

DA PRESCRIÇÃO À ESCUTA: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO UM INSTRUMENTO CONTRA A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Dienifer Batista¹; Marcela Lages²; Sabrina Fiorelli³; Félix Miguel Nascimento Guazina⁴

RESUMO

Este estudo teve por objetivo fazer uma reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e seus desafios como a medicalização da vida. Nesse sentido, foi discorrido sobre a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) a qual fortalece práticas centradas na autonomia do usuário e o cuidado para além da medicação. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de estudo teórico, que se fará através de uma revisão bibliográfica, por meio de contribuições historiográficas a respeito deste processo. Assim, pode-se concluir que a utilização do guia GAM como dispositivo de cuidado em saúde mental, corrobora a reforma psiquiátrica, sendo fundamental e proporcionando inúmeros avanços no processo de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico para além do tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Autonomia, corresponsabilização, Estratégias substitutivas, Reforma Psiquiátrica.

Eixo Temático: Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS)

1. INTRODUÇÃO

O processo da reforma psiquiátrica surgiu no Brasil na década 1970, por meio de movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental com a luta e a denúncia de violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a amputação da dignidade pessoal. Dessa forma, começa a tensionar o modelo asilar e biomédico de cuidado, e fortalece a importância de novos modelos e propostas alternativas na atenção, cuidado e gestão na saúde pública (AMARANTE, 1995).

¹ Dienifer Alexandra da Rosa Batista – Universidade Franciscana – dienifer.batista@ufn.edu.br

² Marcela Lages dos Santos - Universidade Franciscana - marcelaslages@gmail.com

³ Sabrina Regina Fiorelli - Universidade Franciscana - fiorelli@hotmail.com

⁴ Felix Miguel Nascimento Guazina - Universidade Franciscana - guazina@gmail.com

Contudo, enfrentamos desafios no cotidiano dos serviços de saúde, os quais reproduzem a lógica biomédica de cuidado, centrado na doença, e com tratamento medicamentoso e altas taxas de diagnósticos. Colocando em segundo plano outras formas de cuidado baseadas nas relações, troca de afetos e na comunicação. Com isso, há um crescente processo de medicamentação (BEZERRA, 2007).

Ou seja, problemas os quais poderiam ser tratados em sua complexidade e singularidade, muitas vezes são classificados como doença, déficits, e transtornos, sendo assim, altamente medicados. Com esse aumento de medicalização, a participação dos usuários restringem-se a mera informações dos seus sintomas, não se escutando os múltiplos fatores não ditos relacionados ao sofrimento do sujeito.

A reforma psiquiátrica brasileira, é pautada na autonomia e cidadania do usuário, e o cuidado deve ser pensado em liberdade e nos territórios. Nesse sentido, conceito de autonomia, a qual é primordial para a formulação da estratégia GAM, é definida na pluralidade de vínculos que se pode estabelecer, de forma psicossocial e coletiva por meio da cogestão. Segundo Kinoshita (1996), quanto mais redes e vínculos uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna. Sendo assim, são conceitos que tensionam o modelo biomédico centrado na doença, se entrelaçam e se solidificam, juntos buscam construir uma prática voltada a liberdade e a dignidade humana.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de estudo teórico, que através de uma revisão bibliográfica buscaremos na literatura nacional publicações as quais abordem acerca do dispositivo de cuidado em saúde mental, o guia GAM. Articularemos referenciais com base na reforma psiquiátrica brasileira. Esta pesquisa tem método exploratória, a qual busca trazer proximidade com o tema, para torná-lo mais visível e criar possibilidades de construir hipóteses (GIL, 2016). “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.” (GIL, 2016, p.45)

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A reforma psiquiátrica brasileira e seus desafios

Desde o surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil em 1970, o cenário vem mudando. Os mais de mil Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foram modificando de forma consistente a estrutura de assistência à saúde mental brasileira. Esta rede é composta por equipamentos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes (BEZERRA, 2007).

As redes de cuidado em saúde mental brasileira, vem sendo orientadas pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, os quais são a universalidade, integralidade e equidade. Juntamente com a proposta de desinstitucionalização -o qual alcance vão para além da prática de saúde concreta, atingindo questões de imaginário social e também diz respeito a compreensão de loucura socialmente compreendidas (BEZERRA, 2007).

Devemos ficar atentos para não reduzir a reforma psiquiátrica à apenas reformas de serviços. Precisamos ter em mente que falamos de uma ruptura paradigmática. Ou seja, mesmo que criemos inúmeros CAPS, é preciso estarmos ciente ao tipo de trabalho desenvolvido nesses lugares. É necessário tensionar essa ruptura paradigmática, sobre a discussão da medicalização, sendo a ideia da reforma ampla e complexa. Assim, é possível criar práticas inventivas e inovadoras, mas se não estivermos atentos, também podemos ampliar o processo de medicalização/psiquiatrização da vida. A estratégia da reforma psiquiátrica deve ser inventar mais vida do que doenças, ou seja, desmedicalizar, despsiquiatizar e despsicologizar (AMARANTE, 1995).

Percebe-se que houve sucesso no movimento de reforma psiquiátrica, pelo fato de que poucas pessoas resistem abertamente ao ideário antimanicomial. O país mostra estar de acordo com as diretrizes gerais do movimento transformador da assistência. As críticas dizem respeito às reivindicações no que mostram ser insuficiente e inconsistente do novo modelo assistencial (BEZERRA, 2007).

Contudo, as resistências às propostas reformistas aparecem indiretamente,

como por exemplo na hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, aparece também na ênfase a tratamentos biológicos como único eficaz no cuidado à saúde. Além disso, é percebido uma importação acrítica da medicina baseada em evidência para a psiquiatria, existe um abuso da utilização da nosografia descritiva dos DSMs, dessa forma, diminuindo a atenção às dimensões psicodinâmicas e psicossocial das psicopatologias (BEZERRA, 2007).

3.2 A medicalização da vida

Podemos perceber essa alta taxa de prescrição medicamentosa por meio das notificações de vendas de medicamentos, o Rio Grande do Sul, a classe de antidepressivos e estabilizadores de humor cresceu em 10%, enquanto no Brasil, cresceu em 17% no ano de 2019 a 2021. O farmacêutico Wellington Barros (2021) consultor do ad hoc do Conselho Federal de Farmácia explica que vivemos em uma sociedade culturalmente marcada pela tendência à utilização de medicações. Ou seja, existe um comportamento das pessoas do ocidente, o qual recorrem frequentemente ao uso de medicações. Esse uso exacerbado pode ser decorrência da tentativa de sanar algum tipo de sofrimento produzido socialmente, como se tudo resumisse a um problema de saúde (GOMES, 2021).

Com isso percebemos algo grave, que é a medicalização da subjetividade humana. Ou seja, existe uma apropriação pelo campo médico sobre questões que anteriormente eram de outra ordem, como social, existencial e jurídica. Hoje encontramos mais de 300 categorias de diagnósticos no DSM-V, e este número tende a aumentar. Com a apropriação do saber médico a respeito de questões de outras ordens, a psiquiatria biologizante estabelece um discurso único, assim, existe uma relação de poder onde o médico é detentor da verdade a respeito do sujeito, desconsiderando que o usuário tenha muito a dizer sobre si mesmo (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015),

Com a crescente categorias de diagnósticos no DSM, temos conseqüentemente alta taxa de medicações para esses sintomas. Inúmeras críticas

são feitas a respeito desse manual, como por exemplo, o em relação ao diagnóstico Transtorno Depressivo Misto de ansiedade. Os seus sintomas são inespecíficos e batem com comportamentos altamente observados na população geral, assim, será um dos transtornos mentais mais comuns. Dessa forma, sua rápida ascensão poderá ser completamente assistida pelo *marketing* farmacêutico (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Existe também os "Vícios Comportamentais" esta categoria seria incluída no novo manual, junto com a categoria de vícios em substâncias. Nesse sentido, dando abertura para uma variedade de diagnósticos tolos, como vícios em compras, trabalho, videogames e etc. Esta categoria mostra claramente uma medicalização de escolhas da vida, podendo ser uma desculpa pronta para a desresponsabilização do sujeito (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Paulo Amarante (1996) comenta também que existe uma complexidade na atenção primária, a qual corresponde lidar com a comunidade, com as redes sociais e os atores sociais. Sendo assim, muito mais complexo pois demanda mais jogo de cintura, mais escuta e acolhimento que o nível terciário relacionado ao hospital psiquiátrico. Sendo este altamente medicamentoso, existindo contenções ao leito, salas fechadas, e assim, nenhuma escuta, tão pouco autonomia. Assim, os dados de venda de medicamentos no Brasil parecem apontar para um acontecimento de âmbito mundial: de medicalização do sofrimento.

As consequências destes crescentes diagnósticos são graves, pois, para o sujeito implicam tratamentos desnecessários com medicamentos que não necessariamente tenham eficácia comprovada. Além de produzir estigma, diminuição da responsabilidade própria de forma que os problemas da vida cotidiana serão medicalizados e classificados como transtornos mentais para melhor adaptar o homem à sociedade. Dessa forma, as novas categorias diagnósticas do DSM – V são parte do processo de medicalização da existência, em que aspectos da vida do sujeito podem ser consideradas transtornos (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Na prática, percebemos a volta de explicações organicistas que buscam justificar o mal-estar do sujeito na sociedade. Essas justificativas estão apoiadas em parâmetros pseudo científicos a qual buscam medicar a vida e anular a angústia,

vendendo a garantia de um bem estar (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

3.3 O que é a gestão autônoma da medicação – gam?

O início do desenvolvimento da gestão autônoma da medicação foi no Canadá, na cidade de Québec em 1993. No contexto desta época, a forma de utilizar os medicamentos no tratamento em saúde mental era pouco debatida. Assim, foi uma iniciativa de grupos de usuários os quais possuíam diagnósticos de transtornos mentais para ajudar outros usuários que vivenciavam também essa situação. A partir desses grupos, começou a se afirmar que existem diferentes significados que a medicação poderia assumir a cada usuário. A GAM foi construída por um processo coletivo participativo por meio de grupos e debates entre profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde, usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários (CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI 2014).

A ferramenta criada pela estratégia Gestão Autônoma da medicação é o guia GAM, o qual foi criado em 2001, por meio do encontro entre pesquisadores da Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (ÉRASME), integrantes da Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde mental do Québec (AGIDD-SMQ) e da Associação de recursos Alternativos em Saúde Mental do Québec (RRASMQ) (GONÇALVES; MARTINS; CAMPOS, 2017).

Este guia é um instrumento que reconhece que o usuário deve ter consentimento livre e esclarecido para a utilização da medicação, que as decisões a respeito do tratamento devem ser compartilhadas entre profissionais e usuários. Dessa forma, o guia disponibiliza, para os usuários informações sobre as medicações, como seus efeitos colaterais, doses, terapêuticas etc. Seu conteúdo é dividido em passos, para facilitar a leitura individual e grupal, o guia também traz informações sobre o direito dos usuários. Além disso, traz questões que norteiam o leitor a refletir sobre sua própria vida, para perceber aspectos suscetíveis que podem ser melhorados (GONÇALVES; MARTINS; CAMPOS, 2017).

Assim, o guia GAM é considerado uma ferramenta prática e útil, que oferece além de informações técnicas, perguntas amplas e abertas, para a partir dessas reflexões é possível discutir aspectos subjetivos da vida de cada integrante do grupo.

Nesse sentido, A GAM é uma estratégia que deve ser realizada de forma coletiva, grupal, de maneira dialogada e compartilhada (CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI 2014).

A partir dessa maneira coletiva de intervenção, objetiva espaços de expressão e decisão sobre o tratamento e a qualidade de vida, assim, tornando o usuário ativo e não mais passivo em relação ao seu tratamento. A GAM estimula usuários a serem protagonistas e corresponsáveis no processo de gestão medicamentosa, os saberes dos usuários, desejos, opiniões ganham credibilidade e igualdade de importância ao saber médico. Revela-se uma aposta na atenção em saúde mental o qual reconhece que o tratamento só pode ter êxito a partir da inclusão do usuário sobre as decisões terapêuticas as quais devem ser realizadas (GONÇALVES; MARTINS; CAMPOS, 2017).

4. CONCLUSÃO

Com isso, concluímos que é necessário continuarmos refletindo sobre as práticas do cuidado em saúde mental, principalmente em relação a valorização da experiência do usuário em seu tratamento. É necessário também sermos críticos durante nossa prática para rompermos paradigmas e não reproduzir -em liberdade- ideias hospitalocêntricas e restritivas.

Ou seja, dentro da reforma psiquiátrica, é preciso que as principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa. Pois percebemos na prática explicações ainda organicistas para justificar o mal estar do sujeito. Essa busca de anulação da angústia, a venda da garantia de um bem-estar deve ser fortemente questionada.

A partir destas reflexões, percebemos a gestão autônoma da medicação, através do guia GAM, como um dispositivo que corrobora a reforma psiquiátrica, dando subsídios concretos para uma atuação mais emancipatória e libertária.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BEZARRA JR, Benilton. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 243-250, 2007.

CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice et al. **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª edição. 7ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2016. Cap. 10, p. 110-116.

GOMES, Karol. **Vendas de medicamentos para depressão aumentam em 13% este ano**. CRF-PB- Saúde pública. 2021. Disponível em: <https://www.crfpb.org.br/2021/08/02/vendas-de-medicamentos-para-depressao-aumentaram-13-este-ano/>

GONÇALVES, Laura; CAMPOS, Rosana. **Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação**. Cadernos de Saúde Pública, Nov 2017.

KINOSHITA, Roberto. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. Em Pitta A (Ed.), Reabilitação psicossocial no Brasil (p. 55-59). São Paulo: Hucitec. 1996.

RESENDE, Marina; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. **O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência**. Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2021. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>.

**EDUCAÇÃO, SAÚDE
E TECNOLOGIA**

26 A 28 DE OUTUBRO DE 2021

XXV SEPE
Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão

EDIÇÃO VIRTUAL

ISSN: 2316-9745
TRABALHO COMPLETO

UFN
Universidade Franciscana