BELO HORIZONTE, 2008a).

Em relação à Assistência Farmacêutica nos CERSAM's, são desenvolvidas ações técnico-administrativas e assistenciais, envolvendo a dispensação e orientação farmacêutica; identificação e acompanhamento de pacientes com dificuldade em aderir ao esquema posológico, envolvendo os familiares/cuidadores, quando necessário; conscientização da importância do medicamento como um dos meios de recuperação da saúde; conscientização sobre a responsabilidade do paciente como agente fundamental no sucesso do tratamento; repasse aos técnicos de referência de informações detectadas na farmácia quanto à adesão de seus pacientes ao tratamento; identificação dos possíveis eventos adversos relacionados aos medicamentos, que compreendem as reações adversas e erros de medicações; obtenção e difusão de informações técnicas e científicas sobre os medicamentos e reuniões semanais da equipe interdisciplinar (BELO HORIZONTE, 2003).

Destacam-se ainda outras atividades como as reuniões com os familiares dos usuários; a promoção de oficinas com os usuários onde é possível constatar a reação dos pacientes quanto ao tratamento e, quando necessário, o técnico de referência e/ou o psiquiatra, identificando no paciente alguma dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso, solicitam a intervenção farmacêutica, junto aos pacientes ou seus familiares (BELO HORIZONTE, 2003).

Em 2008, tivemos a divulgação da Portaria GM 154/2008, destacando que a Assistência Farmacêutica nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico na Atenção Básica que, junto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), tem a responsabilidade de garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

A criação dos NASF é entendida como uma iniciativa que possibilitará a concreta efetivação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - SMSA-BH, visto que permitirá direcionar suas ações para o nível local, pela inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico na Atenção Primária (BELO HORIZONTE, 2008a).

A inserção da Assistência Farmacêutica no PSF introduz novas ações direcionadas principalmente ao uso dos medicamentos que complementam a atuação das ESF na integralidade da atenção. Os profissionais farmacêuticos, como profissionais de saúde, deverão ser capazes de intervir, junto às ESF, sobre os principais problemas de saúde da população e provocar mudanças no Sistema de Saúde de forma a atender as principais demandas relativas a medicamentos. Para a melhor atuação desses profissionais, é fundamental que estejam articulados com as ESF, compartilhando as responsabilidades e participando ativamente no desenvolvimento de ações que proporcionem a melhoria das condições de saúde. Para isso, é fundamental o conhecimento do território para permitir melhor planejamento das ações fortalecendo a integralidade da atenção e do cuidado (BELO HORIZONTE, 2008a).

Dessa forma, ainda em 2008, houve aumento significativo do número de Farmacêuticos que passaram a compor as equipes do NASF, envolvidos na implantação da Proposta da Assistência Farmacêutica para o NASF na SMSA-BH.

2.3. - Terapêutica Medicamentosa

Éric Laurent (2002) relata que “durante um longo tempo, a relação da psicanálise com o medicamento se situou como uma relação de exterioridade”(…) e observa “estamos, hoje, mergulhados no medicamento. Ele é onipresente em nosso campo. Transtorna a clínica. Define ideais de eficácia, transforma as instituições médicas, triunfa sobre a tradição e os significantes-mestres. Ele é objeto de demandas neuróticas, de exigências psicóticas e de usos perversos. É objeto de perseguição e rejeição. Ele se instala, expande-se; está especialmente bem, como em casa dele, em nosso campo. Ele é nosso mestre?”

Os transtornos psiquiátricos frequentemente apresentam evoluções imprevisíveis, comorbidades complicadoras psiquiátricas ou clínicas. Os sintomas das patologias psiquiátricas podem interferir na aderência ao tratamento. Como exemplos, são citadas a negação da doença na mania; a desconfiança em muitos quadros psicóticos e as tumultuadas relações interpessoais em certos transtornos da personalidade que não poupam os terapeutas (ARANA; ROSENBAUM, 2006).

Apesar de a Psiquiatria fundamentar o tratamento das psicoses no uso de psicofármacos, a interdisciplinaridade com outras áreas de saber é reconhecida por ela como fator crucial na abordagem adequada do paciente e de sua família (COUTINHO, 2005).

Os princípios fundamentais que devem orientar o uso dos psicofármacos são os seguintes: 1) raramente constituem a totalidade da resposta ao pedido de ajuda do paciente - a rigor, somente o conhecimento apropriado dos mesmos garante uma resposta adequada às necessidades do paciente; representam um fragmento da resposta - na realidade, atuam como “mediadores”, na medida em que aliviam o paciente do peso de alguns sintomas e lhe permitem relacionar-se mais facilmente consigo mesmo, com as pessoas que o rodeiam e com os agentes de saúde aos quais dirigiu seu pedido de ajuda; 2) não reduzem os sintomas nem facilitam as relações interpessoais em todos os casos - o psicofármaco deve ser aplicado unicamente quando a redução do mal-estar, real ou imaginário, é eficaz e o medicamento resulta benéfico em relação aos riscos inerentes ao próprio tratamento (BRASIL, 1994).

As medicações antipsicóticas estão associadas a riscos diferenciados de vários efeitos colaterais, incluindo os neurológicos, metabólicos, sexuais, endócrinos, sedativos e cardiovasculares. Esses efeitos colaterais podem ter influência ainda maior na escolha da medicação no tratamento de longo prazo se comparado ao tratamento da fase aguda. A monitorização dos efeitos colaterais é baseada no perfil dos efeitos do antipsicótico prescrito (FALKAI *et al*, 2006b).

A capacidade de produzir efeitos secundários ou reações adversas é uma característica de todos os medicamentos. Essa capacidade expressa-se não só quando se ministram doses excessivas mas também em condições clínicas e farmacológicas "normais", por mecanismos que escapam a nosso conhecimento e que, em tais casos, classificam-se como idiosincrasias, hipersensibilidade, etc (BRASIL, 1994).

Coutinho (2005) relata ainda que os efeitos colaterais dos fármacos antipsicóticos, mesmo daqueles chamados “de última geração”, devem também ser considerados no contexto geral do tratamento do paciente. Essas drogas podem, embora isso seja negado pela maioria dos psiquiatras, interferir, em curto ou longo prazo, na capacidade elaborativa do paciente e

prejudicar sua abordagem analítica. Entre esses efeitos, merece destaque o frequente aumento de apetite, observado entre os psicóticos sob tratamento farmacológico que, levando ao aumento de peso, traz, como consequências indiretas negativas, novas perdas narcísicas relacionadas à mudança corporal, representadas por piora da auto-estima e redução da capacidade de sedução.

O objetivo do tratamento farmacológico nas psicoses, na visão psicanalítica, não deve ser o de abolir o delírio por meio de uma “camisa-de-força bioquímica”, o que poderia gerar um quadro de “depressão vazia”, pobre de produção psíquica e inacessível à escuta e à interpretação. A medicação deveria limitar-se à redução da angústia, estratégia também aceitável nas neuroses, quando ela é intensa e paralisante, evitando-se assim privar paciente e analista de sua via de trabalho nas psicoses – o delírio (COUTINHO, 2005).

2.4 - Adesão à terapêutica medicamentosa

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas em geral é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. Entre os pressupostos assumidos pelos diversos autores para o estudo da adesão, as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Leite; Vasconcelos (2003), ao relatarem os fatores relacionados à adesão, consideram que a maioria dos estudos de adesão é focada na grande questão que atormenta os profissionais de saúde: por que certos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso? Destacam a falta de acesso ao medicamento; o alto custo e o maior número de medicamentos prescritos. O esquema terapêutico também está associado à não-adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido. De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente.

Williams (1991) considerou que a falta de adesão do paciente à terapêutica medicamentosa prescrita pode retardar sua recuperação e até mesmo levá-lo a morte. São fatores que aumentam a falta de adesão à terapêutica medicamentosa: regimes complexos,

necessidade de mudança de comportamento, demora na melhora clínica, terapia dolorosa e destacando os problemas psicológicos e sintomas neurológicos.

Os pacientes têm suas próprias crenças sobre cuidado de saúde, um conhecimento de sua enfermidade e dos medicamentos e também expectativas e preocupações. É importante entender que a adesão, assim como a não-adesão, é, em grande parte, uma conduta aprendida e não simplesmente uma falta de conhecimento sobre o tratamento farmacológico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

A forma como é visto o papel do paciente em seu tratamento reflete-se na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não-adesão como comportamento desviante e irracional. Nesse último caso, a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou dos responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência a "ordens médicas" (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Sobre o desenvolvimento da educação Marin *et al* (2003) consideram que:

Desde o início do processo, devemos observar as habilidades de entendimento verbal e escrito do paciente, verificando se o planejado realmente está se realizando. Cada pessoa possui sua visão de mundo; por meio desta, relaciona-se com as outras pessoas. Procure não entrar em conflito com o paciente, caso você discorde de sua visão de mundo, pois o centro de sua atenção é o paciente e ele tem direito à sua individualidade, à sua percepção de mundo. O que se deve atingir é o estabelecimento de um processo educativo que torne possível ao paciente tomar a decisão de aderir ao tratamento, utilizando corretamente o(s) medicamentos e cumprindo outras normas que foram prescritas.

É importante destacar que, na maior parte dos estudos relatados, considera-se o fenômeno pós consulta médica e avalia-se, em geral, o cumprimento da prescrição médica como cena principal do fenômeno saúde/doença/atenção. Porém o fenômeno adesão/não-adesão pode ser compreendido desde a escolha do sistema terapêutico: todas as motivações e bloqueios estarão presentes em todos os níveis da terapêutica, afetando a relação do paciente ou da população com sua saúde e com a terapêutica. Todos os fatores apontados para a adesão a um tratamento prescrito influenciam o modo pelo qual uma pessoa, na ocorrência de uma enfermidade, decidirá tratar-se (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Geralmente a não-adesão acarreta conseqüências negativas ao processo de cuidado por desorganizar ou negativizar os potenciais benefícios do tratamento; submeter o paciente a técnicas diagnósticas e procedimentos terapêuticos desnecessários com risco de iatrogenia;

exacerbar ou prolongar a doença; comprometer a avaliação médica no que tange à resposta do paciente a um tratamento ou à qualidade do tratamento empreendido; acarretar angústia ou dano ao paciente; resultar em sobras de medicamentos, situação que pode ocasionar automedicação irracional e envenenamentos; favorecer a elevação dos custos e do desperdício de recursos; interferir na relação médico-paciente; o médico percebe os pacientes como ‘problemáticos’ e os pacientes percebem os médicos como ‘despreparados’ (WHO, 2003).

Podemos observar, a partir de leituras mais aprofundadas sobre o tema, excetuando-se o quadro em que o paciente não tem acesso ao medicamento, que o número de doses ou os efeitos adversos serão empecilho para a adesão dependendo da percepção que o paciente tem disso; que a própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas e que o profissional de saúde influenciará na adesão, na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer, com ele, comunicação e relacionamento efetivos, incluindo a valorização do consumo como benefício em seu cotidiano, quando se fizer necessário (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

2.5 - Rede de apoio social

Para uma provisão efetiva de cuidado para condições crônicas, é necessário que o paciente, sua família e sua comunidade desempenhem um papel ativo. Suporte social, isto é, suporte informal ou formal recebido pelos pacientes dos outros membros de sua comunidade, é relatado como fator importante que provoca efeitos na saúde e no comportamento. É uma evidência substancial que o suporte recebido pelos pacientes pode melhorar a aderência à terapia enquanto reduz o tempo dedicado pelos profissionais de saúde ao cuidado de condições crônicas (WHO, 2003).

A singularidade, preceito ético da abordagem psicanalítica do doente mental, não deve se limitar, no que se refere às psicoses, ao tratamento do paciente. Deve ser estendida a todos os que o cercam, particularmente a seus familiares que sofrem diretamente as várias consequências de sua doença nos planos emocional, econômico, social e espiritual. A estratégia ideal é a que envolve diferentes níveis de singularidade, visando atender a cada um dos elementos do grupo humano que cuida do psicótico de forma particularizada, pois cada um deles vivenciará a doença do paciente no contexto de seu específico universo psíquico (COUTINHO, 2005).

Um forte compromisso pela abordagem multidisciplinar é necessário para se progredir nessa área. E requer uma ação coordenada dos profissionais de saúde, pesquisadores, coordenadores e gestores da área de saúde (WHO, 2003).

Alves (1998) considera que, no que diz respeito à política de saúde mental, a idéia de descentralização está associada a uma reorganização da rede assistencial em saúde, com a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos ('manicômios'). Essa reforma pressupõe uma maior sensibilidade dos programas de saúde mental aos valores e crenças das comunidades-alvo, bem como um constante diálogo entre Serviços e comunidade. Nesse sentido, temos a necessidade de que os profissionais da saúde estejam preparados para trabalhar dentro do paradigma da humanização dos Serviços em saúde mental. O diálogo constante faz-se necessário, pois esse novo processo de atendimento exige maior participação das famílias nos cuidados e na convivência com seus membros, portadores de transtornos mentais. Devemos considerar, aqui, que nem sempre as famílias se comprometem, reforçando a necessidade da retaguarda dos serviços substitutivos.

Há variáveis tradicionalmente consideradas como "fortes", ou seja, que são fundamentais para determinar a evolução de um transtorno na medida em que fornecem informação sobre a estratégia que se deve seguir nas intervenções. Essas variáveis referem-se a sexo, idade, diagnóstico, estado agudo/cronicidade e história da enfermidade (BRASIL, 1994). Outras variáveis, frequentemente relegadas a um segundo plano, têm, não obstante, um papel importante, tanto na evolução da enfermidade como na determinação de uma estratégia de intervenção individualizada. São elas:

1. **As características individuais do paciente:** algumas características básicas são determinantes no desenvolvimento e na evolução de um transtorno, assim como INDICADORES úteis para escolher uma intervenção apropriada. Esses indicadores são: nível de capacidade intelectual; situação social; condição de solidão e companhia (apoio social); elementos positivos e negativos da condição social da pessoa.
2. **Os recursos do contexto do paciente:** algumas características básicas do meio onde vive o paciente e que influem, seja sobre a evolução, seja sobre as possibilidades de êxito da intervenção. São constituídas por: nível de patologia familiar; solidariedade/hostilidade de familiares e vizinhos; situação social da família; nível de organização e agregação social do meio (comunidade urbana ou rural).
3. **Os recursos do serviço de atenção:** as características materiais, organizativas e de estilo de trabalho da equipe compreendem: recursos materiais (espaço, medicamentos, pessoal, transporte etc.); organização (distribuição do tempo de trabalho entre atividades burocráticas,

administrativas, médicas, reabilitadoras, sociais); acesso ao serviço para a população; integração entre o Serviço e outras estruturas de saúde; estilo de trabalho (nível de hierarquização da equipe, nível de conflito entre os membros da equipe, rigidez e flexibilidade das funções profissionais, capacidade de autocrítica da equipe e possibilidade de discussão aberta entre seus membros etc.) (BRASIL, 1994).

Os recursos do contexto do Serviço de atenção são importantes porque podem favorecer ou desfavorecer o êxito da intervenção. Assim, são importantes a solidariedade da rede social; a solidariedade de outras organizações; a qualidade, a eficiência e a equidade do Sistema de Saúde do país ou do local e a atitude positiva ou negativa diante das iniciativas da equipe por parte do sistema de saúde (BRASIL, 1994).

Essas variáveis, geralmente, são relegadas a um segundo plano porque se consideram não pertinentes em relação à evolução da enfermidade e à estratégia de intervenção. No entanto, pacientes que têm um mesmo diagnóstico ou que recebem uma mesma terapia farmacológica podem evoluir de maneira diferente em consequência da influência dessas variáveis (BRASIL, 1994). É por isso que nem o diagnóstico por si só, nem o fato de que o paciente receba alguns psicofármacos, orientam o prognóstico. É necessário que se faça apelo também ao conjunto de variáveis citadas, com o fim de se estabelecerem as estratégias de intervenção mais adequadas.

Wannmacher (2004), ao citar Leff *et al* (1992), destaca que, surpreendentemente, há mais favorável evolução da esquizofrenia em países pobres do que nos ricos (60% versus 18% de pacientes assintomáticos em cinco anos, respectivamente), e complementa que, para esse fato, há tentativas de explicação diversificadas: melhor aceitação social da doença, menor uso continuado de antipsicóticos em populações mais carentes e fatores como políticas sociais de monitoramento e programas de atendimento na comunidade.

3 – PERCURSO METODOLÓGICO

Para se compreenderem os significados atribuídos pelos usuários portadores de transtorno mental e familiares/cuidadores em relação ao tratamento medicamentoso, foi utilizado o estudo de caso, com abordagem qualitativa e fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva do cotidiano de Michel Maffesoli.

Maffesoli (2007a) aborda a cesura entre uma sociologia positivista, para a qual cada coisa é apenas um sintoma de uma outra coisa, e uma sociologia compreensiva, que descreve o vivido naquilo que *é/está*, contentando-se, assim, em discernir visadas de distintos atores envolvidos.

Dadas as características específicas deste estudo, a proposta a ser desenvolvida fundamenta-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa, considerando que, segundo Minayo (2006), essa opção é “capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Minayo e Sanches (1993) destacam ainda que a abordagem qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Ao pesquisar os diferentes significados atribuídos ao adoecer, ao ato de cuidar e ao “estar saudável” – pode construir pontes para uma ação dos serviços e dos seus agentes que seja mais pautada no diálogo e no reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde (DESLANDES; GOMES, 2004).

Esse método, com fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2006).

A estratégia de busca selecionada e que considero adequada para a presente pesquisa é o “estudo de caso” que, de acordo com Laville; Dionne (1999), se destaca, pois visa sobretudo a profundidade. O objetivo da pesquisa não é ver, mas compreender por meio da objetivação. Com base nos casos representativos, o pesquisador pode extravasar do particular para o geral. O estudo de caso permite uma investigação para se preservarem as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas (YIN, 2005).

No estudo de caso qualitativo, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto (MINAYO, 2006).

Ainda como suporte metodológico, adoto a abordagem da Sociologia Compreensiva que, segundo Minayo (2006), possui, como objetivo central, investigar e analisar a dinâmica das relações sociais como depositárias de valores, crenças, atitudes e hábitos por meio da abordagem dos sentidos que os diversos atores trazem em suas vivências, experiências e cotidianidade. Nessa perspectiva, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis. Turato (2005) defende que as significações dos fenômenos são estruturantes, possuindo um papel organizador para os seres humanos, capaz de dar molde à vida e à posição das pessoas.

Ao explicitarmos a Sociologia Compreensiva do Cotidiano temos o que Maffesoli (2007a) propõe: que a compreensão envolve generosidade de espírito, proximidade, “correspondência”. É justamente porque, de certo modo, “somos parte disso tudo” que podemos apreender, ou pressentir, as sutilezas, os matizes, as discontinuidades desta ou daquela situação social. É preciso reconhecer, com simplicidade, que a labilidade, o “mexido” e o “irrequieto”, a imperfeição da dinâmica societal necessitam, para sua expressão, de instrumentos igualmente flexíveis e moventes. (...) A sociologia *também* tem a ver com a paixão, com o não-lógico, com o imaginário – que estruturam, igualmente, a atividade humana de que todos somos atores ou observadores. E ressalta também a necessidade de:

provocar e promover a atenção que se deve dar à qualidade essencial dos fenômenos sociais: a de não poderem ser reduzidos às injunções da razão (...) é preciso que nossa pesquisa saiba apresentar todos os elementos heterogêneos do vivido social, por mais distantes que estejam uns dos outros. Estarão todos eles presentes, *ao mesmo tempo*, na trama do cotidiano – e é necessário saber lidar com isso. (MEFFESOLI, 2007a, p.135).

A principal influência do Positivismo nas Ciências Sociais foi a utilização dos termos matemáticos para a compreensão da realidade, tentando atribuir-lhe os mesmos princípios clássicos utilizados nas Ciências da Natureza em busca de objetividade e precisão para prever e determinar a ação humana. Em oposição, a Sociologia Compreensiva coloca, como ponto central das Ciências Sociais, a compreensão da realidade humana vivida socialmente e o “significado” é o conceito fundamental da investigação em suas diferentes manifestações como na Fenomenologia, na Etnometodologia e no Interacionismo Simbólico, tendo uma função estruturante em torno das significações individuais e coletivas que os fenômenos estudados possuem para a vida das pessoas. Nesse sentido, não é diretamente o estudo do

fenômeno em si que interessa nesse tipo de pesquisa mas o eixo que ganha centralidade pelo papel organizador que possui para os seres humanos; é a significação que tal fenômeno adquire para os atores que o vivenciam (TURATO, 2005).

Maffesoli (1984) considera que a fadiga frente aos grandes valores que marcaram com sucesso o pensamento burguês, o trabalho, o progresso, o produtivismo etc, essa fadiga ou extenuação desses valores leva o pensamento em direção a esses “pequenos nada” da vida que constituem de fato o qualitativo. Em nossa análise do cotidiano, torna-se mais importante uma “mostração” que deixa “ser” aquilo mesmo que ela tenta apreender, do que propriamente uma demonstração.

3.1 - Cenários da pesquisa

Escolhi, como cenários desta pesquisa, um Centro de Referência em Saúde Mental (Centro de Apoio Psico-Social, de acordo com a denominação do Ministério da Saúde) e as Unidades Básicas de Saúde – UBS - dos Distritos Sanitários Norte e Pampulha, para onde são referenciados os usuários para atendimento ambulatorial, dentro da rede de Serviços substitutivos em saúde mental. A escolha se deu por causa do trabalho que desenvolvi como farmacêutica nesses Serviços.

No desenvolvimento da pesquisa, a saturação dos dados ocorreu em três UBS do Distrito Sanitário Norte, portanto não participaram sujeitos do Distrito Sanitário Pampulha. É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada mediante autorização dos gerentes do CERSAM, das UBS e do Distrito Sanitário Norte (ANEXO A).

O município de Belo Horizonte possui nove Distritos Sanitários (FIG.1), sendo que o Distrito Sanitário Norte, como não tem CERSAM em seu território, tem sua população referenciada para o atendimento tanto para o CERSAM - Pampulha como para o CERSAM-Nordeste, de acordo com a área de abrangência.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE, a Região Norte de Belo Horizonte possui uma população de 193.764 habitantes, sendo 100.218 mulheres e 93.546 homens. A extensão territorial da Região é de 33,69 Km², com uma densidade demográfica de 5.750,87 hab/Km². Na área de saúde, possui 19 Centros de Saúde (com especialidades médicas diversas como saúde mental, homeopatia, serviços odontológicos), uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA Norte, um laboratório distrital, uma Farmácia Distrital, uma central de esterilização e um centro de referência

municipal (Centro de Controle de Zoonoses), além do Hospital Maternidade Sofia Feldman (BELO HORIZONTE, 2009).

A Região conta, também, com o Centro de Apoio Comunitário Providência (CAC Providência), o Centro Cultural São Bernardo, o Espaço Cultural Zilah Spósito e o Parque Planalto (que oferecem atividades de cultura, esportes e lazer à comunidade) e com o Núcleo de Apoio à Família - NAF - que presta assistência psicológica e social a famílias e a grupos comunitários (BELO HORIZONTE, 2009).

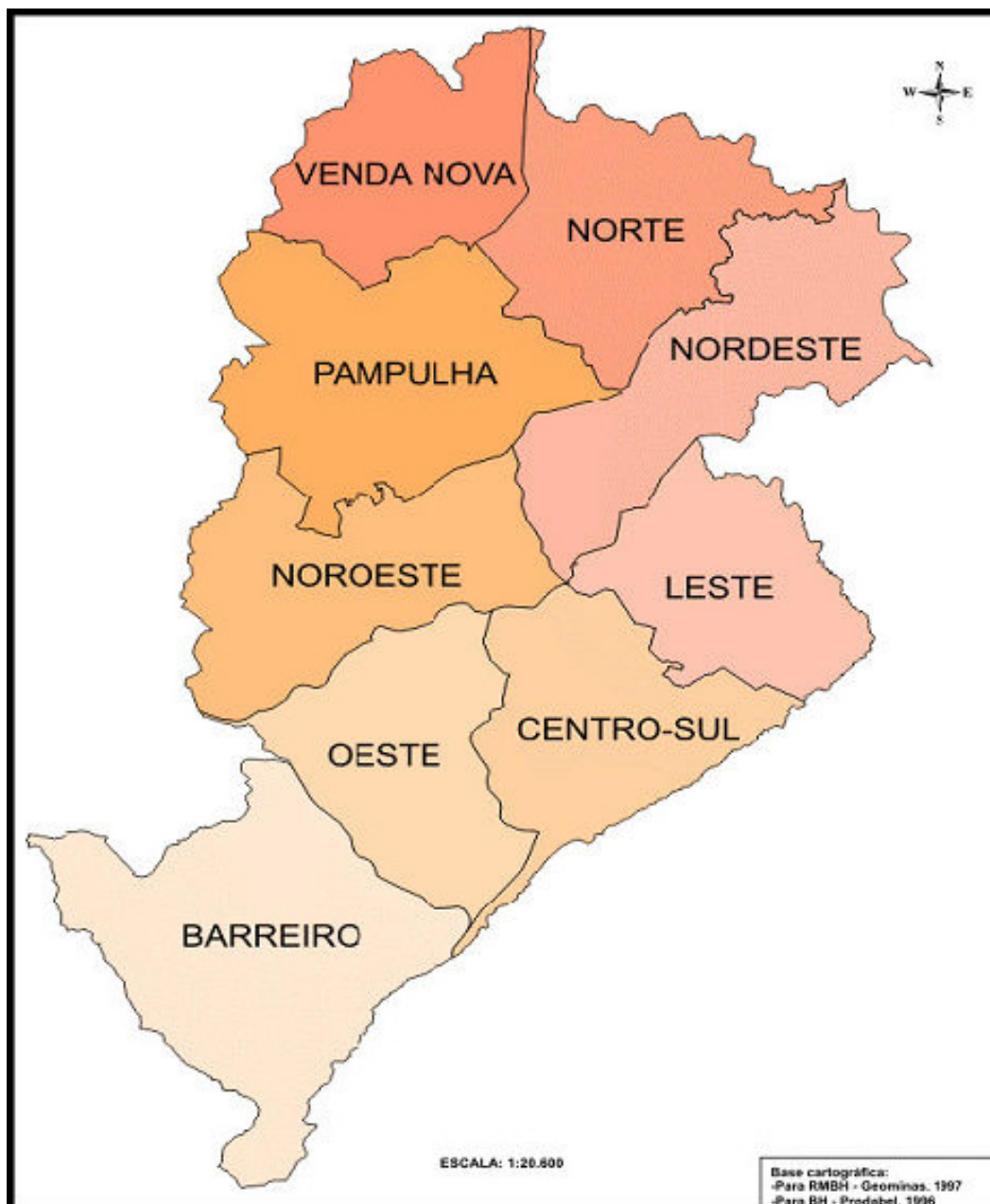


FIGURA 1: Localização das Unidades Administrativas por Regionais do Município de Belo Horizonte. Divisão do município em nove distritos sanitários. Fonte: BELO HORIZONTE, 2007.

3.2 – Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos deste estudo são psicóticos de ambos os sexos e idades variadas ou seus cuidadores, quando o paciente não apresentar condições de auto-cuidado em relação aos medicamentos prescritos. Isso se justifica pela gravidade desse transtorno mental e pelas implicações relativas à adesão ao tratamento medicamentoso.

Os critérios para a inclusão dos sujeitos como informantes são os seguintes: egressos do CERSAM encaminhados para a rede ambulatorial descrita anteriormente, há pelo menos três meses e que não estejam na fase aguda da doença, em momento de crise. Os cuidadores serão aqueles responsáveis pelos cuidados e implicados no acompanhamento farmacoterapêutico do usuário, quando esse se faz necessário.

Entenda-se como cuidador aquele membro da família ou outra pessoa identificada na comunidade, que está mais próxima do doente, ajudando-o em suas atividades da vida diária e acompanhando-o em seu tratamento.

Foram escolhidos pacientes considerados representativos da população atendida pelo programa. A intenção foi a de incluir pacientes com variados perfis: de evolução da doença, de tempo de doença, de estrutura familiar e de funcionamento social. Após um levantamento inicial junto à equipe, foi feito um convite aos pacientes e familiares para participar do estudo esclarecendo-lhes seus propósitos e solicitando-lhes autorização expressa.

Embora, na atualidade, sejam descritas sob nova terminologia na CID-10, classicamente as psicoses são divididas, no âmbito da Psiquiatria, em dois grandes grupos: 1. delirantes crônicas, que compreendem a esquizofrenia (com quatro subtipos: hebefrênica, paranóide, simples e catatônica), a paranóia e a parafrenia e 2) afetivas, cujo representante principal é o transtorno bipolar (antes chamado psicose maníaco-depressiva). O diagnóstico diferencial baseia-se na definição do sintoma clínico predominante (COUTINHO, 2005).

Considerarei, para inclusão dos sujeitos no presente estudo, os pacientes que apresentaram diagnóstico descritos no agrupamento CID-10 (F20-29) que reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante desse grupo de transtorno, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

A seleção dos sujeitos apresentados a seguir deu-se após avaliação prévia pelos técnicos de referência do CERSAM e/ou pelos técnicos de referência para os pacientes nas UBS, sendo a hipótese diagnóstica confirmada por registros nos prontuários dos pacientes.

QUADRO 1: Perfil dos sujeitos da pesquisa.

Entrevistados	Idade	Profissão	Escolaridade	Sexo
E1	49	aposentado	Fundamental incompleto	M
E2	52	aposentado	Fundamental incompleto	M
E3	41	cabeleireiro	Fundamental incompleto	M
E4	55	Do lar	Fundamental completo	F
E5	32	Do lar	Fundamental incompleto	F
E6	40	Sem profissão	Ensino médio incompleto	M
E7	37	Do lar	Ensino médio	F
E8	45	Auxiliar contabilidade	Ensino técnico	F
E9* = F1	76	Do lar	Fundamental incompleto	F
E10	49	Do lar	Fundamental incompleto	F
E11	46	Do lar	Fundamental incompleto	F
E12* = F2	54	Do lar	Fundamental incompleto	F
E13	53	Sem profissão	Fundamental incompleto	M
E14	43	Sem profissão	Fundamental incompleto	M
E15	45	Sem profissão	Fundamental incompleto	M

Nota: * familiares.

Todos os sujeitos foram convidados e informados sobre o tipo e o objetivo da pesquisa, a garantia do anonimato, a inexistência de custo e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus ou interferência no tratamento. A aceitação implicou na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os pacientes, APÊNDICE A e para os familiares, APÊNDICE B), em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa em seres humanos, antes da realização das entrevistas.

3.3. Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, solicitou-se autorização dos gerentes das UBS, do CERSAM e do DISAN Norte (ANEXO A). Posteriormente, o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde

Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG (ANEXO B) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, a Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG (ANEXO C) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP-SMSA/PBH (ANEXO D).

Para obter os dados primários desta pesquisa, utilizei entrevista a partir de um roteiro de questões (APÊNDICE C), com a intenção de relacionar os significados dados pelos pacientes e cuidadores em relação à terapia medicamentosa, que foram gravadas, transcritas e revisadas.

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa (MINAYO, 2006). A entrevista semi-estruturada caracteriza-se por uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista sendo que o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (LAVILLE; DIONNE, 1999).

As perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não existem a priori. São resultados, não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive os realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas (MINAYO, 2006).

As entrevistas com os pacientes e familiares foram conduzidas em consultórios nas UBS. Considerando que o fechamento amostral por saturação ocorre quando “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentaram ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” considerando-se o objeto de estudo (FONTANELLA; RIBAS; TURATO, 2008), após a realização da décima entrevista, tendo sido entrevistados oito pacientes e dois familiares, a mãe de um paciente e a esposa de outro, constatou-se a saturação dos dados, confirmada por mais cinco entrevistas, totalizando assim quinze relatos.

3.4 – Tratamento e análise dos dados

Como o enfoque é qualitativo, cada entrevista foi analisada de forma minuciosa e o critério de interrupção da coleta de informações foi a saturação dos dados obtidos (MACHADO, 2002). Após a coleta, os dados foram agrupados em categorias e analisados, utilizando-se a análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. O princípio da análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A análise dos dados foi realizada em três etapas conforme descritas por Bardin (2006).

1ª) **Pré-análise** – é a fase de organização propriamente dita. Foi feita a organização dos dados após a transcrição, na íntegra, das entrevistas. Em seguida, procedeu-se à leitura flutuante e exaustiva do material. Pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos. Estando o universo demarcado (o gênero de documentos sobre os quais se pode efetuar a análise), é muitas vezes necessário proceder-se à *constituição de um corpus*. O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta por serem submetidos aos procedimentos analíticos. Sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras, sendo as principais a regra da exaustividade (é preciso ter-se em conta todos os elementos desse corpus – não se pode deixar de fora qualquer elemento por esta ou aquela razão, seja por dificuldade de acesso, desinteresse não justificado no plano do rigor; regra da representatividade (a amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial – nesse caso, os resultados obtidos para a amostra serão generalizados ao todo); regra da homogeneidade (deve-se obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora desses critérios de escolha) e regra da pertinência (os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise).

2ª) Exploração do material – a fase de análise propriamente dita é a aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração com a transformação dos dados brutos. Desse processo, surgiram os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas a seguir:

4.1 - IMPLICAÇÕES DA DOENÇA, DA FAMÍLIA E DO TRABALHO

- 4.1.1 - Percepção da doença, negação, estigma e segregação
- 4.1.2 - O cotidiano do portador de transtorno mental nas relações familiares e sociais
- 4.1.3 - Inserção no mercado de trabalho

4.2 - EXPERIÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL QUANTO AO USO DA MEDICAÇÃO

- 4.2.1 - Motivos que levam ao abandono do tratamento medicamentoso
- 4.2.2 - Tomando regularmente posso ter uma vida normal
- 4.2.3 - Quem domina a minha mente sou eu

4.3 - TRAJETÓRIA DE ATENDIMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

- 4.3.1 - Do modelo hospitalocêntrico à rede de Serviços substitutivos em saúde mental
- 4.3.2 – Relação usuário – profissionais de saúde – familiares e adesão à terapêutica medicamentosa

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os resultados em bruto, as categorias levantadas, foram tratados de maneira a serem significativos (<<falantes>>) e válidos. Tendo, assim, à disposição, resultados significativos e fiéis, pude propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos - ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

4 – COMPREENSÃO DOS DADOS

4.1 - IMPLICAÇÕES DA DOENÇA, DA FAMÍLIA E DO TRABALHO

Essa categoria foi dividida em três sub-categorias. A primeira apresenta a percepção dos entrevistados enquanto portadores de transtorno mental, sobre sua doença, ou seja, a percepção de como o esquizofrênico compreende sua doença, que é crônica, os sintomas percebidos e as situações vivenciadas que deflagraram o problema, a difícil questão do entendimento e da aceitação do transtorno mental manifesto em suas vidas. A segunda revela seu cotidiano no convívio com os familiares e no meio social e, por fim, a terceira retrata as implicações relativas à inserção no mercado de trabalho.

A abordagem desses temas assume importância especial por apresentarem implicação direta quanto à adesão ao tratamento.

4.1.1 - Percepção da doença, negação, estigma e segregação

Muitas vezes, notamos que o portador de doença mental, como o esquizofrênico, apresenta dificuldades na compreensão desse grave transtorno. Constatamos, no presente estudo, que alguns entrevistados falam sobre sua doença e mostram certo conhecimento sobre ela, ainda que marcado por dificuldades de aceitação.

Eu tenho esquizofrenia. Eu sei que é um problema complexo, não tem cura, ainda se torna grave porque a pessoa pode entrar em surto, que é o meu caso... É muito difícil, né? Eu demorei para aceitar, né? porque eu não sabia o que era. E aí, a partir do momento que eu descobri o que era... foi diagnosticado que era esquizofrenia... aí eu passei a aceitar...e tem que conviver com isso, não tem outro jeito. (E1)

Esquizofrenia, pânico e depressão. Me dá uma tremura, fico vendo vulto, vê vulto demais, escuta voz e as pessoas conversando com você, escuta voz da pessoa e não tem ninguém do seu lado. (E5)

Os achados mostram certo reconhecimento sobre a doença enquanto crônica e grave como também a possibilidade de reincidência de surtos, a dificuldade de aceitação e a constatação de ter que conviver com a doença. Pode-se dizer que essa convivência é temerosa diante dos sintomas visuais e auditivos descritos o que podemos entender como sinal de grave transtorno mental e, por isso mesmo, de difícil aceitação social.

Dessa forma, outros sentidos são atribuídos à doença pelos entrevistados, relacionados à concepção do “nervoso”, do “problema de nervo”, destacado em vários momentos pelos sujeitos, revelando o receio em assumir seu estado.

Quando eu fico nervosa aí começo a falar sozinha. (E2)

Dá crise de nervo (...) aí eu vou ficando num estado muito triste, vou ficando deprimida. É negócio de ficar alucinada, vendo as coisas que não é de acordo. (E4)

Problema de nervo, por causa das drogas, droga e bebida. É um problema ruim, né? Afetou meus nervos, eu mexia com drogas. Ah, eu sou muito nervoso... meu problema é porque de vez em quando dá assim, fico nervoso, qualquer coisinha me põe nervoso. (E6)

Ah..., eu sentia muito... assim, me dava muito, além de me dar muita tristeza, medo, nervosismo ... muito grande que me dava. (E10)

Eu sou muito nervosa. Ah, eu respondo mal e eu não consigo dormir à noite, fico acordada a noite inteira, se eu não tomar o remédio. Pra mim esse problema é muito complicado. Eu não entendo direito desse problema, não. (E15)

Ao nomear dessa forma, a pessoa remete a uma condição menos estigmatizante da doença, talvez de melhor aceitação para o doente, pois parece ser mais fácil apresentar-se como alguém que sofre dos nervos, por ser algo biologicamente mais palpável e socialmente mais aceito, mas que não deixa de envolver outros sentimentos, como tristeza, medo e ser algo complicado, de difícil entendimento, pois afinal não se veem “as coisas de acordo” e qualquer coisa é motivo de enervar-se. Repito que, para Coutinho (2005), a loucura sempre foi envolta, ao longo da História da Humanidade, em um manto de preconceitos e ignorância, que a considerou desde possessão demoníaca a castigo divino. É relativamente recente, na história da Medicina, o aparecimento da Psiquiatria moderna que passou a encarar o “louco” como um doente e a buscar respostas para entendê-lo melhor e tratá-lo.

Entretanto, essa concepção apenas reafirma a explicação causal de uma doença localizada em algum órgão do organismo humano, no caso o “nervo” que, de acordo com a definição de Michaelis (2001), é um “filamento de comunicação do cérebro e da medula espinhal com a periferia do corpo e destinado a transmitir sensações e incitações motoras” e define o sujeito como “nervoso”, “aquele que sofre dos nervos”, de acordo com os sintomas que apresenta: fácil irritabilidade, emotivo e agitado, o que na realidade não é determinante, apenas de uma doença mental, pois o termo designa também qualquer indivíduo que esteja “irritado, exaltado, excitado”. O nervoso, visto dessa forma, pode ser tido como um fator desencadeante de uma doença, quando fica além da possibilidade de controle pela pessoa que sofre, mas não a doença propriamente dita. Essa diferenciação pode ser depreendida de

afirmações que contrapõem descrições da pessoa que "passa nervoso" ou tem um "ataque nervoso", daquela que "é" ou "sempre foi" nervosa. Na primeira condição, encontram-se as pessoas que enfrentam uma situação difícil, incluindo, frequentemente, os doentes. Na segunda, aquelas que têm uma fraqueza constitucional e, portanto, acabam se tornando doentes (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

Essa definição implica na teoria da psiquiatria biológica da origem da doença, para a qual o sujeito é o homem neuronal. Seu paradigma é o paciente deprimido, na concepção atual da depressão. O sofrimento ou a infelicidade tornados doença perdem qualquer relação com o sujeito e sua vida, resultando de uma perturbação dos neurotransmissores, desligam-se da problemática da culpabilidade, pretendendo instituir um sujeito "desculpado" (LOBOSQUE, 2001).

Villares; Redko; Mari (1999), ao trabalharem a concepção da esquizofrenia pelos familiares, destaca que um aspecto fundamental da representação da doença como um problema de nervoso é justamente a sua não-delimitação explícita como uma doença mental. Ao contrário, o nervoso é muito mais um problema com o manejo dos sentimentos em uma estrutura conjunta de corpo e mente frágeis, em que não se dissociam todos esses componentes. Ao caracterizar a doença como problema de nervoso, o familiar evita empregar terminologias mais estigmatizantes como esquizofrenia ou doença mental. Sendo a denominação "nervoso" uma entidade amplamente compartilhada e conhecida, elaboram-se também, a partir dessa compreensão, expectativas de recuperação e cura que naturalmente ficam mais limitadas dentro do modelo da condição de doença mental ou esquizofrenia.

As concepções sobre a doença apresentadas pelos entrevistados contêm certa ambiguidade e, com frequência, são conjugadas a experiências cotidianas:

Eu tenho perda de memória, mas crise, já tive, mas crise de gritar com uma pessoa jamais. Aos quinze anos, me dava umas crises, umas crises assim, não de agredir os outros, de gritar, mas era disritmia cerebral, me lembro disritmia cerebral, não era o caso de agredir ninguém, nem gritar com ninguém. (E13)

Na mesma hora que eu conversava normal, na mesma hora eu conversava tudo errado, tudo esquisito, nem eu entendia o que tava falando, eu achava que eu mesma o que *tava* falando tava certo e elas *tavam* entendendo tudo errado, elas não me entendiam, elas não sabiam o que eu tava falando, eu nem sei como é que eu falava, na minha cabeça eu achava que tava conversando normal, mas não tava saindo normal. (E3)

Não sei o que acontece na minha cabeça. Não sei, eu não sei o que acontece não, eu não aguento. (...) Parece assim... que é um monstro. (...) Semana passada, tem duas semanas, eu não falei com a senhora que eu cheguei pegar a minha mãe prá começá batê ela na parede até matá-la? (ela fez o comentário antes do início da gravação da

entrevista). (...) Tem um transtorno na mente terrível, eu não consigo descobrir porque desses transtornos terríveis que eu tenho na mente. (E11)

Porque não tava dormindo. Eu não sei se é cansaço, não sei. Eu não sei não senhora. (E14)

Considerando a percepção da doença descrita nos relatos, podemos inferir sobre a postura de negação da doença por parte dos sujeitos, como alguém “fora de ritmo” e particularmente a associação da loucura com situações de histeria, agressividade, comportamentos que representam perigo na convivência com o portador de transtorno mental. Há uma compreensão estigmatizada de que os ataques de loucura estão sempre associados à agressão e, por isso, nega-se a doença mental que se explica por uma “disritmia cerebral” ou por um fator externo ao corpo que “monstruosamente” o invade, fazendo com que a pessoa tenha reações não racionais, de querer matar os familiares por exemplo, algo considerado como um “transtorno terrível”.

Teixeira *et al* (2007) relatam que alguns aspectos da psicopatologia aguda da psicose e da comorbidade de abuso de substâncias parecem estar fortemente relacionados à presença de comportamento violento entre pacientes psicóticos. De acordo com os estudos analisados, somente uma pequena parcela da violência social pode ser atribuída a esse grupo de pacientes.

Ao se negar essa condição (re) velada, mostra-se a contradição ao falar sobre o sofrimento mental.

Problema de sofrimento mental, eu nunca tive problema de sofrimento mental, a família do meu pai tinha esse negócio, sofrimento mental. Diz que não passa de pai pra filho, de filho pra pai, não. Quando a pessoa tem que ter, tem, mas não pega não. Então a doença mental, o pessoal fala que é hereditária, mas eu acho que não é não, porque eu não tinha nada disso, eu trabalhava muito bem, ganhava meu dinheiro honestamente. (E7)

Considerando a magnitude do problema, sua etiologia multifacetada e a discriminação generalizada que marca a “loucura” historicamente, os próprios sujeitos negam essa condição e as implicações de não ser considerado “normal”, revelando também uma preocupação por não ser assim.

Na abordagem da etiologia da esquizofrenia, Coutinho (2005) ressalta que, há muito, a Psiquiatria busca definir a origem das psicoses e que avanços são obtidos devido às pesquisas na área da Neuro-Endocrinologia (envolvendo neuro-transmissores, hormônios, enzimas, etc.) e ao desenvolvimento de novas técnicas de imagiologia cerebral (SPECT).

Apesar disso, não existe ainda um “marcador biológico” que diferencie indivíduos normais daqueles que sofrem de esquizofrenia – o protótipo desse grupo de doenças – e várias teorias surgiram na tentativa de se estabelecer uma base biológica para sua etiopatogenia. A mais difundida explicava a esquizofrenia como resultado de um desequilíbrio dos neurotransmissores dopaminérgicos cerebrais, hoje não mais aceita pelo fato de não existir correlação direta entre o efeito terapêutico dos neurolépticos na doença e o bloqueio de receptores dopaminérgicos, dependendo então esse efeito de algum outro mecanismo. A teoria mais recente aponta o desequilíbrio entre os sistemas dopaminérgico-mesolímbico-cortical como o responsável pela instalação do quadro clínico da esquizofrenia.

Outro aspecto apresentado está relacionado às situações que remetem à questão da segregação vinculada ao doente mental, para quem a saída seria a hospitalização ou mesmo a exclusão do convívio e dos possíveis riscos e danos que possam representar para os familiares.

Mas eu queria explicar pra ela que tava normal, mas não dava pra explicar, aí eles me levava pro hospital e falou assim: “É, ela tá ruim demais, ela tem que internar, aí me internava e eu ficava lá. (E3)

Aí começaram a ficar com medo de eu por fogo na casa ou matar alguém, aí me levaram pro Galba Veloso. (E7)

Então meu padrasto me tirou dos amigos, porque eles moravam na favela, até que nesse ponto eu não ligava, não, eu tava com a mente elevada, tava ruim. (E8)

O médico chamou meu pai e falou com ele o seguinte: “que é insuficiência de fosfato no cérebro.” Fiquei adulto e deu insuficiência de fosfato no cérebro. Qualquer coisa, interna ele. (E13)

Constatamos a percepção do comprometimento da normalidade do sujeito, da perda da autonomia, das implicações que esse convívio representa e a própria dificuldade de aceitação por parte do familiar. Naffah Neto (1998), ao tematizar o estigma da loucura e a perda de autonomia que sofrem todos aqueles que recebem a sua marca, destaca que, mesmo pacientes que seriam considerados psiquiatricamente bastante comprometidos pela ciência acadêmica vigente, podem viver em um clima de liberdade, autonomia e consideração mútua, dependendo apenas de que seja respeitada sua condição de *seres humanos*. Não se trata absolutamente de tingir a loucura com cores românticas: sem dúvida, são pessoas que vivem experiências difíceis, doloridas, dilacerantes, experiências que _ na maior parte das vezes _ não encontram uma alocação possível na esfera gregária do sujeito e que resistem às formas

de comunicação pelos códigos partilhados. Mas que, nem por isso, são menos humanas, menos passíveis de reconhecimento e de solidariedade.

Segundo Coutinho (2005), a indicação de internação em hospital psiquiátrico deve limitar-se aos casos de crise psicótica com agressividade excessiva, visando proteger o paciente de automutilações e do suicídio e as pessoas que o cercam, de suas atitudes violentas. É inaceitável que o hospital psiquiátrico continue a desempenhar, como o fez até um passado recente, a função de isolar o psicótico da sociedade. A reforma psiquiátrica brasileira é bom exemplo dessa nova visão.

A doença é relacionada a fatores externos que geralmente são apontados como desencadeantes:

Eu tinha um problema depressivo muito forte, no começo o causador foi minha separação, né? Tinha uma família sólida, e tudo, né? A minha ex-mulher me traiu e quando eu vi eu virei outra pessoa, né? Fiquei uma pessoa muito agitada, muito nervoso, tive queda de pressão, cheguei a cair na rua, sabe né? (E10)

Aos vinte e cinco anos eu comecei a usar droga, adiantou, eu já tinha tendência de enlouquecer, apesar de que eu era trabalhador, mas levava uma vida bem movimentada. Aí a droga parece que adiantou o estágio, aí eu fiquei muito transformado, achando que aquela vida de estar tomando droga proibida (...) (E8)

Desde a vez que o pai dele morreu, eu acho...muita gente fala que deu depressão. Ele ficou em cima, quando o pai dele morreu, ficou em cima do caixão, a noite toda, né? no velório. Tirava ele, era a mesma coisa. Ah, ele tava com vinte e quatro anos....Foi, antes disso ele não tinha nada. Trabalhava muito bem, saia, não tinha nada, Graças a Deus não tinha problema nenhum. Depois que o pai dele morreu, ficou assim. Completou dois meses que o pai dele morreu ele ficou com esse problema. (E9 = F1)

Evidencia-se, portanto, a associação que é feita ao relatar algum episódio que tivesse rompido com uma suposta normalidade. Seria então um ponto de corte, como se essas situações determinassem a manifestação da doença e não como uma predisposição latente ao primeiro episódio da doença. Assim, os relatos associam o início da doença a um fato vivenciado, de difícil enfrentamento que termina por deflagrá-la, sendo que, até então, os sujeitos levavam uma vida considerada normal, pois agiam dentro do que é esperado pela família e pela sociedade.

Em outros relatos, destacaram-se os significados atribuídos pelos entrevistados a situações envolvendo aspectos relativos à espiritualidade e à religião. Nesses casos, a influência espiritual surge também como deflagrador da doença.

Aí resolvi que eu sou Espírita, resolvi ler o livro o Evangelho segundo o Espiritismo, Allan Kardec. Ah, no terceiro dia já não era eu que tava lendo mais, era a voz que tava lendo pra mim e eu só escutando, ela leu o livro todinho pra mim. Aí começou a

falar na minha cabeça, fazia perguntas, às vezes perguntava, queria que eu desse resposta. Do que eu tinha entendido, que eu sabia, eu dei resposta, mas o que eu não podia dar resposta, eu não dava, eu não sabia, aí começou o sofrimento mental, o distúrbio mental. (E7)

Duas vezes, teve uma vez que eu ouvi vozes, ficava cismado que eu tava sendo perseguido, aí misturei droga, com Bíblia com religião também, né? Isso tudo foi muito forte pra mim e então aconteceu isso. (E8)

Aí eu tive essa crise e eu conversava com minhas irmãs, aí eu ficava olhando uma para cara da outra, porque tinha as coisas que eu ficava falando, porque eu falava coisas, que eu batizei, né? Que eu era católica, aí eu batizei numa religião, aí quando elas conversava comigo eu respondia as coisas que tava dentro da Bíblia, aí eles achou que eu tava ficando doida (...) porque aí eu estudava a Bíblia e aquilo que tava acontecendo na Bíblia, parecia que tudo aquilo que tava acontecendo na Bíblia, parecia que tudo aquilo tava acontecendo comigo, aí eu comecei ... meus irmãos tudo falando pra eu caçar centro de macumbaria, que eu tava com, com ... meu irmão até mexe com essas coisas, tá com encosto. Eu achava que tava com muita pouca fé. (E15)

Ao abordar a questão da religiosidade, Villares; Redko; Mari (1999), destacam que a convivência com uma doença pouco compreendida como a esquizofrenia leva frequentemente os pacientes e seus familiares a se reportarem a uma *instância superior* para explicar e suportar as dificuldades vividas. A dimensão espiritual constitui um sistema de crenças, acessório ao conhecimento popular e médico da doença, utilizado como recurso para preencher as lacunas dos processos inexplicáveis ou incompreensíveis, trazendo conforto e resignação frente ao sofrimento enfrentado. As questões do espírito ocupam um lugar ambíguo na experiência dos sujeitos e de seus familiares com a doença. Ao mesmo tempo que são responsáveis por ela, tornam-se uma alternativa para a cura que não se alcança por meio do tratamento clínico.

De acordo com Coutinho (2005), a psicose se inicia, respeitando a teorização freudiana sobre a doença, pela perda do referencial narcísico do indivíduo, embora os mecanismos hipotéticos, pelos quais isso ocorre, não sejam necessariamente objeto de consenso entre Psiquiatria e Psicanálise. Essa ruptura do equilíbrio psíquico é vivida pelo paciente com intensos sentimentos de angústia e ansiedade, constituindo a fase que antecede os delírios denominada “humor delirante”. O quadro clínico subsequente, que varia conforme o tipo de psicose particular, pode incluir as manifestações relacionadas à consciência do Eu (fragmentação corporal), à sensopercepção (alucinações), ao pensamento (delírios) e à linguagem (neologismos), fatores que, de certa maneira, encontramos nos relatos dos informantes neste trabalho.

Da mesma forma, os achados coadunam com o que descreve Louzã (2007), de que, frequentemente, ao se promover a anamnese de um portador de esquizofrenia, tem-se o relato

de que a pessoa começou a apresentar mudanças no comportamento habitual, meses ou anos antes do início dos sintomas psicóticos do quadro agudo. Essas alterações são inicialmente confundidas com comportamentos que fariam parte da adolescência ou então atribuídas a fatores emocionais ou sociais do adulto jovem. Por vezes, os sintomas são atribuídos a outros transtornos, como ansiedade e depressão, e as pessoas chegam, eventualmente, a ser tratadas com ansiolíticos ou antidepressivos.

Coutinho (2005) destaca, ainda, que é do confronto entre os conceitos de compreensão (causalidade interna, representação intuitiva, relações de sentido não-causais, com vistas ao psíquico) e de explicação (causalidade externa, apreensão objetiva, relações de sentido e leis causais, visa o corporal), no âmbito da Psicopatologia, que talvez provenha a raiz do conflito entre Psiquiatria e Psicanálise no que tange ao tratamento das psicoses. A compreensão do delírio por meio de sua escuta, independentemente de se poder explicá-lo, seria o fundamento da abordagem psicanalítica das psicoses, estratégia que não é aceita como terapêutica na visão psiquiátrica tradicional.

Para a Psicanálise, o delírio e a alucinação psicóticas encerram uma significação para o sujeito, assim como a fala, os sonhos, chistes, sintomas e atos falhos para o neurótico. Também o comportamento do psicótico, expresso em maneirismos e estereotípias, seria passível de interpretação, na procura da origem psíquica, não-biológica, da loucura. Nesse sentido, “o louco tem uma forma própria de razão” que, expressa em palavras ou atos, seria a chave para a compreensão da psicose e para seu tratamento (COUTINHO, 2005).

É de importância especial, para o diagnóstico de esquizofrenia, a ocorrência de uma perturbação das funções básicas que dão, à pessoa normal, um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesma. O paciente tem a sensação de que os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos ou partilhados por outros. Podem se desenvolver delírios explicativos, de que forças externas influenciam pensamentos e ações do indivíduo, de formas muitas vezes bizarras. Aspectos periféricos e irrelevantes de conceitos são utilizados e conjugados com aspectos centrais. O resultado é um pensamento vago, elíptico e obscuro, com uma crença de que situações quotidianas possuem um significado especial, usualmente sinistro, destinado unicamente ao indivíduo. Pode haver sensação de interrupção do curso do pensamento e sensação de que as idéias são retiradas por um agente exterior. O humor é caracteristicamente superficial ou incongruente, acompanhado, com frequência, de inércia, negativismo ou estupor (OPAS, 2002b).

Os transtornos esquizofrênicos são distúrbios mentais graves e persistentes, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento

do afeto por ausência de prejuízo no sensorio e na capacidade intelectual (embora, ao longo do tempo, possam aparecer déficits cognitivos). Seu curso é variável, com cerca de 30% dos casos apresentando recuperação completa ou quase completa, 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e 30 % com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo (OPAS, 2002b).

A partir dos dados aqui apresentados, concordamos com Cipolle; Strand e Morley (2006), quando afirmam que o entendimento e o conhecimento do paciente sobre sua doença são importantes para o sucesso de qualquer forma de terapêutica farmacológica, da mesma forma que é necessário que se saiba como são suas relações familiares e sociais, pois as pessoas com as quais convivem são coadjuvantes indispensáveis em seu tratamento.

4.1.2 - O cotidiano do portador de transtorno mental nas relações familiares e sociais

As relações familiares do portador de transtorno mental são frequentemente permeadas pelas dificuldades e pelo sofrimento no convívio e nos cuidados a eles dedicados.

Eu não tinha lugar para ficar com meus filhos. Uma vez eu fui prá Rosaneves pus meus filhos dormindo tudo debaixo da cama, num tapete embaixo da cama, a dona não deixou, eu saí de casa e aí eu peguei, depois meu marido morreu, aí eu voltei prá casa de novo, minha mãe aceitou. (E3)

Desde criança que eu já tinha problema, eu fazia tratamento. Eu agora estou com 38. Desde criança eu já comecei dá crise. Aí depois a minha mãe cansou de ficar me levando nos lugares, aí parou de levar, parou de tratar. Aí veio agravar agora. (E5)

É, tenho dois filhos. A menina mora com a mãe, a mais novinha e eu fiquei com o mais velho. Por incrível que pareça, ele já é adolescente, tem me dado muito trabalho e ainda mais a gente com problema, né? Você não tá preparado pra poder lidar com o adolescente. (E10)

(...) Na casa da minha irmã, mas eu quebrei os vidros da janela dela quase que todo. (E15)

Assim, constatamos relações de conflitos e dificuldades, tanto para o portador de transtorno mental como para os familiares, pois esses são os que mais sofrem com as ações do doente, da mesma forma que, muitas vezes, o cuidado constante sem resultado pode fazer o cuidador “cansar”, levando ao agravamento da doença.

Destacamos, na fala de um familiar, como é conviver e cuidar de um portador de transtorno mental:

*Uai, ele corria pra rua, não queria ficar dentro de casa, na época eu ficava dentro de casa. Era pra mim vender a casa e chorando sem parar, corria, pulava muro, tudo ele já fez, né? Juntava a roupa *toda, punha* dentro da bolsa, pulava a rua, pulava o muro, quer dizer da casa do vizinho, né? Do vizinho lá, ele pulava pra rua e sumia. Aí nós ficava desesperado. E eu tentava também, os meninos tudo trabalhando, eu sozinha, aí quando dava notícia, as meninas, minhas irmãs ligava pra mim. (...) Fomo *pelejando, pelejando* quando foi meu sobrinho, meu filho pegou ele e trouxe pra cá. Ficou dois dias lá em casa, foi lá pra casa da minha cunhada e ficou cinco meses. Aí, *minha cunhada não quis ficá mais com ele, né?* (...) Ah, *sinto chateada, a gente sozinha*, porque os menino tudo *trabáia*, uns são casado, só tem um solteiro em casa, o resto tudo casado. Eu sozinha pra dá conta. Aí eu ficava o dia inteiro com ele. E tem hora que a gente passa e tem hora que não. Também *amolá* os vizinhos demais, assim é ruim. Aí eu ficava agitada, assim...com medo. Como é que eu fazia com ele, sozinha e tudo, né? (E9 = F1)*

Constatamos, portanto, situações que refletem desespero, preocupação, angústia, agitação por parte da mãe, além do sentimento de solidão e isolamento revelado, pois as outras pessoas precisam levar a vida e há sempre um desgaste nas relações, por conta de uma doença crônica que, diferentemente de outras, obriga a uma atenção muitas vezes insuportável por parte daquele que cuida diretamente, além, muitas vezes, da dificuldade de vários familiares, como irmãos e os vizinhos de aceitarem uma pessoa acometida mentalmente.

Koga; Furegato (2002) destacam que a presença de uma pessoa que sofre de enfermidade mental produz alterações no seio da família. Antes da doença, a pessoa tinha condições de contribuir não só financeiramente, mas também nas atividades domésticas e nas responsabilidades. Quando ocorrem mudanças no comportamento dessa pessoa, há modificações na rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era prestada e ainda se arca com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente. As autoras identificaram três tipos de sobrecarga impostas à família, na convivência com a doença mental por mais de cinco anos, em um de seus membros: 1) sobrecarga financeira, 2) sobrecarga nas rotinas familiares e 3) sobrecarga em forma de doença física ou emocional.

Além da demanda imposta, Villares; Redko; Mari (1999), consideram que a inexistência de uma rede efetiva de apoio na comunidade e de programas de reabilitação abrangentes apresenta, aos familiares, o desafio muitas vezes solitário de encontrar meios de articular algum nível de inserção social e econômica para tentar minimizar os prejuízos causados pela incapacidade e pelas desvantagens decorrentes dessa complexa problemática. Nesse sentido, as famílias sofrem e sentem-se isoladas de uma maneira semelhante ao sofrimento e retraimento do paciente diagnosticado com esquizofrenia, mais ainda o familiar/cuidador que ficar vulnerável ao adoecimento:

Aí ficava assim preocupada com ele. Até deu depressão, também. Eu tô com setenta e seis anos. Tomo remédio pra depressão até hoje por causa disso. A cabeça começa a doer. É. Aí agora, acho que com tanta *trenhada* na cabeça não posso ouvir barulho, não. Qualquer coisinha, a cabeça dana a doer, *prô* lado assim, a pressão sobe, aí eu *tô pelejando*.” (...) Mas é uma responsabilidade muito grande. Tem dia que eu *tô* com a cabeça tão ruim... Porque pensa um trem, pensa outro, aí a cabeça fica *vuando*. Mas a gente fica muito assim... Se fosse tudo com saúde era tão bom, na vida da gente é tanta coisa. (E9 = F1)

Dessa forma, o apoio ao familiar também deve ser foco de atenção à saúde, considerando que a Reforma Psiquiátrica convoca o familiar para ser agente ativo na condição de tratamento e reabilitação do portador de transtorno mental, apesar de, muitas vezes, ele não apresentar condições e estrutura familiar adequadas para dar resposta a essa demanda, sendo portanto, alvo de adoecimento também.

Com a implantação dos Serviços substitutivos em saúde mental, o portador de transtorno psíquico passa parte do dia no Serviço e o restante do tempo convive com seus familiares, na tentativa de resgate da cidadania e dos vínculos que foram rompidos e negligenciados pela instituição asilar. Essa convivência, no entanto, como nem sempre se dá de forma harmoniosa, é, em parte, questionada, pois nem todas as famílias dispõem de estrutura e recursos de enfrentamento para coexistirem com o estigma social, com o descompasso temporal e os comportamentos inadequados do familiar que adoeceu (BORBA *et al*, 2008).

A singularidade, preceito ético da abordagem psicanalítica do doente mental, não deve se limitar, no que se refere às psicoses, ao tratamento do paciente. Ela deve ser estendida a todos os que o cercam, particularmente a seus familiares, que sofrem diretamente com as várias consequências de sua doença nos planos emocional, econômico, social e espiritual. A estratégia ideal é a que envolve diferentes níveis de singularidade, visando atender a cada um dos elementos do grupo humano que cuida do psicótico de forma particularizada, pois cada um deles vivenciará a doença do paciente no contexto de seu específico universo psíquico (COUTINHO, 2005).

Lobosque (2001) enfatiza que “é a família toda que está doente”, ou “é preciso tratar de toda a família”. Há um preceito importante aí pois, quando um membro de uma família enlouquece, isso perturba seriamente o grupo familiar e, com certeza, a família precisa de apoio e auxílio para lidar com essa perturbação. Todavia, qualquer ajuda torna-se impossível, se não reconhecermos que há ali uma determinada pessoa vivendo uma situação peculiar: é alguém que está ouvindo vozes, tem seus pensamentos lidos ou roubados, não está conseguindo dormir ou não consegue parar de andar. Há alguém que está sendo afetado de

forma direta, própria, diferente. Se não admitirmos isso, se ignorarmos esse aspecto pessoal e intransferível do sofrimento psíquico, estaremos dando um primeiro e irreversível passo para a exclusão da loucura.

Em contrapartida, a autora complementa que é necessário reconhecermos o louco, o que implica em um convite para que eles próprios falem do que se passa, para que construam como possível uma explicação, um quebra-cabeças ou uma resposta para as estranhas coisas que vivem (LOBOSQUE, 2001).

As famílias precisam ser ouvidas, ter sua realidade/sofrimento compreendida e acolhida. Muitas vezes, quando solicitam a internação do familiar doente não é por não amá-lo ou por fugirem da responsabilidade de atender suas demandas. Isso se dá porque não aguentam mais a convivência que, aos poucos, vai se tornando insustentável, difícil e desgastante, o que ressalta a importância de serem orientadas e apoiadas (BORBA *et al*, 2008)

Constatamos situações que expressam rompimento com os laços familiares:

Foi aqui, andarilho não, andarilho eu andei Belo Horizonte, mas eu andava na beira de estrada, depois de muito tempo que eu consegui, foi bom que eu não consumia muita droga, meu negócio era mais alimentação mesmo, ganhar um pouco de comida, apesar que eu tomava banho e tive alguns trabalhos, trabalho temporário, não trabalhava fichado, não. (E8)

Essa condição, representada pelo comportamento diferenciado, remete a questões ligadas à alteridade do sujeito e, muitas vezes, pode ser uma forma de expressar a sua liberdade.

Maffesoli (1984) fala do processo original que parece operar na vida social. Essa estranheza e essa proximidade da aventura (e da vida) podem ser reencontradas nas metáforas religiosas e místicas, às vezes antinômicas, que fazem da vida uma peregrinação, uma etapa em direção ao que deve ser nossa verdadeira pátria. (...) Esse sentimento da vida como aventura – o que nos permite falar em deambulação existencial – pode ser vivido de múltiplas maneiras. Na verdade, esse sentido é encontrado sob a forma do vagabundo, do peregrino, do nômade ou mesmo do caroneiro contemporâneo. (...) Tudo isso cristaliza ou enobrece a profunda convicção de que a continuidade da existência é constituída por múltiplos desvios, por momentos particulares que escapam, devido a sua precariedade, a uma lógica determinante.

Verificamos, por outro lado, a exposição aos riscos nos momentos de crise: “*Mas daí conforme foi, eu apaguei, caí. Não fui, aí eu apaguei, fiquei lá, ninguém me assaltou, me*

roubou, ninguém me ajudou, mas também ninguém me atrapalhou, ninguém fez mal comigo“.
(E10)

Vislumbra-se, entretanto, a possibilidade de reinserção social e de um convívio cotidiano aceitável que remete à possibilidade de agir da forma esperada socialmente:

Sábado eu fiz um bolo, pro meu menino, ele ficou todo alegrinho, fiz um bolo de chocolate com refrigerante, ele ficou feliz, fez nove anos no sábado, foi 15 de novembro, aniversário dele. Aí eu fiz um negocinho pra ele. Aí eu fui lá tomei meus remédios, falei pra eles, agora *nós vai* dormir, tô cansada, era 9:40 h e pegou e foi dormir.” (E5)

Villares (2002), destaca que a família tem um lugar e uma função centrais na vida dos portadores de esquizofrenia. (...) O cotidiano familiar é marcado por uma permanente imprevisibilidade e pelas questões: “Quando será a próxima crise?” ou “Quanto tempo vai durar essa fase boa?” Além disso, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu doente e quanto ao próprio futuro, face à demanda de cuidado que gera custos e perdas para todos. Também precisam auxiliar o doente a lidar com suas perdas e com o empobrecimento de sua vida social, afetiva e profissional.

Penna (1997) considera que pensar o ser saudável significa compreender o homem no seu viver cotidiano, tal como ele o pode conceber, porque aí é que fixa o seu vivido. É pensar o homem inserido em um lugar, interagindo nesse lugar, com familiares e amigos.

Renato (2002) destaca que o chamado que se faz às famílias deve ser claro e responsável, cabendo às equipes que dirigem o processo de desinstitucionalização a sustentação de um trabalho dialógico entre as diversas instituições da sociedade para viabilizar e fortalecer o trabalho de reinserção social dos portadores de transtornos mentais. Esse ambicioso processo de desinstitucionalização é mais do que tirar pacientes do hospital, mais do que criar novas formas de tratamento. Torna-se uma recriação do cotidiano, construído em outro espaço social, longe daquele “velho sobrado” que apagou as contradições, que reduziu de forma totalitária o estabelecimento de relações intersubjetivas e que fez perder num vazio o complexo da subjetividade.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família, como espaço privilegiado para a prática do cuidado, precisa participar de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada (BORBA *et al*, 2008).

É importante formar grupos de familiares nos Serviços comunitários de saúde mental, bem como prestar esclarecimentos sobre o comportamento, a sintomatologia e o tratamento da enfermidade, sobre o uso dos psicofármacos e seus efeitos colaterais, realizar visitas domiciliares para conhecer a realidade das famílias e fazer com que não se sintam sozinhas. Ao contrário, devem sentir-se seguras e capazes de agir de maneira adequada em relação aos sintomas apresentados pelos portadores de sofrimento psíquico (BORBA *et al*, 2008).

Ao apontarmos as concepções dos portadores de transtorno mental acerca da doença e as implicações em seu convívio familiar, surge como uma de suas demandas prementes, um valor comum em nossa sociedade capitalista, que é a inserção no mercado de trabalho.

4.1.3 - Inserção no mercado de trabalho

A necessidade de desenvolver alguma atividade produtiva, como valor que se estabelece em nossa sociedade capitalista, surge como demanda dos sujeitos, como possibilidade de reafirmação de normalidade.

Eu fiquei um ano e meio parado, cheguei a ficar inútil, parado mesmo, sabe? Aí eu pensei: “eu preciso de uma ocupação”. Aí eu entrei num salão-escola, que eu sempre tive o dom de cortar cabelo, aí eu fiz o curso lá, me enturmei com a turma lá aí eu comprei um salão. Aí tem pessoas que trabalham pra mim. Às vezes eu fico lá ... e ... tô tocando a vida assim. (E10)

A reinserção no mercado de trabalho assume significados como ser útil, estar inserido. De acordo com Ribas; Borenstein; Padilha (2007), o trabalho pode constituir-se, para alguns indivíduos em sofrimento psíquico, em uma experiência muito positiva e com significados saudáveis. Pode restabelecer sua saúde, possibilitando que o indivíduo se apresente como sujeito ativo, participante, desenvolvendo uma melhor qualidade de vida, visando sua reabilitação psicossocial.

Possuir um emprego ou um trabalho aumenta substancialmente a satisfação consigo próprio, a auto-estima, a auto-imagem dos indivíduos, criando oportunidades de socialização e comunicação (WHO, 1997).

Dessa forma, os relatos mostram que, para conseguir desempenhar bem as atividades laborativas, é necessário estar bem, caso contrário não há conciliação:

Tenho outro colega meu, que é cabeleireiro e tem o mesmo problema também. Ele tava até afastado do trabalho porque ele não tava conseguindo conciliar. É

complicado, né? É um trabalho bom, né? Talvez seja até uma terapia, mas a pessoa tem que tá bom também. Às vezes manusear uma navalha, tem que saber o que tá fazendo, né? (E10)

Não só *encostou*, *encostou* dois anos, depois tirou. Aí examinou, ele tava legal. Aí um dia ele falou: “Gente, pelo jeito eu não vou mais lá!” Ele mesmo falou “não vou mexer com esse negócio mais não.” *Aposentá* não, *encostá*. “Vou *trabaiá*, vou *trabaiá*”. Aí falei: “Meu Deus do Céu deixa você *miorá*.” Quando *cê tivé* bom, você pode *trabaiá*, porque com a cabeça ruim. (E9 = F1)

Notamos, portanto, que o trabalho é auxiliar no tratamento, serve de “terapia” e o fato de se imaginar aposentado ou encostado pode desencadear uma crise. Daí, entra-se em um círculo vicioso, o trabalho reabilita o sujeito, é terapêutico, mas se ele não está bem, não consegue trabalhar, mas estar parado dificulta sua recuperação, faz com que ele não se sinta bem e o círculo se repete.

Assim, o trabalho surge como uma possibilidade de melhora, de inserção social e de um certo conforto para os familiares.

Agora ele *tá trabaiando*, aí tá tão animado. Fazendo colar. Então a firma lá ficha as pessoas, diz que vai *fichar* quando fizer três meses. (...) Então ele foi lá, fez a ficha. Volta a *trabaiá*. No jornal, aí ele pegou e fez o currículo e foi lá, levou pra eles, quando foi duas semanas, eles ligou pra ele. (E9 = F1)

Entendemos que o trabalho, por ser elemento capaz de contribuir tanto para a saúde como para o adoecimento, pode atuar também positivamente na saúde das pessoas com transtornos mentais graves. Os dramas dessas pessoas, além de trazer-lhes questões próprias de seu adoecimento, carregam uma série de estigmas, em parte apoiados em saberes da Psiquiatria. Desse modo, as alterações psicopatológicas são, muitas vezes, tomadas como sinônimos de incapacidade de gerir a própria vida, mesmo passado o momento da crise, e de incapacidade de viver os embates de normas que toda situação de trabalho supõe (ZAMBRONI, 2006)

O fato é que a esquizofrenia pode chegar a ser uma doença incapacitante. Quando não controlada, representa tristeza e limitação na percepção dos pacientes.

Tristeza, porque eu não posso trabalhar e meus filhos *fica* tudo mandando eu trabalhar, só que eu não trabalho, fala comigo: “todo mundo trabalha, só que eu não trabalho, só minha mãe não trabalha.” Mas eu não dou conta de fazer o que eu fazia antes. Não dou conta de ficar de frente do fogão mais. (E5)

Aí conclusão: jogaram eu como chefe de uma fábrica de pastel de angú. Só que tem que eu cisme, eu comecei cismar que branco tinha implicância comigo porque não gostava, porque eu sou preta e que elas não queria trabalhar. Aí o homem virou pra

mim e falou, o encarregado, ele falou comigo assim: “A senhora tá muito agitada, a senhora sai mais cedo.” (E11)

(...) Tabalhei lá no Central Shopping, lá, no Edifício Séculus, como ascensorista e eu tava fazendo curso de enfermagem à tarde, aí eles me puseram para trabalhar de uma hora até às onze horas, aí me atrapalhou com meu curso, e eu fui vender AVON pra pagar o meu curso, aí que tudo tumultuou. Não fiz o curso, perdi ponto no trabalho, eu respondia muito às pessoas, o meu supervisor...e comecei a ficar nervosa, eu não tava aguentando nem apertar os botões do elevador... (E15)

Trabalhar deve ser um direito de todas as pessoas, na medida em que o trabalho tem uma função central na vida de todos, isto é, dos que sofrem ou não de transtornos mentais graves e a falta do trabalho é potencial fonte de sofrimento para os humanos. Assim, não devemos nos esquecer de que algumas pessoas apresentam, por vezes, alterações psicopatológicas específicas que é preciso levar em conta quando se deseja compreender quais são as possibilidades abertas para as pessoas com transtornos mentais graves a partir de sua experiência de trabalho e o que essa experiência (e o estudo dela) pode trazer de novo para o mundo do trabalho, cuidando para que isso não se torne mais uma tentativa de ortopedia mental pela ‘integração’ e ‘adaptação’ da pessoa (ZAMBRONI, 2006).

Assim devemos considerar a questão que Penna (p. 71, 1995) destaca de que “*a saúde passou a ter um valor coletivo para a sociedade moderna, progressista que tem no trabalho o seu objetivo e que se apodera do corpo individual, enquanto mão-de-obra produtiva, sem levar em consideração o próprio homem*”.

Nesse outro relato, percebemos a resignação de um familiar quanto à condição incapacitante diante da constatação da doença.

Aí, passando assim quinze dias ele foi pra firma, depois ficou *encostado* pelo INPS, foi assim rápido. Aí o dono da firma pegou e foi lá no INPS com ele, nem precisou eu ir lá, eles lá que foi, aí encostou ele. *Encostou* ele por três dias da primeira vez. Aí ele ficou em casa. Aí depois dessa época, ele nunca mais teve assim condição, né? De voltar assim a trabalhar, porque a profissão dele é motorista, motoqueiro, aí foi ficando. Mas assim sempre bonzinho em casa, assim não dava conta de muita coisa, não, mas toda vida foi assim, bonzinho, sabe? Aí foi ficando assim, foi ficando. Aí tá até hoje. (E12 = F2)

Às vezes, diante da situação imposta, o familiar não percebe outra alternativa e aceita, diante até da própria passividade do sujeito, como uma situação normal a ser vivida. Entendemos que as alterações psicopatológicas podem, por vezes, trazer alguma dificuldade para a capacidade de trabalho de uma pessoa. Parece-nos que a visão social sobre a capacidade produtiva dessas pessoas tende a vê-las, sempre ou quase sempre, como portadoras de "dificuldade completa". Cabe questionar o próprio mercado, assim como as

tentativas de classificação de pessoas e suas capacidades que criam rótulos facilmente causadores de mais isolamento, e pensar outras formas de organizar o trabalho, diferentes das predominantes (ZAMBRONI, 2006). Devemos destacar, aqui, o que Canguilhem (p. 145, 2006) considera, ao situar que “*se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico é impreciso*”.

Existe sempre uma tensão entre “o que é” e o que “deveria ser”. É bem verdade que podemos preferir um indivíduo seguro de sua identidade, racional, ao mesmo tempo autônomo e responsável, um indivíduo invariavelmente conduzido pela seriedade à realização de si por meio do trabalho. Numa palavra, um indivíduo “senhor de si e do universo”. Acontece, de fato, que, hoje em dia, são as identificações tribais que triunfam. Já que estão aí, elas representam o caráter supremo da realidade (...). Temos que reconhecer que estamos submetidos à influência do ambiente, natural e social (MAFFESOLI, 2007b).

Os Serviços de saúde mental devem ser incentivados a identificar estratégias para promover a qualidade de vida dos pacientes de uma forma geral e, mais especificamente, do ponto de vista ocupacional. (...) Trata-se, aqui, de uma escuta clínica flexibilizada, com programas e estratégias individualizadas, visando a autonomia do paciente e a tão desejada inserção social (CARDOSO *et al*, 2006).

Da mesma maneira que a relação com os diversos momentos da vida social, a relação com o trabalho é atravessada, de ponta a ponta, por uma duplicidade protetora que combina, de um modo consciente ou quase inconsciente, a necessidade e os espaços de liberdade que permite (MAFFESOLI, 2007b).

Os transtornos mentais tendem a diminuir a capacidade de suportar as agressões do ambiente. Podemos pensar, então, que a organização do trabalho predominante no mercado traz uma série de agressões que a pessoa em crise não consegue suportar. Com isso, não podemos nos esquecer de que inexiste uma incompatibilidade absoluta entre essas pessoas e as ditas normais, (...) de modo que sabemos quanto o trabalho, do modo como vem sendo predominantemente organizado, é fonte de sofrimento e adoecimento (ZAMBRONI, 2006).

O que está em pauta, na verdade, é a delimitação do patológico e do normal em psiquiatria. Se os transtornos mentais e do comportamento constituem o patológico, cabe a pergunta: o que constitui o normal? Não há outra resposta: o normal, em psiquiatria, refere-se à norma entendida como cultural ou social (BARRETO, 2002).

Diante das constatações relativas às contingências que a esquizofrenia impõe ao paciente e a seus familiares, diante das limitações quanto à inserção no mercado de trabalho, a adesão ao tratamento medicamentoso surge como um caminho, uma possibilidade de apaziguar a sua dor e a daqueles que o cercam e de resgate de sua autonomia.

4.2 - EXPERIÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL QUANTO AO USO DA MEDICAÇÃO

Essa categoria aborda aspectos relativos aos medicamentos utilizados pelos esquizofrênicos. No sentido de favorecermos a compreensão do tema, foi organizada em três sub-categorias. A primeira apresenta os motivos que levam ao abandono do tratamento medicamentoso. A segunda, os fatores que contribuem para a adesão, especialmente a percepção da necessidade do uso da medicação e a terceira, as implicações relativas a “via de mão dupla” que o tratamento estabelece.

4.2.1 - Motivos que levam ao abandono do tratamento medicamentoso

Ao apresentar os motivos pelos quais o portador de transtorno mental abandona totalmente ou interrompe o tratamento medicamentoso em algum momento de sua vida, surge como destaque a percepção dos efeitos adversos. Considerando os significados atribuídos ao trabalho pelo portador de transtorno mental, anteriormente descrito, o abandono surge associando o uso da medicação psiquiátrica a seus efeitos adversos, sendo percebida como limitador no desempenho das atividades.

Já (fiquei sem tomar), mas aí eu fiquei com crise de novo e teve que ir pro Hospital de novo. É porque eu queria trabalhar, né? Aí eu não tinha jeito. (...) Aí eu ia lá e cuidava da senhora, mas aí eu comecei a conversar alto, gritando, conversando. É, eu fiquei um mês e depois de dois meses eu comecei a ficar agitada, piorar... Porque se eu tomasse o medicamento o meu olho virava e eu ficava esquisita. (E3)

Eu tentei parar. Tentei parar pra eu poder voltar pra empresa. Aí eu parei, fiquei mais ou menos uns quinze dias. Ah, eu tô bão! Aí eu comecei parar e os problemas começou. (...) Prá mim voltar trabalhar, porque às vezes eu tomo esses remédios e eu fico muito grogue, sabe?. É, sou forte, eu fico muito grogue, eu fico assim sonolento, a mente assim vaga, distante, entendeu? Aí eu falei assim: “como eu vou sair pra trabalhar?” (E10)

Depois eu falei: “eu vou parar com esse remédio”, e parei com o remédio durante o período de seis meses e fui trabalhar. Parei o tratamento total. Eu parei foi

justamente pra podê ir trabaiá, eu falei “eu tenho que trabaiá, ué, eu não posso ficá à toa. (...) Atrapalhava. Como é que eu ia deitá lá no serviço? O remédio faz você deitá. (E11)

Entretanto, constatamos que, ao interromper o uso da medicação, os sintomas da doença reaparecem criando situações de conflito quanto a assumir alguma atividade e precipitando novas crises. A interrupção, nesse caso, reflete a falta de esclarecimento do usuário quanto a importância da manutenção do tratamento e da possibilidade de conciliar tratamento e trabalho. Falkai *et al* (2006a) enfatizam que o paciente deve receber informação sobre a natureza e o manejo terapêutico da doença, inclusive sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, considerando-se a capacidade do próprio paciente de assimilar a informação.

Ao direcionar a abordagem para o paciente ou seu familiar, destacamos a adoção de outras estratégias no manejo da terapia medicamentosa que devem ser apresentadas no sentido de evitar o abandono. Abreu; Bolognesi; Rocha (2000) recomendam, como estratégias, cautela, detecção precoce de efeitos adversos, diminuição de dose quando possível, troca por outra droga, suspensão de associações desnecessárias e modificação comportamental. A associação de diferentes agentes farmacológicos precisa ser utilizada em sequência, visando maior controle dos sintomas, maior qualidade de vida e menores custos familiar, individual e social. Por fim, pacientes e familiares devem estar conscientes, desde o início do tratamento, de que não existe droga perfeita, de que a vantagem em um sintoma ou efeito pode significar desvantagem em outro e de que o importante é o contato continuado, com diálogo constante para buscar o equilíbrio mais favorável entre controle de sintomas e tolerabilidade, de uma fórmula individualizada dentro da relação médico-paciente. Também o pleno entendimento, por parte do técnico de saúde, das particularidades que envolvem cada situação/caso, permitirá que sejam desenvolvidas abordagens terapêuticas mais eficazes, que facilitem a compreensão de cada sujeito e que, conseqüentemente, promovam sua adesão ao tratamento (CARDOSO, 2008).

Além da percepção da interrupção da terapia medicamentosa vinculada à limitação imposta em relação ao trabalho, há diversos relatos que evidenciam a percepção dos sujeitos em relação ao que o remédio pode lhes causar:

(...) A coisa que eu vejo mais é negativa. Porque eu não consigo ler um jornal, tenho dificuldade de ver televisão, não tenho interesse por nada. O antidepressivo às vezes melhora um pouco, porque às vezes eu ando, eu resolvo os problemas ... eu saio, aí melhora, mas se eu paro um pouco em casa, começa aquele abatimento, aquela fraqueza, esse que é o problema do antipsicótico. (E1)

Deixa a pessoa indisposto, né? Você não tem aquele pique que você tinha quando, antigamente, que não tomava o remédio. Aquele pique pra trabaiá, pra fazê as coisas e tudo. Tudo na sua vida mudou! Tudo na minha vida mudou, porque hoje em dia, tem hora assim que eu pego as coisa, precisando fazê e não tenho corage de i lá e fazê. (E11)

Constatamos as limitações impostas sendo associadas ao uso dos fármacos. Isso representa um impacto acentuado no cotidiano das pessoas, trazendo situações de desconforto aos pacientes impossibilitados de viver plenamente e desenvolver as atividades rotineiras. O que Maffesoli (2007a) descreve, e que não é diferente para o portador de transtorno mental, é que existe, efetivamente, um “conhecimento” empírico sobre o cotidiano que não pode ser ignorado que é o “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver” subjetivo, que tem diversas e múltiplas implicações para a existência comum e importância para cada sujeito que vivencia e, por isso, deveriam ser postas em destaque mas as pessoas com transtorno mental sentem-se privadas disso.

Foram também apresentadas outras limitações relacionadas ao ganho de peso e a interferência no desempenho de uma vida sexual ativa.

Eu acho que eles deixam meu corpo mais leve, porém eu pesava 45 Kg, agora eu nem sei mais quantos quilos eu tô pesando e minha barriga parece que foi inchando, crescendo, crescendo e eu fiquei assim (...) Só que eu não sinto vontade de fazer sexo. (...) Minhas irmãs ficam perguntando assim, falando comigo que eu preciso arrumá um namorado, que eu preciso tê contato com homem. E como eu já sei a palavra de Deus, eu não procuro. E também elas fica falando que eu ... Elas falam isso é: “que eu preciso arrumá um namorado.” Só que eu não sinto vontade de fazer sexo. E isso que elas ficam falando pra mim fazê. (E15)

Ainda sinto o ressecamento da boca, mas bem menos, não é aquela coisa, cismo até de impotência, até isso eu já tive, mas tomo todos com vontade. (E8)

Além das implicações clínicas, a questão do ganho de peso reflete-se também em valores subjetivos relacionados à auto-estima do sujeito. Outro efeito adverso que é apresentado, vindo como agravante, está relacionado às alterações provocadas no desejo sexual, interferindo em um aspecto a ser considerado que é a satisfação sexual e portanto, na qualidade de vida.

Devemos considerar que, de acordo com Meyer (2005), é certo que pacientes com esquizofrenia apresentam maior risco de obesidade, se comparados a outros indivíduos devido a fatores como estilo de vida sedentário, escolhas dietéticas inadequadas e efeitos colaterais das medicações psicoativas. Da mesma forma que Abreu; Bolognesi; Rocha (2000), enfatizam que as drogas antipsicóticas, por ocasionarem prejuízo na sexualidade e no controle de peso

de seus usuários, têm seus efeitos adversos como os principais responsáveis pela descontinuidade, pela baixa adesão, pela redução da qualidade de vida, da interação e da adaptação social.

A vantagem clínica de um grupo de drogas muitas vezes expõe o usuário a complicações particulares, como no caso dos antipsicóticos de nova geração, que apresentam melhor tolerabilidade de efeitos parkinsonianos, síndrome neuroléptica maligna, distonias e problemas de ejaculação, porém com maior risco de ganho de peso, hiperglicemia ou redução da libido. Da mesma forma, a clozapina apresenta a vantagem de menor risco de síndrome neuroléptica maligna, discinesia tardia, distonias, mas também está associada a maior ganho de peso, sedação e sialorréia. Sendo assim, não existe fórmula única e universal (ABREU; BOLOGNESI; ROCHA, 2000).

Além do ganho de peso, as co-morbidades decorrentes, por exemplo, alterações no metabolismo dos carboidratos, diabetes melito tipo II, hipertensão e dislipidemia, representam importante questão de saúde pública referente a riscos cardiovasculares (LEITÃO-AZEVEDO *et al*, 2007).

Outras situações vivenciadas refletem o mal-estar provocado pelos medicamentos:

Mas o haldol® ele me atrapalha porque vira o olho se eu tomar mais de 25, então eu falo assim: “não, não quero, eu quero meio porque eu tô sentindo bem” e ele me dá meio. (...) O akineton® com haldol® eu fico desinquieta, assim que eu tomo o akineton® eu fico pra lá pra cá, pra lá pra cá, pra lá pra cá, aí melhora depois, eu saio pego o ônibus, fico desinquieta. (E3)

Ah, de vez em quando dá umas tonteiras. Minhas vistas escurece, às vezes eu tava aqui sentado, aí eu levanto, dá tonteira e eu tenho que parar, escourar, minhas vistas começa a escurecer por causa do remédio. (E6)

Às vezes ele me deixa assim ... grogue, né? Eu fico assim, ele tem me ajudado, lógico que tem, mas eu fico assim sonolento, coisa que eu tenho pouco sono e fico assim meio grogue, meio tonteado, às vezes me dá uma reação assim. (E10)

Aquilo que os bebedores de bebida alcoólica chamam de “ressaca”. O biperideno, um só de manhã, impede isso, prá me despertar daquele mal-estar. (...) O neozine®, eu acordo com o meu corpo muito ruim, mas aquele bebedores, de cachaça, cachaceiros, dizem assim que é resseca, tão ruim que não tem onde ficar, e eu acordo assim. Então, o biperideno, é horas pra fazer efeito e te aliviar. Tomo ele com café forte pra ajudar. (E13)

Assim, destacamos que, para a melhora da adesão, é necessária a discussão, com pacientes e familiares, sobre os efeitos colaterais das medicações. Os efeitos devem ser identificados, sempre que possível, com vistas a sua eliminação ou, ao menos, minimização. Trocar a medicação, reduzir a dosagem e utilizar medicações concomitantes para alívio de sintomas extrapiramidais são iniciativas sempre válidas (ROSA; ELKIS, 2007).

Efetivamente essas manifestações apresentadas estão associadas aos psicofármacos. Abreu; Bolognesi; Rocha (2000), em revisão da literatura, constataram que não foi verificada a existência de antipsicótico destituído de efeitos adversos. Os efeitos mais citados foram: neurotoxicidade, acatisia, síndrome neuroléptica maligna, delirium, hipotermia, hiperprolactinemia, discinesia tardia, alterações endócrinas (amenorréia, aumento de peso, disfunção sexual), sialorréia, hipotensão postural e blefarospasmo. Os autores descrevem medidas mais recomendadas para a prevenção e o tratamento desses efeitos adversos. O aumento de peso ocorre com praticamente todos os antipsicóticos, principalmente com os típicos de baixa potência e os antipsicóticos de nova geração. Assim, a percepção dos efeitos colaterais causados pela terapia é um fator limitante para a adesão, e, na verdade, está relacionado com a decisão do paciente de mudar seu ritmo de vida ou aceitar certos efeitos adversos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Constatamos a associação que é feita com o uso do medicamento e a crença de que está fazendo mal, considerando aspectos objetivos e subjetivos dos sujeitos.

Há quinze anos atrás eu comecei a tomar, naquele tempo eu parava de tomar porque achava que tava me prejudicando. Hoje, tomo todos, porque eu já passei muitas noites sem dormir e também no caso NEOZINE® eu tinha cisma, né? Que dava impregnação, ressecamento muito grande da boca, mas me sinto bem, tomo todos. (E8)

Apresentamos aspectos relativos à percepção do paciente em relação ao sentimento de que a medicação está sendo prejudicial. Cipolle; Strand; Morley (2006) enfatizam que, em geral, existem vários motivos para que os pacientes não tomem seu medicamento como prescrito ou recomendado. Uma das razões mais comuns é a percepção que o paciente tem de que aquele medicamento prescrito lhe causou ou causará algum efeito adverso ou, no mínimo, algum incômodo, a ponto de fazer com que ele interrompa o uso desse fármaco e considere, sob seu ponto de vista, a interrupção como uma atitude lógica.

São apresentadas também as crenças, muitas vezes equivocadas, dos entrevistados, em relação à terapia medicamentosa:

Não foi crise não, é que eu parei de tomar um remédio, só o akineton®, mas eu tava tomando o amplitil®, né? (...) Eu achava que tomando só um tipo só ia me controlar. Não tinha importância pra mim tomar ele. (...) Aí eu voltei a tomar a medicação de novo, continuei tomando e melhorei. (E4)

Ah, parei uma vez só, fiquei um mês sem tomar. Ah eu cismeiquei que não ia tomar mais: “Ah, não vou mais tomar esses remédios mais não”! Porque eu achei que ia melhorar sem os remédios. Pra mim não eram importantes, mas depois eu vi que me

fazia falta, né? Eu fiquei pouco tempo sem tomar o remédio e eu fiquei muito nervoso, muito agitado. (E6)

Pensei comigo assim: “Eu tô bom.” Aí eu suspendi caladinho e aí suspendi e comecei a ficar nervoso, agitado e aí eu vi, que eu não tava podendo ficar sem os remédios não. Aí eu voltei a tomar os remédios de novo. (E10)

É fato que o não-reconhecimento da doença e suas recaídas resultam na não-adesão ao tratamento. Ao negá-las, a pessoa apresenta-se apta a decidir o que deve tomar e aquilo que sente ser importante para si, sem medir as conseqüências, que são descobertas quando vivencia a nova crise e desvela o equívoco. Situações que também são descritas pelos familiares ao vivenciarem uma recusa da medicação:

Não, primeiro ele falava que não ia tomá, ele falou que não ia tomá, que não sei o quê é que tem. “Pra quê tomá remédio? Eu não tenho nada.” É, acabou dando a crise. Não pode deixar, mas quando dá aquele negócio que ele não quer tomar mesmo, né? Só Deus. Porque quando ele parou, que deu essas crises, ficou ruim demais, teve que amarrá ele dentro do carro, porque ele não ia não. Agora, esse ano, graças a Deus, não deu mais, não. (E9 = F1)

Ele pegou uma melhora boa e foi parou. Só que não podia. É, quatro meses, aí depois começou tomar de novo. Tá até hoje, porque quando ele toma os remédio direitinho, fica bom, agora não pode pará de tomá. (E12 = F2)

Assim como em qualquer situação de doença física, a percepção da melhora dos sintomas apresentados antes da instalação da patologia ou de suas crises justifica a cessação da terapia medicamentosa, pois a pessoa se acredita curada. É assim quando tomamos anti-hipertensivos, antibióticos entre outros, é assim também quando se tomam tais remédios.

É comum observarmos, na prática clínica, que grande parte das pessoas com diagnóstico de uma psicose, pode não reconhecer a doença. Uma vez que o impacto dessa patologia é sentido em muitos aspectos da vida do indivíduo, o tratamento efetivo dessa perturbação deve ser direcionado a vários níveis, inclusive em melhorar o *insight* da pessoa doente, para que, desse modo, se promova uma adesão ao tratamento e se possibilite uma intervenção precoce com vista à prevenção de recaídas, por meio da participação ativa das pessoas com esse diagnóstico (CARDOSO, 2008).

Entretanto, a negação persistente de se reconhecer portador de uma doença crônica pode transtornar não apenas a relação da pessoa afetada com aqueles que ama e com profissionais de saúde mental, como também suas oportunidades de se recuperar e de levar uma vida mais satisfatórias e produtiva. É por essa razão que as intervenções que pretendem melhorar diretamente o *insight* ou perceber as conseqüências negativas de um fraco *insight*,

tais como a não-adesão medicamentosa, isolamento social, indiferença em suas relações, deverão ser desenvolvidas (CARDOSO, 2008).

Outro aspecto importante, considerado por Rosa; Elkis (2007), é que os pacientes que cessam o medicamento não relacionam a interrupção com a recaída, por ela ocorrer, tipicamente, semanas ou meses após a descontinuação da medicação. Ressaltamos, portanto, que a adesão é essencial para uma boa evolução, em longo prazo, do portador dessa doença, pois a falta do medicamento resulta em um incalculável sofrimento aos pacientes e a seus familiares, como também em custo financeiro para os Serviços públicos de saúde.

Entretanto, se há momentos em que param de tomar a medicação, há relatos que indicam a automedicação, seja pelo uso abusivo ou incorreto dos fármacos prescritos ou pelas sobras de medicamentos e é importante considerá-la porque contribui para a não-aderência ao tratamento:

Porque eu não estava sentindo bem e eu falei: “vou tomar tudo de uma vez, seja o que Deus quiser.” Fui parar em um hospital Risoleta Neves, aqui em Venda Nova aí fizeram a lavagem, fui prá UTI. (E6)

O meu primo morreu (...) Peguei uma cartela de haldol® e meia, debuei tudo na mão assim e tomei tudo assim. Aí peguei uma cartela e meia de haldol, aí eu impregnei. Não, eu fui pro Santa Terezinha (Unidade de Atendimento de Urgência), fez lavagem. Eles falavam que eu podia dormir, mas eu falei que não podia dormir não, que era pra mim ficar vigiando ele, porque eu fiquei com dó dele que ele morreu. (E5)

Automedicação, aqui, é conceituada como a prática de ingerir substâncias de ação medicamentosa sem o aconselhamento médico e/ou acompanhamento de um profissional de saúde qualificado (PAULO; ZANINI, 1988).

Cabe destacar que o acúmulo de medicação ocorre em decorrência dos momentos de interrupção do tratamento medicamentoso, pelo acesso dos usuários a diferentes Serviços e prescrições, ou ainda por fármacos considerados de venda livre no Brasil que são adquiridos facilmente nas farmácias e drogarias, destacando-se os analgésicos, antiinflamatórios, antiácidos, entre outros.

Consideramos que o uso abusivo das medicações psiquiátricas surge como saída ao mal-estar diante de uma situação e expõe esses usuários ao risco iminente de vida. Os medicamentos, que podem ser importantes recursos terapêuticos, são também, no Brasil, os principais causadores de intoxicações desde 1996 (SINITOX, 2002).

O abuso de substâncias é um problema comum em pacientes esquizofrênicos, atingindo até 60% deles, piorando com o progredir da doença e interferindo sobre a aderência

ao tratamento. A exata natureza da morbidade entre esquizofrenia e abuso de substâncias não é ainda conhecida, mas algumas hipóteses são levantadas: 1) abuso de substâncias poderia causar ou precipitar esquizofrenia em indivíduos vulneráveis, 2) pacientes esquizofrênicos usariam drogas para minimizar sintomas da doença ou efeitos colaterais da medicação e 3) a associação entre as duas entidades seria uma coincidência por serem entidades clínicas semelhantes quanto a idade de início e prevalência, não havendo relação causal entre ambas (RAMOS *et al*, 1997).

Outra implicação seria que, se o doente toma a medicação de forma incorreta, além de não controlar os sintomas, o tratamento será comprometido porque o medicamento pode faltar, em função do excesso que foi administrado.

Aí vou na gavetinha, abro, tomo o remédio e vou dormir. De dia, de noite, qualquer hora, apareceu uma pessoa que me deixa nervosa, aí pego o remédio e tomo e vou dormir. Eu tomo, tomo fora. Sempre tomei, fazendo errado, mas tomando. Porque quando eu fico vendo coisas demais na minha frente, aí eu vou e tomo de novo, porque eu fico com medo, mas não pode tomar não. Aí falta e eu fico sem. Aí eu começo chorar tudo de novo, começa me dá crise de choro, eu não quero ir pro fogão, não quero levantar da cama, quero ficar só fumando, fumando, fumando, bebendo café forte demais. (...) Porque eu tava sem remédio. Eu tinha tomado antes, e não tinha. (E5)

Destacamos também a atitude em utilizar-se das sobras dos medicamentos para fazer a automedicação.

Eu já usei semap®, mas eu usava por fora uma sobra que eu tinha, dois com cinco mg de haldol® por dia, mas eu ia bem assim, semap® tinha duas ampolas de haldol decanoato®, quer dizer, mas eu usava dois haldol®, a sobra, dois haldol® por dia. Assim, eu ia muito bem eu conseguia com isso, embora eu não dizia ao médico que tava usando dois haldol® por dia. Semap®, duas ampolas de haldol decanoato® (gesticula a aplicação), biperideno eu tomava pra não sedá. (E13)

Percebemos, aqui, a importância em estimularmos a devolução ou mesmo o recolhimento das sobras de medicamentos nos domicílios, o que é considerado também um grave problema de saúde pública.

Além disso, há também a automedicação com outros medicamentos, como analgésicos, antiinflamatórios e antiácidos.

Fora isso, eu tomo algum medicamento como analgésico, uma coisa assim. Sempre tomando cimetidina, diclofenaco, essas coisas assim, bicarbonato demais da conta, eu tomava na hora de dormir, mas nunca cortou, alivia, mas não cortou. (E7)

O paciente, portanto, está exposto às interações medicamentosas e aos efeitos colaterais acentuados. Há ainda o problema apontado a seguir que pode causar transtornos inesperados:

Aí, só que antes, quando às vezes me dava antes, deu ter esse problema, às vezes me dava dor de cabeça, às vezes eu tomava dipirona, é normal, né? Aí depois me deu dor de cabeça, eu fui lá e tomei umas trinta e cinco gotas de dipirona. Eu fui tomar a dipirona e me deu uma reação ... a minha pressão foi lá embaixo, aí Nô! Aí hoje se me der dor de cabeça, eu não tomo dipirona. Ou eu procuro tomar um tylenol®, uma novalgina®, mas dipirona eu não tomo de jeito nenhum, que eu tenho medo de tomar. (E10)

Além de se automedicar, o informante mostra o desconhecimento entre o nome genérico, dipirona e o comercial, novalgina, que se refere ao mesmo medicamento, sendo que o primeiro causou reações desagradáveis a ele e faz com que evite tomá-lo, mas admite fazer uso da mesma droga, sem relacioná-la ao desconforto relatado. Comprova, portanto, o uso indiscriminado, considerado, geralmente como normal pela maioria das pessoas. Entretanto, devemos considerar que nenhuma medicação é isenta de riscos e, no caso dos portadores de transtorno mental, isso é um agravante pelos efeitos das medicações a que já estão expostos.

Outro fator mencionado como causa do abandono relaciona-se com o uso de drogas psicoativas:

Quando eu usava drogas, eu não tomava remédio, não tava controlando, fumava droga, bebia. Parei, Graças a Deus eu parei. (E6)

A rejeição era porque eu fazia uso de droga, álcool, alguma coisa assim, mas hoje em dia, fumo cigarro normal, não uso droga, não bebo álcool. (E8)

O uso de drogas pelos pacientes revela-se como mais um impedimento para aderir ao tratamento medicamentoso, considerando que a droga assume então uma posição central na vida desses sujeitos. Santiago (2001) descreve que o lugar que a droga chegou a ocupar na sociedade contemporânea é uma consequência imediata da emergência de um novo utilitarismo. Ele considera o que hoje se poderia chamar bem-estar subjetivo que a droga proporciona.

RAMOS *et al* (1997), em um estudo que considerou a relação temporal entre o início da esquizofrenia e do abuso de substâncias, encontraram dados que podem ser resumidos da seguinte forma: 27,5% dos pacientes tiveram problemas com drogas mais de um ano (em geral mais de cinco anos) antes do primeiro sintoma de esquizofrenia. Em 34,6% dos casos, os sinais de esquizofrenia e abuso de droga começaram simultaneamente e, em 37,9%, o abuso de drogas começou após o primeiro sintoma de esquizofrenia. A época de começo do

abuso de álcool não foi significativamente diferente da do começo dos sintomas negativos porém foi em geral anterior ao primeiro sintoma positivo.

Para pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, recomenda-se um tratamento abrangente integrado, no qual o mesmo clínico (ou equipe clínica) deve prestar assistência a ambas as condições (FALKAI *et al*, 2006b). O Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde prevê a implantação de um dispositivo que é o Centro de Atenção Psicossocial para atendimento exclusivo de usuários de álcool e drogas (CAPS-AD). Esse dispositivo já foi implantado em Belo Horizonte.

O abandono do tratamento alopático ocorre também quando iniciam o uso de terapias alternativas como a Homeopatia.

Já, já, quando uma vez eu procurei a Homeopatia...e resolvi...o médico não falou nada não. Assim achei que a Homeopatia ia resolver...suspendi os medicamentos tudo ... só deu problema ... tive surto, essa confusão. Eu tinha esperança que a Homeopatia. Só que eu não conhecia a Homeopatia, não...eu vim a conhecer mais agora...há pouco tempo. Só que agora eu não quero mexer com Homeopatia não. (E1)

Inferimos que a esperança depositada na homeopatia pode ser uma tentativa de encontrar uma solução para a doença, ou mesmo redução dos efeitos colaterais mas resultou, na realidade, em mais uma experiência negativa devido ao desconhecimento da terapia homeopática. Esse entrevistado relata que, depois dessa experiência, aderiu novamente ao tratamento medicamentoso alopático, porém aponta certo esquecimento de alguma dose, caso o medicamento não fique à vista, além de ser necessário destacar a dificuldade em tomar vários medicamentos diariamente e em horários diversificados.

Tomo regularmente. Eu tenho de ficar de olho, porque às vezes eu esqueço, então eu deixo...como eu moro sozinho, não tem importância dos remédios ficarem à vista, para eu ficar lembrando. Se não é de manhã, de tarde, de noite, acaba esquecendo. (E1)

De acordo com Rosa; Elkis (2007), a não-adesão ao tratamento é um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia presente em pacientes com esquizofrenia. São relatadas as taxas médias de adesão (que estão ao redor de 50%). Os principais fatores relacionados são aqui considerados, incluindo os fatores sociodemográficos, características psicológicas dos pacientes, como perda de *insight*, negação da doença e percepção do benefício da medicação, a educação do paciente, o relacionamento com o médico e a complexidade do regime medicamentoso.

Geralmente, a não-adesão acarreta consequências negativas ao processo de cuidado por desorganizar ou negativizar os potenciais benefícios do tratamento; submeter o paciente a técnicas diagnósticas e procedimentos terapêuticos desnecessários com risco de iatrogenia; exacerbar ou prolongar a doença; comprometer a avaliação médica no que tange à resposta do paciente a um tratamento ou à qualidade do tratamento empreendido; acarretar angústia ou dano ao paciente; resultar em sobras de medicamentos, situação que pode ocasionar automedicação irracional e envenenamentos; favorecer a elevação dos custos e do desperdício de recursos; interferir na relação médico-paciente; o médico percebe os pacientes como 'problemáticos' e os pacientes percebem os médicos como 'despreparados' (WHO, 2003).

Apesar de haver uma crença de que a não-adesão na esquizofrenia seja resultado, principalmente, do próprio processo da doença, as taxas correspondem àquelas relatadas para outras doenças clínicas crônicas. Nesses casos, a adesão é menor quando a doença é prolongada, quando o tratamento é profilático e não curativo, quando as consequências de se parar o tratamento demoram mais para aparecer, pois a recaída não é imediata. A informação existente sobre pacientes psiquiátricos sugere taxas similares àquelas relatadas para pacientes com outras doenças crônicas. Em média, a não-adesão para transtornos psiquiátricos em geral gira em torno de 50% (ROSA; ELKIS, 2007).

Karow *et al* (2007) apud (ROSA; ELKIS, 2007) destacam que os principais pontos nos quais podem ser identificados os fatores de risco para a não-adesão na esquizofrenia são as variáveis relativas ao paciente (variáveis demográficas, atitude para com o tratamento e a doença, nível de "insight", medo de ser internado etc), à doença (em geral, os não aderentes têm níveis maiores de sintomas psicóticos positivos, com maior desorganização, hostilidade e desconfiança; também costumam ter menor adesão quando há uso ou abuso de álcool e/ou drogas), ao tratamento (efeitos colaterais, via de administração e complexidade do regime), aos profissionais de saúde (uma aliança terapêutica positiva facilita a adesão à medicação e vice-versa) e ao ambiente (suporte social e familiar, questões financeiras).

Os principais fatores de risco para a não-adesão, destacados no presente estudo, apontam para a percepção dos efeitos adversos dos medicamentos, sendo percebida inclusive como limitador no desempenho das atividades no trabalho, situações de desconforto aos pacientes impossibilitados em viver plenamente e desenvolver as atividades rotineiras, a questão do ganho de peso, alterações quanto ao desejo sexual e sensação de mal-estar geral provocado pelos medicamentos. Outro ponto de destaque está relacionado ao paciente, em função da crença de que o medicamento está fazendo mal ou prejudicando, considerando aspectos objetivos e subjetivos dos sujeitos, o não-reconhecimento da doença, a percepção da

melhora dos sintomas associada à crença de acreditar-se curado, a automedicação, seja pelo uso abusivo ou incorreto dos fármacos prescritos ou pelas sobras de medicamentos e o uso de drogas psicoativas. Também foram apontados aspectos relacionados ao tratamento, como a busca de terapias alternativas como a Homeopatia, esquecimento de alguma dose e regimes posológicos complexos, em função da necessidade de tomar vários medicamentos diariamente e em horários diversificados. Outros aspectos relativos aos profissionais de saúde e aos familiares serão abordados em outras categorias.

Os fatores relacionados à não-adesão devem ser levados em consideração em qualquer plano terapêutico eficaz (ROSA; ELKIS, 2007). Devemos destacar, aqui, que, se não considerarmos efetivamente esses fatores e buscarmos outra forma de abordagem do portador de transtorno mental, a probabilidade de sucesso terapêutico será nula.

4.2.2 - Tomando regularmente posso ter uma vida normal

Apesar das dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, os entrevistados reconhecem que é necessário e compreendem que não podem interrompê-lo, pelos riscos que isso representa, normalmente resultantes da associação de experiências negativas vivenciadas, mas a adesão à terapia medicamentosa dá-lhes a segurança de uma vida normal:

Não, hoje eu tenho consciência de que não pode ficar sem o medicamento, pelo menos risperidona. Porque o antidepressivo se eu ficar sem, dá para agüentar, é ruim, mas dá para agüentar, mas o antipsicótico não. (...) Mas me impede de eu ficar maluco, impede de eu ter surto. Esse é o problema. Eu tomando regularmente posso ter uma vida normal. (E1)

Eu sinto bem, então parece que dá uma controlada, dá uma aliviada na minha mente e tal. Mesmo sabendo que tem gente que acha, que é contra, dá uma tranquilidade...uma certa tranquilidade prá mim. Já não fico mais doido. (E8)

É porque eu não guento ficar sem eles mais, eu acostumei com eles, se eu parar de tomar eles, parece que eu tô sentindo falta de mim mesma, alguma coisa, tô sentindo uma falta assim, um mal-estar, um desinquieta, fico sem lugar,. (...) aí se eu tomar ele eu fico normal. (...) Não, não tem crise mais não, depois que eu tomei o remédio acabou. Sinto bem, sinto bem, agora eu conformo que eu tenho que tomar eles. (...) é igual acostumar dormir num lugar, aí você deita lá, você fica quieta, mas não dorme (E3)

Eles descrevem que a adesão medicamentosa impede de ficar doido, de ter surto, ou seja, podemos inferir que, com base em experiências negativas, reconhecem a necessidade do tratamento preservando o que seria considerado uma condição de normalidade, ou mesmo o que seria um resgate da normalidade e do bem-estar:

De jeito nenhum, não falto nem um dia. Tomo direto. Me sinto bem. Não, não tem crise...não tem nada. (E2)

Eu tomo porque eu preciso dos remédios (...) porque se eu ficar sem o biperideno, um dia passa, no outro dia o organismo já pede, o cérebro detecta que tá faltando alguma coisa alí. É o exemplo, biperideno, não pode ficá sem. Se eu não tomar o remédio, eu não durmo, eu tenho insônia. (...) A injeção tem que tomar também, esse é o mais importante de todos, porque a injeção de haldol® tem que tomar todo mês, não pode faltar de jeito nenhum. (...) Mas se eu não tomar a injeção, eu começo a ficar agressivo de novo. Assim, não agressivo de bater não, a minha mente fica perturbada, eu fico nervoso comigo mesmo, se eu ouço a conversa dos outros vou ficando agitado, aí eu tenho que me controlar. (E7)

Os remédios que eu tomo eles vem me controlando, sabe, a ansiedade, às vezes eu fico muito ansioso com as coisas, né? Aí tomo o rivotril® pra poder dormir, porque se eu não tomar ele eu passo a noite em claro, que antes eu fiquei uns trinta dias sem dormir, sem sono, sem nada. (E10)

Constatamos que a medicação representa um suporte em relação aos sintomas percebidos e ao desgaste que o esquizofrênico deve sentir com suas recidivas. É a segurança de certa normalidade, de poder fazer suas atividades gerais ou mesmo as necessidades básicas de todo indivíduo, como dormir, mostrando inclusive que há certa dependência física com relação ao uso dos medicamentos. Entretanto, se, para alguns, essa dependência é válida, para outros não se apresenta como tal, pois:

Não é bom tomar não, né? Ficar tomando essas medicações, ficar dependente e tudo, mas eu acho que não causa dependência não, é porque a pessoa precisa. Se não precisar não tem dependência, nem nada. (E4)

É porque eu fiquei viciado em tomar o remédio. Me ajuda também. Meus nervos ficam mais calmos. Acho que a parte mais boa é que controla os nervos, fico mais calmo. Eu fico tranquilo, normalmente eu fico bem irritado. (E6)

Mesmo assim, a percepção de tornar ou não dependentes é ambígua, mas é fato que dá uma sensação de “controle dos nervos”, de tranquilidade. Porém, os familiares diretamente implicados no cuidado dos pacientes apontam a adesão positivamente:

Ah, eu acho que ele miora. Pra mim, que esse remédio miorou muito ele. Porque do jeito que ele era, Nossa Senhora! Só Deus e a gente que sabe como ele era. Mas depois que ele tomou essa injeção e esses remédios, consertou demais. Ele não fica agitado. (E9 = F1)

Ele fala assim que ele não pode ficá sem os remédios, que é diferente quando toma e não toma, que fica assim meio nervoso e tomando os remédios, não, ele fica bonzinho, alimenta bem, não dorme de dia, só dorme de noite, mesmo com a medicação que ele toma. É, o haloperidol, que ele não tomava ele, aí depois, já tem uns quatro meses que ele não toma mais o remédio, que a gente foi lá e consultou, que passou esse. Aí a diferença foi grande nele, dá as caminhadas dele sozinho, não precisa de ficá atrás, né? (E12 = F2)

Para o familiar, a adesão ao tratamento representa a possibilidade de um convívio melhor, refletindo também em situações que indicam melhora na qualidade de vida familiar, mais uma vez de certa normalidade.

Rosa; Elkis (2007) destacam que, para que os pacientes tenham boa adesão, o mais importante é que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar e uma relação positiva com o médico que prescreve a medicação. Em outras palavras, a medicação tem que ser eficaz, deve-se dar uma grande importância para a abordagem familiar e deve-se procurar que a relação médico-paciente seja positiva e o menos assimétrica possível.

A adesão é um processo que implica em vínculos. Desde os vínculos do paciente com sua própria condição até os considerados sociais, comportamentos e interações que vão muito além das prescrições e do “cumprimento de ordens” – transcende, e em muito, a questão concreta do uso de medicamentos (BRASIL, 2005).

Isso reforça a conduta de que as intenções do tratamento a longo prazo precisam ser discutidas com o paciente e, se concordar, também com os membros da família, outros parentes, cuidadores e, em alguns casos, representantes legais (advogados) para que se transmitam informações precisas sobre os objetivos individuais do paciente. Quando o consenso é atingido no contexto da tomada de decisão compartilhada, um plano de tratamento deve ser traçado e implementado. O gerenciamento farmacológico deve ser desenvolvido individualmente de acordo com as necessidades e preferências do paciente, focando a prevenção da recaída, a supressão dos sintomas e a melhora da qualidade de vida (FALKAI *et al*, 2006b).

Por se tratar de um transtorno crônico cuja evolução pode ser muito modificada com o tratamento, avaliar e garantir uma adesão adequada é fundamental para um tratamento eficaz. (ROSA; ELKIS, 2007).

Fica evidente que, em todos os relatos de abandono ou interrupção do tratamento, quaisquer que sejam os motivos, todos reconhecem a necessidade e a importância de retomar o tratamento medicamentoso. Destacam-se as expectativas e os anseios relacionados ao tratamento medicamentoso, os reflexos na vida cotidiana dos entrevistados e a esperança de curar-se:

Ah, eu queria ficar como desde o início, porque antes, há três anos atrás eu não tomava medicamento nenhum, era uma pessoa normal, tinha uma vida normal, né? O que eu penso é de chegar o momento de parar de tomar esses remédios, né? E viver normal, né? Com o médico, vai cortando aos poucos. (E10)

Possivelmente parece que sempre haverá uma correlação entre o ser “normal”, levar uma vida normal sem a medicação e imaginar um futuro de cura, sem considerar a cronicidade da doença já instalada. Quanto à expectativa de retirada total dos antipsicóticos, normalmente essa condição apresenta restrições, principalmente em função da prevenção das recaídas. De acordo com as recomendações específicas para o tratamento da esquizofrenia, o tratamento a longo prazo é indicado para todos os pacientes. Se o paciente melhorou com um regime de medicação específico, sua continuação e sua monitorização são recomendadas por pelo menos seis meses na fase de estabilização. A diminuição prematura da dose do medicamento pode levar à recorrência dos sintomas e a recaídas. Efeitos adversos devem ser avaliados, e, se necessário, a farmacoterapia deve ser ajustada. Medicamentos antipsicóticos reduzem substancialmente o risco de recaída na fase estável da doença e são fortemente recomendadas em um período de um a dois anos em pacientes com primeiro episódio, de dois a cinco anos para pacientes com uma recaída e de mais de cinco anos, talvez pela vida toda, em pacientes com múltiplos episódios (FALKAI *et al*, 2006b).

Devemos considerar as expectativas relatadas quanto ao curso da doença. Os transtornos esquizofrênicos são distúrbios mentais graves e persistentes, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto por ausência de prejuízo no sensorial e na capacidade intelectual, embora ao longo do tempo possam aparecer déficits cognitivos. Seu curso é variável, com cerca de 30% dos casos apresentando recuperação completa ou quase completa, 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e 30 % com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo (OPAS, 2009).

As questões clínicas consistem na prevenção da recaída e na melhora dos sintomas, incluindo a redução dos efeitos desmoralizantes provenientes dos sintomas psicóticos persistentes, o tratamento da depressão e a prevenção do suicídio, a redução do abuso de substâncias e do tabagismo, a melhora dos relacionamentos familiares e a reabilitação vocacional (FALKAI *et al*, 2006b).

Assim, devemos considerar a necessidade do uso prolongado dos medicamentos, por tratar-se de uma doença crônica, e a necessidade do uso da associação de fármacos, aumentando, dessa forma, as interações medicamentosas e os efeitos adversos experienciados:

Prá mim, ele não serve pra dormir, então eu tomo ele só mesmo pra não dar alergia medicamentosa, porque eu tomo muitos remédios. (...) Tomo o omeprazol, porque eu tenho esofagite, então o omeprazol cortava aquela dor chata, o enjôo que dava. Então o médico passou pra mim, omeprazol 20 mg. Já fiz duas endoscopias

digestivas, deu esofagite crônica. Porque eu não tinha isso no estômago, eu trabalhava normal, aí devido a muito medicamento, passei a sentir muita dor e queimação no estômago. (E7)

De dez anos pra cá, de dez anos pra cá, parece que mudou, eu envelheci trinta anos, antigamente qualquer hora quando a esposa chegava em casa, tava tudo limpinho; e aquela coisa, sem problema. (...). Eu tinha atividade, assim direitinho, metodicamente, entendeu? (...) Ultimamente, eu tenho tido uma piorazinha de esquecer as coisas, de voltar a lembrar quatro horas depois. (...) O remédio, eu sei que envelhece depressa, o medicamento psiquiátrico, ele envelhece depressa, não é essa atividade. Agora, eu avancei a idade. (E13)

Na abordagem do tratamento dos pacientes esquizofrênicos, é frequente a associação de fármacos do mesmo grupo farmacológico ou de grupos distintos, seja para assegurar o controle dos sintomas da doença, com um antipsicótico de uma classe distinta, ou na associação de um antidepressivo ou estabilizador de humor entre outros, ou seja, para diminuir os efeitos adversos associados ao uso dos antipsicóticos, como no caso da associação de um antiparkinsoniano.

Na concepção de uma das informantes, destaca-se o desejo do uso de opções farmacológicas isentas de efeitos colaterais: “Era bom que se conseguisse um jeito de fazer um remédio que não deixasse a gente ficar baqueada, né? Que deixasse a gente em pé” (E11).

Destacamos alguns aspectos que devem ser considerados, relativos à terapia farmacológica atualmente disponível. De acordo com o perfil de eficácia e incidência de efeitos adversos, é preciso que se levem em conta as diferenças individuais nas respostas ao tratamento que podem favorecer ou não a adesão.

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população e é responsável por 25% das internações psiquiátricas. Mais de 100 ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos e metanálises demonstram claramente a eficácia dos medicamentos antipsicóticos "tradicionais" como alternativas de primeira linha para o tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia. Metanálises recentes concluem por "ausência de evidência clara de que os antipsicóticos de nova geração sejam mais efetivos ou melhor tolerados do que os antipsicóticos tradicionais" ou "os dados de eficácia dos antipsicóticos de nova geração no tratamento dos pacientes com esquizofrenia refratária são inconclusivos". Cerca de 60% a 80% dos pacientes com esquizofrenia irão melhorar com antipsicóticos convencionais. Apesar disso, um percentual expressivo desses pacientes, 20% a 40%, não responde sequer a doses elevadas desses antipsicóticos, mesmo quando combinados a outras formas de tratamento psicológico e social. Esse grupo de pacientes denominados "resistentes" à terapia neuroléptica apresenta alta taxa de morbimortalidade, além de elevado custo social e familiar. A introdução da clozapina

representou um avanço terapêutico por apresentar eficácia maior sobre os sintomas positivos da doença. Entretanto, o risco de agranulocitose associado à clozapina, apesar de baixo, permanece, por ser eventualmente fatal, como uma das maiores dificuldades no tratamento a longo prazo (OPAS, 2009).

Assim, devemos considerar que, com frequência, observa-se que a troca de um antipsicótico provoca uma mudança do perfil de efeitos indesejados e não sua supressão. Deve-se escolher o menos desastroso para o sujeito. O clínico deve estar atento às dificuldades particulares de seu paciente e selecionar o medicamento com maior efeito antipsicótico e menos desconforto e risco. Assim como os antipsicóticos de nova geração ou atípicos (como clozapina, risperidona, olanzapina e quetiapina) significaram uma grande contribuição ao tratamento farmacológico das psicoses, ainda não é tempo de aposentar os de primeira geração, não só por seus efeitos clínicos, mas também por sua eventual vantagem em pacientes nos quais existe preocupação com o ganho de peso e com o controle da glicemia (ABREU; BOLOGNESI; ROCHA, 2000).

Na avaliação da esquizofrenia resistente ao tratamento, ou nos casos de resposta parcial, a avaliação multidimensional deve considerar a persistência de sintomas positivos e negativos, a gravidade da disfunção cognitiva, assim como os comportamentos bizarros, os sintomas afetivos recorrentes, os déficits funcionais vocacionais e sociais e a má qualidade de vida. A aderência deve ser verificada, se necessário, pela determinação das concentrações dos medicamentos. (FALKAI *et al.*, 2006b).

De acordo com Elkis; Louzã (2007), em relação aos novos fármacos, os antipsicóticos de segunda geração representam o grande avanço na terapêutica da esquizofrenia das últimas décadas, porém, nos últimos anos, foram sintetizados novos antipsicóticos que estão abrindo maiores perspectivas no campo do tratamento da esquizofrenia. Alguns desses medicamentos já foram lançados, enquanto outros estão em fase de testes.

Constatamos, ainda, grande interesse e importante investimento da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novos fármacos.

Ao considerarmos, portanto, as implicações acerca do uso dos antipsicóticos convencionais e/ou atípicos ou de segunda geração, devemos destacar que a seleção dos fármacos a serem disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, destinados ao tratamento dos transtornos mentais, segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, ou seja, necessidade do fármaco, evidência clínica comprovada em ensaios clínicos controlados, avaliação risco/benefício e custo do tratamento, tendo como parâmetros a Lista

Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), estando sujeitas a revisões periódicas (BELO HORIZONTE, 2008b). Além do elenco de medicamentos cuja responsabilidade de aquisição e distribuição cabe ao município, à Secretaria Estadual de Saúde cabe a responsabilidade de aquisição e distribuição dos fármacos do Programa de Medicamentos Excepcionais (Portaria SAS/MS nº 846 de 31/10/02), dentre eles os antipsicóticos de segunda geração, destinados aos casos de esquizofrenia refratária ao tratamento convencional, seguindo protocolos específicos para liberação.

Assim, cabe ao profissional, em decisão compartilhada com os pacientes/familiares, fazer a melhor opção terapêutica, fazer avaliações periódicas, com as possíveis adequações, considerando as particularidades e anseios de cada paciente contribuindo para a adesão ao tratamento com reflexos em sua qualidade de vida e de todos os que o cercam.

4.2.3 – Quem Domina a Minha Mente Sou Eu

Remédio pra mim não falta não. De vez em quando, quando falta remédio eu espero, porque eu sou pobre, não tenho como comprar, quando tenho condições vou lá e compro, quando eu não tenho espero chegar. Porque eu tenho esse problema desde 83, nós estamos em 2008, foi tempo suficiente pra eu dominar a minha mente, quem domina minha mente sou eu, não é? Quem domina o corpo sou eu. Até hoje não é remédio que dá domínio pra mim, sou eu, eu sei os remédios que eu tenho que tomar, eu sei tudo o que tem que fazer, minha obrigação é distinguir o que é certo e o que é errado, então eu tomo o meu medicamento, tô bem graças a Deus. (E7)

O relato mostra o conhecimento adquirido ao conviver durante 25 anos com a própria doença. O sujeito demonstra saber a necessidade da terapia medicamentosa, mas a vê como apenas coadjuvante. Afirma seu domínio sobre si, seu corpo e, sobretudo, sua mente. Por isso, sabe distinguir sobre suas obrigações, fala com discernimento sobre a conduta a ser tomada como determinante do sucesso ou não de seu tratamento. A decisão é dele, mas a terapia medicamentosa configura-se como uma “via de mão dupla”:

São vários medicamentos...o risperidona que é um antipsicótico, é como o médico falou, eu não sei, é sedação...impede que eu tenha surto, mas em compensação me deixa apagado, vamos dizer assim, né? O antidepressivo à medida que eu vou tomando eu sinto uma leve melhora. Aí que eu tomo. O amplictil® / a clorpromazina foi pela questão do soluço, que não resolveu nada. O antidepressivo eu tomo, o biperideno eu podia ficar sem, porque é para questão...assim...de impregnação. E eu não tenho esse problema. (E1)

Eu fico sem sabê, ué, sem sabê, o que fazê. Porque eu falo, “se eu parar de tomar o remédio eu fico louca, doidinha da cabeça. Se eu tomo o remédio, controla a reação,

mas tira aquele ânimo, aquele pique que você tem para trabalhar, fazer as coisas.” Só a pessoa tomando pra pessoa podê senti o que a gente sente. Não é fácil! A vida da pessoa que tem o problema mental não é fácil. Tem que tomar, tem que tomar. Porque eu já cheguei a pegar barra de ... eu cheguei a pegar machado pra matar meu neto. (E11)

Parafraseando o famoso dramaturgo inglês, a questão que se impõe é tomar ou não tomar o medicamento. O uso do medicamento evita o surto, os sintomas da doença, mas impede a realização das atividades cotidianas que precisam ser desenvolvidas. Perde-se o ânimo, ao tomá-lo, para as realizações diárias, mas é ele que impede ações difíceis de controlar e condenadas pela sociedade, como “matar o próprio neto”. Além disso, por que tomar uma medicação que não resolveu um sintoma específico ou tomar se “não se tem o problema”? A vida de uma pessoa com problema mental não é nada fácil. Mais difícil ainda é lidar com as opiniões daqueles com os quais se convive socialmente:

Porque eu levo uma vida um pouco diferente, mas vou levando minha vida, mas às vezes algum conhecido, inclusive tem um psicólogo também, que é colega do meu irmão, colega meu também, que fala assim “pode parar de tomar e tal” e o outro às vezes a gente encontra e fala: “você toma esse remédio controlado? Você já tá bom, não precisa disso.” Porque meu organismo já acostumou também. (...) Então eu tomo com vontade, participo com vontade, alguns falam que eu já poderia parar de tomar que eu já tava bom e tal. Eu falo: “não”, eu penso no que um dos primeiros médicos falou comigo: “você pode tomar pausadamente, ou pode ser para o resto da sua vida, depende do desenvolvimento“. Mas eu me sinto até bem tomando (E8)

Afinal de contas, a vida que se leva é diferente da vida da normalidade social, a pessoa toma remédios controlados e leva uma existência semelhante com a de uma pessoa considerada normal, o que indica a falta de necessidade de fazer uso constante desses remédios, mas se tem a consciência de que é necessário fazê-lo para o resto da vida, independente das opiniões contrárias.

Nesse aspecto, evidencia-se que o uso constante assegura certa normalidade, representa a possibilidade de “sarahar”:

Eu acho muito bom e é bom demais sarar, porque é muito triste ver uma pessoa, é muito nojento, sabe? Às vezes eu vomitava, bebia aquele vômito, eu fazia bagunça, quebrei o ônibus, então é muita loucura na minha cabeça, eu falava sozinha. Agora hoje não, hoje eu tô uma pessoa normal, como se fosse uma pessoa que nunca tomou remédio. E sinto bem. (E3)

Assim é que a terapia medicamentosa faz com que as pessoas medicalizadas tenham uma vida normal semelhante às aquelas que não fazem uso de psicotrópicos e reconheçam que,

ao usá-los, evitam as ações desprezíveis socialmente. E, apesar do sentimento de tristeza, a informante é enfática sobre a importância da medicação e resigna-se com o uso constante:

“Eu fico triste por causa do tratamento, né? Dá tristeza, penso assim: “Oh, meu Deus porque não muda as coisas na minha cabeça, é o caso né?... Tem que ter paciência, tudo é com calma e com vontade, né? Se não tivesse, nesse caso eu nem *taria* viva mais. Se eu não tomo é certo, é certo que não vai ficar, não tem lugar nenhum bom.”
(E4)

Diante das argumentações apresentadas, apesar do estigma enquanto marca histórica do doente mental, do “louco”, os respondentes apresentam-se aqui enquanto sujeitos ativos em seu processo de saúde – doença, demarcando traços evidentes quanto a sua subjetividade, autonomia e alteridade. Esse registro é fundamental e deve ser considerado em qualquer projeto terapêutico a ser pactuado.

O que constitui a estruturação individual ou coletiva não é, decerto, o princípio de identidade, mas a contradição ou a alteridade. É, então, inútil querer formalizar ou quantificar as situações, as relações sociais ou as atividades múltiplas que exprimem, que põem em jogo tal alteridade. Se tal providência fosse possível, se fosse possível dominar a dinâmica da mudança, observaríamos um progresso contínuo nos modos de ser/estar ou na qualidade de vida (MAFFESOLI, 2007a).

Ao apresentarmos aspectos relativos ao uso dos medicamentos psiquiátricos, podemos constatar a sensação provocada pelos efeitos dos fármacos, a necessidade expressa quanto ao uso dos medicamentos, devido principalmente às experiências anteriores de abandono vinculadas às crises, ao bem-estar aparente que a medicação proporciona e alguns destaques quanto à melhora na qualidade de vida. Fica evidente também a importância atribuída pelos entrevistados em tomar corretamente a medicação e as implicações que o abandono representa.

Destacamos, portanto, que o uso da medicação para o portador de transtorno mental representa uma “via de mão dupla”. Ao considerarmos um sujeito que traz, em princípio, a marca de uma doença complexa, grave e, muitas vezes, incapacitante, a terapia medicamentosa é imposta como possibilidade para sentir-se “normal”. Isso implica na aceitação dos efeitos colaterais, nem sempre agradáveis ou compensadores e que, apesar da possibilidade de serem minimizados com terapêutica adequada, são inevitáveis.

Tais fatores encontram eco nas considerações de Falkai *et al* (2006) que consideram as medicações antipsicóticas associadas a riscos diferenciados de vários efeitos colaterais,

incluindo os neurológicos, metabólicos, sexuais, endócrinos, sedativos e cardiovasculares. Esses efeitos colaterais podem ter influência ainda maior na escolha da medicação no tratamento a longo prazo, se comparado ao tratamento da fase aguda. A monitorização dos efeitos colaterais é baseada no perfil dos efeitos do antipsicótico prescrito.

Isso significa, pelos relatos apresentados, encontrar-se privado de desempenhar atividades rotineiras em seu cotidiano, contrapondo-se ao abandono do tratamento, que implica também em sérias consequências e impacto na qualidade de vida.

Diante dessas constatações, percebemos a necessidade de um olhar diferenciado ao abordar a adesão à terapêutica medicamentosa para os esquizofrênicos. Cabe, aqui, destacar, inclusive, o diferencial existente na abordagem da adesão ao tratamento da hipertensão, diabetes, entre outras patologias crônicas, pelo caráter social e pelas consequências imediatas que representa para os pacientes e familiares.

O modelo assistencial tradicional está centrado na dedução racional da melhor opção que o profissional obtém a partir de uma análise sobre aquela informação, que é considerada relevante segundo seu critério. Entretanto, toda prática assistencial deve ser baseada em seu principal protagonista: o paciente. Conhecer e entender suas emoções, seus sentimentos, seus valores, suas expectativas e suas prioridades de vida, deveria ser o primeiro passo para um planejamento terapêutico usuário – centrado. O seguimento farmacoterapêutico é uma estratégia que se apresenta e seria imprescindível pensar na participação ativa desse usuário na tomada de decisões e na possibilidade de tornar-se capaz de responsabilizar-se por sua terapia. Nesse seguimento, o farmacêutico acredita nas necessidades do paciente com relação à medicação; para tanto, é recomendado o modelo de decisão compartilhada, que tem demonstrado melhores resultados em termos clínicos e humanísticos (VALLS-L; SILVA CASTRO, 2008)

Todos os pacientes têm suas próprias crenças sobre cuidado de saúde, um conhecimento de sua enfermidade e dos medicamentos e também expectativas e preocupações. É importante entender que a adesão, assim como a não-adesão, é, em grande parte, uma conduta aprendida e não simplesmente uma falta de conhecimento sobre o tratamento farmacológico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Esse fato é corroborado pelos relatos a seguir onde podemos inferir que os entrevistados conhecem os medicamentos pelos nomes comerciais ou genéricos, identificando-os corretamente:

Eu tomo risperidona, tomo amplictil®/clorpromazina, né?, é...biperideno, deixa eu ver qual mais...e o antidepressivo, que é o ...tomava anafranil, anafranil não, o tofranil, aí foi substituído por amitriptilina. (E1)

Eu tomo de manhã, eu tomo um cinetol®, um haldol® e um levozine® de 100. O haldol® de 5. De manhã, de tarde eu tomo um biperideno e à noite eu tomo 5 amitriptilina de 25, dois levozine® de 100 mg à noite e um haldol®, fora a injeção que eu tomo quatro ampolas por mês de decanoato. Uma vez por mês eu tomo do haloperidol decanoato®. (E5)

Ou mesmo quando nomeiam os medicamentos e vinculam os horários em que devem ser administrados à cor ou tamanho.

Porque o amarelo eu tomo de noite e esse branquinho o menor eu tomo um de noite e um de manhã e outro na hora do almoço. O azul, eu tomo meio do azul e um do branco, esse grande. Eu tomo assim meio do azul e um branco desse, né? De noite. (E14)

Mesmo com a limitação em relação a nomear os fármacos, percebemos o conhecimento por parte dos pacientes da medicação a ser utilizada. Assim, esse não seria o motivo do impedimento em aderir ou não o tratamento.

Leite; Vasconcelos (2003), consideram que o fenômeno da adesão/não-adesão pode ser compreendido desde a escolha do sistema terapêutico: todas as motivações e bloqueios estarão presentes em todos os níveis da terapêutica, afetando a relação do paciente ou população com sua saúde e terapêutica. Todos os fatores apontados para a adesão a um tratamento prescrito estão influenciando o modo pelo qual uma pessoa, na ocorrência de uma enfermidade, decidirá tratar-se.

Nos casos de esquizofrenia com episódios múltiplos, os fatores contribuintes mais comuns para recidiva dos sintomas são: a não-aderência ao uso da medicação antipsicótica, o abuso de substâncias e os eventos estressantes da vida. Todavia, as recidivas também podem ocorrer no curso natural da doença, mesmo com o tratamento contínuo. Se houver suspeita de não-aderência, recomenda-se avaliar os seus motivos e incluí-los no plano de tratamento (FALKAI *et al*, 2006).

Podemos observar, a partir de leituras mais aprofundadas, excetuando-se o quadro em que o paciente não tem acesso ao medicamento, que o número de doses ou os efeitos adversos serão empecilho para a adesão dependendo da percepção que o paciente tem disso; que a própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas e que o profissional de saúde influenciará na adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer, com ele, comunicação e

relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício em seu corrente cotidiano, quando isso se fizer necessário (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

“Não há uma Realidade única, mas maneiras diferentes de concebê-la” (MAFFESOLI, 2007a, p.36). (...) Num tempo em que, pela mudança de valores que se opera, é preciso “saber ouvir o mato crescer”, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas. *Gerir* o saber estabelecido e *atinar* com o que está prestes a nascer são, afinal, os dois polos da tensão constitutiva da harmonia conflitual peculiar a todo conhecimento! (MAFFESOLI, 2007a, p.41).

Para reduzir a carga da doença, é de grande importância o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficientes, incluindo abordagens multidimensionais. O tratamento farmacológico deve sempre ser acompanhado pela intervenção psicoterapêutica e complementado por estratégias psicossociais (Falkai et al, 2006b).

4.3 - TRAJETÓRIA DE ATENDIMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Nessa categoria estão organizados os aspectos relativos ao atendimento do portador de transtorno mental, em duas sub-categorias. A primeira aborda as experiências relativas aos atendimentos realizados no modelo hospitalocêntrico e na rede de Serviços substitutivos em saúde mental e a segunda retrata as relações que os usuários estabelecem com os profissionais de saúde, com seus familiares e suas implicações na adesão à terapia medicamentosa.

4.3.1 - Do modelo hospitalocêntrico à rede de serviços substitutivos em saúde mental

Os relatos aqui apresentados que falam, de certa maneira, de histórias de vida, surgiram de forma espontânea e enfática nas falas dos portadores e familiares, o que nos fez acreditar que o percurso de internações, de hospitais psiquiátricos à rede de Serviços substitutivos, tenha registrado marcas profundas com todas as suas implicações aos sujeitos do estudo. Pelo próprio caráter de cronicidade que a esquizofrenia assume, os informantes mostram sua vivência frente aos dois modelos de atendimento oferecidos, o hospitalocêntrico vigente até a implantação do Projeto em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde a partir de 1992, que demarcou outra proposta de assistência.

Aí eu peguei e fiquei assim...minha mãe levava eu pro hospital, todos hospitais pra ver se eu melhorava, mas eu não acreditava muito. Todos que têm eu já fiquei, em todos. Aí uns é ... agora a Clínica “X”, lá embaixo, no último, eu fiquei foi lá, né? As mulheres lá tirava a roupa da gente, pega o colchão e jogava no chão, aí dormia no chão, às vezes no colchão molhado, eles batia, aí comecei a aprender também a bater, porque eu era muito boba, aí eu comecei a bater, aí eu batia, ficava agitada, eles me dava “sossega leão”, *marrava* eu. (E3)

Aí já fui muitas vezes parar nos Hospital Psiquiátrico, no Hospital “X”, no “Y”, na Clínica “Z”. Já tem mais tempo, tem muitos anos. (E6)

Os relatos comprovam a experiência da assistência prestada e que marca a história de maus tratos e agressividade a que eram subjugados os pacientes psiquiátricos, anteriormente. Sabemos também que, ao retornarem para casa, não tinham garantido o suporte profissional ou familiar necessário ao acompanhamento farmacoterapêutico. As reinternações eram frequentes nesses casos, ou mesmo havia o “esquecimento” dos doentes nos hospitais. Campos (1998) aponta que os familiares optavam pela internação integral por falta de condições para compartilhar responsabilidades e por maior segurança:

Aí eu levei ele praquele negócio, aquele hospital *dos doido*, o Hospital “X”. Ele tava tão desesperado, mas tão desesperado, parecia que *tava doido*. Parece que ele tava doidinho mesmo. Passou a noite lá. (E9 = F1)

O relato revela a situação de angústia vivenciada pela mãe de um dos pacientes, diante da experiência do momento de crise, além de mais uma vez a negação da doença, pois o filho “estava tão desesperado que *parecia doido*”, e o recurso disponível era a internação hospitalar.

Posteriormente, os usuários vivenciaram um novo contexto, com a Reforma Psiquiátrica, que tem, como uma de suas metas, a desospitalização. Assim, os relatos mostram as experiências junto à rede de Serviços substitutivos, sendo destacados o CERSAM e as Unidades Básicas de Saúde.

Os usuários, marcados pelo histórico de internações hospitalares, descrevem a percepção relativa ao atendimento no CERSAM com posterior encaminhamento para o Centro de Saúde de referência próximo ao domicílio:

Só que agora, depois que a psicóloga chegou aqui, mais o psiquiatra, eles explicaram pra nós que tinha o CERSAM. Aí, eu peguei e aprendi o CERSAM, aí o CERSAM eu fiquei quase um ano lá, e lá sarei, sarei mesmo, porque eu ficava indo, mas não conversava coisa com coisa. (...) depois ia pra casa, aí depois eu engordava, depois desinchava. (...) Aí eu sarei lá, fui encaminhada pro Centro de Saúde. (E3)

Dessa forma, percebemos o reconhecimento desses novos espaços para o tratamento, o CERSAM e a Unidade Básica de Saúde, como dispositivos possíveis para os usuários. Se, de um lado, o tratamento e o acompanhamento devem ser contínuos, por outro, ser acompanhada pela UBS, parece ter uma positividade para a usuária, na medida em que ser encaminhada ao Centro de Saúde tem um sentido de estar curada.

A mudança na forma de atendimento é constatada, também, quando os familiares reconhecem outros recursos disponíveis que podem ser acionados em momentos de crise:

(...) Daí a pouco desistiu: “Ah, eu não vou tomar esse remédio, não vou mesmo!”. Nem a injeção, nem nada, E eu sozinha, né? Sozinha pra cuidar dele. Aí sentava, ajoelhava no chão e chorava e falei: “*Cê qué sabê duma coisa?*” Aquele que pega os doentes? Como é que fala? O SAMU? É o SAMU. Aí peguei, liguei pra lá e o SAMU veio depressa, pegou ele, ele não queria ir de jeito nenhum. Nossa! Foi uma confusão. Aí pegou, amarrou ele, chegou lá precisou amarrar ele lá no CERSAM. Tava desesperado. Aí pegou ele lá, amarrou ele lá. Aí *marrou* ele lá um dia. Aí todo dia eu ia lá, todo dia eu ia lá. Ficou lá uns três dias. Aí foi *miorando, miorando*, ficou lá uma semana. Todo dia eu ia lá, de manhã e de tarde, de manhã, de tarde, todo dia, porque se ele via que tava sozinho, ficava mais agitado. Aí todo dia eu ia, todo dia eu ia. Depois Deus ajudou que passou a injeção pra ele, tomou, Graças a Deus melhorou. (...) Graças a Deus foi o CERSAM que levantou ele. (E9 = F1)

Entre outras possibilidades asseguradas pelo município, o SAMU, enquanto atendimento de urgências, é acionado e responsabiliza-se pelo transporte do paciente que, ao invés de ser hospitalizado, passa a ser atendido no CERSAM. Além disso, a presença constante do familiar no período em que ele esteve no setor reafirma a mudança proposta pela Reforma, com uma avaliação positiva da mãe em relação ao atendimento recebido pelo CERSAM como dispositivo da rede de Serviços psiquiátricos.

Nessa trajetória de mudança, constatamos também a inserção das Unidades Básicas de Saúde, no atendimento e acompanhamento dos portadores de transtorno mental:

O que passou a receita pra ele, tem uma outra mais nova lá, foi o médico do CERSAM que passou. Agora, como ele tá bonzinho, a Dra. aqui do Posto atende ele, porque ele, tem problema de coluna, ela passa um paracetamol prá ele. Quando é receita assim de dois meses, então ela faz, mas quando é acima de três meses, porque ela não é psiquiatra, né? Ela vê, tá vendo que tá bom, então passa, mas com a receita mais nova, assim receita de três meses ela não aceita não. (E12 = F2)

Após o atendimento no CERSAM, os usuários são encaminhados para as UBS de referência. O acompanhamento é feito pela equipe da Unidade de Saúde que é referência em saúde mental ou pelo médico generalista do PSF. Os Serviços mantêm um atendimento por microregião, ou seja o CERSAM tem previamente definido quais são os Técnicos de Referência responsáveis pela interlocução por determinada microregião nas Regionais

correspondentes. Dessa forma, procura-se estabelecer um vínculo e uma linha de cuidado dos pacientes, por meio de ações de educação permanente, supervisões e atendimentos integrados:

Eu era muito agitado, briguei com meu irmão por parte de pai, então no CERSAM eu cheguei fazer tratamento lá também, mas eu não ficava não. Eu fiquei uma vez, em torno de uns quatro dias. Uma vez eu cheguei a ficar lá uns três ou quatro dias por causa de briga, dentro de casa, ficava muito agitado, muito agressivo. Meus irmãos também não deixa baixo, e então. (...) Porque eu pego no Posto da Rua X, consulto aqui com a psicóloga toda segunda-feira. Então eu pego a receita, aí eu pego aqui por mês. Faz a receita pra dois meses mais aí, então ela parcela, anota lá e no outro mês eu já pego. (E8)

Considerando os diversos momentos das manifestações dos sintomas da esquizofrenia, destaca-se a importância da rede de Serviços, estruturada de acordo com a necessidade do paciente, uma vez que ela varia, no decorrer do tempo, com a evolução da doença. Nesse caso, o usuário apresenta o agravamento da doença e retorna ao Serviço.

Eu dô crise, eu tentei, cortei com um gargalo de garrafa, quando o médico do INPS me deu alta, mandou eu ir *trabaiá*. Aqui no pescoço, eu fiquei afastada quatro anos. O INPS vai dá alta, me manda eu *í trabaiá*. Só que tem que eu num tinha condições. O menino me pegou e levou lá pro CERSAM e o CERSAM me segurou lá, me pegando aqui de manhã e entregando à tarde. Aí teve que retomá o tratamento de novo no CERSAM. (...) Eu falei: “não vou tentar INPS não, eu vou é *trabaiá*”. Eu fui lá na Tomé de Souza prá querê *trabaiá*, eu tive vontade de pegar a cozinheira e jogar ela com a cabeça pra baixo dentro do elevador. Tive vontade, joguei água *felvendo* nos outros. (E11)

Devemos considerar que o usuário, ao apresentar melhora, pode desenvolver suas atividades mas, se em qualquer momento retornar em crise, é esse dispositivo, no caso o CERSAM, que dará o suporte necessário até nova estabilização do quadro.

O relato de um familiar destaca a importância das atividades desenvolvidas no Centro de Convivência, que proporciona aos usuários a reinserção no mercado de trabalho:

Ele já *trabaiava*, um negócio que o pessoal todo ficava doente e aí vai fazer aquelas correntinhas? NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA? Ele ficou lá muito tempo. É, aí ele foi aprendendo. Aí ele aprendeu lá, agora ele *tá trabaindo*. É uma firma, tava precisando. Aí ele foi lá e conseguiu. Ele tá achando muito bom, tá gostando muito! (E9 = F1)

Os Centros de Convivência configuram-se como um dos dispositivos da Rede de Atendimento Municipal, cujo objetivo é promover a reinserção social e cultural dos usuários, por meio de oficinas de teatro, pintura, marcenaria, música, entre outras atividades.

Percebemos, pelos relatos apresentados que, antes da implantação do projeto de Saúde Mental, o percurso desses usuários era marcado por reinternações e atualmente, após a

crise, eles são atendidos nas Unidades Básicas e/ou nos Centros de Convivência com registro de melhora, como apresentado acima.

Entretanto, de acordo com (OPAS, 2002), devemos considerar que, embora seja uma parte importante da reforma da saúde mental, desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização. Desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias.

Devemos considerar que a desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais, sendo uma das razões destacadas a de que os estigmas imputados às perturbações mentais continuam fortes, resultando em atitudes negativas do público para com os portadores dessas perturbações (OPAS, 2002).

Gaebel; Baumann (2003), apud Falkai *et al* (2006), reforçam ainda a questão de que as pessoas com esquizofrenia são vítimas de estigmatização, e uma das principais metas das atividades em rede e das associações de saúde envolvidas com esquizofrenia é dar suporte aos programas contra estigmas. Falkai *et al* (2006) complementam que é de grande importância desenvolver estratégias efetivas de tratamento, incluindo abordagens multidimensionais para reduzir a sobrecarga imposta pela doença.

Mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida (BEZARRA JR, 2007)

Renato (2002) destaca que para que o processo da reforma psiquiátrica se faça com boa qualidade, é necessário não apenas que existam Serviços de Saúde Mental que acolham todos os pacientes referenciados a ele. É importante também que esses Serviços se tornem mais permeáveis à presença de outras instituições que lidam no dia-a-dia com a doença mental (ONG, escolas, universidades e, principalmente, a família). O CERSAM, então, poderia ser um lugar onde se faria o intercâmbio desses saberes a favor das propostas da reforma psiquiátrica em sua região. Nesse sentido, o CERSAM deixaria de ser apenas um local onde se realizam serviços de saúde direcionados às pessoas necessitadas de ajuda e passaria a integrar uma rede de Serviços comunitários, que tem como objetivo a reconstrução da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

De acordo com as diretrizes da SMSA-BH, cada programa ou Serviço, cada ponto ou "estação" de cuidado do projeto desenvolverá ações que vão da assistência e da clínica às dimensões relativas à reabilitação/reinserção no mundo do trabalho, da cultura, da reprodução social ampla, com destaque aos direitos e ao poder de contratualidade dos portadores de sofrimento mental grave. Exigem, pois, um projeto terapêutico complexo, contínuo, integral e singularizado em todas as instâncias do Projeto de Saúde Mental da cidade, que deve responder, em cada momento e na continuidade do tempo, a necessidades variadas e complexas inerentes à lógica da desinstitucionalização (BELO HORIZONTE, 2003).

Entendemos que o atendimento a esses usuários no CERSAM e nas Unidades de referência deve estar articulado para estabelecer estratégias de promoção à saúde, considerando inclusive as intervenções envolvendo intersetorialidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007c) enfoca que a ampliação do comprometimento e da coresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos Serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividade mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim se coloca, ao setor saúde, o desafio de construir a intersetorialidade. Compreende-se intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. É um grande desafio.

Um dos pressupostos básicos da reforma psiquiátrica é o trabalho em rede (considerando-se a rede social restrita e ampliada) de apoio onde a intersetorialidade é essencial. Deve envolver os profissionais de saúde e de outras áreas a fim de se conseguir a reabilitação psicossocial dos pacientes e devolver-lhes a vida. A inserção social dos diferentes exige intervenção na sociedade para que mude seus padrões e regras do "bem-viver", do convívio, da solidariedade que se encontra empobrecida, e isso não envolve apenas os Serviços de assistência, mas toda a política sócio-econômica de um município (BRASIL, 2001b).

Enfatizando, portanto, alguns preceitos e diretrizes básicas do programa de atendimento ao portador de transtorno mental, devemos considerar as implicações das relações que esses pacientes estabelecem com os profissionais de saúde.

4.3.2 – Relação usuário – profissionais de saúde – familiares e adesão à terapêutica medicamentosa

As relações estabelecidas entre usuários e profissionais que aparecem nos relatos referem-se principalmente ao profissional médico. Considerando que a relação de confiança entre pacientes e profissionais é um dos fatores que contribuem para a adesão terapêutica, constatamos que houve relatos positivos, tanto com os psiquiatras quanto com os psicoterapeutas.

De acordo com o que foi passado pela prescrição médica, eu sempre acompanhei ela. Se o médico passou aquele remédio, você sabe que aquela prescrição vai dar resultado. Então eu tomo, se eu passar mal, volto no médico e falo: “tô passando mal.” Eu tô muito bem com os remédios, a psiquiatra que atende aqui é uma ótima profissional, faço atendimento com a psicóloga, não tenho nada que reclamar não. (E7)

Não, não deixo, é sagrado. O remédio, a consulta, o médico psiquiatra. Sempre a doutora pergunta se eu tô tomando os remédios direitinho, e eu tomo, nunca deixo de tomar. (E8)

Que tem me ajudado muito, Nô! (a psicoterapia) A doutora tem me ajudado muito! Me levantou mesmo, desde de que eu comecei o tratamento com ela, Nô! Minha vida mudou da água pro vinho. Tem colaborado demais. Você tá no meio de pessoas. (E10)

Constatamos uma postura de confiança em relação a esses profissionais e as condutas tomadas em prol do usuário, o que possivelmente é de se esperar, considerando que, apesar da contribuição da atenção básica em relação à promoção da saúde, ainda encontramos, nessas situações relacionadas a uma patologia, a referência do médico enquanto responsável pelo diagnóstico e pela prescrição da medicação.

Ressalta-se que a primeira estratégia de atendimento, por parte do profissional de referência, para melhorar a adesão, é considerar a possibilidade real de não-adesão e suas consequências catastróficas. Um passo importante parece estar na reestruturação da interação entre médico e paciente, tornando-a menos assimétrica e mais flexível. Algum grau de assimetria na relação é inevitável, pois os profissionais de saúde têm maior conhecimento técnico sobre a doença e os tratamentos efetivos. Além disso, têm obrigação de esclarecer os pacientes e de tentar decididamente persuadi-los das vantagens de aceitar o tratamento (BECHELLI, 2003).

Outro fator essencial é a *aliança terapêutica*. Por esse termo entende-se a qualidade de cooperação e entendimento que se estabelece entre o paciente e o terapeuta. Um bom

relacionamento proporciona ambiente seguro e confiável; envolve, integra e mobiliza o cliente no tratamento (BECHELLI, 2003) como podemos constatar no seguinte relato de um familiar:

A doutora foi uma médica muito boa. Toda vez que atendia ele, os remédio que ela dava, dava tudo certinho. Nunca precisou ir no CERSAM. Na época ele consultava com ela, ele gostava dela demais e não precisava levá ele não, no dia da consulta, ele mesmo ia, né? E já têm uns três anos que ela saiu daqui... É, aí já ficou mais ruim, né? Porque quando eu via que ele não tava assim muito bom, né? A gente via um jeito, aí eu tinha que levar lá no CERSAM. Aí ficava mais difícil, porque CERSAM não era lugar pra ele. Mas levava, porque falava que não tinha psiquiatra aqui na região nossa (...) Aí depois duma época ele ficou bom, levei ele lá no CERSAM. Ele nem ficava lá não, eu levava só pra consultá mesmo. Aí depois apareceu a psicóloga aqui no Posto que já vai quase três anos que ela tá aqui, quatro ou três anos. Aí assim de quinze em quinze dias ela dava uma olhada nele, consultava, aí agora tá consultando assim, mês em mês. É, mas ele tá sempre assim bonzinho. Nunca teve mais crise pra leva lá. (E12 = F2)

Destacamos a relação de confiança que se estabelece contribuindo para a estabilidade do paciente e as dificuldades que surgem para esses usuários diante da falta do profissional na Unidade de Saúde. Quando falta psiquiatra na equipe de saúde mental da UBS, o paciente, às vezes, é encaminhado ao CERSAM, sendo um dos fatores de retorno do paciente ao CERSAM, mesmo que a cuidadora reconheça que aí não seria lugar para ele.

Ao ser indagado se já havia conversado com o médico sobre os questionamentos relativos aos medicamentos prescritos, o entrevistado enfatiza a importância do especialista, no caso da consulta com o psiquiatra:

Com o generalista aqui, não. O psiquiatra é muito importante e marcou a consulta especializada. Quando marcar eles vão ligar lá pra casa. (...) Dizem que a consulta com psiquiatra é muito importante. Ele é generalista, consulta especializada com psiquiatra. Tá no sistema, pra marcar. (E13)

Percebemos e podemos inferir sobre a perspectiva do usuário quanto às diferenças em ser acompanhado pelo médico generalista e pelo psiquiatra, enfatizando o preceito que a figura do especialista representa, refletindo até hoje traços dos valores vigentes no modelo assistencial de base "biomédica", que valoriza as especialidades e, principalmente nessa área de atuação, pois ainda permanece a máxima cartesiana da separação corpo e mente.

Destaca-se também que é importante ouvir e considerar o desejo do paciente, considerando que a postura prescritiva do profissional nem sempre está de acordo com as preferências do paciente, levando à não-concordância e ao não-seguimento:

Igual eu, o médico proibiu de tomar leite, carne de porco. É que meu colesterol tava alto. Ele fez a receita pra mim de tudo pra comer e aquilo eu não gosto de comer, aquilo que tava escrito lá. Mas foi lá no Hospital perto das Clínicas. Eu não voltei lá mais porque chegou médico aqui pro Posto. Aí meu colesterol baixou. (E15)

Cipolle; Strand; Morley (2006) enfatizam que os pacientes têm suas próprias crenças sobre cuidado de saúde, um conhecimento de sua enfermidade e dos medicamentos e também expectativas e preocupações. É importante entender que a adesão, assim como a não-adesão, é, em grande parte, uma conduta aprendida e não simplesmente uma falta de conhecimento sobre o tratamento farmacológico.

Pode-se destacar que, apesar do trabalho proposto tanto no CERSAM como nas UBS fundamentado em um trabalho de equipe interdisciplinar com práticas integrais em relação ao cuidado em saúde, ainda permanecem a visão e a necessidade dos usuários em relação ao profissional médico e principalmente, ao especialista, no caso o psiquiatra, em quem geralmente está centrado o estabelecimento do vínculo. É a manutenção de um modelo de atenção a saúde, centrado na doença, que estabelece o profissional de referência e de preferência no discurso dos usuários deste estudo.

Entretanto, é necessário que outros vínculos sejam estabelecidos. Em se tratando de adesão medicamentosa e do uso correto de medicamentos, podemos considerar a possibilidade de outras intervenções, entre elas a abordagem farmacoterapêutica.

Quanto ao acesso aos medicamentos na rede pública de saúde no SUS-BH, os entrevistados destacam-no como favorável, tanto pelo abastecimento regular como pela atenção dispensada pelos profissionais das farmácias das Unidades de Saúde.

É que no começo às vezes faltava muito, hoje em dia também não falta aqui no Posto. Às vezes falta pausadamente, num dia não tem, eu venho aí depois, chega e eu gosto, já é bem melhor tomar, mais econômico. (E8)

Como também na perspectiva do familiar:

De vez em quando eu vou pegar os remédios nunca assim eu fui mal tratada, o que tem eles dá, que é longe pra eu vim para pegar os remédios. Quando eu pego assim eles falam, aí quando *prô cê* não perde a viagem, o dia que *chegá*, se tiver alguma pessoa aqui eu mando *fala prô cê*. Aí ligam pro outro Posto, aí eu venho e pego. É, não tenho do que reclamar por esses quatro anos que eu sempre tenho andado aqui no Posto, não tem nada a reclamar também, não. Sempre que eu chego, quando não

tem eu volto de novo, né? (...) Só foi uma vez que eu tive que comprá, lá na drogaria. (E12 = F2)

De forma contrastante, cabe destacar as mudanças percebidas ao se comparar com o atendimento hospitalar, quando o paciente não tinha garantida a continuidade do tratamento medicamentoso e acabava retornando ao hospital:

“Aí depois disso eu voltei pra outro hospital, eu melhorei dois meses e voltava pra casa, aí quando eu voltava eu ficava sem remédio, porque eu não sabia tomar o remédio direito e voltava de novo, aí quando eu cheguei lá, eu peguei e fiquei assim, no Hospital “X”. (E3)

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no contexto da Reforma Sanitária, da implantação do Sistema Único de Saúde e da Reformulação da Política Nacional de Medicamentos, vem trabalhando para ampliar a Assistência Farmacêutica no município, garantindo aos usuários o acesso aos medicamentos básicos e essenciais de maneira contínua e regular, com o acompanhamento do profissional farmacêutico e promovendo o uso racional e seguro dos medicamentos.

Nesse sentido, em 2008, houve significativo avanço com a inserção do farmacêutico no Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família - NASF, com uma proposta relacionada tanto pelos aspectos técnicos como assistenciais relacionados aos medicamentos na rede básica de saúde. As ações assistenciais são definidas como as ações da assistência farmacêutica de cuidado ao usuário, considerando o uso do medicamento, de forma a contribuir para a efetividade do tratamento, no âmbito individual ou coletivo (BELO HORIZONTE, 2008a).

As UBS constituem a principal porta de entrada do Sistema de assistência do SUS e as farmácias das UBS representam portanto, o elo final do atendimento. O farmacêutico vem desenvolvendo suas atividades no sentido de inserção junto a outras categorias profissionais, como fisioterapeuta, professor de educação física, nutricionista e também junto às equipes do PSF nas UBS. Conforme destacam Araújo *et al* (2008), o farmacêutico deve rediscutir seu posicionamento como profissional da saúde, redefinindo seu trabalho com o medicamento e dando-lhe nova dimensão. Nesse sentido, essa mudança deve representar não somente uma alteração operacional na atividade farmacêutica, mas também uma alteração importante de paradigma com reflexos futuros na formação desse profissional.

Assim, o papel do farmacêutico no contexto da Assistência Farmacêutica em Belo Horizonte passa por momentos de construção junto às equipes do NASF vinculadas às UBS.

Cabe refletirmos também sobre como se situam hoje as perspectivas de atendimento nas UBS e, particularmente, os avanços e desafios do SUS e do PSF, enquanto estratégia de atendimento, pois esse é o novo campo de atuação do farmacêutico, culminando com a implantação efetiva da Assistência Farmacêutica no NASF.

Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a assistência farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos: adquirir, armazenar e distribuir. É preciso agregar valor às ações de saúde, por meio da qualificação da Assistência Farmacêutica, uma vez que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos que podem ser determinantes para a qualidade do resultado esperado (BELO HORIZONTE, 2008a).

O papel do farmacêutico, como assessor para as questões do medicamento, na equipe de saúde, como estabelecido pela OPAS em 2003, na avaliação de Araújo *et al* (2008), é dificultado nas condições vigentes da Unidade de Saúde, pois o modelo é centrado na consulta médica e na divisão social do trabalho em saúde. Nesse caso, cada profissional tem a sua posição parcelar na cadeia de cuidados ao doente. Essa situação parece estar relacionada à falta de apoio estrutural para o trabalho, talvez como um reflexo do lugar político que os farmacêuticos ocupam nas Secretarias de Saúde frente a outras categorias profissionais.

Acredito que esse seja um ponto de intervenção do farmacêutico lotado no NASF, contribuindo para romper com esse modelo e construir novas possibilidades de atenção, tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Nas últimas décadas, o farmacêutico reorientou sua formação principalmente para o medicamento, esquecendo-se de seu objetivo principal que é o paciente. Entretanto, nos dias atuais, devido ao modelo implantado nos Serviços de Saúde, tornou-se primordial uma nova relação profissional do farmacêutico, assumindo um papel central no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários portadores de patologias crônicas (ARAÚJO *et al*, 2008). Há que se destacar, aqui, os portadores de transtornos mentais.

“Cuidar” envolve um profundo respeito pela “alteridade”. Esse cuidado difere consideravelmente de toda a imposição paternalista ou autoritária de sua vontade sobre o outro. Mantendo essa idéia, o cumprimento do tratamento não deve ser visto como uma obrigação fundada na autoridade do profissional, mas sim como consequência de uma aliança estabelecida entre todos os intervenientes envolvidos na resolução de um problema em particular. Talvez o termo melhor que cumprimento seja *adesão*. O cuidado ou atenção no

contexto de cuidado farmacêutico encontra sua expressão em ajudar o outro a cuidar de si mesmo. Para isso, é necessário haver uma relação de participação mútua, uma percepção da necessidade de crescimento e controle do processo terapêutico. Na maioria das vezes, esse aspecto não é levado em conta, já que os profissionais adotam uma postura mais paternalista de que o “especialista sabe o que é melhor”. Qualquer aliança terapêutica efetiva e correta requer que a “voz” do paciente seja ouvida e atendida. Nos assuntos que requerem um conhecimento empírico, os profissionais têm o dever de informar, educar e escutar as necessidades e preferências do paciente. O diálogo é fundamental, o monólogo do profissional não (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

O modelo assistencial tradicional está centrado na dedução racional da melhor opção que o profissional obtém a partir da análise sobre aquela informação que ele considera relevante segundo seu critério. Entretanto, toda prática assistencial correta deve se basear em seus protagonistas: os pacientes. Conhecer e entender suas emoções, seus sentimentos, seus valores, suas expectativas e suas prioridades de vida, é o passo prévio e imprescindível para fazer, não apenas a melhor opção, mas sim a que esteja mais associada a seu estilo de vida e a suas necessidades. O seguimento farmacoterapêutico é uma prática assistencial centrada no paciente, que, se quiser, pode participar ativamente na tomada de decisões e ser capaz de responsabilizar-se por sua farmacoterapia, atuando como um agente a mais do Sistema sanitário. Em um seguimento farmacoterapêutico, o farmacêutico acredita nas necessidades do paciente com a medicação; portanto, recomenda o modelo de relação de decisão compartilhada, que tem demonstrado melhores resultados em termos clínicos e humanísticos (VALLS-L; SILVA CASTRO, 2008).

Ao considerarmos o acesso aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, constata-se uma desconfiança inicial por um dos pacientes:

Eu sei que teve um lado capitalista também, no começo. Às vezes com a confusão da minha mente que fazia eu falar que esse remédio, é isso que o comprado é melhor do que o genérico, isso no passado, porque eu fazia confusão no início e não queria tomar o remédio, mas hoje não, eu pego no Posto mesmo o genérico e tomo e vou tomando e me sinto bem. Acabou aquelas crises de comprar remédio caro, que era melhor, de confiar mais no outro. (...) “Nossa, tudo dele é fino, tá mudando os remédio, pelo poder, não sei, então era aquele negócio de sentir que quando comprava remédio, parece que o remédio era rico, eu tomava tranquilo, quando eu tinha que pegar tinha uma certa rejeição a isso. Hoje em dia não tem, se precisar de comprar, eu compro, tomo também, mas eu não tenho essa cisma de que o remédio não faz efeito, esse negócio. Confio no do Posto. (E8)

Destacamos que isso aparece como reflexo de um dos sintomas da doença, com todos os seus significantes, particularmente para os psicóticos, e pelos fatores relacionados à posição que o medicamento assume hoje em nossa sociedade de consumo, considerado também como um bem material. Lefèvre (1983), destaca a função simbólica dos medicamentos como fazendo parte da exploração mercantil da saúde/doença, no Brasil. O autor reforça que constitui um truísmo afirmar-se que a saúde e a doença, em nosso país, vem se constituindo, a cada dia que passa, em objeto de intensa exploração mercantil. Laurent (2002, p.51), enfatiza que “a cultura de hoje é uma cultura claramente capitalista, exigindo que o sujeito se submetam ao imperativo do consumo”.

Lefèvre (1983) coloca que a função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável por meio da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura.

Considerando a interlocução de Laurent (2002), uma das maneiras como o medicamento se articula com o simbólico é pelos significantes que o nomeiam. Ainda que ele seja produto da ciência, o medicamento não pode prescindir de um nome. É uma parte integrante da indústria farmacêutica. É a invenção de um nome que permitirá a penetração do medicamento e a sua aceitação. O medicamento ressoa por seu nome. Há o caso de um sujeito histérico, em plena onda de fervor ansiolítico, que considerava “preferir os medicamentos em *il* (ele) ao medicamentos em *homme* (homem)”. Tratava-se de preferir o melleril® ao valium® (nota: a pronúncia francesa de “um”, no fim do nome valium®, tem homofonia com a palavra francesa *homme* – homem, em português). De fato, tratava-se de fazer passar o homem ao seu estatuto de terceira pessoa, de não-pessoa.

Ao termos como foco a perspectiva do acesso aos medicamentos, devemos considerar ainda quais são as estratégias possíveis para se garantir o uso correto dos medicamentos. Devemos, portanto, destacar a abordagem de Marin *et al* (2003) de que o acesso de um paciente aos Serviços de Saúde e aos próprios medicamentos não é suficiente para garantir o êxito de um tratamento. É preciso considerar, por exemplo, que as condições sócio-econômicas, culturais e mesmo clínicas de um paciente são igualmente fundamentais, tendo em vista que podem ser determinantes até mesmo em relação à forma de encarar sua própria doença. A posição que a saúde ocupa na escala de valores do paciente é também decisiva, pois pode determinar a maior ou menor adesão ao tratamento prescrito.

Assim, pelos relatos apresentados, destacamos situações nas quais o próprio paciente se sente responsável e em condições de realizar esse auto-cuidado:

Tomo, sei os horários que tem que tomar, aí eu tomo. (E1)

Eu tomo sozinha, eu moro sozinha, né? (E2)

Hoje em dia, já acostumei, já deixo dentro de meu guarda-roupa, dentro dos meus pertences, já pego, não deixo de tomar e tomo sozinho. (E8)

Tenho tomado sozinho, porque eu estou separado, eu vivo com meu filho, meu filho é adolescente e no começo era até difícil pra eu poder conciliar, né? Mas graças a Deus como hoje eu tenho evoluído, aí tenho os horários ali, tenho um calendário, a quantidade. Eu tomo assim há aproximadamente uns dois anos. (E10)

Por outro lado, encontramos pacientes com algum grau de dificuldade no cumprimento dos horários, recorrendo ao suporte dos familiares.

Eu não tomava remédio, minha mãe não me dava, mas é porque eu não tomava mesmo, aí ela pegava e socava o remédio na mesa, pegava o pozinho, punha no leite e misturava e dava a eu pra tomar. (E3)

Por vezes, embora o paciente seja o principal responsável pela administração, em algum momento, o apoio da família se faz necessário.

Toma, toma, aí quando acontece, assim, que eu vejo que ele não tomou, aí ele fala comigo assim: “não tomei o remédio.” Aí eu vou lá e dou. Mas a maior parte, sempre vem tomando sozinho, só quando assim, ele dá aquelas crise, assim, que ele fica precisando de eu ajudá, mas ao contrário não. (E12 = F2)

Minha esposa, assim, embora ela tenha, muito impaciente, às vezes esqueço. Vez ou outra ela ajuda. É porque tem vez que ela também está muito esgotada, cansada, ela acorda cedo pra trabalhar, ela é depiladora, manicure, mas tem dias que eu por minha conta e desobedecia, entendeu? E ela não podia fazer nada porque tem dia que a coitada vai atender lá seus clientes que tá na agenda. Ela é depiladora e manicure. Normalmente, eu mesmo. (E13)

Eu tomo os remédios sozinha, mas minha irmã marca o horário de eu tomar. Às vezes ela me dá, outras vezes eu mesmo tomo sozinha. (E15)

Nessa situação, o paciente destaca que não confia na organização de seus medicamentos pelos familiares e sim pela enfermeira, mas que o controle dos remédios é seu: “Eu tomo sozinho. No princípio, quem organizava, descontrolava tudo, minhas irmãs, às vezes minha mãe, minha irmã mais velha, controlava pra mim, aí de vez em quando

descontrolava. Tava sempre tendo crise, aí a enfermeira organizou pra mim, aí eu passei a controlar os remédios” (E7). Revela-se assim, a intervenção da enfermeira que participa do cuidado desse paciente, organizando a medicação.

Observamos, ainda, outros relatos em que o auxílio da técnica de referência, nesse caso a Assistente Social, bem como dos familiares se faz necessário:

A assistente social que organiza o medicamento pra mim, aí ela passa e tô tomando o remédio direitinho. (...) Ela passa pra mim aí eu tomo o remédio. Tem um menino meu que ajuda. (E14)

Às vezes, outras estratégias adotadas pelos profissionais ou por familiares foram importantes pelos riscos que a medicação psiquiátrica representa quando o uso é abusivo.

Eu tomo sozinho. Eu pego todos os dias, porque eu tentei suicídio, tomei o meu remédio todo e da minha esposa todo. Eu venho uma hora, pego meus remédios e levo para tomar à noite. Fora isso aí sexta-feira eu pego para até segunda-feira... (E6)

Tem uma filha que ajuda, que prepara o medicamento pra mim, né? Aí antes dela saí pra trabaia o remédio todo é separado. Os remédio não fica ao meu alcance porque teve uma menina que tentou o suicídio, tomando os remédio do marido dela, então a família decidiu. Os remédio fica sob os cuidado dessa filha minha, em lugar trancado, que eu não tenho acesso. Só vou ter acesso aquele tanto de remédio pra aquele dia. (...) Minha medicação não tá na minha casa. A senhora pode chegar lá não acha um comprimido. Tá tudo com ela. (E11)

Nesse relato, a filha intervém no sentido de convencê-la da importância do uso correto da medicação: “A menina me dá todos. Ela fala: “Você tem que tomar todos, você não pode parar com nenhum”. Tem que, do jeito que tá aqui na receita, você tem que *tomá* o remédio. Eu tenho que tomar o remédio, porque se não *tomá*, ou *tomá* faltando algum, dá *problema*. Tem que tomar ele todo”.

Há também situações em que os, profissionais da Unidade auxiliam na organização dos medicamentos em um recipiente plástico com três gavetas, discriminando os horários das tomadas pela manhã, tarde e noite, também pelos riscos de uso abusivo da medicação: “Tomo sozinha. Aí eu pego toda semana, vem a continha certinha, coloca trinta e cinco amitriptilina, sete cinetol®, quatorze levozine® e 7 haldol®. Pego a medicação uma vez por semana, porque se eu levar tudo eu tomo tudo. Porque às vezes se sai do lugar aqui, eu tomo tudo errado. Aqui eles ajudam a colocar”.(E5)

Às vezes, é necessário um apelo familiar pela adesão ao tratamento medicamentoso para convencimento do familiar-usuário:

“Aí falei: sabe por que você tem que tomar? Você fica agitado, corre prá rua e eu não posso buscar sempre, os menino tudo tão trabiando, não pode sair pra buscar *ocê*, é perigoso você virar mendigo. Falava assim com ele: “Você vai virar mendigo, você vê como mendigo é, eles mata tudo, acontece tudo.” Agora, graças a Deus acho que a gente fala muito na cabeça dele, né? Ele toma direitinho. Não precisa nem mandar ele tomá que ele já sabe a hora, né? E a injeção também, ele falou assim: “Oh, mãe, vai lá, pega a injeção pra mim”, aí eu vim aqui sexta-feira, peguei, foi lá no...como é que fala? No Pronto Socorro, foi lá e tomou. Graças a Deus, ele miorou muito, 100%. (E9 = F1)

Assim, a responsabilidade pela medicação passa primeiro pelo usuário que, na realidade, é quem decide se irá tomá-la ou não. Familiares e profissionais de saúde são co-responsáveis pela adesão à terapia medicamentosa mas, muitas vezes, não podem tomar para si essa responsabilidade.

Cipolle; Strand; Morley (2006), ao discutirem a responsabilidade pelo uso dos medicamentos, destacam que o médico, que tradicionalmente tem assumido essa função, requer alguma ajuda para resolver todas essas complexidades cada vez maiores em relação ao emprego de medicamentos. O farmacêutico é a escolha lógica para essa função. Além de seu preparo acadêmico, o fato de o farmacêutico estar na comunidade significa que tem um acesso diário e aberto aos pacientes. Sem dúvida, para que o farmacêutico desempenhe uma função ativa e positiva na administração do tratamento farmacológico dos pacientes, são necessárias muitas mudanças. A mais importante delas também a mais controversa – a defesa de um novo profissional da farmácia. Na realidade, o que pedimos é que se reinvente a farmácia como uma profissão de cuidados de saúde e que se redefinam seus propósitos e sua responsabilidade coletiva.

Devemos considerar, entretanto, o suporte que o farmacêutico pode representar junto às equipes dentro da perspectiva do trabalho com enfoque interdisciplinar. A OMS destaca que os profissionais da saúde podem exercer um impacto significativo, estimando o risco de não-aderência e propiciando intervenções para otimizar a aderência. Insisto que, para fazer dessa proposta uma realidade, os profissionais devem ter acesso a uma capacitação específica no manejo da aderência, e as organizações nas quais eles trabalham deveriam planejar e manter o funcionamento de sistemas que respeitem esse objetivo. Esse treinamento deve abordar simultaneamente três tópicos: conhecimento (informação em aderência), pensamento

(processo clínico de tomada de decisão) e ação (instrumentos de condução para os profissionais de saúde) (WHO, 2003).

Devemos resgatar, aqui, uma das diretrizes para o Projeto de Saúde Mental na Assistência Básica da SMSA-BH, que é a organização do trabalho em equipe, vista como um instrumento para a superação do paradigma médico convencional de organização dos Serviços, onde saberes disciplinares estanques orbitam o saber médico hegemônico. O trabalho em equipe adota o caráter multidisciplinar, alargando competências comuns, desmontando e reorganizando poderes e saberes estabelecidos. O cuidado e os projetos terapêuticos necessários requerem a combinação de instrumentos, técnicas e atos terapêuticos complexos e variados, no contexto de uma estratégia global, em que a utilidade e o valor relativo dos saberes e ações particulares são norteados e organizados pelas necessidades múltiplas dos usuários (BELO HORIZONTE, 2003).

A Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do Sistema municipal de saúde tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações (BELO HORIZONTE, 2008a).

Assim, ocupando o seu lugar, o farmacêutico contribuirá para o trabalho em equipe e favorecerá diretamente os usuários proporcionando melhor adesão terapêutica dos pacientes com reflexos positivos em seu convívio familiar e social.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, cujos questionamentos iniciais surgiram das constatações e necessidades de pacientes e cuidadores, observadas no cotidiano de um Serviço que atende a urgências psiquiátricas e nas farmácias locais de Unidades Básicas de Saúde, onde circulam esses usuários, destaco que foi um contínuo caminhar em busca de reflexões acerca de minha prática profissional e de possíveis intervenções da Assistência Farmacêutica, junto aos portadores de transtornos mentais, repletos em suas significâncias relacionadas a sua autonomia e à adesão ao tratamento medicamentoso, e também na perspectiva de desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar junto aos profissionais.

Cabe destacar, portanto, alguns aspectos importantes a serem considerados pelas particularidades que representam na abordagem do tratamento desses usuários. As implicações da doença, da família e do trabalho refletem diretamente na adesão ao tratamento. Constatamos dificuldades na aceitação e mesmo a negação da doença por parte dos sujeitos da pesquisa. As relações familiares dos portadores de transtorno mental são frequentemente permeadas pelas dificuldades e pelo sofrimento no convívio e nos cuidados a eles dedicados, devendo ser considerados, portanto sujeitos que necessitam de um olhar diferenciado. O trabalho surge como uma possibilidade de melhora e de inserção social. Assim, cabe refletirmos como ampliar essas frentes de trabalho, sendo que algumas intervenções nesse sentido foram apontadas pelos usuários.

Quanto às principais condições envolvidas na não-adesão à terapêutica medicamentosa destacamos no presente estudo: a percepção dos efeitos adversos dos medicamentos, a crença de que o medicamento está fazendo mal ou prejudicando, a percepção da melhora dos sintomas associada à crença de acreditar-se curado, a automedicação, seja pelo uso abusivo ou incorreto dos fármacos prescritos ou pelas sobras de medicamentos e o uso de drogas psicoativas, a busca de terapias alternativas como a Homeopatia, o esquecimento de alguma dose e regimes posológicos complexos em função da necessidade de se tomar vários medicamentos diariamente e em horários diversificados. Assim, devemos considerar quais são as intervenções possíveis em cada um desses fatores, no sentido de minimizar o desconforto, envolver o usuário como co-participante nesse processo de adesão, estimular o auto-cuidado reforçar esse sentimento que se destacou no presente estudo, da importância do uso correto dos medicamentos. É o próprio paciente que sinaliza “tomando regularmente posso ter uma vida normal”. Basta, então, estarmos cientes de que mais do que

falar, é importante saber ouvir esses pacientes. Se o medicamento foi colocado, em um dos relatos, como coadjuvante e “quem domina a minha mente sou eu”, nós, profissionais, podemos assumir uma postura de catalisadores desse processo, sem preservar os moldes prescritivos impostos secularmente pela relação médico-paciente. Não é a imposição, ou “faça como prescrito” que vai determinar a aceitação em suportar os efeitos adversos e aderir ao tratamento.

Vimos que, apesar das dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, os pacientes reconhecem que é necessário e compreendem que não podem interrompê-lo, pelos riscos que isso representa. A adesão à terapia medicamentosa dá-lhes a segurança de uma vida considerada normal. A decisão é do paciente. A terapia medicamentosa configura-se como uma “via de mão dupla”. A escolha é necessária.

O fenômeno da adesão/não-adesão passa pela compreensão de aspectos relacionados ao indivíduo – considerando-se sua autonomia, sua subjetividade, sua alteridade, sua percepção da doença, como se estabelecem as relações no círculo familiar e pela inserção no mercado de trabalho; bem como pela apreensão dos fatores ligados aos medicamentos e ao tratamento e pelas possibilidades de vínculos junto aos profissionais.

Apresenta-se como um dos desafios, particularmente no cuidado com o portador de transtorno mental, uma prática profissional alicerçada numa visão holística desse sujeito ativo em seu tratamento, como mostra este estudo, com vistas às novas demandas que surgem para atingir esse universo diferenciado e rico em perspectivas na “via de mão-dupla” que o tratamento representa.

Cabe refletirmos também, de uma forma mais abrangente, como se situam hoje as perspectivas de atendimento nas UBS e, particularmente, os avanços e desafios do SUS, do PSF e de atendimento ao portador de transtorno mental, pois esse é o novo campo de atuação do farmacêutico, culminando com a implantação efetiva da Assistência Farmacêutica no NASF.

A saúde mental é o primeiro campo da saúde em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. E, nesse contexto, entra também a integralidade, justificada por aspectos de natureza ideológica e de natureza técnica. Os primeiros, ao condenar a segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio e os segundos, ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício (ALVES, 2007).

Talvez pelo objetivo a que este trabalho se propôs, não tenha sido possível fazer inferências envolvendo práticas de interdisciplinariedade, intersetorialidade e integralidade ao

cuidado do portador de transtorno mental. Constatamos a necessidade de aprofundamento desses pontos, talvez como foco de um novo estudo, por sua relevância no contexto da Reforma Psiquiátrica. Cabe ponderar, mesmo assim, o que Viana; Sant-Rita (2000) sugerem em relação à interdisciplinaridade que, apesar de não ter uma definição clássica, precisa ser compreendida para não haver desvio em sua prática. A ideia é norteada por eixos básicos como: a humildade, o múltiplo, a totalidade, o respeito pelo outro, etc. Não há interdisciplinaridade se, fundamentalmente, não há intencionalidade consciente, clara e objetiva por parte daqueles que a praticam. Não havendo intenção, podemos até dialogar, inter-relacionar ou integrar, sem no entanto, estarmos trabalhando interdisciplinarmente.

Apesar de não poder fazer inferências, pelo próprio objetivo deste estudo, acredito que seus resultados possam subsidiar discussões acerca de alguns princípios, quanto à interdisciplinaridade e à intersetorialidade e sobre os sentidos da integralidade no atendimento ao portador de transtorno mental, direcionando uma prática voltada para as demandas do indivíduo com todas as suas necessidades e particularidades, vislumbrando, acima de tudo, um atendimento efetivamente integral a esses usuários, contribuindo para o rompimento do estigma que a doença carrega historicamente.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento da atenção prestada ao portador de transtorno mental na rede de Serviços substitutivos, diminuir o estigma, mesmo entre profissionais de saúde, incluindo os pacientes e seus familiares como co-responsáveis pelo tratamento, fortalecer a Assistência Farmacêutica no município de Belo Horizonte e ajudar a consolidar um Sistema de saúde universal, equânime, integral e que possa refletir na diminuição do sofrimento a que estão sujeitos esses pacientes e seus familiares, resgatando sua qualidade de vida e, principalmente, indo ao encontro do resgate de sua cidadania enquanto sujeitos donos de seus “diferentes” destinos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P.B.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.22 (supl.1), p.41-44, 2000.

ALVES, D.S. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. Disponível em www.lappis.org.br acessado em 07/06/2007.

ALVES, P.C. O discurso sobre a enfermidade mental. In ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (org.). **Saúde e doença – um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap.7, 1998. p. 91-99.

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 43-46, dez. 1994.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

ARANA, G.W.; ROSENBAUM, J.F. **Terapêutica medicamentosa em psiquiatria**. 4ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. 249p.

ARAÚJO, A.L.A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 (supl), p.611-617, 2008.

BARDIN, L. Análise conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979, citado por MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

BARRETO, F.P. A monocultura e a paisagem. Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano. **CLIQUE. Palavras e pílulas – a psicanálise na era dos medicamentos**, Belo Horizonte, n.1, p.48. Abr2002.

BEHELLI, L.P.C. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte II. O manejo do medicamento, integração da equipe multidisciplinar e perspectiva com a formulação de antipsicóticos de nova geração de ação prolongada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3. May/June 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde mental na assistência básica. **Saúde digital**, Belo Horizonte, 19ed. Grupo de trabalho Gerência de Assistência/integração ESM-ESF, julho 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Reestruturação da Assistência Farmacêutica nos Centros de Referência em Saúde Mental da SMSA/BH, Belo Horizonte, 2003. 2p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2.005 – 2008. Disponível em: http://portal.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS_BH_2005_2008.pdf?id_conteudo=12107&id_nivel1=-1>. Acesso em: 07nov.2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Medicamentos. **Proposta Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: Assistência Farmacêutica**, Belo Horizonte, jun. 2008a. 8p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Revisão da relação municipal de medicamentos – REMUME 2008. **Boletim de Informação Terapêutica**, Belo Horizonte, n.16, 2008b. 12p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Regional Norte. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?econtento=conteudo&idConteudo=23849&chP/c=2384&termos=distrito%20sanitÁrio%20norte>. Acesso em: 23 mai. 2009.

BEZARRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2007.

BORBA, L.O. *et al.* A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, 2008.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06/04/01. Publicada no D.O.U. de 09/04/01. É a Lei Federal que regulamenta a mudança do modelo assistencial, baseada no projeto original do Deputado Paulo Delgado, apresentado na Câmara Federal em 1989.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 20/09/1990.

_____. Ministério da Saúde. **O uso de psicofármacos na clínica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 1994. 51p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos 2001**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental – cuidar sim, excluir não**. CAMPOS, F.C.B. Os desafios da gestão de redes de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, p.65-66. Dezembro 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Adesão aos antiretrovirais: manual para profissionais de saúde**. Helena Maria Medeiros Lima (Org.). Brasília, 2005. 87p.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, 30 out. 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br> . Acesso em 31 mar 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. RENAME 2006**. Brasília: MS, 4ed., 2007b.285p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde 2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2.ed., 2007c. 51p.

_____. Portaria n 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 43, 04 març, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Série Legislação em Saúde, n. 4. Brasília – DF. Conjunto de Leis Estaduais, Decretos, Deliberações e Portarias que, nos últimos dez anos, regulamentaram a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Está na 2ª edição e pode ser acessada no endereço: www.saude.gov.br/biblioteca/textointegral.

CAMPOS, C.R. MALTA, D.C.; DOS REIS, A.T. *et al.* (Org). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: XAMÁ, 1998. 387p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 293p.

CARDOSO *et al.* Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1303-1314, jun 2006.

CARDOSO, A.M. O *insight* em psiquiatria. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, jul./dez. 2008.

CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Psiquiatria e neurologia. V.1, décima revisão. São Paulo: EDUSP. Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. 2008.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M; MORLEY, P.C.. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Tradução Denise Borges Bittar; Revisão técnica: Arnaldo Zubioli. Brasília: Conselho Regional de Farmácia, 2006. 396p.

COUTINHO, A.H.S.A. **Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura**. *Reverso*. [online]. set. 2005, vol.27, no.52 [citado 24 Junho 2007], p.51-61. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952005000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7395.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teórica. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, cap.2, p.117. 2004.

ELKIS, H.; LOUZÃ, M.R. Novos antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl 2, p. 193-197, 2007.

FALKAI, P *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, n.33, supl 1, 7-64, 2006a.

FALKAI, P *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, n.33, supl 2, 65-70, 2006b.

FERREIRA NETO, J.L. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.18-26, jan./dez.2008.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuição teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan.2008.

FRANCO, R.F. **A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência da familiares nos cuidados e na convivência com parentes portadores de transtornos mentais**. 2002, 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte. 2002.

GAEBEL, W.; BAUMANN, A.E. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the Opne the doors Program in Germany. *Can J Psychiatry*, v.48, p.657-662. 2003 *apud* FALKAI, P *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, n.33, supl 1, p.7-64, 2006.

IVAMA, A.M. *et al.* **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2002. 46p.

KAROW, A. *et al.* - Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68(1): 75-80, 2007 *apud* ROSA, M.A.;ELKIS, H Adesão em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl.2, 2007.

KOGA, M; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.1, p.69-73, 1 sem.2002.

LAURENT, É. Como engolir a pílula. *Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*. **CLIQUE. Palavras e pílulas – a psicanálise na era dos medicamentos**. Belo Horizonte, n.1, p.25. Abr2002.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 337p.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n.6, dez.1983.

LEFF, J *et al.* The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings *apud* WANNMACHER, L. Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v.1,n.12, novembro de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/HSE_VRM_APS_1104.pdf. Acesso em: 20 nov. 2007.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8 (3), 2003.

LEITÃO-AZEVEDO, C.L. *et al.* Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.34, supl.2, 2007.

LOBOSQUE, A.M. **Experiência da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond. 2001. 176p.

LOUZÃ, M.R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.34, supl.2, 2007.

MACHADO, M.N.M. **Entrevista de Pesquisa: a interação pesquisador/ entrevistado**. Belo Horizonte: Editora C/Arte, 2002. 151 p.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Tradução: Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 167p.

_____. **O conhecimento comum**. Introdução à Sociologia Compreensiva. Tradução: Aluizio Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina, 2007a. 295p.

_____. **O ritmo da vida: variações para o imaginário pós-moderno**. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2007b. 223p.

MARIN, N. *et al.* (org). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. 2003. 373p. Disponível em Portal da assistência farmacêutica – <http://www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em 6 jun 2007.

MICHAELIS. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2001. 951p.

MEYER, J.M. - Schizophrenia and the metabolic syndrome. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 8(1): 2005 apud LEITÃO-AZEVEDO, C.L. et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl.2, 2007.

MINAS GERAIS. Lei número 11.802 de 18-01-1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental: determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva deste; regulamenta as internações, especialmente a involuntária e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, 19 de janeiro de 1995.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MOURA FÉ, I.A. Doença mental e autonomia. **Revista Bioética**, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.6, n.1, p.71-79, 1998.

NAFFAH NETO, A. O Estigma da Loucura e a Perda da Autonomia. **Revista Bioética**, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.6, n.1, p.81-87, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Direcção Geral da Saúde, 2002. 206p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia refratária – risperidona, clozapina, quetiapina, ziprazidona e olanzapina. Portaria SAS/MS, n.846, de 31 de outubro de

2002. Disponível em http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/do_e19_01.pdf. Acesso em 15/02/2009.

PADUA, A.C. Esquizofrenia. In: Cordioli, AV. *et al.* **Psicofármacos; consulta rápida**. 2.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2000. Seção 2: tratamentos farmacológicos: algoritmos, p.273-8.

PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.34, n.2, p.69-75, 1998.

PENNA, C.M.M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997. 155p.

RAMOS, R. T. et al. Abuso de substâncias e esquizofrenia. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.23/24, n.4/1-3, p.24-27, 1996/1997.

RIBAS, D.L.; BORENSTEIN M.S.; PADILHA, M. I. C.S. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um caps em Florianópolis. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, jan./mar. 2007.

ROSA, M.A.; ELKIS, H Adesão em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl.2, 2007.

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano: uma parceira cínica na era da ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.39. 2001.

SILVEIRA, N. Vida e obra: frases de Nise da Silveira. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/nise_da_silveira/frases_nise_silveira.htm. Acesso em 30 abr. 2009.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 2002**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informações Científica e Tecnológica, 2002.

TEIXEIRA, E.H. *et al.* Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, 2007.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE,P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.6 n.1, 2001.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, 507-514, 2005.

VALLS-L, T.I.; SILVA CASTRO, MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. Esp, **Pharmaceutical Care**, v.10, n.3, p.120-130, 2008.

VIANA, C.M.; SANTA-RITA, T. Apenas interdisciplinar? **Mundo e vida**, v.2, n.1, p.17-20, 2000. Disponível em [http://www.uff.br/cienciaambiental/mv/mv1/\(1-2\)17-10.pdf](http://www.uff.br/cienciaambiental/mv/mv1/(1-2)17-10.pdf). Acesso em 05/01/2009.

VILLARES, C.C.; REDKO, C.P.; MARI, J.J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1. Jan./Mar.1999.

VILLARES, C.C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22 (supl.1), p.53-55, 2002.

WALACE, B.P.; SAULO, R.A. A assistência farmacêutica em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Brasília: **INFARMA**, v.18, n.1/2, 2006.

WANNMACHER, L. Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v.1,n.12, novembro de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/HSE_VRM_APS_1104.pdf. Acesso em: 20 nov. 2007.

WILLIAMS, B. **Medication education**. Nursing times. London, v.87, n.29. p.50-52, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997. BERTOLOTE, JM. Reabilitação psicossocial: a favor de um consenso. Geneva (Suíça): WHO; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Disponível em: <http://www.enr.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf>. Acesso em 11 may 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 3.ed., 2005. 212p.

ZAMBRONI DE SOUZA, P.C. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em Estudo**, Maringá, vol.11, n.1, Jan./Apr. 2006.

2007. WHO model list of essential medicines. 15THed. Revised march 2007. Disponível em <http://www.who.int/medicines/publications/EML15.pdf>. 2.007.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - paciente

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Adesão à Terapêutica Medicamentosa e suas implicações para os usuários atendidos na rede pública de saúde”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Délcia Regina Destro, orientada pela Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, Professor Adjunto III dessa escola.

Queremos compreender os significados que você tem sobre os medicamentos que você usa todos os dias. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevista e complementada por observação direta no momento da entrevista.

Você será entrevistada (o) e responderá questões sobre seus conhecimentos em relação a medicação que você toma, quais são suas dúvidas, preocupações, preferências, o que você sente quando toma as medicações, seus medos, hábitos e costumes. Suas respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível ao que você responder e você pode pedir para escutar quando quiser. Para complementar essas informações no momento da entrevista você pode ser observado quanto a sua atitude no tocante ao uso de seus medicamentos.

Esperamos que essa pesquisa possa contribuir para melhorar as relações entre você, o serviço que o atende, os profissionais de saúde e de seus familiares. Esperamos que possa ser formado um vínculo de confiança e que seja positivo para melhorar sua relação com a medicação que você usa, como também de outros pacientes acompanhados no serviço.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar dessa pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você pode fazer contatos com qualquer pesquisador pelos telefones abaixo, como também com o Comitê de Ética.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Délcia Regina Destro

De acordo:

Nome: _____ R.G. _____

Assinatura: _____

Belo Horizonte, ____/____/____

Nome da pesquisadora: Délcia Regina Destro Tel: (31) 88473417

Orientadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, n° 2336, 9º andar. Funcionários. CEP: 30130007. Tel. (31) 3277-5309 / FAX: 3277-7768.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – PARA O FAMILIAR/CUIDADOR

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada, provisoriamente, “ Adesão à Terapêutica Medicamentosa e suas implicações para os usuários atendidos na rede pública de saúde”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Délcia Regina Destro, orientada pela Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, Professor Adjunto III desta escola.

O estudo tem por objetivo compreender os significados atribuídos pelos usuários portadores de transtorno mental e familiares/cuidadores em relação ao tratamento medicamentoso. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será feita por meio de entrevistas e complementada por observação direta do cotidiano dos usuários.

Você será entrevistado (a) e responderá a questões sobre seus conhecimentos em relação a medicação que seu familiar toma, quais são suas dúvidas, preocupações, preferências, o que ele diz sentir quando toma as medicações, suas reações, seus medos, hábitos e costumes, bem como sobre suas dificuldades em relação a ele. Suas respostas serão gravadas, se assim for permitido, para transcrição ser o mais fiel possível ao que você responder e você pode pedir para escutar quando quiser. Para complementar essas informações no momento da entrevista você pode ser observado (a) quanto a sua atitude no tocante ao uso dos medicamentos pelo seu familiar.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para a interação profissional-usuário-cuidador, estabelecendo uma relação de vínculo e confiança que pode impactar positivamente na adesão ao tratamento medicamentoso, melhorando o seu prognóstico e as relações interpessoais.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar dessa pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Délcia Regina Destro

De acordo:

Nome: _____ R.G. _____

Assinatura: _____

Belo Horizonte, ____/____/____

Nome da pesquisadora: Délcia Regina Destro Tel: (31) 88473417

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Unidade Administrativa II, 2° andar, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, n° 2336, 9° andar. Funcionários. CEP: 30130007. Tel. (31) 3277-5309 / FAX: 3277-7768.

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ____/____/____ N° da Entrevista: _____
 Horário de Início: _____ Horário de Término: _____
 Nome do entrevistado: _____
 Idade: _____ Anos Confirmação da hipótese diagnóstica (CID): _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____

Questionário 1 - paciente

1. Quais são os remédios que você toma todos os dias? Você toma sozinho ou quem te ajuda?
2. Por que você toma esses remédios?
3. Conte/relate o que você sabe sobre seu problema/doença. O que você sente em relação a ter esse problema? Há quanto tempo você apresentou esse problema? E a última crise?
4. O que você sente em relação aos remédios que você toma?
5. Alguma vez você parou de tomar medicamentos? O que fez você parar de tomar os remédios?
6. Você tem preferência em tomar algum remédio todos os dias? No caso, quais? O que te faz não tomar os outros?
7. Quais reações que o medicamento provoca em você? O que você pensa/sente sobre elas? (as reações)
8. Você conhece outras pessoas que têm o mesmo problema que você e tomam os mesmos remédios? O que vocês conversam sobre isso?

Questionário 2 – cuidador (a)

1. Quais são os remédios que o seu familiar toma todos os dias? Ele toma sozinho ou recebe ajuda? Como acontece essa ajuda?
2. Por que ele (a) toma esses remédios?
3. Conte/relate o que você sabe sobre esse problema/doença. O que você sente em relação a seu parente ter esse problema?
4. Há quanto tempo você convive com isso? Conte sobre a última crise .
5. O que ele diz sentir em relação aos remédios que toma?
6. Alguma vez ele (a) parou de tomar medicamentos? O que o fez parar de tomar os remédios?
7. Ele (a) tem preferência em tomar algum remédio todos os dias? No caso, quais? O que o (a) faz não tomar os outros?
8. Você percebe quais reações que o medicamento provoca em seu parente? O que ele (a) comenta sobre elas? (as reações)
9. Fale sobre suas dificuldades em relação aos medicamentos que seu familiar toma. Como é cuidar do seu parente?
10. Você conhece outras pessoas que têm o mesmo problema que seu parente e tomam os mesmos remédios? O que vocês conversam sobre isso?

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2007.

Ilmo. Srº. Nilton César Rodrigues

Gerente do Distrito Sanitário Norte

Solicito sua autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente **“TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA VIA DE MÃO DUPLA”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de autoria de Délcia Regina Destro, orientada pela Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem como objetivo compreender a percepção do usuário portador de transtorno mental e familiares/cuidador em relação ao tratamento medicamentoso. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuários egressos do Centro de Referência em Saúde Mental – Pampulha - referenciados para atendimento ambulatorial nas unidades do Distrito Sanitário Norte e Pampulha ou seus cuidadores, convidados a participar. Além das entrevistas os dados complementares serão coletados junto aos profissionais das unidades e através de consulta aos prontuários dos pacientes.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sª para realizar o estudo proposto nas unidades de saúde no Distrito Sanitário Norte, e posteriormente, apresentá-lo ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG e aos Comitês

aos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG e da SMSA/PBH.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certo de contar com a atenção de V. S^o, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

DÉLCIA REGINA DESTRO

Identificação:

Endereço: Rua Paulino Marques Gontijo, nº 171/Apto 504 – Bairro São Lucas

CEP: 30240-570 – Belo Horizonte - MG

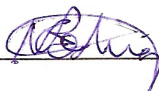
Telefone: (031)88473417. E-mail: delciadestro@oi.com.br

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone: (0xx31)3248-9867

Telefone COEP – UFMG: (0XX31) 3499-4592

De acordo,

Nome: Nilton César Rodrigues - DM: 73121-1
Gerente - GERSA-N

Assinatura: 

Identificação: _____

Cargo: GERENTE

Instituição: GERSA-N

Belo Horizonte, 18 / 12 / 2007.

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAUDE PUBLICA
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

PARECER

Título do projeto de pesquisa: “Terapêutica Medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla”.

Interessados: Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Délcia Regina Destro (mestranda),

Relatora: Prof^a Dr^a Marta Araújo Amaral

HISTÓRICO

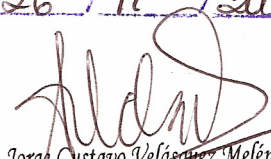
Recebi no dia 20 de novembro de 2007, da Secretaria do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG, o Projeto de Pesquisa intitulado “Terapêutica Medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla”, para análise e parecer.

MÉRITO

Trata-se de um Estudo de Caso de abordagem qualitativa, que tem como objetivo compreender os significados atribuídos pelos usuários portadores de transtorno mental e familiares/cuidador em relação ao tratamento medicamentoso.

O estudo será realizado no município de Belo Horizonte/MG no Centro de Referência em Saúde Mental da Pampulha e nas Unidades do Distrito Sanitário Norte e Pampulha, para onde são referenciados os usuários de saúde mental para atendimento ambulatorial.

Aprovado em reunião de Câmara Departamen-
 tal do EMI em 26 / 11 / 2007.


 Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
 Chefe do Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem/UFMG

A coleta de dados será feita através de entrevista semi-estruturada, observação direta e serão consultados os prontuários dos pacientes como fonte secundária. Para análise dos dados coletados será utilizada a técnica da análise de conteúdo. O projeto está bem fundamentado teoricamente, com objetivo claramente definido, sendo exeqüível tanto do ponto de vista teórico como de tempo para execução. Cabe ressaltar que o projeto é de grande relevância social, trazendo novas contribuições aos estudos na área de saúde mental, especificamente em relação a adesão do paciente e da família ao tratamento medicamentoso. Este projeto de pesquisa está em concordância com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

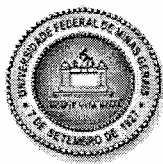
CONCLUSÃO

Diante de exposto, sou favorável à aprovação deste Projeto de pesquisa, SMJ da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 23 de novembro de 2007


Profª Marta Araújo Amaral

Relatora e Membro da Câmara Departamental do EMI



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 93/08

**Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de maio de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita em tinta preta, apresentando uma caligrafia cursiva e fluida.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 024/2008**

Projeto: “Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla”.

Pesquisador responsável: Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna

Nome de outro pesquisador:

Aluna de mestrado

Délcia Regina Destro

CEP de origem: não há. **Área temática:** 4.03

Justificativas e objetivos do projeto:

O Estudo tem como objetivo compreender os significados atribuídos pelos usuários portadores de transtorno mental e familiares/cuidadores em relação ao tratamento medicamentoso.

A autora discute que a adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de transtornos mentais tem implicações no bem-estar do usuário e das pessoas com as quais convive, assumindo importância clínica e social.

O projeto inicia após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PBH e tem prazo de término em março de 2.010.

Desenho e metodologias do projeto

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva de Michel Maffesoli, envolvendo um grupo vulnerável de pacientes, os portadores de transtornos mentais.

Os sujeitos dessa pesquisa serão egressos e/ou familiares do Centro de Referência de Saúde Mental – Pampulha - (CERSAM-P) encaminhados para atendimento ambulatorial nos Distritos Sanitários Norte e Pampulha (rede básica de saúde de Belo Horizonte).

A coleta de dados primários se dará através de entrevistas semi-estruturadas utilizando um roteiro de questões sobre expectativa, preocupações e conhecimentos dos pacientes/cuidadores sobre os medicamentos, e a integração com os serviços de saúde.

A coleta de informações acontecerá até a saturação dos dados e será complementada pela observação direta que avaliará o comportamento do paciente/cuidador. Os dados secundários serão coletados dos prontuários dos pacientes procurando pela anamnese, revisão histórica do caminho do usuário na rede de atendimento e da terapêutica farmacológica e registros em prontuários sobre a percepção de alguma reação adversa, impacto da adesão ou transgressão ao tratamento medicamentoso e melhora do mal-estar e na qualidade de vida. A partir do momento em que houver a saturação dos dados será iniciada a fase de tratamento e análise dos dados.

Crítérios de participação

A seleção dos pacientes será feita mediante avaliação prévia com os técnicos de referência que realizam o acompanhamento sistematizado dos pacientes e com os familiares /cuidador dos mesmos para avaliação de possíveis riscos.

Crítério de inclusão e exclusão

Os critérios para inclusão dos sujeitos como informantes são os seguintes: egressos do CERSAM-Pampulha encaminhados para a rede ambulatorial, descrita anteriormente, há pelo menos três (3) meses e que não estejam na fase aguda da doença, em momento de crise.

Os cuidadores serão aqueles responsáveis pelas atividades de atenção habitual do paciente, implicados no acompanhamento farmacoterapêutico do usuário, quando isto se faz necessário.

Serão escolhidos pacientes considerados representativos da população atendida pelo programa. Após um levantamento inicial junto à equipe, o procedimento se dará através de um convite aos pacientes e familiares para participar do estudo e esclarecimento dos propósitos deste, solicitando autorização impressa por meio do CLE.

São critérios para inclusão dos sujeitos no presente estudo: os pacientes que apresentem diagnósticos descritos no agrupamento CID-10 (F20-29) que reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtorno, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Riscos e benefícios

Para diminuir possíveis constrangimentos advindos da entrevista utilizada para a coleta de dados, a pesquisadora fará contatos prévios, quantos forem necessários para que os pacientes escolhidos possam adquirir a confiança necessária para as respostas junto à pesquisadora. Os benefícios serão aumento de conhecimento sobre esse grupo de pacientes em relação à terapia medicamentosa e a busca de melhorias para minimizar possíveis crises a que estas pessoas são geralmente expostas.

A pesquisadora propõe, a qualquer momento, suspender a pesquisa, caso esta represente risco de comprometer o tratamento do paciente de transtorno mental, considerando tratar-se de grupo vulnerável.

Interrupção da entrevista.


A autora afirma que quaisquer que sejam os transtornos apresentados no momento da entrevista semi estruturada, esses serão comunicados ao profissional responsável na rede SUS e a entrevista será interrompida.

O projeto é pertinente, apresenta valor científico, a metodologia cumpre os objetivos perseguidos.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Lenice Harumi Ishitani

Coordenadora Adjunta do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 26 de setembro de 2008.