



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE ENFERMAGEM (FEN)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGENF)**

EURIDES SANTOS PINHO

**Gestão Autônoma da Medicação para promoção do
cuidado seguro em Atenção Psicossocial**

**GOIÂNIA
2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Eurides Santos Pinho

3. Título do trabalho

Gestão Autônoma da Medicação para promoção do cuidado seguro em Atenção Psicossocial

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Professor do Magistério Superior**, em 06/06/2023, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eurides Santos Pinho, Discente**, em 06/06/2023, às 19:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_org_ao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3761584** e o código CRC **BDE8A5C6**.

EURIDES SANTOS PINHO

**Gestão Autônoma da Medicação para promoção do
cuidado seguro em Atenção Psicossocial**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Coorientadora: Nathália dos Santos Silva.

GOIÂNIA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA Sibi/UFG

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Pinho, Eurides Santos
Gestão Autônoma da Medicação para promoção do cuidado seguro em
Atenção Psicossocial [manuscrito] / Eurides Santos Pinho. - 2023.
157 f.

Orientador: Prof. Ana Lúcia Queiroz Bezerra; co-orientador
Nathália dos Santos Silva.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2023.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Autonomia pessoal. 2. Centros Comunitários de Saúde
Mental. 3. Saúde Mental. 4. Segurança do Paciente. 5. Participação do
Paciente. I. Bezerra, Ana Lúcia Queiroz , orient. II. Título.

CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA NÚMERO 12 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE EURIDES SANTOS PINHO. Aos seis dias do mês de junho de dois mil e vinte e três (06/06/2023), às 09h00min, reuniram-se, no auditório da FEN/FANUT, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dr^ª. **Ana Lúcia Queiroz Bezerra** (Orientadora - PPGENF/FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Elizabeth Esperidião Cardozo** (FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Fernanda Costa Nunes** (IPTSP/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Camila Cardoso Caixeta** (PPGENF/FEN/UFG) e Prof^ª. Dr^ª. **Girliani Silva de Sousa** (UNIFESP), que participou por videoconferência, sob a presidência da primeira, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: **“Gestão autônoma da medicação para promoção do cuidado seguro em atenção psicossocial”**, de autoria de **Eurides Santos Pinho**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dr^ª. **Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi:

APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTORA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

A comissão examinadora teceu as seguintes considerações sobre todas as etapas do estudo. Todas as sugestões foram acolhidas e não houve sugestão para alterar o título.

Proclamados os resultados pela Profª Drª **Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Professor do Magistério Superior**, em 06/06/2023, às 12:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Cardoso Caixeta, Professora do Magistério Superior**, em 06/06/2023, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **GIRLIANI SILVA DE SOUSA, Usuário Externo**, em 06/06/2023, às 14:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elizabeth esperidião Cardozo, Usuário Externo**, em 06/06/2023, às 15:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Costa Nunes, Professora do Magistério Superior**, em 06/06/2023, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_org_ao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3760671** e o código CRC **F6848FB7**.

DEDICATÓRIA

Dedico à minha mãe Aparecida de Fátima dos Santos, que me ensinou a ser forte, determinada e resiliente, além de me fazer acreditar que tudo é possível, só exige coragem e dedicação. Ao meu pai que ensina com seu exemplo de pessoa honesta e generosa.

AGRADECIMENTOS

O processo de doutoramento foi desafiador e de muito aprendizado. Foi possível porque não estive sozinha. Por isso, tenho imensa gratidão:

Ao Criador de tudo que há, Deus, por estar à frente de todos os projetos da minha vida, por se fazer presente nos momentos de solidão da escrita.

Aos meus irmãos Alvinho Ferreira de Pinho Júnior e Clediane dos Santos Pereira por incentivos diários, pelo amor e pela paciência. Às minhas sobrinhas Elisa Garcia Pinho e Júlia dos Santos Galhardo que me motivam a ser melhor como pessoa e profissional. Gratidão, meus amores, por compreenderem minha ausência.

À minha avó Maria Odete de Souza Pinho (in memoriam) por ter me acolhido em sua casa e ter estimulado a trilhar o caminho do estudo. À minha família, tias e primos, que acolhem minhas angústias e festejam minhas alegrias.

Aos meus amigos, são muitos, por me acolherem, me ouvirem e me impulsionarem a não desistir. Destaco a amiga Ângela Gilda Alves que me motivou a ingressar no doutorado e me incentivou continuamente.

À professora Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, por me orientar e acompanhar neste processo e me dar o direcionamento necessário.

À Professora Dra. Nathália dos Santos Silva, co-orientadora desta pesquisa, por ter me guiado pelos caminhos e me apoiado em todas as fases deste trabalho. Gratidão pela amizade e por acreditar na minha capacidade quando me faltou esta convicção.

À equipe que me auxiliou nesta pesquisa, Nathalia Martins de Moraes, Amanda Agapito Rezende, José Henrique Barbosa de Souza, Matheus Pessoa Costa Cintra, Giovanna Cintra da Costa Pessoa, Lucilene Santana Fernandes de Paula e Giulia Chalub Santoro, em especial a Giulia, pelo apoio e parceria do início ao fim.

Às professoras Fernanda Costa Nunes, Girliani Souza Silva, Camila Cardoso Caixeta, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Elizabeth Esperidião, Douglas José Nogueira, Paula Cândida da Silva Dias e Karina Machado Siqueira, por aceitarem contribuir com este trabalho no exame de qualificação e na defesa pública.

Aos docentes e servidores que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pois no contexto de ensino remoto foram fundamentais para a logística das atividades acadêmicas.

Ao meu amigo, parceiro de publicações e colega de doutorado, Johnatan Martins Sousa, pelas trocas de experiências e pelo compartilhamento de conquistas e angústias.

Aos colegas e profissionais da rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia por aceitarem participar da pesquisa, pelo incentivo, apoio e preocupação em diversos momentos desta jornada.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Carolina Fioravante Sartori, coordenadora de Saúde Mental de Aparecida de Goiânia, pela anuência concedida para realização da pesquisa, bem como o apoio, a compreensão e a acessibilidade em diversas etapas do processo.

Aos colegas, membros dos grupos de pesquisa (RECUID - Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental - Refletir para Cuidar; NIPESME – Observatório de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental e GERHSEn- Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem), por me acolherem como membro e apoiarem na realização da pesquisa, da escrita e, com certeza, das publicações que virão.

Destaco a contribuição de duas pessoas que me trouxeram ar quando faltava fôlego, Raquel Rosa Mendonça do Vale e Adrielle Cristina da Silva Souza. Gratidão por fazerem parte da minha vida. Enfim, gratidão aos usuários dos serviços de saúde mental, vocês são minha maior inspiração e motivação para o trabalho que desempenho e os estudos aos quais me dedico.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
LISTA DE ABREVIATURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS	27
2.1-Objetivo Geral	27
2.2-Objetivos Específicos	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 Cuidado Seguro e Saúde Mental	28
3.2 Envolvimento do usuário para o Cuidado Seguro	37
3.3 Gestão Autônoma da Medicação	37
4. PERCURSO METODOLÓGICO	46
4.1 Tipo de Estudo	46
4.2 Aspectos gerais da pesquisa qualitativa	46
4.3 A metodologia da pesquisa-intervenção	48
4.4 Local do Estudo	50
4.5 Participantes do estudo	52
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados	54
4.6.1 Aproximação com o campo de pesquisa	54
4.6.2 Etapas da Coleta de Dados	56
4.7 Análise de dados	62
4.8 Procedimentos ético-legais	67
5. RESULTADOS	68
5.1 Caracterização dos participantes	68
5.2 Categorização dos resultados	70
6. DISCUSSÃO	71
6.1 Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa	71
6.2 Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental	93
6.3 Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro	112
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Relação dos profissionais convidados e dos que consentiram na participação da pesquisa, segundo as categorias profissionais. Aparecida de Goiânia, Goiás. 2022.
- Quadro 2** Descrição do planejamento metodológico da oficina como processo educativo e estratégia de coleta de dados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Quadro 3** Representação de temas de análise e da categoria central “Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa”. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Quadro 4** Representação de temas de análise e da categoria central “Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental”. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Quadro 5** Representação de temas de análise e da categoria central “Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro”. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Figura 1** Representação das etapas de coleta de dados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Figura 2** Representação das etapas de coleta de dados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.
- Figura 3** Representação do conteúdo analisado com a identificação de núcleos de sentido, temas e categorias.
- Figura 4** Procedimentos para análise qualitativa com a utilização do software ATLAS.ti 6.2 para a organização dos dados.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AGIDD-	Associação dos Grupos de Atendimento em Defesa dos Direitos em
SMQ	Saúde Mental do Quebec
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CAPS ad i	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas infanto-juvenil
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CREAS	Centro de Referência de Assistência Social
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RECUID	Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental, Refletir para Cuidar
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) viabiliza a cogestão do tratamento medicamentoso pelos usuários dos serviços de saúde mental e influencia na qualidade e cuidado seguro. Na Atenção Psicossocial a prescrição de psicofármacos é uma ação de cuidado que tem foco no biológico, nas alterações bioquímicas das doenças psiquiátricas sem considerar o contexto biopsicossocial dos usuários. O consumo de psicofármacos por vezes desconsidera a participação do usuário na condução do próprio tratamento. Há evidências de melhorias no contexto da atenção psicossocial mediante o investimento na cogestão da terapia medicamentosa com envolvimento do usuário nos processos decisórios. **OBJETIVO:** Analisar, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde mental, as práticas da Gestão Autônoma da Medicação para promoção do envolvimento do usuário no cuidado seguro, na atenção psicossocial. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, conduzida em quatro Centros de Atenção Psicossocial de um município da região Centro-Oeste do Brasil, na qual contou com a participação de 56 profissionais das equipes de saúde. Os dados foram coletados em duas etapas, sendo a primeira entre os meses de maio e junho de 2021, por meio de questionário e entrevista semiestruturada, e a segunda no mês de agosto de 2022, a partir da oferta de um processo formativo sobre a gestão autônoma de medicação, associado à perspectiva de promover o envolvimento do usuário no cuidado seguro. Os dados emergentes foram organizados com auxílio do *software* ATLAS.ti.6.0 e submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática. **RESULTADOS:** A GAM é um processo educativo que engloba usuários e profissionais. Os resultados desta pesquisa foram sintetizados em três categorias: Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa; Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental; Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro. Foi evidenciado que a percepção dos profissionais diante da demanda de envolver o usuário na decisão da terapêutica medicamentosa transita entre visões alicerçadas na hegemonia do modelo biomédico, que reforça a adesão ao uso de psicofármacos, entre os desafios e ações existentes para o envolvimento do usuário e os ideais reformistas pautados no modelo de atenção psicossocial. Como ações e desafios para promover a cogestão foram percebidos como intervenientes à medicação sem danos e cuidado seguro, o uso indiscriminado e inadequado de psicotrópicos e o acesso a informações sobre os medicamentos. A Gestão Autônoma da Medicação foi apontada pelos profissionais com potencial de proporcionar cuidado seguro, diante das possibilidades de realizar abordagens psicoeducativas sobre os psicofármacos, valorizar a participação de familiares/cuidadores e superar os entraves para o envolvimento dos usuários na cogestão da medicação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A GAM está alicerçada no modelo de atenção psicossocial, fomenta o desenvolvimento de ações que promovam a cogestão por meio do envolvimento do usuário em seu tratamento e, conseqüentemente, proporciona a reflexão quanto à sua autonomia e protagonismo diante da terapêutica medicamentosa para alcance do cuidado seguro, no contexto da atenção psicossocial e, mais amplamente, na saúde mental.

Palavras-chave: Autonomia pessoal; Centros Comunitários de Saúde Mental; Saúde Mental; Segurança do Paciente; Participação do Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Autonomous Medication Management (GAM) enables the co-management of drug treatment by users of mental health services and influences quality and safe care. In Psychosocial Care, the prescription of psychotropic drugs is a care action that focuses on the biological, on the biochemical alterations of psychiatric illnesses without considering the biopsychosocial context of the users. The consumption of psychotropic drugs sometimes disregards the user's participation in conducting the treatment itself. There is evidence of improvements in the context of psychosocial care through investment in the co-management of drug therapy with user involvement in decision-making processes. **OBJECTIVE:** To analyze, from the perspective of mental health team professionals, the practices of Autonomous Medication Management to promote user involvement in safe care, in psychosocial care. **METHOD:** This is an intervention-research with a qualitative approach, conducted in four Psychosocial Care Centers in a municipality in the central west region of Brazil, which had the participation of 56 professionals from the teams and health. Data were collected in two stages, the first between May and June 2021 through a questionnaire and semi-structured interview, and the second in August 2022 from the offer of a training process on the autonomous management of medication associated with the perspective of promoting user involvement in safe care. The emerging data were organized using the ATLAS.ti.6.0 software and submitted to content analysis, thematic modality. **RESULTS:** The GAM is an educational process that encompasses users and professionals. The results of this research were summarized in three categories: Perceptions of professionals about the co-management of drug therapy; Harmless medication in the context of mental health care; Autonomous Medication Management: perspectives for safe care. It was evidenced that the professionals' perception of the demand to involve the user in the decision of drug therapy transits between views based on the hegemony of the biomedical model, which reinforces adherence to the use of psychotropic drugs, between the challenges and existing actions for user involvement and the reformist ideals based on the model of psychosocial care. As actions and challenges to promote co-management, the indiscriminate and inappropriate use of psychotropic drugs and access to information about medications were perceived as intervening in harmless medication and safe care. Autonomous Medication Management was pointed out by professionals with the potential to provide safe care, given the possibilities of carrying out psychoeducational approaches on psychotropic drugs, valuing the participation of family members/caregivers and overcoming obstacles to the involvement of users in medication co-management. **FINAL CONSIDERATIONS:** The GAM is based on the psychosocial care model, encourages the development of actions that promote co-management through the user's involvement in their treatment and, consequently, provides reflection on their autonomy and protagonism in the face of drug therapy to achieve safe care, in the context of psychosocial care and, more broadly, in mental health.

Keywords: Personal autonomy; Community Mental Health Centers; Mental health; Patient safety; Patient Participation.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Gestión Autónoma de Medicamentos (GAM) posibilita la cogestión del tratamiento de drogas por parte de los usuarios de los servicios de salud mental e influye en la calidad y seguridad de la atención. En la Atención Psicosocial, la prescripción de psicofármacos es una acción asistencial que se centra en lo biológico, en las alteraciones bioquímicas de las enfermedades psiquiátricas sin considerar el contexto biopsicosocial de los usuarios. El consumo de psicofármacos en ocasiones prescinde de la participación del usuario en la realización del propio tratamiento. Hay evidencia de mejoras en el contexto de la atención psicosocial a través de la inversión en cogestión. **OBJETIVO:** Analizar, en la perspectiva de los profesionales del equipo de salud mental, las prácticas de Gestión Autónoma de Medicamentos para promover la participación del usuario en la atención segura, en la atención psicosocial. **METODOLOGÍA:** Se trata de una investigación-intervención con abordaje cualitativo, realizada en cuatro Centros de Atención Psicosocial de un municipio de la región centro-oeste de Brasil, que contó con la participación de 56 profesionales de los equipos de salud. Los datos fueron recolectados en dos etapas, la primera entre mayo y junio de 2021 a través de un cuestionario y entrevista semiestructurada, y la segunda en agosto de 2022 a partir de la oferta de un proceso de capacitación sobre el manejo autónomo de medicamentos asociado a la perspectiva de promover la participación del usuario en cuidado seguro. Los datos emergentes fueron organizados utilizando el software ATLAS.ti.6.0 y sometidos a análisis de contenido, modalidad temática. **RESULTADOS:** GAM es un proceso educativo que engloba a usuarios y profesionales. Los resultados de esta investigación se resumieron en tres categorías: Percepciones de los profesionales sobre la cogestión de la farmacoterapia; Medicamentos inofensivos en el contexto de la atención de la salud mental; Gestión Autónoma de Medicamentos: perspectivas para una atención segura. Se evidenció que la percepción de los profesionales sobre la demanda de involucrar al usuario en la decisión de la farmacoterapia transita entre visiones basadas en la hegemonía del modelo biomédico, que refuerza la adhesión al uso de psicofármacos, entre los desafíos y acciones existentes para la participación de los usuarios y los ideales reformistas basados en el modelo de atención psicosocial. Como acciones y desafíos para promover la cogestión, el uso indiscriminado e inapropiado de psicofármacos y el acceso a la información sobre medicamentos fueron percibidos como intervinientes en la inocuidad de los medicamentos y la atención segura. La Gestión Autónoma de Medicamentos fue señalada por profesionales con potencial para brindar un cuidado seguro, dadas las posibilidades de realizar abordajes psicoeducativos sobre psicofármacos, valorando la participación de los familiares/cuidadores y superando los obstáculos para la participación de los usuarios en la cogestión de medicamentos. **CONSIDERACIONES FINALES:** El GAM se basa en el modelo de atención psicosocial, incentiva el desarrollo de acciones que promuevan la cogestión a través del involucramiento del usuario en su tratamiento y, en consecuencia, propicia la reflexión sobre su autonomía y rol frente a la farmacoterapia para lograr una atención segura, en el contexto de la atención psicosocial y, más ampliamente, en la salud mental.

Palabras llave: Autonomía personal; Centros Comunitarios de Salud Mental; Salud mental; Seguridad del paciente; Participación del Paciente.

APRESENTAÇÃO

Ao concluir a graduação em enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, em 2009, me direcionei para a docência, em uma instituição privada, como primeira oportunidade de trabalho. Me vi em uma sala de aula com o desafio de ensinar enquanto ansiava por aprender mais, me encontrei em cada aula, a cada planejamento, a cada oportunidade de aprender a aprender e a ensinar. Assim, a docência me permitiu acreditar que a mudança de uma realidade nasce a partir da sensibilização de cada pessoa que se dispõe a aprender e que ensinar é um espelho que reflete a aprendizagem.

Nesse caminho encontrei uma enfermeira, fonte inspiradora da saúde mental, que na oportunidade me ofereceu trabalho em um hospital psiquiátrico com a incumbência de intervir em aspectos de controle de infecção. Vale pontuar que neste contexto a área da biossegurança e controle de infecção me motivaram na promoção do cuidado seguro, ainda que os conceitos de segurança do paciente não fossem amplamente divulgados e conhecidos por mim.

No hospital psiquiátrico, percebi que a insanidade estava escondida, abandonada e ignorada. Presa por muros altos e contida por medicamentos. Este desconforto impulsionou o planejamento e a execução de ações de cuidados que minimamente ofereciam mais dignidade às pessoas que lá estavam internadas.

No anseio em compreender o campo da psiquiatria em que atuava, em 2013 iniciei a especialização em Saúde Mental, e compreendi que a psiquiatria era uma ramificação na imensidão de possibilidades que a saúde mental aos moldes do modelo de atenção psicossocial nos apresenta. O curso me trouxe conhecimentos e inquietações, em uma brilhante aula sobre Clínica Ampliada e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), comecei a repensar meu posicionamento como enfermeira em um hospital psiquiátrico. O conhecimento produziu em mim inquietude quanto aos desafios relatados por colegas que já vivenciavam a RAPS. Instigada a buscar novos aprendizados, fiquei sensibilizada para iniciar o mestrado, assim o projeto de pesquisa começou a se desenvolver.

Simultaneamente, buscava a minha inserção em serviço público e fui aprovada em um concurso da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, sendo lotada no CAPS adulto do tipo II que estava em transição para o tipo

III. Com o desafio de buscar mais conhecimento e compreender as nuances do trabalho no CAPS, ingressei no Mestrado Profissional pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva em 2013. Juntas, eu e minha orientadora naquele momento, questionamos quais aspectos influenciam na desarticulação da RAPS, e decidimos pesquisar os processos de trabalho dos profissionais do CAPS. Neste ínterim, ingressei no RECID Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental - Refletir para Cuidar, da Universidade Federal de Goiás (UFG), um grupo que antes de tudo é um meio de colaboração e acolhimento. Nesse espaço conheci outras referências, agora para além da enfermagem, e produzimos juntos muito trabalho e conhecimento, participei de diversas pesquisas como assistente e colaboradora nas produções científicas.

No mestrado, pesquisamos sobre os processos de trabalho em um CAPS do tipo III, por meio de uma pesquisa intervencionista orientada pela metodologia problematizadora do Arco de Maguerez e a utilização da tecnologia grupal. Esta pesquisa teve o objetivo de promover um espaço de discussão de práticas e saberes dos processos de trabalho do CAPS e produzir mudanças para a melhoria do serviço. Esse processo resultou em novos conhecimentos, novas inquietações e novas perspectivas de estudo. Antes de pensar no doutoramento, fiz uma especialização em Coordenação de Grupos e Gestão de Equipes. Essa formação contribuiu para a reflexão sobre o projeto de pesquisa para o doutorado, pois despertou para a potencialidade das produções em grupos para o ensino e a pesquisa.

Em 2020, juntamente com minha orientadora e co-orientadora, elaboramos um projeto com foco em uma pesquisa de intervenção, por meio da realização de um processo formativo que pudesse fomentar o envolvimento dos usuários de serviços da atenção psicossocial na decisão da terapia medicamentosa. O método da pesquisa-intervenção foi escolhido pela confiança de que toda pesquisa provoca mudanças, e que a pesquisa com a intervenção pode provocar e qualificar a mudança. A presente pesquisa resultou na tese de doutorado intitulada “Gestão Autônoma da Medicação para promoção do cuidado seguro em atenção psicossocial”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, tendo como área de concentração: “A enfermagem no cuidado à saúde humana” e linha de pesquisa: “Gestão em Saúde e em Enfermagem”.

Esta proposta de pesquisa está alicerçada nas inquietudes vivenciadas no contexto do hospital psiquiátrico com foco no modelo biomédico, passando pelas percepções de posicionamentos e atitudes manicomiais em serviços substitutivos de saúde mental (CAPS), pelas observações de um cuidado prescritivo com pouca valorização das experiências dos usuários, pelas evidências de danos relacionados ao uso de psicofármacos e pelas escassas discussões sobre o cuidado seguro e fomento da cogestão por meio do envolvimento dos usuários na decisão de seu tratamento. Chegando à concepção de que a produção de conhecimento por meio de processos formativos sensibiliza os envolvidos à reflexão e mudança de atitudes. Com olhar voltado às ferramentas disponíveis e utilizadas no modelo de atenção psicossocial, a GAM se apresentou com potencialidade para promoção do cuidado seguro.

Outro motivador desta pesquisa foi o desejo em aprender e intervir na realidade que produz desconfortos. Com isso, destaco que a saúde mental e o ensino são vertentes relacionadas às áreas de atuação que ocupo e que fazem pulsar em mim o interesse em realizar investigações a fim de compreender e refletir quanto às mudanças possíveis.

Com o intuito de avançar profissionalmente e me tornar pesquisadora, iniciei o doutorado, motivada pelos desafios vivenciados nos serviços de saúde mental (CAPS), mobilizada pelas provocações e proposições da minha orientadora e co-orientadora, mas também sob influência de uma pesquisa de doutorado com a temática “Segurança do paciente e saúde mental”, desenvolvida no mesmo cenário na qual atuei como auxiliar de pesquisa. Com isso, acreditando na necessidade de produzir conhecimento que qualifique o cuidado em saúde mental conforme o modelo de atenção psicossocial, desenhou-se este estudo.

Esta pesquisa é relevante para o contexto nacional e internacional, visto que se ocupa de discutir um tema atual na perspectiva do cuidado seguro e da medicação sem danos, e relevante no campo da saúde coletiva que presencia um aumento significativo de adoecimento mental e com isso a necessidade de fortalecer estratégias na perspectiva do *recovery* no contexto da saúde mental.

Atentas aos expostos, a estrutura textual da tese foi organizada conforme as fases de um trabalho científico. A introdução segue com a apresentação do tema, fundamentação científica da relevância da proposta, além da descrição das

justificativas. As contribuições da literatura foram alocadas em três eixos temáticos que compõem o referencial teórico: Cuidado seguro e saúde mental; Envolvimento do usuário para o Cuidado Seguro e Gestão Autônoma da Medicação.

O percurso metodológico com a descrição de uma revisão teórica que embasou a escolha do método e dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, seguido pela apresentação detalhada das etapas metodológicas em todo o processo.

Os resultados e discussões seguem como capítulos em resposta aos objetivos da pesquisa, por meio da caracterização dos participantes e descrição das três categorias que emergiram da análise: Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa; Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental; Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro.

Por fim, as considerações finais, que expõem as contribuições do estudo para a qualificação do cuidado seguro em saúde mental na perspectiva da terapêutica medicamentosa.

1. INTRODUÇÃO

A lógica do modelo de atenção psicossocial, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), preconiza que os usuários dos serviços de saúde mental participem da definição do seu projeto terapêutico singular. Assim, uma das vertentes norteadoras da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é a promoção da autonomia e do protagonismo dos usuários de serviços de saúde mental (BRASIL, 2001; BRAGA; FARINHA, 2018).

A RPB como política de Estado, tem como diretrizes fundamentais o cuidado em liberdade e a promoção do protagonismo sociocultural e político, corresponsabilização no cuidado, autonomia e reinserção social das pessoas em sofrimento mental (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015; PITTA; GULJOR, 2019). A construção coletiva do protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir como espaços de existência: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente, ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político. Assim, requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político (TORRE; AMARANTE, 2001). O protagonismo é revelado em diversas nuances e sentidos, especialmente para um público que historicamente foi marginalizado e privado do direito de protagonizar sua vida.

Nesse sentido, e também para explicar o termo "usuário" descrito várias vezes neste texto, temos que os termos "usuário" e "paciente" remetem a relações interpessoais dentro dos serviços de saúde. Usuários de serviços de saúde mental afirmaram que o termo "paciente" está mais relacionado às pessoas que frequentam hospitais e ambulatórios, enquanto "usuário" se refere às pessoas inseridas em modelos substitutivos de saúde mental. Assim, sair do contexto hospitalar ou ambulatorial e ir para serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representa um aumento significativo da liberdade e a possibilidade de assumir uma postura mais ativa diante da própria vida (CHASSOT; SILVA, 2018). Compreende-se que a nomenclatura influencia no fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, bem como no quanto os usuários se sentem envolvidos em seus processos terapêuticos.

A participação ativa dos usuários em seus processos terapêuticos é entendida como imprescindível para atender os princípios da PNSM, mas também é importante para a qualidade da assistência e promoção da segurança do paciente. Silva *et al.* (2016) ressaltam que a pessoa sob cuidados de saúde é a última barreira para evitar a ocorrência de incidentes. No entanto, essa perspectiva ainda é incipiente na rotina dos serviços de saúde mental. Os guias de segurança do paciente não englobam diretamente as situações e cenas neste contexto, fato que dificulta a implementação de ações para o cuidado seguro em saúde mental. Há muito a avançar para o desenvolvimento de ações que promovam a segurança e o envolvimento dos usuários em seus processos terapêuticos.

A qualidade do cuidado depende diretamente das condições para uma assistência segura. Assim, a temática segurança do paciente tem sido amplamente discutida nos diferentes espaços de cuidado por profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários dos serviços de saúde com a finalidade de garantir uma assistência segura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Segurança do Paciente como ações de saúde promovidas para reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (WHO, 2009).

Dada a relevância da participação dos usuários na constituição de espaços seguros de cuidado em saúde, a OMS instituiu o programa "Pacientes para a Segurança do Paciente", liderado por indivíduos que sofreram danos devido a cuidados de saúde ou por seus familiares. O intuito desta estratégia visa promover maior envolvimento nas ações de cuidado, por meio da capacitação de usuários e familiares, com ações que envolvem a partilha de suas experiências pessoais para advogar por mudanças em seus contextos, de modo a melhorar a segurança e incentivar que os usuários sejam colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros plenos da assistência (WHO, 2004; WHO, 2009; WHO, 2021).

Muitos desafios existem no campo da saúde mental brasileira para que o cuidado seguro seja efetivamente oferecido. Tais desafios incluem a alta demanda de cuidados em saúde mental, o baixo investimento na ampliação da RAPS, o que dificulta o acolhimento e o atendimento com qualidade, as limitações na estrutura dos serviços para oferecer diversas práticas de cuidado psicossocial, o desafio de articular a assistência com dispositivos da RAPS e da rede intersetorial, além do desmonte na Política Nacional de Saúde Mental, com a inclusão de serviços com modelo

hospitalocêntrico como dispositivo da RAPS e demais propostas que não se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica (PITTA; GULJOR, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; HO, 2022).

Outras práticas de cuidado psicossocial deixam de ser realizadas com o crescente movimento de medicalização, que não se restringe ao contexto psíquico e alcança nuances de origem socioeconômica, afetiva e interpessoais. Há uma perspectiva imediatista em que se busca por respostas rápidas e mágicas para acabar com os sintomas, como insônia, ansiedade, tristeza, isolamento, entre outros (FERREIRA, 2017; SANTOS; PEDROSO; SEBASTIÃO, 2019).

Assim, outro desafio é a prescrição de medicamentos sem diálogo, sem compartilhar as decisões com usuários e seus familiares, o que também se deve à pouca habilidade dos profissionais, em especial dos médicos, em partilhar suas decisões e ouvir a experiência do usuário em sofrimento psíquico. Fato que reverbera na dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, fazendo com que estes, diante da falta de conhecimento sobre os efeitos adversos, administrem o medicamento por conta própria, aumentando, diminuindo ou suspendendo o medicamento (MENDONÇA, 2019; MOREIRA, *et al.*, 2019; COLAÇO; ONOCKO-CAMPOS, 2022).

O cuidado seguro no contexto da saúde mental é uma necessidade reconhecida internacionalmente, visto que existe uma grande lacuna na pesquisa sobre a natureza dos danos ao usuário nos cuidados em serviços de saúde mental. Nesse sentido, há a proposta de ação estratégica do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, para promover e apoiar a investigação sobre o cuidado seguro em áreas específicas, como a saúde mental. O documento ressalta que os cuidados de saúde seguros devem ser vistos como um direito básico do ser humano e aponta que estabelecimentos e prestadores de serviços em saúde mental são considerados parceiros na promoção do cuidado seguro (WHO, 2021).

Vale destacar que dois dos sete objetivos estratégicos do plano abordam temáticas estudadas nesta pesquisa, tais como: envolver e capacitar usuários e familiares para a promoção do cuidado em saúde mais seguro, e motivar, educar e qualificar trabalhadores da área da saúde, contribuindo para a concepção e entrega de sistemas de cuidado seguros (WHO, 2021).

Há perspectivas dentre as ações estratégicas para estimular o desenvolvimento de políticas e programas em conjunto com o usuário: a aprendizagem a partir da experiência do paciente para a melhoria da segurança, a identificação de defensores do usuário no sentido do envolvimento, a divulgação do incidente de segurança do usuário para as vítimas, e a informação e educação para usuários e familiares (WHO, 2021).

A discussão sobre o envolvimento dos usuários dos serviços de saúde em seus cuidados, com ênfase na segurança, deve ser ampliada a outros cenários de prática que não o ambiente hospitalar, incluindo a Atenção Primária à Saúde e instituições com serviços especializados (SILVA *et al.*, 2016; SILVA; LIMA, 2017). Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços especializados de saúde mental, desenvolvidos a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da preconização do modelo de atenção psicossocial. Um dos desafios do cuidado nos CAPS diz respeito à primazia do tratamento farmacológico, em detrimento de outras importantes ações terapêuticas. A supervalorização da medicação faz com que o usuário deixe de ser ouvido e avaliado integralmente, visto que há a prática de renovação de receitas de psicofármacos sem a avaliação presencial dos usuários (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011).

Na atenção psicossocial, os profissionais podem desenvolver uma diversidade de ações no contexto do cuidado. As estratégias de promoção da participação dos usuários nos cuidados desenvolvidos podem ser aplicadas em atendimentos individuais ou atividades coletivas, sendo evidente a necessidade de estabelecer a metodologia para a elaboração e utilização adequada das mesmas (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

As abordagens educativas são imprescindíveis na terapia medicamentosa e favorecem a manutenção e compreensão do tratamento. Existem diversas abordagens que favorecem o conhecimento sobre os psicofármacos, tais como a psicoeducação individual ou em grupo (MAIA; ARAÚJO, 2018; CAMPOS, 2018).

A segurança dos usuários envolve diversas estratégias, ferramentas e desafios. Em saúde mental, destaca-se a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como uma possibilidade que favorece a participação dos usuários na decisão terapêutica e, por conseguinte, a cogestão do processo terapêutico medicamentoso.

A GAM permite também a construção de um processo educativo que permeia uma relação horizontal entre usuários e profissionais. Assim, considera o usuário

como centro do processo de cuidar, permitindo e incentivando que os usuários exponham suas dúvidas, expectativas, anseios, dificuldades, opiniões e medos relacionados ao tratamento, promovendo mudanças para hábitos de vida saudáveis (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012; COLAÇO; ONOCKO-CAMPOS, 2022).

A propositura dos grupos GAM, também como ação educativa, parece ser frutífera para a promoção da segurança em processos terapêuticos desenvolvidos nos serviços especializados de saúde mental do tipo CAPS. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais compreendam a estratégia GAM para agenciar a participação dos usuários e familiares no cuidado seguro como estratégia de segurança na terapêutica medicamentosa. Com isso, esta pesquisa questiona: qual a percepção dos profissionais quanto ao envolvimento dos usuários na cogestão da terapêutica medicamentosa? Como os profissionais dos CAPS percebem a estratégia GAM? Essa pode ser uma ferramenta para promoção do envolvimento do usuário no cuidado seguro no contexto da medicação sem danos?

São proposições desta pesquisa evidenciar a importância atribuída e incorporar na prática assistencial dos profissionais de saúde mental o envolvimento do usuário como fundamental para o cuidado seguro, para a qualidade da assistência prestada, bem como que a GAM é uma estratégia útil e importante nesse processo. Visto que a gestão da terapêutica medicamentosa é feita pelo usuário e/ou responsável, independentemente de qualquer ação profissional, no entanto, essa gestão pode ser realizada de modo inadequado e colocar sua saúde e vida em risco. Riscos esses decorrentes da falta ou ineficiência de conhecimento sobre os efeitos dos medicamentos no organismo, da ação farmacológica, além de prejuízos decorrentes do uso inadequado e da interrupção abrupta do tratamento medicamentoso.

Este estudo apresenta aspectos que vão ao encontro das projeções internacionais descritas no Plano de Ação Global para Segurança do Paciente, e com potencial de favorecer o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS, 2018; WHO, 2021). Visto que aponta a oferta de espaço grupal para compartilhar experiências sobre os medicamentos em seus contextos de vida, para promoção da autonomia e envolvimento, e para construção coletiva de conhecimento sobre os medicamentos em uso, é fundamental para subsidiar os usuários a fazerem a cogestão na decisão da terapêutica medicamentosa.

Pode-se ainda disponibilizar, dentro dos serviços de saúde mental, um contexto de ações concretas e reflexões sobre as práticas e responsabilidades dos profissionais nesse processo de mudança de paradigmas quanto ao envolvimento efetivo do usuário na decisão de sua terapêutica medicamentosa e nas demais relações de cuidado, de modo a interferir nos processos de trabalho de cada serviço.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde mental, as práticas da Gestão Autônoma da Medicação para promoção do envolvimento do usuário no cuidado seguro, na atenção psicossocial.

2.2 Específicos

- Investigar o conhecimento dos profissionais da equipe de saúde mental na cogestão da terapêutica medicamentosa para envolvimento do usuário na promoção do cuidado seguro;

- Descrever as ações de cuidado dos profissionais da equipe de saúde mental para o envolvimento do usuário e sua repercussão na cogestão da terapêutica medicamentosa;

- Desenvolver um processo formativo sobre Gestão Autônoma da Medicação junto aos profissionais da equipe de saúde atuantes na atenção psicossocial, para subsidiar a cogestão da terapêutica medicamentosa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cuidado Seguro e Saúde Mental

O cuidado seguro está pautado em uma estrutura de atividades organizadas que cria, de forma sustentável, culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde com baixos riscos, reduzindo a ocorrência de danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis e reduzindo o impacto do dano quando ocorrer. A segurança do paciente é uma estratégia prioritária para o cuidado da saúde moderna (WHO, 2021).

Na perspectiva dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) das Nações Unidas, como apelos para garantir condições dignas de vida de forma universal e sustentável, o cuidado seguro contribui para a realização de objetivos específicos dos ODS 3, que versa sobre assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar. Especificamente, das metas 3.4, que orienta para investimentos voltados à promoção da saúde mental; meta 3.5, que visa fortalecer a prevenção e tratamento de abuso de substâncias; e meta 10.2, que busca capacitar e promover os aspectos sociais, econômicos e inclusão política de todos (ODS, 2018).

Evoluções tecnológicas e assistenciais, bem como as demandas ascendentes e diversificadas, têm tornado os cuidados de saúde mais complexos e com aumento do potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. A diversidade de sistemas e de processos organizacionais na prestação de cuidados de saúde no âmbito global denotaram, a partir da última década, o interesse em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e de forma segura (REIS, 2019).

Questões relacionadas à necessidade de discutir e promover o cuidado seguro nas produções de ações de saúde induziram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar a *World Alliance for Patient Safety*, um programa com objetivos de organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (WHO, 2004).

Dentre as definições, são considerados incidentes os eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao usuário do serviço de saúde e se diferem em quatro grupos: incidente sem danos, que consiste no incidente que atinge o usuário, mas não resultou em dano; incidente com dano (ou evento adverso), que é o incidente que atinge o usuário e, obrigatoriamente, resulta em algum tipo de dano; circunstância notificável, que é uma situação em que

existe potencial significativo para dano; e *near miss*, quase erro, caracterizado por um incidente que não atinge o usuário (WHO, 2008; 2009).

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a partir da prioridade dada ao cuidado seguro em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados membros da OMS. O PNSP tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e objetivos específicos (BRASIL, 2013):

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013).

A cultura de segurança destaca-se por refletir o compromisso dos profissionais e organizações com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro, que influencia comportamentos e resultados de segurança para os profissionais de saúde e usuários desses serviços (REIS, 2019).

Prestar cuidados de saúde e manter uma elevada conscientização para detectar riscos de segurança, bem como abordar todas as fontes de dano potencial, é um desafio para os sistemas de saúde e seus respectivos serviços. Instigados pela necessidade de oferecer assistência segura e de melhor qualidade, os sistemas de saúde despertam o interesse pela cultura de segurança, diante da preocupação com as deficiências de segurança nas estruturas organizacionais e nos processos de trabalho, bem como o reconhecimento do elevado risco de incidentes e complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018; WHO, 2021).

Na lógica da complexidade do cuidado, têm-se os processos de trabalho e ações de cuidado no contexto da saúde mental. É necessário disseminar a cultura de segurança como ação imprescindível para sensibilizar usuários, profissionais e gestores a reconhecerem e gerenciarem os riscos decorrentes da assistência, com o

objetivo de propor a adoção de atitudes compartilhadas que levem a mudanças e reduzam a ocorrência de incidentes. Para tanto, recomenda-se o processo de Educação Continuada (EC) em prol do cuidado seguro de forma contínua, o uso de ferramentas de avaliação para identificação e monitoramento de riscos potenciais aos usuários, e a implementação de medidas preventivas e práticas proativas, superando as ações apenas corretivas (SOUZA; PINHO; QUEIROZ, 2020).

Empreender na cultura de segurança no ambiente de cuidado de saúde mental favorece à equipe de saúde compreender a segurança para além de evitar ou minimizar danos, mas como importante indicador de qualidade do cuidado em saúde, que envolve olhar os desafios, erros e incidentes como oportunidades de aprendizagem em direção a excelência da assistência (SOUZA, 2019; LANDIM, 2022).

A gestão de riscos e a melhoria nos cuidados e na qualidade passam a ser objetos de esforços conjuntos nas organizações de saúde, aspectos que vão ao encontro da segurança do paciente, com o objetivo de fortalecer o cuidado aos usuários e as práticas de vigilância e monitoramento considerados indissociáveis das discussões sobre o ambiente (ANVISA, 2016).

Práticas e tecnologias em saúde podem contribuir para o aumento de riscos associados aos cuidados em saúde e para a ocorrência de danos devido ao cuidado inseguro. Em ambientes de saúde mental, o cuidado inseguro está ligado a ações que poderiam ser evitadas, como longos períodos de reclusão e uso de contenção mecânica, com riscos de ocorrer eventos como lesões por pressão (BRICKELL; MCLEAN, 2011; D´LIMA *et al.*, 2016; SOUZA, 2019).

Bem como comportamentos dos usuários que podem ser trabalhados no contexto psicossocial, como por exemplo: comportamentos de risco em casos de automutilação e tentativa de suicídio; capacidade reduzida de advogar por si devido a comprometimentos cognitivos e dificuldade de aprendizagem; a saída do usuário da unidade sem comunicação à equipe, evento que configura a interrupção abrupta do tratamento, inclusive medicamentoso, e gera riscos biopsicossociais (BRICKELL; MCLEAN, 2011; D´LIMA *et al.*, 2016; SOUZA, 2019).

Considerando a incapacidade dos usuários em advogar por si e participar ativamente dos seus cuidados, destaca-se o risco de exploração e abuso por outras pessoas, inclusive as que prescrevem e executam o cuidado. Para combater isso e

garantir que as instituições forneçam cuidados adequados e de qualidade, é importante a existência de diretrizes e padrões de qualidade internacionalmente acordados para cuidados às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental (BRICKELL; MCLEAN, 2011; D'LIMA *et al.*, 2016). Estratégias e protocolos que defendam o cuidado seguro, seja no ambiente hospitalar ou nos serviços comunitários são recomendados.

O cuidado seguro a pessoas com diagnóstico de transtorno mental ou problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas é também uma temática que requer ampla discussão, haja vista a especificidade do público assistido e as inúmeras particularidades e fatores predisponentes que podem ocasionar dano ao usuário. Assim, devem ser desenvolvidas e aplicadas tecnologias gerenciais que possibilitem a gestão dos riscos inerentes ao cuidado dos usuários dos serviços de saúde mental, com o objetivo de oferecer uma assistência livre de danos (BRINER; MANSER, 2013; VANTIL *et al.*, 2018).

É evidente a necessidade de refletir sobre o cuidado seguro nos serviços de saúde mental, a fim de favorecer a ampliação de iniciativas para a melhoria das práticas profissionais e implementar barreiras à ocorrência de erros. Visto que a atenção em saúde mental demanda que o atendimento seja contínuo, em seus diferentes níveis de atenção e complexidade, com foco na integralidade da assistência e subjetividade do usuário. A pessoa em sofrimento psíquico pode ter agudização do quadro e requerer, nesses momentos, intervenções específicas. Em momentos de estabilidade, o cuidado acontece no território, na perspectiva da inclusão social, com vistas à promoção da autonomia, do protagonismo e do exercício da cidadania. Assim, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como os serviços de urgência e emergência, por exemplo: Unidade de Pronto Atendimento, hospitais gerais, entre outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (HARRIS *et al.*, 2017), devem manter relações horizontais e comunicação efetiva (SOUZA; PINHO; QUEIROZ, 2020), entre si e, especialmente, com o usuário, que é o ponto central do cuidado.

A saúde mental brasileira está respaldada pelo processo democrático de participação e autonomia dos usuários, profissionais e estudiosos, que se deu a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A qual mobilizou o redirecionamento do modelo de atenção, de hospitalocêntrico asilar para psicossocial comunitário, com mudanças que

destacam o princípio bioético da não maleficência, que propõe desconstruir qualquer protocolo clínico e/ou modelo de assistência que produza efeitos iatrogênicos. Assim, preconiza-se que o cuidado em saúde mental cause o menor dano aos usuários em todos os seus contextos (TEIXEIRA, 2013; ONOCKO-CAMPOS, 2018).

A terapêutica medicamentosa em saúde mental, geralmente de uso prolongado, expõe os usuários a situações de risco, uma vez que os antipsicóticos podem causar efeitos adversos, como alterações metabólicas, que aumentam o risco de morte por doença cardiovascular, incluindo dislipidemias, síndrome metabólica, diabetes e obesidade, o que resulta em uma redução da expectativa de vida de 10 a 25 anos. Há outros efeitos prejudiciais, como rigidez articular, discinesia, hipomobilidade e fraqueza muscular, que são fatores de risco para quedas. Além das limitações que afetam aspectos metabólicos e bioquímicos, também há implicações em seus sentimentos e interações com o meio em que vivem (DAMÁSIO; CARVALHO, 2011; ALCANTARA *et al.*, 2018; KIM *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a medicação segura surge como tema do terceiro desafio global de segurança do paciente, lançado em 2017, com o propósito de reduzir danos aos usuários dos serviços de saúde causados por medicação insegura, práticas e erros de medicação. Os medicamentos, às vezes, causam danos graves quando administrados incorretamente, com monitoramento insuficiente dos efeitos produzidos no usuário ou como resultado de um erro, acidente ou problema de comunicação. Os erros de medicação são potencialmente evitáveis e podem ser reduzidos ou evitados se, entre outros fatores, usuários e familiares se envolverem ativamente nas decisões de tratamento ou assistência e no gerenciamento de seus próprios medicamentos (WHO, 2017). Há exemplos de danos evitáveis no cuidado de saúde, como a polifarmácia, eventos adversos com medicamentos, redução do atendimento à saúde mental, além de danos relacionados à falta de envolvimento e capacitação dos usuários, famílias e comunidades para atuarem na promoção do cuidado seguro (WHO, 2021).

A prescrição e administração segura de medicamentos estão entre as sete prioridades na segurança do usuário com diagnóstico de transtorno mental, diante das metas internacionais de segurança do paciente e a realidade das instituições de saúde mental (VANTIL *et al.*, 2018). Erros e práticas inseguras de medicação, como dosagens incorretas e instruções pouco claras, estão entre as principais causas de

danos evitáveis nos cuidados de saúde em todo o mundo. Isso está associado a elevados custos para os sistemas de saúde (OECD, 2018; WHO, 2021).

A discussão sobre o uso de medicamentos em saúde mental é desafiadora, pois o tratamento baseado em medicamentos é o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014). Verifica-se que, em muitos dispositivos da RAPS, tais como CAPS, ambulatórios e serviços da atenção básica, ainda persiste a centralidade no tratamento medicamentoso, na prescrição médica e em práticas de saúde hierárquicas e especializadas, em que há pouca valorização da experiência dos usuários (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019), conseqüentemente, pouco incentivo à participação e cogestão.

O envolvimento do usuário no cuidado seguro pode ser uma alternativa para os desafios enfrentados pelos usuários dependentes de tratamento medicamentoso para melhoria do seu estado de saúde mental.

3.2 Envolvimento do usuário para o Cuidado Seguro

O envolvimento do usuário é visto como um passo importante para programas de saúde voltados à segurança. No documento "Por que o engajamento do paciente se tornou prioridade?", a OMS define o tema "pacientes pela segurança dos pacientes" como um dos seis campos de atuação de programas de segurança, que devem ser concebidos para destacar a centralidade do ponto de vista do usuário nas atividades essenciais. Visto que os usuários e seus familiares/cuidadores observam acontecimentos e detalhes do cuidado e processo de adoecimento que os profissionais de saúde não veem (WHO, 2016).

A participação do usuário em seu processo terapêutico é fundamental para sua segurança, sendo um fator de qualidade da assistência à saúde. Portanto, não se trata de uma conveniência, mas de uma obrigação legal do sistema de saúde e dos profissionais, uma vez que representa os direitos do usuário, garantindo o princípio da dignidade humana, incluindo privacidade, acesso à informação, sigilo, autonomia e não discriminação (BEHRENS, 2019).

Vale destacar que criar estratégias para fortalecer usuários e familiares/cuidadores, de modo que se envolvam nas decisões de tratamento e cuidado, por meio de questionamentos, identificação de erros e administração efetiva de medicamentos, é um dos cinco objetivos específicos do Desafio Global "Medicação sem Danos" (WHO, 2017).

Erros relacionados à medicação podem ser interceptados pelos usuários e, assim, evitados. Um estudo aponta que os usuários que fazem uso contínuo de medicação em casa podem identificar mais prontamente erros envolvendo medicamentos, em comparação com medicamentos que são prescritos e administrados em ambiente hospitalar (WEINGART; ZHU; CHIAPPETTA, *et al.*, 2011). O que evidencia um paradoxo, visto que o ambiente hospitalar, teoricamente mais controlado por profissionais deveria oferecer mais segurança.

As experiências dos usuários apoiam o conhecimento que possuem sobre as ações não medicamentosas que os ajudam e se desdobram como ações de cuidado, sobre os efeitos ambivalentes dos medicamentos, sobre a dosagem mais adequada para suas condições biológicas e sociais. A falta de reconhecimento desse conhecimento, inclusive pelos próprios usuários, é um gargalo no efetivo envolvimento nas decisões da terapêutica medicamentosa (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

Usuários e familiares/cuidadores podem desempenhar um papel ativo e decisivo no contexto das práticas em saúde, envolvendo-se no processo de planejamento e tomada de decisão para o cuidado seguro. O engajamento da rede social e familiar do usuário é recomendado como fator de segurança. Portanto, é necessário investir em processos contínuos de qualificação do conhecimento e habilidades para aprimorar as competências dos profissionais e gestores de saúde, visando a qualidade e segurança nos serviços de saúde mental (SOUZA, PINHO, QUEIROZ, 2020).

A participação do usuário durante o cuidado em saúde é considerada complexa, porém importante para fornecer cuidados de alta qualidade. Destaca-se como responsabilidade do profissional avaliar a capacidade do usuário e incentivá-lo a tornar-se mais independente, sem adicionar riscos ao processo de cuidar. Isso é feito por meio de uma comunicação efetiva e envolvimento do usuário. Essa atitude de incentivar a participação parece ser um aspecto importante para a identificação de eventos adversos, a interceptação de lapsos clínicos antes que ocorram danos e a

prestação de cuidados de alta qualidade (WEINGART; ZHU; CHIAPPETTA, *et al.*, 2011; SEVIN; ALMQVIST; KJELLIN *et al.*, 2021).

Dentre os fatores que podem interferir no processo de envolvimento e torná-lo complexo, temos a desvalorização da experiência do usuário com o adoecimento, a dificuldade dos profissionais em ouvir reflexivamente, as orientações com termos técnicos que dificultam a compreensão do usuário, a alta demanda dos serviços que resulta em consultas rápidas e pouco aprofundamento nos contextos psicossociais, a falta na oferta de medicamentos e o receio dos profissionais em capacitar os usuários com conhecimentos.

Convergente a este contexto, a OMS aponta cinco grupos de fatores que apoiam ou impedem a participação ativa dos usuários na segurança do cuidado, sendo: usuário, características demográficas dos usuários e o letramento em saúde; condições de saúde, expressas pela gravidade da doença; profissionais de saúde, com relação ao conhecimento e atitudes dos profissionais quanto ao envolvimento dos usuários; tarefas, quando as condições para o cuidado seguro desafiam os profissionais em suas habilidades clínicas; serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção (WHO, 2016).

Os profissionais que atuam na área da saúde mental, baseados no saber técnico, profissional, acadêmico e sustentados pelo prestígio do conhecimento científico, acreditam ter permissão para a gestão do cotidiano do usuário, de sua cidadania e de sua autonomia (CHASSOT; SILVA, 2018). Um fator-chave que pode dificultar o envolvimento do usuário é quando este se percebe subordinado aos profissionais de saúde. Assim, temem ser rotulados de "difíceis" e assumem um papel passivo como meio de proteger sua segurança pessoal (WHO, 2016).

Tais desafios podem ser superados por meio de melhorias na comunicação e oferta de processos formativos aos usuários e profissionais de saúde para que o cuidado seja efetivamente uma parceria entre os atores envolvidos, sendo cogestivo (WHO, 2016). Recomenda-se que as instituições de saúde desenvolvam estratégias para incentivar a equipe a responder às perguntas dos usuários e facilitar a tomada de decisão participativa (WEINGART; ZHU; CHIAPPETTA, *et al.*, 2011).

O usuário terá condições de exercer a autonomia, uma das bases do princípio da dignidade humana, quando tiver acesso a informações necessárias e compreender o processo para manifestar suas escolhas a partir do consentimento informado. Todos

têm o direito de receber informações sobre seu estado de saúde, bem como as medidas médicas possíveis e recomendáveis para o caso, as consequências e os efeitos colaterais dos tratamentos. O pleno exercício do direito à informação requer comunicação compreensível. O acesso às informações precisa ser qualificado, de modo que sejam legíveis, decifráveis e expressas em sua totalidade. A exemplo de atitudes que afastam o usuário do protagonismo, temos a letra do profissional sendo ilegível, informações repassadas em termos técnicos indecifráveis e a omissão dos principais dados (BEHRENS, 2019).

A cultura organizacional do ambiente de trabalho também pode influenciar as questões do cuidado seguro e da cogestão da terapia medicamentosa. Nesse sentido, é importante que as instituições e serviços de saúde promovam discussões para definir e comunicar os valores de segurança, a missão de aprimoramento do cuidado seguro e a cultura de segurança. Devem ser estabelecidas estratégias para corresponder aos valores estabelecidos e critérios de avaliação dos resultados (BUSSE; KLAZINGA; PANTELI, 2019; WAGNER, *et al.*, 2019). No sistema de saúde, as lideranças influenciam na cultura organizacional e a busca pela excelência organizacional é o caminho para desenvolver e aprimorar a prática baseada em evidências dentro das organizações (PITTMAN, *et al.*, 2019).

Quando o envolvimento dos usuários ocorre, percebe-se que há também a oferta de um ambiente terapêutico relacional seguro. Usuários mais envolvidos e comprometidos com seu cuidado, juntamente com a equipe de saúde, alcançam resultados mais eficazes e têm menor probabilidade de reincidência. Além disso, a construção de diálogos e o compartilhamento de decisões têm um efeito libertador para o profissional de saúde, que, em teoria, deixa de ser acusado unilateralmente. O sistema de saúde precisa investir de forma mais incisiva em metodologias capazes de colocar o usuário no centro do sistema, na condição de sujeito, e não de objeto (BEHRENS, 2019).

Na atenção psicossocial, o envolvimento e a cogestão são desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tendo como princípio o protagonismo e a autonomia (BRASIL, 2001). Além disso, a cogestão é abordada como uma diretriz na Política Nacional de Humanização (PNH), que orienta melhores arranjos de trabalho e dispositivos que favoreçam ações de humanização tanto na atenção como na gestão da saúde. A PNH propõe que o trabalho em saúde seja uma construção coletiva, em

espaços compartilhados que garantam que o poder seja efetivamente dividido, por meio de análises, decisões e avaliações construídas de forma coletiva (MS, 2013).

Campos (2007) aponta a necessidade de criar espaços coletivos para a realização da cogestão, destacando três funções centrais: administração e planejamento, função política como a democracia, e função pedagógica e terapêutica, que influenciam a produção de subjetividades.

Para a concretização do processo de cogestão, é necessário haver interação, sintonia e parceria entre todos os atores envolvidos. Além disso, é importante compreender que a autonomia se caracteriza como um impulsionador da cogestão, resultante de pactos entre os sujeitos, e não como uma imposição sobre eles. Com isso, traz-se para a produção de saúde a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado (SOUZA; SILVA; JORGE, 2021).

Reconhecer a autonomia do usuário é colocá-lo na posição de gestor de sua própria saúde. Na área de saúde mental, a cogestão plena ocorre por meio da construção de espaços que favoreçam discussões sobre o cuidado, de forma compartilhada por todos os envolvidos (SOUZA; SILVA; JORGE, 2021). A estratégia GAM tem como objetivo promover a cogestão no uso e prescrição de psicofármacos, e os grupos GAM empregam práticas cogestivas de produção de conhecimento e cuidado (RENAULT; PASSOS, 2022).

3.3 Gestão Autônoma da Medicação

No campo da saúde mental, a prescrição de psicofármacos é uma prática de cuidado hegemônica, o que muitas vezes limita outras abordagens não medicamentosas para os usuários. Isso apresenta um desafio a ser enfrentado, e a Gestão Autônoma da Medicação propõe ferramentas concretas para isso. A GAM busca encorajar as pessoas que utilizam psicofármacos a adotarem uma postura crítica em relação ao seu uso, a conhecerem melhor os medicamentos que estão tomando e seus efeitos, sejam eles desejados ou não. Além disso, incentiva-os a conhecerem seus direitos e a compreenderem que têm o poder de decidir se aceitam ou recusam diferentes propostas de tratamento. Assim, dois princípios fundamentais da GAM são o direito à informação e o direito de aceitar ou recusar tratamentos. Nessa

perspectiva, a participação das pessoas nas decisões sobre seus tratamentos é essencial (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

A GAM foi desenvolvida no Canadá, na cidade de Québec, em 1993, por meio de debates envolvendo usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários, profissionais das redes comunitárias de serviços de saúde e pesquisadores. No Canadá, a implementação da GAM trouxe benefícios como a redução dos gastos com antipsicóticos, a diminuição dos riscos associados à supermedicação e um maior nível de satisfação por parte dos usuários. Além disso, foram observadas mudanças na cultura do cuidado, maior satisfação dos profissionais com suas próprias práticas clínicas, alterações no estilo de vida dos usuários, bem como a promoção da autonomia e inclusão social (MARTINÉZ-HERNÁEZ *et al.*, 2020; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

O Guia canadense da GAM foi adaptado para a realidade brasileira entre os anos de 2009 e 2010. Essa adaptação levou em conta o contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e as demandas dos usuários dos serviços de saúde mental, como o acesso gratuito aos medicamentos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

A GAM foi pensada por usuários de saúde mental e trabalhadores de serviços de saúde. Surgiu em um contexto em que havia pouca ou nenhuma discussão sobre o uso de medicamentos nos tratamentos em saúde mental. Os grupos de usuários que iniciaram a conversa enfatizaram a importância dos diferentes significados que a medicação poderia ter para cada usuário. A GAM foi construída por meio de um processo coletivo e participativo, com grupos de discussão envolvendo usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários, profissionais de serviços comunitários de saúde alternativos (que não eram oferecidos pelo governo canadense) e pesquisadores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

A GAM foi instituída por meio de dispositivos grupais utilizando a ferramenta Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação, desenvolvida por associações de usuários de psicofármacos para promover a discussão e o desenvolvimento da autonomia no uso dos medicamentos psiquiátricos (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

Diante da legítima necessidade de informação sobre os psicofármacos, a Associação dos Grupos de Atendimento em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec (AGIDD-SMQ) publicou o Guia Crítico dos Remédios da Alma em 1995. Esse texto é direcionado às pessoas que utilizam psicotrópicos e fornece informações para que possam exercer seu direito ao consentimento livre e esclarecido diante do tratamento psiquiátrico. Em 1997, a AGIDD-SMQ criou a formação "O Outro Lado do Comprimido", inspirada no Guia Crítico dos Remédios da Alma, que foi divulgada em várias regiões do Quebec e destinada a pessoas com diagnósticos de problemas de saúde mental. A partir de 1999, os serviços de saúde mental do Quebec começaram a desenvolver experiências de GAM. Em um projeto piloto, surgiu o Meu Guia Pessoal, um livreto que contém textos e perguntas para auxiliar os usuários na reflexão e modificação de sua relação com os psicofármacos (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

A construção da versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) foi viabilizada pela pesquisa multicêntrica "Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR", desenvolvida com o apoio da Aliança Internacional de Pesquisa entre Universidade e Comunidade do Canadá em parceria com universidades brasileiras. O guia é um instrumento que questiona o papel dos medicamentos na vida das pessoas e também é uma forma de intervir nessa área de prática pouco discutida e problematizada dentro da reforma psiquiátrica (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO-CAMPOS, 2013; SADE; BARROS MELO; PASSOS, 2013).

Em 2009, foi estabelecida uma parceria frutífera entre a Universidade de Montreal, no Quebec, Canadá, e a Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo, Brasil. A partir dessa parceria, deu-se início ao projeto de tradução e adaptação ao contexto brasileiro do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, uma estratégia construída como crítica ao reducionismo biomédico no campo da saúde mental, com o objetivo de aumentar o poder de negociação e envolvimento dos usuários de saúde mental nas decisões relacionadas ao seu tratamento medicamentoso (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020).

Vale destacar que o processo de tradução e adaptação do Guia GAM ao Brasil foi realizado por um grupo que reuniu pesquisadores de diferentes universidades, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares. Em seguida, foi realizada uma

revisão crítica do guia adaptado por meio de grupos mistos de intervenção (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

Seguindo os passos das iniciativas GAM no Canadá e no Brasil, em 2017 iniciou-se a primeira iniciativa GAM na Europa, na Catalunha, com um projeto de ação participativa em saúde mental chamado *Gestió Col·laborativa de la Medicació* (Gerenciamento Colaborativo de Medicação Antipsicótica, denominado GCM). A iniciativa concentrou-se em analisar a etnografia dos obstáculos à gestão colaborativa da medicação antipsicótica na rede pública de saúde mental catalã, elaborar/adaptar um guia com a participação ativa de usuários, familiares e profissionais de saúde mental, e implementar o modelo GCM em dois serviços de saúde mental (MARTINÉZ-HERNÁEZ *et al.*, 2020).

A versão brasileira da GAM foi adequada ao contexto social e político brasileiro, de modo a considerar a cidadania e a autonomia dos sujeitos envolvidos: pesquisadores, serviços, residentes, trabalhadores e usuários de diferentes regiões do país, com abordagem vívida e ampla deste contexto. É percebida a relação da composição da GAM com a RPB, pois foi no contexto da reforma que se constituiu toda a proposição de uma rede de cuidados na saúde mental. Entre os princípios que direcionam a RPB e a GAM está o controle social e participação popular na formulação de políticas, esses impulsionam o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva e da saúde mental (BRASIL, 2001; WERNER; FREITAS, 2021).

A RPB e o movimento da Luta Antimanicomial foram os braços teóricos e militantes da Reforma Sanitária no campo das práticas de cuidado em saúde mental. O cuidado em liberdade no território, além de um lema, tornou-se também política de Estado a partir da década de 1990, o que indica sintonia com o que se experimentava no Quebec. O movimento de renovação dos modelos de cuidado em saúde mental coloca a autonomia e o protagonismo como temas centrais, pautados em iniciativas como a atenção psicossocial que norteia o Sistema Público de Saúde Mental no Brasil (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

Os encontros grupais de GAM promovem autonomia na vida dos usuários e estabelecem espaços que são afirmados como territórios existenciais. Fala-se de uma noção de autonomia que vai além do âmbito individual, ampliando-se também no campo coletivo (CARON; FEUERWERKER, 2019). A promoção da participação dos

usuários tem sido evidente desde a criação da estratégia GAM no Brasil, o que demonstra a capacidade dos sujeitos como redes vivas, fortalecendo suas próprias conexões e gerando outras (WERNER; FREITAS, 2021).

Há uma busca em produzir respostas coletivas, portanto, seu modo de operação é coerente com o interesse em promover a autonomia. No que diz respeito aos psicofármacos, observa-se uma tendência à individualização e especialização nas ações esperadas, em que o médico é responsável pela prescrição, o usuário deve obedecer à prescrição e o familiar deve garantir a obediência do usuário. No entanto, o caminho para a autonomia envolve a experiência coletiva e a inclusão da heterogeneidade (RENAULT; PASSOS, 2022).

São diversos os dispositivos utilizados na GAM, como apoio institucional, apoio matricial e grupos, que operacionalizam a participação cogestiva e fortalecem a micropolítica das relações, a democracia, a cidadania e a autonomia, que são fundamentais no modelo de atenção psicossocial do SUS. Após dez anos da GAM no Brasil, percebe-se sua disseminação pela rede de atenção psicossocial, alcançando serviços de atenção primária, serviços especializados no cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e crianças e adolescentes. O uso abrangente do guia GAM em diversas regiões do Brasil tem mostrado múltiplas possibilidades de aplicação, preservando seus princípios e diretrizes (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020).

O contexto da GAM no Brasil surge e se fortalece por meio de projetos de pesquisa e extensão que exploraram diversas abordagens e alcances em diferentes regiões do país. Uma pesquisa avaliativa investigou a implementação da estratégia GAM em serviços na região sul (PALOMBINI *et al.*, 2020). Estudos na região sudeste envolveram familiares, que contribuíram com conhecimentos importantes sobre o papel dos familiares no tratamento medicamentoso e as consequências do uso de psicofármacos nos relacionamentos pessoais (RENAULT; PASSOS, 2022). Também foram realizadas pesquisas com o objetivo de promover a participação infantil no contexto da saúde mental infantojuvenil, por meio da criação de um grupo GAM na região sudeste (CALIMAN; CÉSAR, 2020; GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

A utilização da estratégia GAM no cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas ampliou a discussão e mapeou os limites e potencialidades da GAM no contexto da redução de danos em CAPS-AD

nas regiões sudeste (CARON; FEUERWERKER; PASSOS, 2020) e nordeste (FERREIRA, 2019; MÉLLO, *et al.*, 2020).

Alcançando dispositivos da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e intersetoriais como a atenção básica, houve a construção de dispositivos para a produção de atenção psicossocial (CARON; FEUERWERKER, 2019) e a escola (CHAVES; CALIMAN, 2017).

O trabalho da GAM não é prescritivo e não tem a intencionalidade de promover a adesão ao uso de medicamentos. No entanto, influenciado pelo movimento de apropriação, interação e compartilhamento grupal, através da escuta da experiência do outro sobre o que funciona e o que não funciona, produz conhecimentos sobre como os medicamentos se inserem na vida das pessoas e em seu tratamento. Isso favorece a compreensão por parte dos usuários de seu processo de adoecimento e recuperação. O usuário precisa ser consultado no processo terapêutico, uma vez que somente ele pode saber o que se passa em seu corpo (SILVEIRA; MORAES, 2018).

A decisão sobre o melhor tratamento é alcançada por meio de uma composição entre o conhecimento dos usuários, baseado em suas experiências pessoais ou de grupo, o relato dos seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário, e o conhecimento dos profissionais sobre o uso dos psicofármacos. É através do diálogo e compartilhamento desses saberes que se constrói a gestão compartilhada ou cogestão. Isso difere da autogestão, em que os usuários tomam decisões sozinhos, sem compartilhá-las, modificando dosagens ou interrompendo o uso dos psicofármacos sem acompanhamento. Também difere da decisão unilateral do profissional prescritor. No exercício da cogestão, ouvir é considerar legítimo tudo o que o usuário tem a dizer (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Assim, o manejo cogestivo caracteriza-se por evitar a hierarquização dos diferentes pontos de vista em um processo dialógico (MELO *et al.*, 2015). De forma prática, a gestão do grupo GAM é compartilhada, os moderadores do grupo geralmente fazem perguntas ou convidam algum participante a falar. Progressivamente, os moderadores descentralizam essa tarefa, distribuindo o manejo do grupo entre os participantes. O manejo cogestivo leva os demais participantes a se apropriarem gradualmente dessa forma de trabalhar. À medida que o manejo se distribui no grupo, surge um fenômeno correlato, chamado de contração de grupalidade (RENAULT; PASSOS, 2022).

A contração de grupalidade indica essa experiência de contágio do manejo cogestivo e a proliferação das conexões intragrupo. No manejo cogestivo, as experiências se cruzam, se entrelaçam e fazem emergir novas versões e percepções sobre o assunto discutido. Nesta perspectiva, vê-se similaridade com os fatores terapêuticos de Yalom, como a universalidade, o aprendizado interpessoal e a coesão grupal (YALOM, 2006; RENAULT; PASSOS, 2022).

Evidenciar o funcionamento do grupo com o manejo cogestivo, sinaliza dois efeitos processuais importantes para a produção de conhecimento e cuidado em saúde mental: a promoção de deslocamentos de ponto de vista e a promoção da corresponsabilização (RENAULT; PASSOS, 2022).

A GAM e a grupalidade visam ampliar a autonomia dos usuários de psicofármacos e reforçar seu poder de negociação com as equipes, em especial com os médicos. A GAM intervém sobre as relações hierárquicas entre os trabalhadores de saúde, usuários e gestores, procurando promover a cogestão (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

A GAM direciona o pensar e permite o ressignificar das relações de poder, a fim de garantir que os usuários participem efetivamente das decisões relativas aos seus tratamentos, e pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos neles (SANTOS *et al.*, 2019). A comunicação aberta, o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, o envolvimento do usuário, a disponibilidade de manuais e/ou cartilhas explicativas e a capacitação dos usuários para a percepção dos riscos são importantes estratégias de fomento à participação do usuário no cuidado seguro (SILVA *et al.*, 2016).

Os grupos GAM são pensados em seis passos, conforme orientado pelos guias do usuário e de apoio aos moderadores, conforme a descrição a seguir (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Antes de iniciar o grupo, é necessário pensar em formas de convidar as pessoas para participarem, neste sentido, pactuações com a equipe de saúde e com a coordenação do serviço são necessárias para que todos estejam envolvidos. Já o convite aos usuários pode ser feito durante as assembleias; pode ser a partir do apoio dos profissionais na identificação de usuários que possam ter interesse ou se beneficiar da proposta; pode utilizar meios de comunicação visual, cartazes, em locais onde circulam os usuários, entre outros. Após o convite, é trabalhada a contratação,

com a conquista do consentimento, o funcionamento do grupo será construído pelo grupo, o que favorece o sentimento de pertença e de valorização, grupalidade.

O Guia GAM do usuário é composto por textos, figuras, tabelas e perguntas, para auxiliar as pessoas a refletirem sobre suas experiências com o uso dos medicamentos. O moderador precisa garantir formas de auxiliar usuários que tenham dificuldade com a leitura, de modo que não se sintam constrangidas no grupo e participem ativamente das discussões propostas.

1º passo: apresentação, os membros do grupo irão se conhecer, nome e algumas características. É também o momento de refletir sobre o lugar da doença na vida das pessoas. Favorece que cada um no grupo reconheça que existem outras dimensões na vida, além de estar doente ou tomar medicamentos.

2º passo: propõe a observação de vários aspectos de suas vidas, a medicação é um deles. Neste momento as pessoas são estimuladas a falar da sua história de vida e de como começou a doença.

3º passo: espaço para fortalecimento e estímulo da autonomia e protagonismo, pretende abordar sobre os direitos e aspectos da vida dos usuários que contribuem para que eles se sintam mais seguros para tomarem decisões sobre o uso de medicamentos de forma compartilhada, cogestão.

4º passo: esse é um passo bem específico de conversa sobre os medicamentos. Orientações sobre a bula, receituários, interações medicamentosas, entre outras. É um momento em que o conhecimento é construído junto e os profissionais podem demonstrar que não conhecem tudo sobre todos os medicamentos, outros profissionais podem ser convidados para esse passo (médicos e/ou farmacêuticos).

5º passo: faz uma revisão do Guia, retomando as discussões, como uma forma de exercer a autonomia e aumentar a participação de cada um no seu tratamento.

6º passo: momento para construção coletiva de plano de ações. O grupo define estratégias para direcionar no enfrentamento de situações problemas também identificados pelo grupo. Estratégias para cogestão, para o fomento de espaços dialógicos nos ambientes que os usuários frequentam e o que mais o grupo identificar como importante.

Nas perspectivas apresentadas até aqui tem-se que a construção da Gestão Autônoma de Medicação na Atenção Psicossocial pode subsidiar o cuidado seguro e a medicação sem danos.

O caminho metodológico percorrido nesta investigação, descrito a seguir, ressalta como ocorreu esse processo junto aos participantes e pesquisadores.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa dos fenômenos que abrangem o objeto de estudo, definido como a perspectiva dos profissionais de saúde mental para o cuidado seguro a partir do envolvimento dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial na cogestão da terapêutica medicamentosa por meio da ferramenta da Gestão Autônoma da Medicação.

É imprescindível lançar um olhar crítico a partir da problematização, coleta e análise dos dados e compreender que um paradigma de pesquisa não é somente uma categorização. A escolha ou identificação de posições ontológicas, metodológicas e epistemológicas justifica procedimentos e resultados que buscam significar fenômenos de forma dialógica (SILVA; RUSSO; OLIVEIRA, 2018). Além de embasar o desenho e processo da pesquisa com o intuito de atender aos critérios para o rigor metodológico nas etapas que seguem.

Destaca-se a utilização do checklist da Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) para descrição e organização das informações que compõem esta pesquisa, com vista a garantir que os relatos possam deixar claro o percurso percorrido. A ferramenta COREQ oferece critérios consolidados para relatos de pesquisas qualitativas, buscando promover relatos completos e transparentes entre pesquisadores e melhorar indiretamente o rigor, a abrangência e a credibilidade de entrevistas (EQUATOR, 2019; SOUZA *et al.*, 2021).

4.2 Aspectos gerais da pesquisa qualitativa

A escolha do método qualitativo se baseou em paradigmas críticos e construtivistas, a partir das dimensões ontológicas, metodológicas e epistemológicas (SILVA; RUSSO; OLIVEIRA, 2018). A dimensão ontológica se encarregou de identificar a essência e forma da realidade estudada (perspectivas dos profissionais para o cuidado seguro a partir do envolvimento dos usuários dos CAPS na cogestão da terapêutica medicamentosa). Seguida pela dimensão metodológica, que é desenhada por meio da definição dos participantes da pesquisa (profissionais dos CAPS), bem como das estratégias de coleta (diário de campo, questionários,

entrevista semiestruturada e processo formativo), análise e apresentação dos dados (análise de conteúdo temática). Chega-se então à dimensão epistemológica pautada na construção do conhecimento científico, baseado em referenciais teóricos renomados e atuais, tais como os apresentados no capítulo da revisão teórica que transitaram por conceitos nacionais e internacionais sobre o cuidado seguro, a dinâmicas dos serviços substitutivos e especializados de saúde mental (CAPS) e as nuances da Gestão Autônoma da Medicação na perspectiva do envolvimento e cogestão dos usuários na decisão da terapêutica medicamentosa.

Minayo (2012), refere que fazer ciência é trabalhar simultaneamente teoria, método e técnicas, numa perspectiva mútua em que o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Na pesquisa qualitativa é possível estudar os fenômenos com maior proximidade, numa interação entre pesquisador e objeto de pesquisa. Além disso, na abordagem qualitativa é permitida a utilização de diferentes paradigmas e técnicas de análise no processo de investigação (SILVA; RUSSO; OLIVEIRA, 2018).

O método qualitativo de pesquisa é compreendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social, é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. Esse, permite compreender melhor o sujeito e o ambiente envolvido na atuação do profissional, e captar experiências diversas e subjetivas, esclarecer as relações sociais apreendidas do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. O senso comum, por sua vez, se constitui de modos de pensar, sentir, relacionar e agir que se expressam na linguagem, nas atitudes e nas condutas, como a base do entendimento humano (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa desdobra-se em um processo heurístico de construção da realidade. Em que, é preciso compreender e interpretar o fenômeno dentro de seu contexto, o que exige uma reflexão crítica dos envolvidos e uma relação de interdependência entre o pesquisador e o fenômeno e/ou objeto pesquisado. Visto que, os participantes fornecem informações que explicam o fenômeno, porém esses dados são representados por meio do pesquisador. Este por sua vez como porta voz dos resultados também é instrumento de coleta e análise. Pode-se dizer que a

subjetividade do pesquisador está presente em todo o processo de pesquisa (SILVA; RUSSO; OLIVEIRA, 2018).

No entanto, o processo qualitativo de construção científica, nesse contexto, leva à necessidade de um esforço metodológico que garanta a produção de uma análise sistemática e aprofundada, que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo. Com isso, é importante refletir sobre o caráter do pesquisador como o principal dispositivo da sua própria pesquisa (MINAYO, 2012; GONZÁLEZ, 2020).

Vale destacar que a pesquisa qualitativa não se legitima pela quantidade de participantes e sim pela qualidade, profundidade, detalhamento e contextualização de seus relatos. Assim, a análise em profundidade dos dados, busca as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas, com foco em processo rigoroso que garanta validade e confiabilidade à pesquisa (MORÉ, 2015; SILVA; RUSSO; OLIVEIRA, 2018).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador precisa imergir na cultura que irá pesquisar, se aproximar do campo e observar atentamente o que ocorre, decorrendo daí o caráter interpretativo, que confere intencionalidade à ação e ao ato de conhecer e reconhecer. Sendo assim, a compreensão histórica e a busca de sentido hermenêutico, a partir da valorização das atitudes das pessoas envolvidas, das crenças, das ideias do grupo investigado, dos compartilhamentos de emoções e sensibilidades, torna todo o contexto investigado de extrema importância para o pesquisador (SIDI; CONTE, 2017).

4.3 A metodologia da pesquisa-intervenção

A pesquisa-intervenção caracteriza-se como uma metodologia de investigação que procura envolver os saberes de todos que compõem o campo de pesquisa. Deste modo, os participantes são coautores da produção de conhecimento que nunca se separa do processo de intervenção (CHASSOT; SILVA, 2018).

A pesquisa-intervenção está pautada no questionamento de noções de subjetividade, descentralizando o ponto de vista do pesquisador como sujeito externo que age sobre determinada realidade para responsabilizá-lo com o campo de pesquisa. Consiste ainda na produção de conhecimento como dispositivo da

alteridade, de perceber a si e ao grupo social em que está inserido, como possibilidade de encontros e saberes, tomando a pesquisa como meio comum e acessível, de modo a exercitar o pensamento, e questionar a realidade (CHASSOT; SILVA, 2018).

Diferenciando de outras formas de pesquisa participativa, a pesquisa-intervenção consolida-se como uma tendência entre as pesquisas participativas, as quais têm como objetivo observar e investigar, por meio da intervenção, a dinâmica dos sujeitos envolvidos em sua diversidade qualitativa de caráter socioanalítico (MEDRADO; DINIZ, 2020).

A dimensão da intervenção participativa e do trabalho de campo são estratégias importantes de pesquisa, uma vez que envolvem a articulação de proposições teóricas com a experiência empírica na produção de saberes contextualizados. Fazer pesquisa não apenas sobre o outro, mas com o outro, a partir de um encontro e troca de saberes, permite àquele que é interpelado torna-se ativo no dispositivo de intervenção, produzindo uma transformação que passa por todos os envolvidos no campo de pesquisa (KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020), e conseqüentemente, no campo da prática e ação diária.

A ação de pesquisar, requer uma abertura à possibilidade de que um saber estabelecido seja deslocado a partir de uma experiência na qual quem pesquisa se deixa afetar e transformar, por diferentes modos de pensar, sentir e agir. O movimento de pesquisar consiste também em uma abertura a diferentes temporalidades que se desdobram na relação com a temática de pesquisa. A vivência do pesquisador é um ponto de referência, e experiências anteriores podem adquirir um novo sentido diante dos questionamentos do momento presente (MARQUES; MARTINO, 2017; KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020).

A pesquisa-intervenção, não visa à mudança imediata do contexto, visto que a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. A proposição da pesquisa e da intervenção compreende a delimitação de um tema de pesquisa e a construção de uma estratégia metodológica que envolve a produção de um contexto de experiência específico (ROCHA; AGUIAR, 2003; ALVAREZ; PASSOS, 2012).

A metodologia de pesquisa-intervenção se consolida como uma ação política desde a escolha de sua temática até a divulgação de seus resultados. Por política, refere-se a toda ação humana que coloca em relação sujeitos, processos de trabalho

e instituições, segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas ou legais. A pesquisa é política por produzir formas de organização dos coletivos, compreendendo seus posicionamentos em relação à produção de experiências de vida em sociedade e trabalho (PASSOS; BARROS, 2012; KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020). A compreensão a respeito dos dados, na pesquisa-intervenção, é de que os mesmos são produzidos e não extraídos de uma realidade, independente de quem os observa. Neste sentido, a modulação da atenção do pesquisador tem significativa relevância, uma vez que constitui processualmente o problema de pesquisa e os desdobramentos explicativos produzidos na relação com o campo (PASSOS, KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

Por sua ação crítica e implicativa, a pesquisa-intervenção amplia as condições de um trabalho compartilhado. Entre os aspectos centrais que norteiam o seu desenvolvimento destaca-se: mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos de modo a ampliar as análises para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, que atravessam o processo de formação. A intervenção está associada à desnaturalização do existente a partir da análise. Assim, não há, portanto, o que ser revelado, descoberto ou interpretado, mas criado (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Em uma pesquisa-intervenção, a construção do método de pesquisa não se configura apenas como uma estratégia para desvelar uma verdade sobre uma realidade local ou de um grupo, mas sim uma maneira de participar da discussão de uma realidade produzida coletivamente e da complexidade que emerge desse espaço (KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020).

4.4 Local do estudo

O cenário da pesquisa é constituído pelos quatro serviços substitutivos e especializados em saúde mental identificados como Centros de Atenção Psicossocial que, por ocasião da coleta de dados, estão habilitados pelo Ministério da Saúde e situados no município de Aparecida de Goiânia, Goiás-BR. O local foi definido a partir da perspectiva de ampliação do panorama da pesquisa, visto que o município de Aparecida de Goiânia tem a maior população da região de saúde centro sul do estado

de Goiás e é o segundo município com maior número de CAPS habilitados no Estado de Goiás, precedido por Goiânia, a capital do estado.

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2022), Aparecida de Goiânia é o município mais populoso de Goiás, com exceção da capital. A população estimada em 2021 é de 601.844 habitantes. No censo de 2010, a população aparecidense era de 455.657 habitantes, sendo 224.798 homens e 230.859 mulheres. Ao observar os dados de 2010 e 2021, é possível notar o potencial de crescimento demográfico e populacional do município (IBGE, 2022).

Para melhor compreensão do cenário da pesquisa, vale pontuar que a Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia iniciou a construção da rede especializada em saúde mental com um CAPS II, inaugurado em 2005, que passou por transição em 2012, tendo sido habilitado como CAPS III adulto. Em 2011, foi ampliada a assistência para pessoas com prejuízos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, por meio da inauguração do CAPS III Álcool e outras Drogas, e, posteriormente em 2013, houve a implantação do CAPS III Álcool e outras Drogas infantojuvenil. O CAPS II infantojuvenil foi implantado em 2012, está destinado ao atendimento das demandas decorrentes de transtornos e sofrimento mental grave e persistente ao público infantil e juvenil. Vale destacar, que a modalidade de CAPS ad III infantojuvenil foi pensada e criada no município para atender as necessidades de saúde do território. Além destes dispositivos, há também uma unidade especializada de psiquiatria em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento 24 horas das demandas de urgências emergências psiquiátricas. E uma estrutura para atendimento ambulatorial nomeado de Núcleo de Cuidados em Saúde Mental.

Apesar de características comuns, os CAPS como serviços substitutivos aos modelos asilares, se diferenciam pelo horário de funcionamento, especificidades do público atendido e perfil populacional dos municípios ou regiões de saúde. Segue a descrição das distinções dos CAPS inseridos nesta pesquisa, de acordo com Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017):

- CAPS III, perfil populacional > 150.000 habitantes, funciona 24h em todos os dias da semana;
- CAPS ad III, atende pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, porém pode ser distinguido

em públicos adulto ou infantojuvenil, perfil populacional > 150.000 habitantes, funciona 24h em todos os dias da semana;

- CAPS i, atende crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, podendo incluir aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, perfil populacional > 70.000 habitantes, pode funcionar em dois turnos das 08 às 18 horas, ou três turnos das 08 às 21 horas durante os dias úteis da semana.

A escolha do local, também se deve à pretensão de ampliar a investigação sobre cuidado seguro nos CAPS do município, visto que, recentemente, foi realizado um estudo sobre Segurança do Paciente em dois CAPS adulto. O estudo evidenciou a necessidade de produzir estratégias de avaliação da segurança, identificação de riscos aos usuários e implementação de medidas preventivas e práticas proativas em serviços de saúde mental (SOUZA, 2019).

4.5 Participantes do estudo

A amostragem do estudo foi por conveniência, uma técnica de amostragem não probabilística, consiste em selecionar uma amostra do público alvo que seja acessível e elegível de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Assim, foram convidados a participar da pesquisa os profissionais com cursos de graduação na área de atuação (quadro 1), visto que são os profissionais que realizam as atividades de grupos e oficinas terapêuticas nas unidades, e que compõem a equipe multidisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Aparecida de Goiânia, Goiás-BR. O convite se deu por visitas presenciais nos CAPS do município e por meio de aplicativo de conversa (*WhatsApp*), aos profissionais que estavam ausentes no momento. Destaca-se que mesmo em período de pandemia pela COVID-19, a visita a cada CAPS foi importante para a sensibilização dos profissionais sobre a temática e à participação, bem como para informar os participantes quanto aos objetivos e motivações pessoais para o desenvolvimento da pesquisa.

Como critérios de inclusão, com intuito de garantir uma contribuição empírica pelos participantes, adotou-se, ter curso superior, experiência profissional de pelo menos seis meses em CAPS, experiência em atendimentos individuais e grupais aos

usuários de CAPS, disposição para produzir discussões e trabalho em equipe e o desejo em participar do processo educativo sobre Gestão Autônoma da Medicação para envolvimento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial na cogestão da terapêutica medicamentosa e cuidado seguro.

Foram excluídos os profissionais com formação em nível fundamental e técnicos administrativos e os que, no momento da coleta de dados, não atuavam no CAPS em sua área de formação/graduação.

Durante o período da coleta de dados, a equipe multidisciplinar que compôs os recursos humanos dos quatro CAPS, com exceção dos profissionais das áreas administrativa e serviços gerais, totaliza 97 profissionais no momento da primeira etapa da pesquisa e 87 profissionais na segunda etapa. A distribuição de profissionais entre os CAPS nos períodos correspondentes às etapas um e dois de coleta de dados equivalem a, respectivamente: 35 no CAPS III adulto; 24 no CAPS ad III; 22 no CAPS i e 16 no CAPS III adi; e 25 no CAPS III adulto; 21 no CAPS ad III; 26 no CAPS i; 15 no CAPS III adi.

No entanto, os participantes da pesquisa nas etapas 1 e 2 totalizam 56 (Quadro 1), sendo que 47 profissionais que compunham a equipe não participaram na primeira etapa e 53 não participaram na segunda etapa. Dentre os motivos que justificam a não participação tem-se, a disponibilidade pessoal, a dificuldades em articular os horários, especialmente na 2ª etapa, e o desinteresse pela temática. Vale informar que não houve desistência da participação e/ou retirada do consentimento. A diferença no quantitativo de profissionais entre as duas etapas, se dá à alta rotatividade de profissionais, uma característica dos serviços devido ao contrato/credenciamento ser vínculo de trabalho predominante, e este ter duração de um ano, apesar de não ter limite de renovação, também não há garantia que o profissional permanecerá no mesmo local de trabalho.

Quadro 1. Relação dos profissionais convidados e dos que consentiram na participação da pesquisa, segundo as categorias profissionais. Aparecida de Goiânia, Goiás. 2022.

Categoria profissional	Quantidade de profissionais - 1ª etapa	Quantidade de profissionais - 2ª etapa	Quantidade que aceitou participar da pesquisa 1ª e 2ª
Educação física	2	2	1

Enfermagem	24	22	11
Farmácia	7	6	3
Fisioterapia	1	4	4
Fonoaudiologia	1	1	0
Medicina	20	14	5
Musicoterapia	4	5	3
Pedagogia	4	4	3
Psicologia	16	17	15
Serviço social	18	12	11
Total	97	87	56

Fonte: dados da autora, 2022.

Dentre os 56 participantes da pesquisa (1ª e 2ª etapas), destaca-se que 23 profissionais participaram apenas da primeira etapa, 17 profissionais participaram da primeira e segunda etapas, e 16 participaram apenas da segunda etapa.

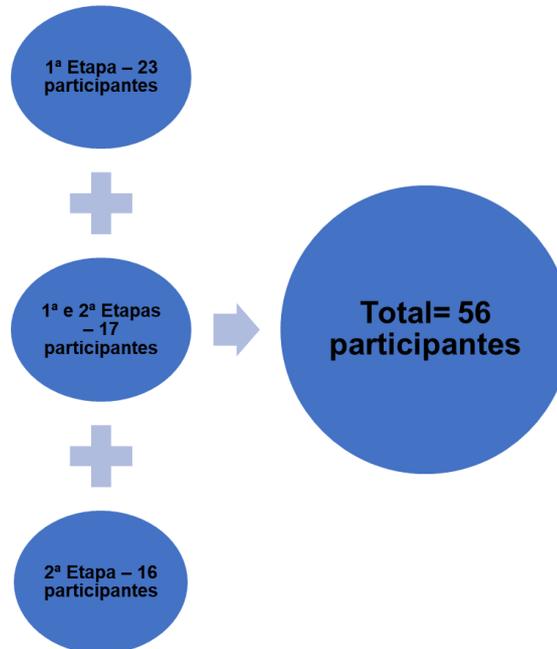


Figura 1. Representação gráfica dos participantes da pesquisa nas duas etapas.

Fonte: Dados da autora, 2022.

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

4.6.1 Aproximação com o campo de pesquisa

No período da coleta de dados a pesquisadora atuava como uma das coordenadoras do CAPS infantojuvenil do município de Aparecida de Goiânia. Por ser membro da equipe, a aproximação com o campo de estudo foi processual, diante da convivência estabelecida ao longo dos anos. No entanto, foi necessário realizar a aproximação com os outros CAPS visto que possuem especificidades quanto ao público e processos de trabalho, por meio de visitas locais e diálogos com coordenadores e profissionais dos serviços de modo presencial e remoto, devido ao contexto da pandemia pela COVID-19, instalada no Brasil a partir de 2020, que limitou o contato entre as pessoas a fim de minimizar a contaminação pelo coronavírus.

Inicialmente, dia 07 de maio de 2020, foi realizada reunião com a coordenadora municipal de saúde mental, a pesquisadora responsável e a co-orientadora da pesquisa, para apresentação do projeto que prontamente foi acolhido, aceito e com anuência concedida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em 14 abril de 2021, com o projeto refinado e metodologia definida, houve nova reunião com a presença da coordenadora municipal de saúde mental, pesquisadora, orientadora e co-orientadora, sendo um importante momento para apresentação da metodologia da pesquisa e discussão de ajustes necessários, quanto à disponibilidade dos profissionais participarem da pesquisa em horário de trabalho, considerando a realidade de cada serviço. A coordenação de saúde mental demonstrou total apoio à pesquisa ressaltando a relevância da temática e propôs que o processo educativo fosse oferecido por meio de recursos financeiros da SMS de modo a alcançar todos os serviços da rede especializada em saúde mental.

Em maio de 2021, enquanto, o projeto para pleitear o recurso financeiro para o curso estava sendo construído e alinhado, realizou-se visitas nos CAPS do município, sempre nos horários de reunião de equipe a fim de encontrar o maior número de profissionais. Durante as visitas houve a apresentação da equipe de pesquisa, do projeto de pesquisa, o convite à participação, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a disponibilização de um link de acesso virtual a um formulário contendo o TCLE, o questionário e campo para o agendamento das entrevistas individuais.

Para prevenir conflitos de interesse que poderiam permear o processo de coleta de dados, tais como o contato prévio e contínuo com coordenação municipal

de saúde mental e/ou ainda a influência nas respostas durante a entrevista individual com participantes do CAPS infantojuvenil, no qual a pesquisadora principal atuava profissionalmente. Os trâmites éticos-legais, conforme a resolução 466/2012 foram seguidos, a fim de ter anuência para a pesquisa. As entrevistas não foram conduzidas pela pesquisadora principal no serviço que atuou como coordenadora durante a pesquisa.

4.6.2 Etapas da Coleta de Dados

1ª Etapa: Aferição das perspectivas dos profissionais

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo que a primeira ocorreu entre os meses de maio e junho de 2021, e a segunda no mês de agosto de 2022 (Figura 2). Vale ressaltar que a distância cronológica entre as etapas se deu em virtude da proposta do curso sobre GAM e cuidado seguro a ser subsidiado financeiramente pela SMS de Aparecida de Goiânia.

No entanto, o contexto de crise sanitária do país devido a pandemia pela COVID-19 acarretou em atrasos para a liberação do recurso financeiro e, conseqüentemente, do processo formativo, fazendo com que, as pesquisadoras decidissem seguir no processo formativo com recursos próprios com intuito de atender ao cronograma de pesquisa estabelecido.

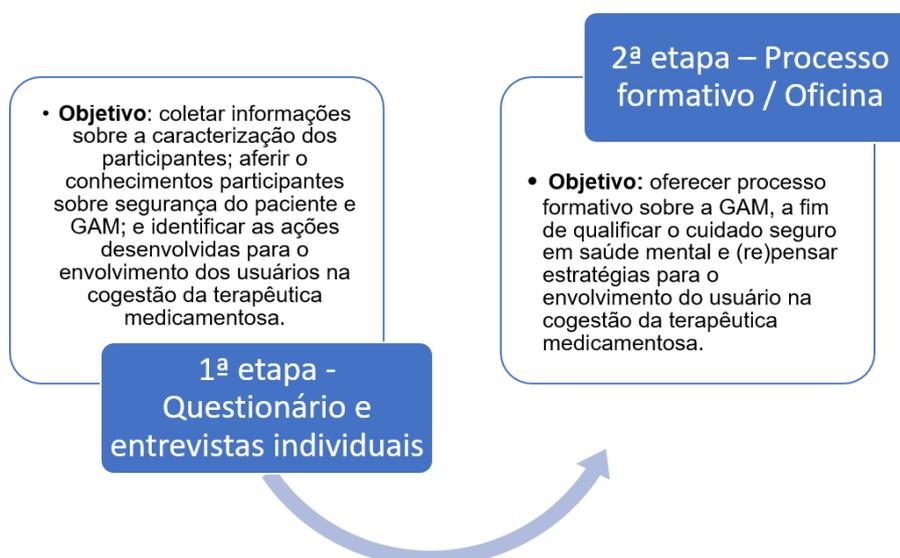


Figura 2. Representação das etapas de coleta de dados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.

Fonte: A autora, 2022.

Para o delineamento desta pesquisa que segue uma perspectiva paradigmática crítica (SILVA, RUSSO; OLIVEIRA, 2018), foram abordadas as quatro ferramentas metodológicas utilizadas nas duas etapas da coleta de dados: o questionário semiestruturado, o diário de campo; a entrevista semiestruturada e a oficina, como estratégia o processo formativo.

Destaca-se que antes do início da coleta de dados, os instrumentos (questionário semiestruturado e questões da entrevista individual) foram submetidos a teste piloto, com a participação de seis profissionais de um CAPS do município de Goiânia, Goiás. O teste piloto foi importante para os ajustes no questionário e também para reorganização da proposta da entrevista de modo a evitar perguntas redundantes e otimizar o tempo de entrevista com as questões pertinentes ao objeto de estudo.

A primeira etapa iniciou-se com um encontro presencial em cada CAPS, em que a equipe de pesquisa apresentou o projeto e realizou a leitura do TCLE. Na sequência, por meio de formulário eletrônico, o questionário semiestruturado foi disponibilizado. O *link* do formulário foi disparado no grupo de trabalho (*WhatsApp*) dos participantes, permitindo que cada um preenchesse em seu próprio aparelho celular. O questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas (Apêndice I), teve como objetivo aferir se os participantes haviam passado, previamente, por algum processo educativo sobre Segurança do Paciente e/ou Gestão Autônoma da Medicação, além de identificar o perfil profissional e características de vínculo com o ambiente de trabalho.

Ao finalizar o preenchimento do formulário eletrônico, o participante escolheu a data e horário para entrevista individual de acordo com sua disponibilidade. Com atenção aos aspectos de reflexividade, a condução das entrevistas individuais foi realizada pela equipe de pesquisa, composta por seis estudantes do oitavo período do curso de enfermagem de Instituições de Ensino Superior localizadas em Goiânia (UFG, Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC GO e Centro Universitário Sul-Americano-UNIFASAM).

A equipe de pesquisa foi selecionada por serem membros de grupos de pesquisas nos quais estavam inseridas a pesquisadora principal e coorientadora da pesquisa, sendo dois membros do NUPAS (Núcleo de Pesquisas Aplicadas à Saúde/

UNIFASAM), três membros do MENTALIZE (Núcleo interdisciplinar de estudos e pesquisas em Saúde Mental) e um membro do RECID (Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental – Refletir para cuidar), como também a partir do interesse pelo tema e método da pesquisa. Houve treinamento prévio, com a apresentação da proposta e objetivos da pesquisa, bem como discussão das questões presentes no roteiro de entrevista semiestruturada, ressaltando que a pesquisadora responsável seguiu de perto todo o processo de coleta de dados por meio de reuniões periódicas e acompanhamento assíncrono das entrevistas gravadas.

A entrevista individual semiestruturada (Apêndice II), objetivou identificar as ações desenvolvidas para o envolvimento dos usuários no cuidado seguro, identificar o conhecimento prévio dos profissionais sobre a Segurança do Paciente e/ou Gestão Autônoma da Medicação, verificar como os participantes percebiam a possibilidade de promover a participação dos usuários na decisão da terapêutica medicamentosa, evidenciar a ocorrência de eventos adversos relacionados à medicação e como os profissionais se posicionavam diante dessas situações.

A entrevista é uma estratégia útil e importante na pesquisa-intervenção e outras modalidades da pesquisa qualitativa. Para González (2020), as entrevistas constituem recursos importantes na pesquisa qualitativa, pois é uma das maneiras pela qual a ideia de intersubjetividade é materializada, já que o contexto da entrevista compreende um espaço gerador de significados que influenciam diretamente a produção de informações.

Como procedimento de pesquisa, a entrevista semiestruturada pode ser realizada individual ou coletivamente, sem possuir um roteiro fechado, pode ser baseada na fala do entrevistado dentro da perspectiva da pesquisa, desse modo os objetivos da entrevista precisam ser claros. Para tanto, no contato inicial, após as apresentações e aproximação, faz-se necessário assegurar que o entrevistado compreenda os objetivos da pesquisa (SZYMANSKI; ALMEIDA, PRANDINI, 2021).

Nesta pesquisa optou-se por entrevistas individuais semiestruturadas norteadas por um roteiro com questões fechadas e abertas. As mesmas ocorreram por meio de vídeo chamada, com uso da plataforma *meet*, em que a ativação da câmera para expor a imagem do participante foi opcional com objetivo de manter o ambiente da entrevista o mais confortável possível. O local físico para sua realização foi escolhido pelo participante, considerando a flexibilidade oportunizada via remota

de coleta de dados, ocorrendo assim em suas residências ou local de trabalho. Em cada entrevista, além do participante, haviam dois membros da equipe de pesquisa, um responsável por conduzir a entrevista e outro para acompanhar o processo. A duração média de cada entrevista foi de 40 minutos, sendo que todas foram gravadas para posterior transcrição.

A saturação dos dados foi aferida no momento da análise de dados, assim, não foi necessário repetir entrevistas. A devolutiva do conteúdo geral das entrevistas foi realizada no momento da segunda etapa da coleta de dados. Após a aquisição dos dados foi realizada análise para o planejamento da segunda etapa da coleta de dados.

2ª Etapa: Processo formativo

Na segunda etapa da pesquisa ocorreu o processo formativo por meio de uma oficina, intitulada, “Oficina GAM: Gestão Autônoma da Medicação uma estratégia de cuidado seguro”. A oficina foi estruturada no formato híbrido com atividades síncronas por meio de três encontros presenciais realizados no Centro de aulas D da Universidade Federal de Goiás (UFG) no horário das 8h00min às 12h00min totalizando 12 horas e atividades assíncronas divididas entre leituras de material indicado e relatoria em diários de campo que totalizaram 18 horas.

A escrita do diário de campo e as narrativas históricas trazem um escopo importante, possibilitando o trabalho vivo da memória e o registro das práticas. Os fazeres do cotidiano e a multiplicidade dos acontecimentos ganham um lugar relevante na produção de estudos e análises das experiências enquanto modos de ser, de sentir, de pensar e de agir na realidade (NASCIMENTO; LEMOS, 2020). Assim, este instrumento enriqueceu o acervo de informações coletadas para a análise.

Nesta etapa a equipe de pesquisa que conduziu a estruturação, o planejamento e a execução do processo formativo em formato de oficina, foi composta por: pesquisadora principal, doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFG; uma professora doutora da Faculdade de Enfermagem/UFG, coorientadora desta pesquisa; uma professora doutora do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG; uma mestrande do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/UFG; e uma enfermeira, com especialização em saúde mental em andamento, que atuou na equipe de pesquisa na primeira etapa. As três primeiras

pesquisadoras são especialistas em dinâmica e coordenação de grupos, sendo que, uma delas participava de reuniões do Observatório Internacional de Prática de Gestão Autônoma da Medicação.

Com isso, a proposta da oficina foi cadastrada como atividade extensionista no Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas da Universidade Federal de Goiás, fato que possibilitou posterior certificação do processo educativo aos participantes.

O conteúdo abordado na oficina foi delimitado a partir da avaliação dos questionários respondidos na primeira etapa em que a maioria dos profissionais referiu desconhecer a estratégia GAM e aspectos do envolvimento do usuário na cogestão da terapêutica medicamentosa para o cuidado seguro. Com isso, foram definidos os conteúdos: o contexto histórico da GAM no Canadá e no Brasil; princípios básicos de autonomia e cogestão; ferramenta de GAM; princípios da segurança do paciente; o 3º desafio global de segurança do paciente - medicação sem danos; tecnologia grupal no contexto da atenção psicossocial; e as características do grupo GAM, do convite ao manejo cogestivo (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição do planejamento metodológico da oficina como processo educativo e estratégia de coleta de dados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.

Data	Conteúdos abordados	Atividades síncronas	Atividades assíncronas
16/08	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto histórico da GAM no Canadá e no Brasil; - Princípios básicos de autonomia e cogestão; - Ferramenta de GAM; - Princípios da segurança do paciente; - O 3º desafio global de segurança do paciente/ medicação sem danos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação da estrutura da oficina, equipe responsável, proposta da pesquisa e disponibilização do TCLE aos profissionais que não participaram da primeira etapa. 2. Acolhimento - da técnica grupal "Que remédio eu seria?" 3. Exposição dialogada do conteúdo. 4. Apresentação e disponibilização da versão do Guia GAM de uso dos moderadores. 5. Avaliação do encontro por meio de relato verbal. 	<p>Indicação de leitura de texto único.</p> <p>Diário de campo direcionado a partir de questões norteadoras.</p>
22/08	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia grupal no contexto da 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento por meio da técnica grupal "Jornal falado". 	<p>Indicação de leitura de um texto comum a todos os</p>

	atenção psicossocial; - Características do grupo GAM, do convite ao manejo cogestivo.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Exposição dialogada do conteúdo proposto. 3. Apresentação da versão do Guia GAM de uso dos usuários. 4. Avaliação do encontro por meio do aplicativo <i>mentimeter</i> com a descrição de uma palavra que representasse o sentimento no encontro e relato verbal. 	<p>participantes e textos específicos de acordo com características de cada CAPS.</p> <p>Diário de campo direcionado a partir de questões norteadoras.</p>
30/08	- Planejamento estratégico para implementação do grupo GAM em cada CAPS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento - projeção de vídeos locais dos cenários pesquisados, em que usuários expõe suas experiências com a terapêutica medicamentosa em CAPS. 2. Retomada dos seis passos do Guia GAM. 3. Realização do planejamento estratégico para implementação do grupo GAM em cada CAPS. 4. Apresentação dos planejamentos, seguida de comentários e contribuições de todos os participantes. 5. Avaliação do encontro por meio de relato verbal. 	Diário de campo com a proposta de avaliar o processo formativo a partir da oficina ofertada.

Fonte: dados da autora, 2022.

Na execução do processo formativo, o primeiro e segundo encontro tiveram o objetivo de oferecer aos participantes um aporte teórico e metodológico da ferramenta GAM, bem como as suas interfaces com a segurança do usuário no uso de psicofármacos. Sempre iniciados com uma técnica grupal no sentido de acolher e aproximar os participantes da proposta da oficina, além de captar e registrar as ressonâncias do processo educativo permeado pelas tarefas de leituras e produção de diário de campo. A partir das exposições teóricas pautadas em evidências científicas, foram interpostos questionamentos que fomentaram a problematização das realidades vivenciadas e/ou percebidas pelos profissionais quanto ao envolvimento do usuário na cogestão da terapêutica medicamentosa para o seu cuidado seguro e a possibilidade de abordagens por meio de atividades grupais.

Vale ressaltar que o diálogo construído ao longo do processo educativo foi uma importante ferramenta de coleta de dados, nesses momentos trechos dos questionários e das entrevistas individuais eram retomados, discutidos, repensados e

validados. Assim, também os encontros presenciais foram gravados e posteriormente transcritos.

O terceiro encontro contou com uma breve revisão dos conteúdos abordados anteriormente e seguiu com o planejamento estratégico para implementação do grupo GAM em cada CAPS sob o acompanhamento e orientações da equipe condutora da oficina quando solicitado. Para tanto, os participantes foram divididos em subgrupos de acordo com o local de atuação e estimulados a discutir sobre as leituras prévias, a produção de conhecimento a partir da oficina, as limitações e potencialidades de cada serviço para a realização do grupo GAM, e assim elaborarem um planejamento para implementação em cada CAPS. Foi disponibilizado um gravador em cada subgrupo para registro dos relatos.

Nesta etapa, durante o processo formativo, o registro das percepções dos participantes se deu por meio do diário de campo. Foi solicitado aos profissionais que registrassem de forma escrita, suas percepções, seus desconfortos e aprendizados durante as atividades síncronas e assíncronas (leituras indicadas). O material para leitura e as questões para elaboração dos diários de campos eram disparados por *e-mail* logo após o encontro presencial, quando então, os participantes enviaram as produções também por *e-mail* em um prazo de até seis dias após os encontros. Exceto o último diário de campo que teve o objetivo de avaliar o processo formativo, este se constituiu por meio de resposta a um formulário eletrônico com questões que buscaram aferir as percepções das potencialidades da GAM e sua viabilidade de implementação, a compreensão que os profissionais adquiriram sobre a GAM, as contribuições do processo formativo para a prática profissional e o ensejo de supervisão para acompanhar a implementação do grupo GAM nos serviços (Apêndice III).

4.7 Análise de dados

As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo temática, conforme os pressupostos de Bardin (2022). A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva alcançar inferências que vão além das informações descritas e caminhar em direção a descoberta de conteúdos que não estão manifestos, de modo a produzir conhecimentos mediante

uma interpretação mais profunda, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens coletadas (BARDIN, 2022).

Para esta análise, foi escolhida a modalidade da análise de conteúdo temática, que é considerada cronologicamente a mais antiga e na prática a mais utilizada. É operacionalizada a partir do desmembramento do texto transcrito em unidades e por conseguinte em categorias, seguindo um reagrupamento analógico a partir de uma contagem de temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. A escolha se deu por se mostrar eficaz na aplicação a discursos diretos, como o caso dos dados desta pesquisa, com a pretensão de gerar confirmação de uma hipótese, sendo o mais importante a obtenção de resultados que podem direcionar a outras hipóteses e interpretações (BARDIN, 2022).

Nesta técnica de análise o conceito central é o tema, que se comporta como um acervo de relações e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra ou uma frase. O tema configura-se pela unidade de significação que enuncia o texto analisado, assim, trabalhar com a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que representaram significados ao objetivo analítico definido (BARDIN, 2022).

No processo de análise as técnicas e interpretações se atraem umas às outras, o que torna desafiadora a tarefa de esgotar o discurso. No entanto, será considerado esgotado ou saturado quando a análise não resultar em algo de novo. Durante a análise, por vezes na aferição dos dados é percebido um aspecto de vai e vem do processo entre teoria, técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise, ora favorece informações que reforçam as hipóteses iniciais, ora remete para outras hipóteses não perceptíveis na primeira leitura (BARDIN, 2022). Com isso, apesar de estar descrita em polos cronológicos, o processo de análise é cíclico e exige do pesquisador a perspicácia de compreender quando se faz necessário retomar etapas anteriores para melhor interpretar o fenômeno.

A análise de conteúdo está organizada em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação e tratamento dos resultados. A pré-análise tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de modo a conduzir operações sucessivas, tais como: a leitura flutuante; escolha dos documentos que irão consistir no corpus; formulação de hipóteses; elaboração de

indicadores e a preparação do material. Contudo, é o momento de organizar os dados e realizar o conhecimento desses (BARDIN, 2022).

A partir da leitura flutuante, primeira leitura, podem surgir intuições que convém formular em hipóteses, é uma leitura aberta a todas as ideias, reflexões, hipóteses, numa espécie de *brainstorming* individual (BARDIN, 2022). Nesta fase da análise foi realizada a leitura do *corpus*, que seguindo regras de exaustividade e de pertinência, teve uma diversidade na composição das informações, sendo dados coletados em áudio durante as entrevistas semiestruturadas e nos encontros presenciais da oficina, somados ao material escrito coletado em diários de campo dos participantes e questionários semiestruturados.

Nesse ínterim, em atendimento à regra de representatividade, destaca-se a participação de todas as categorias profissionais presentes no cenário de pesquisa no momento da coleta de dados. Quanto à regra de homogeneidade, o *corpus* apresenta as mesmas técnicas de obtenção dos dados, seguindo roteiros e questionários semiestruturados aplicados no mesmo intervalo de tempo e com os mesmos meios, além da semelhança entre os indivíduos, profissionais com graduação e experiência em Centros de Atenção Psicossocial.

Os temas foram derivados dos dados a partir da leitura inicial que propiciou, como previsto, a formulação de hipóteses alicerçadas nos referenciais teóricos e também nos objetivos da pesquisa, sendo: A Gestão Autônoma da Medicação pode ser favorável ao envolvimento do usuário no cuidado seguro? Os profissionais que atuam em CAPS estão capacitados para desenvolver ações ao envolvimento do usuário na decisão da terapia medicamentosa? Informações e orientações sobre os psicofármacos em uso favorecem a segurança do usuário? A autonomia do usuário é um aspecto percebido e valorizado pelos profissionais que atuam no CAPS? O modelo biomédico prevalece sob o modelo de atenção psicossocial? A cogestão na decisão da terapia medicamentosa qualifica o cuidado em saúde mental?

A análise seguiu com a referenciação dos índices, que constituem elementos do texto a ser analisado, como menções explícitas de um tema em uma mensagem, seguido pelos indicadores que correspondem à quantidade de vezes que o índice aparece no texto (BARDIN, 2022). Essa ação precede e abre os caminhos para a etapa de exploração do material, pois os índices, identificados linha a linha durante a

leitura flutuante, nortearam a definição dos núcleos de sentido, temas (unidades de registro) e contexto.

Os temas e unidades de contexto se referem aos elementos obtidos por meio da decomposição das informações, e a escolha das unidades deve corresponder a pertinência em relação às características do material frente aos objetivos do estudo. Os temas consistem em recortes a nível semântico, destaca-se que o recorte corresponde a um sentido e não a uma forma, esse sentido será direcionado a partir da análise temática que identifica os núcleos de sentido, em que a frequência de aparição pode ser significativa ao objeto analítico. A unidade de contexto, por sua vez, refere-se à unidade de compreensão situando uma referência mais ampla para a comunicação, de modo que o pesquisador precisa compreender o contexto do qual as informações analisadas fazem parte (BARDIN, 2022).

Assim, exploração do material, é a fase de efetuar as operações de codificação e decomposição dos dados, que corresponde a uma transformação do discurso bruto por meio de recortes, agregação e enumeração a fim de atingir uma representação ou expressão do conteúdo (BARDIN, 2022).

Seguindo com o processo de análise, foi realizada a categorização dos dados. Segundo Bardin (2022), serve-se da tarefa de analisar os desmembramentos temáticos, classificando os elementos de significação contidos nas respostas e relações estabelecidas, por conseguinte, dividindo as significações do discurso em categorias que têm o critério de escolha orientado pelo objeto pretendido. Visto que um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado ao conjunto da informação e se for produtivo no plano das inferências, com potencial para realçar dicotomias, divergências e convergências. Neste momento da análise tem-se uma organização dos dados que compreende a definição dos núcleos de sentido, dos temas, das unidades de contexto e das categorias (Figura 3).



Figura 3. Representação do conteúdo analisado com a identificação de núcleos de sentido, temas e categorias.

Fonte: Dados da autora, 2022.

A partir da análise dos temas e de contexto, as categorias temáticas definidas foram: Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa; Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental; Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro.

Vale destacar que o processo de pré-análise e exploração do material foi realizado com o auxílio do *software* de análise qualitativa (ATLAS ti 6.1), que viabilizou a organização do grande volume de material. O *software* permitiu a organização a partir dos *codes*, *quotations* e *families*. Após a leitura flutuante do corpus, os *codes* (unidades de registro) foram definidos e inseridos no *software* que permitiu a identificação das *quotations* (unidades de contexto) definidas como trechos dos relatos que apresentam o núcleo de sentido da unidade de registro, em seguida ocorreu a sistematização das *families* (categorias) estabelecidas durante a análise (Figura 4).

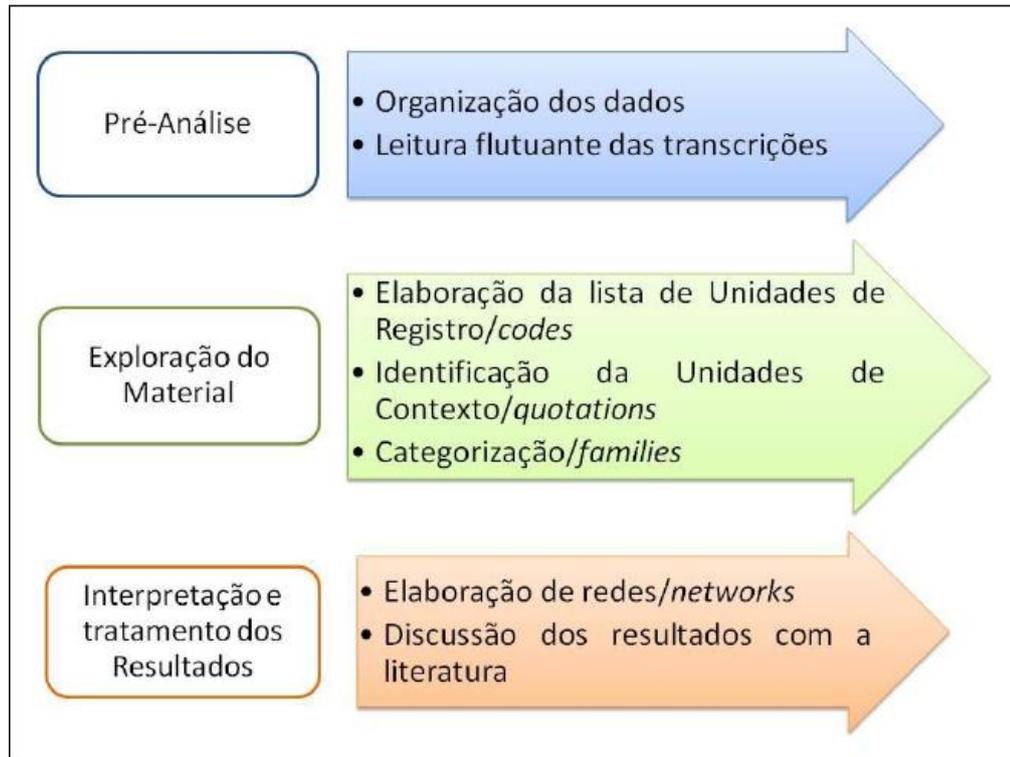


Figura 4. Procedimentos para análise qualitativa com a utilização do *software* ATLAS.ti 6.2 para a organização dos dados.

Fonte: SILVA, 2012.

A organização dos dados para a análise de conteúdo temática permite a utilização do ATLAS ti por ser possível seguir as etapas descritas com o uso de ferramentas do *software* que auxiliam na otimização do processo de análise. Bardin (2022) aponta ainda que um *software* pode ser útil diante de uma análise com um grande volume de informações, além da possibilidade de realizar análise de co-ocorrências com a identificação de duas ou mais unidades de registro na mesma unidade de contexto. E destaca que o uso da informática só é possível se o pesquisador conhecer os dados e seu contexto suficientemente.

4.8 Procedimentos ético-legais

A presente pesquisa faz parte de um projeto âncora intitulado "Estratégias educativas e suporte organizacional dos profissionais de saúde para o envolvimento do paciente no cuidado seguro", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com o parecer nº 3.726.285

e CAAE: 22469119.0.0000.5078 (Anexo I) e seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os participantes foram devidamente esclarecidos pela pesquisadora responsável quanto aos objetivos e etapas da pesquisa, e então o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) foi disponibilizado por meio eletrônico para leitura e consentimento por meio de acesso a partir de e-mail pessoal. A equipe de pesquisa esteve à disposição dos participantes para elucidar dúvidas relacionadas ao processo de pesquisa. O pesquisador se comprometeu em garantir o anonimato dos participantes e manter total sigilo quanto às informações coletadas, atendendo rigorosamente a resolução que trata de pesquisa que envolve seres humanos

Nesta direção, os 56 profissionais que participaram da pesquisa, foram identificados pela letra “P” referente à participante, e numerados em ordem sequencial para preservação do sigilo, de acordo com a ordem das falas nas entrevistas individuais e encontros presenciais. Para identificar os dados coletados em registros de diário de campo, foi acrescida a informação “trecho diário de campo” seguida pela identificação numérica do participante.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Na sequência de apresentação dos resultados e discussões, antes das categorias de análise estão descritas as características dos profissionais que participaram da pesquisa. Visto que é recomendado analisar os resultados em função de variáveis externas relativas aos participantes (Bardin, 2022), tais como sexo, idade, nível sociocultural, características de vínculo e tempo de experiência.

Entre os 56 participantes da pesquisa, a faixa etária predominante foi de 36 à 45 anos, que corresponde a 50%, seguida por 27% com idade entre 20 e 35 anos, 12% com idade entre 46 e 55 anos e 11% com 56 ou mais. Outra característica apreendida é que a maioria, 86% dos participantes são do sexo feminino e 14% do sexo masculino.

Quanto à formação, 39% dos profissionais referiram apenas o curso de graduação, 11% possuem mestrado e a maioria, 50% dos participantes referiu possuir

especialização em diferentes áreas, tais como: Saúde Mental e Dependência Química, dez profissionais; Saúde da Família; Serviço Social; Psiquiatria, dois profissionais; Acupuntura; Gestão em saúde; Psicodrama; Psicologia; Neuropsicologia; Avaliação Psicológica; Terapia Cognitiva Comportamental; Análise e Diagnóstico organizacional; Educação; Urgência e Emergência; Homeopatia e Especialização em Saúde, com um profissional de cada curso.

Referente às características de trabalho dos profissionais relacionadas ao tempo de atuação na área de formação, 40% dos participantes têm de 1 a 5 anos de experiência, seguido por 30% com tempo de atuação de 6 a 10 anos e 30% dos participantes possuem mais de 10 anos de experiência. Ainda na perspectiva da experiência, foram mensurados o tempo de atuação em CAPS, sendo: 62% dos participantes com 1 a 5 anos de trabalho em CAPS; 34% com tempo de atuação entre 6 e 10 anos e 4% com mais de 10 anos de trabalho em CAPS.

Os participantes apontaram experiências profissionais em outros locais, incluindo CAPS, em que a maioria deles 97% referiu ter trabalhado previamente em algum dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial, tais como: Atenção básica, Consultório na rua, serviços hospitalares, serviços ambulatoriais e outros CAPS. Apenas 9% apontou ter experiência de trabalho fora da RAPS, sendo 5% em instituições de ensino e 4% em Centro de Referência de Assistência Social (CREAS).

A carga horária semanal predominante de trabalho no CAPS é de 30h exercida por 71% dos participantes, 23% cumpre 40h semanais e 6% cumpre 10h semanais, os últimos são os profissionais médicos que possuem maior flexibilidade quanto ao número de plantões por semana. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, tem-se os profissionais credenciados que correspondem a 52%, 32% dos profissionais são concursados, seguidos pelos profissionais comissionados que contabilizam 16%.

Em relação à remuneração, a maioria dos participantes (39%) recebe entre dois e três salários mínimos, 32% recebem mais que três salários mínimos, e 29% dos participantes recebem de um a dois salários mínimos. Frequentemente, o valor da remuneração está relacionado ao fato de o profissional associar mais de um vínculo empregatício. Assim, a maioria (52%) apontou trabalhar apenas no CAPS, 35% dos participantes afirmaram possuir dois empregos, incluindo o CAPS, 9% referiram ter três vínculos empregatícios, e 4% afirmaram ter 4 ou mais vínculos.

Os participantes da pesquisa são predominantemente do sexo feminino, adultos jovens e com pouco tempo de trabalho no CAPS, até cinco anos. Os níveis de escolaridade demonstram que mais da metade dos participantes possui especialização, majoritariamente em Saúde Mental e Dependência Química, com um índice favorável de pós-graduação *stricto sensu*, nível mestrado. Mais de 50% dos participantes estão submetidos a vínculos empregatícios frágeis com o CAPS, fato que pode contribuir para maior rotatividade de profissionais nos serviços. E quase metade dos participantes possui outro emprego, no contraturno do trabalho no CAPS.

5.2 Categorização dos resultados

A síntese dos resultados, aqui expressa nas categorias definidas e as nuances da análise das informações, incidem em inferências e interpretações que respondem aos objetivos propostos e que desdobram em reflexões passíveis de novas abordagens científicas e práticas. A seguir, os resultados dos dados coletados nas etapas 1 e 2 estão apresentados, descritos e organizados conforme as categorias: Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa; Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental; Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro (Quadros 3, 4 e 5)

Quadro 3: Representação da categoria central “Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa, temas de análise e respectivos núcleos de sentido. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.

CATEGORIA 1. Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa	
TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
O modelo biomédico no contexto psicossocial	Cuidado centrado na figura do médico
Adesão e descontinuidade do tratamento medicamentoso	Terapêutica medicamentosa
Modelo de Atenção Psicossocial	Acolhimento/escuta Vínculo Projeto Terapêutico Singular Psicoterapias
Autonomia como direito dos usuários e ferramenta de cuidado	Autonomia do usuário Autonomia como direito do usuário Descontinuidade
Decisão da terapêutica medicamentosa pelo usuário	Usuário decide como usar a medicação
Ações para envolver o usuário na cogestão da terapêutica medicamentosa	Estratégias de envolvimento do usuário Envolvimento do usuário Terapêutica medicamentosa
Desafios para o envolvimento do usuário na cogestão da medicação	Envolvimento do usuário Desafios para o envolvimento Características do usuário

Fonte: Dados da autora, 2022.

Quadro 4: Representação da categoria central “Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental”. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.

CATEGORIA 2 - Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental	
TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
Acesso à informação e conhecimento sobre psicofármacos	Linguagem compreensiva Meios de acesso à informação Conhecimento dos usuários sobre as medicações Tentativas de autoextermínio
Comunicação sobre alterações no uso de psicofármacos	Comunicação do abandono Comunicação de alterações
Eventos adversos e incidentes com medicamentos	Medicação sem dano Incidentes/Danos Eventos adversos
Acesso aos psicofármacos	Condições financeiras Medicações disponíveis
Uso indiscriminado e inadequado de psicofármacos	Medicalização Automedicação Indicação de psicotrópicos
Cuidado seguro em saúde mental	Conhecimento, percepções e perspectivas sobre segurança do usuário

Fonte: Dados da autora, 2022.

Quadro 5: Representação da categoria central “Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro”. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2022.

CATEGORIA 3 - Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro	
TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
Gestão Autônoma da Medicação	Conhecimento para promover a GAM Percepções sobre a GAM Perspectivas quanto a GAM
Cogestão na decisão da terapêutica medicamentosa	Cogestão
Uso da tecnologia grupal para a psicoeducação sobre psicofármacos	Grupos terapêuticos Psicoeducação Espaço de diálogo
Competências dos profissionais para desenvolver ações a cogestão medicamentosa	Qualificação profissional
Protagonismo da família	Família na cogestão do cuidado Família como fator de proteção e segurança
Potencialidades da GAM	Cogestão Autonomia/ protagonismo Corresponsabilização Modelo de Atenção Psicossocial

Fonte: Dados da autora, 2022.

6 DISCUSSÃO

6.1 Percepções dos profissionais sobre a cogestão da terapêutica medicamentosa

A percepção dos profissionais de saúde mental diante da demanda de envolver o usuário no processo decisório do seu tratamento medicamentoso transita entre visões alicerçadas na hegemonia do modelo biomédico, com os desafios e ações existentes para o envolvimento do usuário na cogestão da terapia medicamentosa e entre ideais reformistas pautados no modelo de Atenção Psicossocial (Quadro 3).

As atitudes dos profissionais oscilam entre reforçar a adesão ao uso de psicofármacos e fortalecer ações fundamentadas na autonomia, no direito à voz e no direito do usuário de decidir sua própria vida.

A superação do modelo biomédico de atenção à saúde é também um exercício de singularizar o sujeito sob cuidados, com respeito à sua subjetividade e à sua autonomia, e coletivizar as ações de cuidado em um contexto interdisciplinar, em que todos os saberes são relevantes para a assistência, inclusive o saber do usuário.

“Dando realmente voz ao usuário, pois a partir do momento que o usuário comunica que a medicação não está fazendo bem a ele, e também que entende quando o efeito que está ocorrendo não está condizendo com o que a medicação pode causar, ele tem autonomia e segurança, além que o usuário passa a ser agente de mudança a ativo e não passivo.” (Trecho de diário de campo. P26).

O modelo biopsicossocial considera vários fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem para produzir pensamentos, sentimentos e comportamentos que se desdobram no sofrimento psíquico, não necessariamente como uma doença, em uma visão puramente biológica (HUDA, 2020).

Apesar de todo esse movimento, tem-se que os profissionais que atuam em serviços de saúde mental ainda superestimam à atenção à saúde com foco em diagnósticos de transtornos mentais e na própria figura do profissional médico. De modo que, o médico é visto como detentor do saber e único capaz de intervir nas questões que dizem respeito à medicação.

“Nós funcionários não fazemos esse envolvimento. Mais, são os médicos mesmo que estão em convívio com a medicação.” (P10)

“Olha, a orientação que a gente tem, do meu conhecimento mesmo, é procurar o médico.” (P17)

“A gente fica lá para auxiliar. Mas a decisão é entre o médico e o usuário.” (P20)

Os médicos foram apontados como detentores dos principais conhecimentos sobre os possíveis efeitos adversos que os psicotrópicos podem causar, sendo considerados os principais responsáveis pela decisão do medicamento e por desenvolver ou não ações de envolvimento dos usuários. Cada profissional tem seu fazer profissional, mas todos devem ter competências para refletir o cuidado com o

usuário e a equipe. No entanto, outra questão importante é a dificuldade em acessar os médicos e trazê-los para discussões coletivas.

“Só consegue ter maior envolvimento com os usuários após uma consulta, uma prescrição, quando o médico percebe que eles estão tendo alguma dificuldade de tomar um medicamento.” (P14)

“Acho que seria fundamental a participação dos médicos da unidade nessa oficina [GAM], ou pelo menos de um quantitativo mínimo, porque muitas vezes percebo dificuldade em acessá-los para discutir casos do dia a dia quanto mais para debater prescrição de medicações dos usuários do serviço.” (Trecho do diário de campo. P50).

Percebe-se uma linha tênue e tensionada na relação entre médicos e o restante da equipe, mesmo em serviços em que há diálogo entre esses profissionais. Os médicos assumem a maior parte da carga da decisão de administração da medicação e raramente possibilitam espaços de discussão e compartilhamento de conhecimento (SANTOS *et al.*, 2019). Assim, surgem conflitos interprofissionais, que não são exclusivos da saúde mental. Nas equipes multidisciplinares, existem tensões, pois os serviços de saúde tendem a ser organizados em torno de hierarquias dominadas por médicos no nível clínico (MOREIRA *et al.*, 2019; HUDA, 2020).

Parte dessa problemática se dá pela incompreensão que a maioria dos profissionais refere quanto às nuances da terapêutica medicamentosa, desde os aspectos biológicos até os aspectos psicossociais, o que mantém a prescrição da terapêutica medicamentosa como responsabilidade médica, distanciando-os do desenvolvimento de ações multiprofissionais para fortalecer o envolvimento dos usuários. A atividade de prescrição de medicamentos é privativa do médico, mas a conduta de prescrever e adotar todo e qualquer empreendimento terapêutico é da equipe juntamente com o usuário.

Nesse sentido, também o usuário é colocado em uma relação desigual de poder, em que a autoridade é o médico, o que distancia o exercício da cogestão pelo usuário. Colaço e Onocko-Campos (2022) referem que a prescrição de um psicofármaco produz efeitos na relação dos envolvidos, em que ocorre a normatividade e distribuição de funções. Espera-se que o médico faça a prescrição, que o usuário siga seu tratamento e que a família zele pelo uso adequado da medicação.

As hierarquias, por vezes, são fortalecidas pela própria equipe multiprofissional quando se esquivam de responsabilidades voltadas à medicação. A equipe solicita que

o usuário procure o médico e faça o que ela não consegue fazer coletivamente, o que pressupõe a omissão dos profissionais da equipe, dificultando a orientação do usuário para o alcance de sua participação na terapêutica medicamentosa. Assim, fica o paradoxo, em que o usuário é impulsionado a exercer uma autonomia em seu tratamento, que a equipe parece não ter orientado, muito menos assumido um fazer igualmente profissional relacionado ao uso e manejo das medicações.

“Teve um caso até pouco tempo, a paciente falava que não estava dando certo o remédio e que a médica continuava falando é assim, é assim ele mesmo, então eu falei você tem que falar com ela, ela tem que ajustar, vai ter que diminuir ou substituir, a gente fala: tem que ser o médico, né?” (P6)

‘Aí no caso, se realmente está tendo efeito colateral, a gente tem que agendar uma consulta o mais breve possível para passar por uma nova avaliação.’ (P14)

“Fazia pouco tempo que ele estava usando o remédio, então nem teve tempo de fazer efeito, talvez não seria ideal parar sem antes comunicar a gente. Aí ela falou, ‘não, mas eu decidi parar’. Eu falei, ‘então vamos fazer assim, eu vou tentar agendar uma consulta mais rápido com o psiquiatra para gente poder ver isso’”. (P26)

Na perspectiva do paradigma biomédico, tendo o médico como prescritor, percebe-se a medicação como principal resposta e intervenção de cuidado. Os relatos refletem como os profissionais tendem a não questionar a medicação e não apoiar o usuário neste processo. Visto que, questionar a medicação parece ser o mesmo que questionar a pessoa e a integridade do médico.

Faz-se necessário que a equipe de saúde identifique problemas e promova uma discussão multidisciplinar, realizando um trabalho colaborativo e interprofissional para desenvolver a autonomia do usuário e dela própria. Huda (2020) destaca que o processo de trabalho do profissional médico coexiste com abordagens e perspectivas não médicas, e os psiquiatras trabalham em um contexto interdisciplinar com outros modelos e profissionais. Assim, devem decidir valorizar as perspectivas dos outros, sejam eles colegas, usuários ou cuidadores, e reconhecer as limitações de sua própria perspectiva.

Quando questionados a respeito da terapêutica medicamentosa e das ações de cuidado voltadas ao envolvimento do usuário, as reflexões dos profissionais

direcionaram-se a questões centrais, como a adesão e a descontinuidade do tratamento medicamentoso. O cuidado em saúde mental ainda segue, majoritariamente, a lógica da medicalização e da culpabilização quando a proposta terapêutica não é aceita.

“Orientando a importância dele conversar com o médico, fui investigando e um dia ele me falou, “não, não, já tem muito tempo que eu não tomo” e aí ele entrou numa crise de pânico gravíssima.” (P24)

“Já fala que não vai tomar mais, e nós enquanto terapeutas tentamos conversar, orientar sobre a importância de tomar, de tentar conversar com o médico para poder ver a melhor forma, para ele também não ficar sem medicação. Acredito que é dessa forma.” (P25)

Ferreira (2017) defende que a medicalização é uma prática induzida pela invasão da medicina na vida individual, com a utilização de medicamentos e cuidados específicos em cada perturbação da vida humana. Essa prática é reforçada por uma sociedade que não aceita o sofrimento e vislumbra a obrigatoriedade da felicidade.

Há poucas ações para a descontinuação do uso de psicofármacos, fato que reforça o cuidado fragmentado. A prescrição e o consumo de psicofármacos se prolongam por mais tempo do que o preconizado, e os usuários continuam institucionalizados, não mais pelo modelo asilar, mas pelo medicamento psicotrópico, que os acompanha por longo período (SOUZA; NASCIMENTO, 2022).

Equivocadamente, os profissionais compreendem a adesão à terapêutica medicamentosa como cogestão pelo usuário. O envolvimento perpassa pela condição de que o usuário se posicione passivamente e aceite o que foi prescrito, na perspectiva referida a seguir.

“Eu não gosto de decidir sozinha pelo tratamento do paciente, eu gosto de envolvê-lo, até para dar um pouquinho mais de responsabilidade para ele. Eu me sinto capacitada para exercer essa autonomia do usuário. Eu tenho que trazer ele para perto do tratamento. Eu tenho que envolver esse paciente. Ele precisa ter uma adesão ao tratamento.” (P16)

Usuários que não estão dispostos ao uso de medicamentos encontram barreiras para acessar outros tipos de oferta de cuidado no serviço de saúde mental. Por vezes, a adesão ao tratamento medicamentoso é tida como pré-requisito ao cuidado em saúde mental nos serviços que compõem a RAPS. Vale considerar que a adesão não deve ser um objeto em si e que a má adesão sinaliza problemas na

relação entre equipes de saúde, usuário e família (COLAÇO; ONOCKO-CAMPOS, 2022).

O psicofármaco é considerado uma prática terapêutica influente. O cuidado em saúde mental ainda está fortemente pautado na primazia do tratamento farmacológico, fato que reduz a assistência a tratamentos clínicos e prescrição de psicotrópicos, com foco em uma lógica medicalizante (SANTOS *et al.*, 2019; SOUZA; NASCIMENTO, 2022).

A lógica da medicalização direciona os processos de abordagens e orientações, nomeados pelos profissionais no contexto dos CAPS como psicoeducação, a fim de que o usuário não tenha descontinuidade do tratamento medicamentoso, do ponto de vista da autonomia e protagonismo este cenário é preocupante.

“Agora, quanto à orientação do usuário, parar ou não com o medicamento, a equipe tem esse viés de estar incentivando o usuário com psicoeducação para que ele continue a tomar um medicamento.”
(P13)

“Porque eu acho que o paciente ter o entendimento do que ele está usando, isso ajuda muito na adesão do tratamento. Explicar para o paciente o que ele vai sentir nos primeiros dias no uso de um ansiolítico, por exemplo, de um antidepressivo.” (P16)

“A compreensão entre benefícios do medicamento é as discussões sobre o que lhe faz bem ou não, facilita a aceitação e manuseio correto do medicamento, trazendo assim menos interrupção do tratamento.”
(P45)

É fundamental reconhecer que a psicoeducação engloba um processo de aprendizado consciente e orientado, não se trata de uma estratégia de convencimento ou condicionamento. É esperado que o conhecimento não aprisione os usuários às proposições da equipe de saúde, ao contrário, que tenham subsídios para enfrentar crises e situações-problema a partir de soluções viáveis. A psicoeducação se destaca como uma técnica eficaz para guiar a família e o usuário acerca do diagnóstico e do tratamento e também para auxiliar o indivíduo a desenvolver pensamentos e comportamentos mais adaptativos sobre as pessoas e o mundo (CAMPOS, 2018; GALDINO *et al.*, 2022).

A centralização das decisões nos profissionais de saúde é reflexo da baixa autonomia que os usuários possuem em relação a seus tratamentos, o que contribui para tornar a prática clínica mais próxima do contexto biomédico.

Um aspecto importante observado é um produto da medicalização que interfere na capacidade do indivíduo de tomar decisões. Pois, quando sua capacidade está bloqueada por limitações de processos químicos produzidos pelos psicofármacos, diminui sua autonomia e, por conseguinte, sua liberdade (FERREIRA, 2017). A medicação psicotrópica pode causar prejuízos biopsicossociais e serve como instrumento de restrição de novas possibilidades de vida (SOUZA; NASCIMENTO, 2022).

Essa centralidade do cuidado excede a perspectiva de prescrição de medicamentos. Os profissionais se colocam também como prescritores de condutas sociais e comportamentos em uma relação vertical baseada no saber profissional e poder. Senna e Azambuja (2019) destacam que o exercício do poder é um modo de ação de alguns sobre os outros, sendo que a ação do profissional sobre a ação do usuário age em meio às possibilidades atentadas pelos usuários, sujeitos ativos e livres, com diversas reações e condutas.

Configura uma posição questionável quanto às relações de poder que se estabelecem ou são reforçadas entre usuários e profissionais. Os usuários carecem não apenas de uma boa orientação, mas sobretudo de uma boa relação, preferencialmente horizontalizada.

“Para ser bem sincera, eu não gosto muito de que o paciente leia a bula não. Eu prefiro que ele venha conversar comigo, o que pode acontecer, o que ele tem, até eu deixo isso muito bem claro, como eu já te disse antes, o que ele vai sentir, quais são as possíveis reações.”
(P16)

“A gente vai dar uma boa orientação para eles. Na dúvida, a gente busca com o médico.” (P10)

A prescrição posiciona o usuário em uma relação de poder tensionada em dois pólos. O uso de medicamentos estabelece contratos autoritários e unilaterais, tendo como horizonte o tratamento e a eliminação de sintomas definidos pela equipe de saúde, e a inclusão da perspectiva do usuário no estabelecimento de metas de tratamento e de regimes singulares de uso de medicação (COLAÇO; ONOCKO-CAMPOS, 2022).

É ilusório acreditar que o tratamento é definido pela equipe de saúde, o tratamento pode até ser prescrito pela equipe de saúde, mas é executado pelo usuário. Deficiências no envolvimento do usuário nesse processo cerceiam sua

compreensão dos benefícios e riscos, podendo agir equivocadamente frente à proposta terapêutica, fato que poderá ocasionar prejuízos à saúde.

A consequência é a gestão da medicação isolada ou solitária, em que o usuário ou familiar em casa decidem sozinhos por meio da automedicação, ou decide-se sozinho pelo outro, no caso o médico prescritor, sobrepondo a experiência do usuário (GONÇALVES; CALIMAN; CESAR, 2021).

A primazia da psicofarmacologia não pode interferir ou impedir o desenvolvimento de ações de cuidado que valorize o sujeito e sua experiência de vida nas nuances que envolvem o sofrimento psíquico, incluindo a medicação. Dentre essas ações, destaca-se a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação, em que o usuário poderá se reconhecer autônomo e exercer o direito a participar das decisões que envolvem seu cuidado.

“A GAM, se faz importante nos serviços de saúde mental pois, a partir do momento que o usuário entende que pode participar das decisões referentes sobre sua prescrição médica e compartilhar com a equipe suas experiências, a respeito do uso de determinado fármaco, pode levá-lo a uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso, dando-lhe mais segurança acerca do uso da medicação.” (Trecho do diário de campo. P41).

“No cuidado seguro e na segurança do usuário de acordo com a estratégia GAM o paciente é instigado ao diálogo sobre o significado que o uso da medicação ocupa na sua vivência. O cuidado seguro favorece o fortalecimento pessoal no sentido de decidir sobre o uso de psicofármacos com um espaço de cuidado compartilhado entre equipe e usuário.” (Trecho do diário de campo. P46).

A vivência com a estratégia GAM proporciona aos profissionais estarem abertos a ouvir signos e significados descolados do paradigma biomédico que aprendem em suas formações e replicam na prática clínica nos serviços (SANTOS *et al.*, 2019). No contraponto da perspectiva biomédica, tem-se o modelo de atenção psicossocial, o qual prevê que o usuário seja visto, compreendido e cuidado amplamente.

Tocante aos pressupostos da atenção psicossocial, o modelo de cuidado foi construído para garantir direitos civis e humanos, em que a autonomia é apontada como imprescindível na construção de estratégias de cuidado que valorizem e explorem o território (FERREIRA; MORO; ROCHA, 2022). Princípios como autonomia e participação encontram-se sob grave ameaça na conjuntura política, visto os retrocessos como indícios das bases frágeis em que foram assentados, o que revela

a necessidade de reformas estruturais mais pujantes na defesa da saúde como um direito fundamental do povo e dever do Estado (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020).

Há profissionais que valorizam o modelo de cuidado pautado em ações além da medicação, esta é uma postura que precisa ser disseminada. Assim, fazem menções à complexidade do processo de adoecimento mental, mas também da complexidade do processo terapêutico nessa vertente. Vale a discussão do quanto e até quando o medicamento pode gerar benefícios ao usuário, e, portanto, qual o real valor e sentido de outras ações terapêuticas.

“A realidade é que essa doença é muito difícil, dependência química, e a medicação no meu entender ajuda muito pouco. Infelizmente, eu vejo que a medicação ajuda pouco. O que ajuda mais é a terapia.” (P17)

“Esse usuário não precisa só do tratamento medicamentoso, mas ele precisa estabelecer todo o vínculo, toda uma estratégia, todo o contexto ao redor. Até coisas simples, por exemplo.” (P16)

“O tratamento igual a gente costuma dizer é 50% com a medicação e 50 % com psicoeducação e com psicoterapia.” (P34)

“Só que remédio não é todo o tratamento do CAPS, né?” (P25)

Nesse sentido, no contexto brasileiro, o processo de reforma psiquiátrica direciona um caminho na contramão da medicalização e tutela dos usuários de serviços de saúde mental. Todavia, segue tendo como desafios o aumento da participação dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde e a superação de práticas tutelares para maior produção de autonomia (SANTOS *et al.*, 2019).

Um dos importantes processos de trabalho dos CAPS é a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Uma estratégia de superação do modelo biomédico, mas também de exercício da autonomia do usuário, que consiste em um dispositivo que além de ampliar a clínica e produzir o trabalho interdisciplinar com a participação do usuário, também apoia a organização dos processos de trabalho, relações institucionais, interpessoais e em rede (DEPOLE *et al.*, 2022).

A construção do PTS deve ser baseada nas reais necessidades de saúde de cada usuário, por meio de uma relação horizontal, espaço de diálogo e direito a voz para o usuário, de modo a ampliar a coparticipação na construção de seu plano terapêutico (DEPOLE *et al.*, 2022).

Há dificuldade dos profissionais em operar e tornar viável o PTS, fato que demanda a realização de capacitação para potencializá-los para o uso efetivo deste dispositivo, visto que a maior parte dos PTS ainda são construídos sem a participação ativa dos usuários (PACHECO; RODRIGUES; BENATTO, 2018). Devido à poucos espaços de conversa e negociação frente às decisões terapêuticas, ocorre o distanciamento entre aqueles que detêm o saber e que podem decidir e aqueles que não participam por não terem suas experiências consideradas parte desse saber (GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

Aqui, o ato da prescrição medicamentosa é compreendido como parte do PTS, e realmente é, pois é uma vertente do acompanhamento no CAPS. Porém, não pode ser a única, como temos discutido.

“Aí, durante o acolhimento, nós fazemos o PTS, juntamente com o usuário e a família e inicia as atividades e aí já é marcada a consulta, a primeira consulta. E na ocasião, juntamente com o médico, durante a consulta, é feita a orientação sobre que tipos de medicamentos irão usar, a concordância ou não dos familiares de dar.” (P23)

No contexto do CAPS infantojuvenil, como demonstra o relato acima, o usuário tem o familiar ou cuidador como responsável legal. O familiar é responsável pelo cuidado e proteção da criança ou adolescente. No entanto, essa figura pode minimizar ainda mais a participação da criança ou adolescente, no sentido de ter direito a voz e expressar suas sensações com o uso da medicação.

Visto que não é permitido ao público infantojuvenil dizer, sentir ou opinar sobre si, conseqüentemente, as crianças e os adolescentes são privados de participar das decisões que lhes dizem respeito, quanto ao uso de psicofármacos, sequer têm conhecimento de que fazem o uso e os motivos da sua ingestão. Apesar de terem condições e pleno direito de se expressarem sobre seus sofrimentos, são os familiares/responsáveis que o fazem quando há espaço para tal (GONÇALVES; CALIMAN; CESAR, 2021).

O PTS é construído a partir de outros importantes instrumentos do cuidar em saúde mental, como a escuta e o acolhimento, que favorecem o envolvimento do usuário no processo de cuidado, a partir da valorização das experiências relatadas por ele. Valorizar sua participação vai ao encontro de possibilidades de promover o

protagonismo e a autonomia do sujeito. Não escutar, não buscar o sentido das experiências vivenciadas pelo usuário pode afastá-lo do serviço de saúde mental e da proposta terapêutica, além de enfraquecer o vínculo terapêutico.

“Eu presenciei uma paciente que chegou em crise, chorando, agressiva, falando que o medicamento não tinha feito o efeito necessário, falando que não tinha dado certo, (...) não conseguia dormir, (...) a todo custo ela queria agredir o médico. É um médico que eu gostava como pessoa, mas eu não via um cuidado dele tão maior com o paciente sabe, aquela sensibilidade.” (P7)

A escuta e o acolhimento são decisivos para ampliar a autonomia dos usuários (LEME; CAMPOS, 2020). O acolhimento aproxima o profissional da vida e do sofrimento do usuário, e a escuta qualificada revela ao usuário o quanto suas experiências são importantes em seu processo terapêutico, envolvendo-o.

A qualidade do cuidado depende do envolvimento do usuário nesse processo. Aqui, aborda-se esse envolvimento no que se refere ao tratamento medicamentoso, e os profissionais reconhecem que medidas coercitivas não trazem benefícios ao cuidado, podendo inclusive contribuir para a descontinuidade do uso de medicamentos sem a adequada orientação e segurança.

“Eu acolho mais do que falar “tem que tomar a qualquer preço e pronto”. Acaba que não adianta, ele não vai tomar da mesma forma se a gente não tiver uma abordagem assertiva.” (P32)

“Eu sou bem receptiva, acolho, tento entender o motivo que ele não está tomando, falo a importância e aí eu tento fortalecer isso para que ele retorne.” (P25)

“Mas de acordo com o que eu penso (...) a gente precisa lidar de alguma forma que não seja tão incisiva, porque o CAPS não é incisivo, a gente não obriga o usuário a nada. Ele vem, ele se sente pertencente a esse ambiente e a gente vai alterando junto com ele os projetos terapêuticos.” (P23)

Alicerçado na escuta está a construção do vínculo, imprescindível no contexto do modelo de atenção psicossocial, mas também na promoção do cuidado seguro e no fomento da autonomia do usuário. Uma escuta isenta de julgamentos ou preconceitos propicia o vínculo e a confiança entre o profissional e o usuário.

Para tanto, os profissionais que compõem a equipe de saúde dos CAPS precisam manter-se sensíveis ao que é exposto pelos usuários, seja em palavras, gestos, olhar, tom da voz, contexto trazido ou em outras tantas sutilezas que só podem ser alcançadas a partir da escuta qualificada e do olhar sensível (AMORIM; ABREU, 2020), estabelecendo vínculos e relações horizontais entre profissionais e usuários.

Com isso, o usuário sentirá tranquilidade para comunicar aos profissionais suas decisões sobre o uso do psicofármaco, e nesse momento o profissional poderá realizar a orientação adequada e possibilitar a prevenção de agravos.

“Um usuário que eu tenho um vínculo, ele chega pra mim e fala que aquela medicação não tá boa não está legal, eu sempre sugiro que ele fale com o médico. E às vezes tem alguns que eu tenho bastante vínculo, que tem receio, eu acompanho a consulta.” (P8)

“Eu tento ter uma proximidade muito grande com o paciente. Eu tento deixar o paciente mais à vontade comigo. Tento manter uma postura, uma imagem não de uma pessoa que vai cobrar, que vai julgar, entendeu? Para que eu tenha o paciente mais próximo de mim.” (P16)

“Ela tem um vínculo bastante bom com a gente, bem participativa. Não falta, o vínculo dela é bem forte mesmo, nós do CAPS e ela mesmo, comunicou que não estava tomando porque não estava gostando dos efeitos, estava dando muita sonolência, não estava conseguindo estudar.” (P23)

O verdadeiro respeito à autonomia e dignidade do usuário depende das competências do profissional: conhecimento, habilidade e atitude, somadas ao manejo com o usuário com maior atenção e cuidado. A forma como o profissional lida com a pessoa com diagnóstico de doença mental é relevante para gerar confiança, o que influencia na abertura do usuário para as informações transmitidas a ele (MENDONÇA, 2019).

Os vínculos relacionais entre usuários e profissionais, assim como o envolvimento dos usuários na decisão terapêutica, são fatores de proteção na assistência, como apontam os participantes.

“Dou bastante autonomia aos pacientes, ajudam a decidir qual medicamento e como usar. Já para evitar esse risco e fortalecer laços mesmo, esses vínculos, porque esse usuário não precisa só do tratamento medicamentoso, ele precisa estabelecer todo um vínculo, toda uma estratégia, todo um contexto ao redor disso.” (P16)

“Ela tem um vínculo bastante bom com a gente, bem participativa. Não falta, o vínculo dela é bem forte mesmo, nós do CAPS e ela mesmo, comunicou que não estava tomando porque não estava gostando dos

efeitos, estava dando muita sonolência, não estava conseguindo estudar.” (P23)

É neste contexto da atenção psicossocial, segundo os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental, que a autonomia do usuário vai sendo reconhecida pelo próprio usuário e pelos profissionais responsáveis por compartilhar o cuidado. Santos *et al.* (2019) destacam que, segundo a percepção dos trabalhadores de saúde mental, a autonomia é uma temática abordada de maneira teórica, sem relação com o cotidiano e suas nuances na prática. Há diferença entre discutir de forma especulativa e vivenciar na prática, com isso é necessário investir em Educação Permanente e supervisão continuada nos serviços.

A interface entre teoria e prática é percebida diante de relatos em que os profissionais não se sentem capacitados para fomentar a autonomia do usuário. Referem-se ao termo autonomia como obediência e concordância do usuário frente ao diagnóstico de doença mental e ao uso dos psicofármacos, podendo fazê-lo sozinho, sem depender de cuidadores/familiares.

“Eu não me sinto capacitada a influenciar a autonomia do usuário. Eu acho que não. Nós instruímos bem eles, né? A gente instruí bem o paciente [quanto ao uso da medicação].” (P10)

“A partir do momento que ele tem a chance de administrar o medicamento, ele tem autonomia para administrar seu próprio medicamento.” (P12)

“Eles não têm tanta, vamos dizer assim, autonomia. É mais conforme vai sendo os efeitos colaterais que eles vão dizendo. Não, eu sinto que eu preciso de mais capacitação. Eu tenho um certo conhecimento por ser da área da enfermagem e por trabalhar com medicação, mas eu acredito que eu precisaria de uma capacitação.” (P25)

Autonomia diz respeito à liberdade que se tem para agir da maneira que julgar mais interessante ou conveniente ao seu projeto de vida. A autodeterminação garante a liberdade de tomar decisões, sendo revelada como consequência da dignidade humana, intrínseca a cada pessoa. No contexto da saúde mental, os preceitos substanciais não sofrem alteração. Ao usuário de serviços de saúde mental, também é garantida a possibilidade de decidir sobre opções terapêuticas adequadas à sua condição. Entretanto, percebe-se que o processo é por vezes dificultado, e cabe ao profissional de saúde deliberar sobre as condições do usuário para a tomada de

decisão quando identificado comprometimento de seu juízo crítico associado ao sofrimento psíquico (MENDONÇA, 2019).

Dificuldades em efetivar a autonomia remetem à própria dificuldade de se construir relações pautadas no diálogo e na responsabilidade coletiva (BRAGA; FARINHA, 2018). À medida que a equipe de saúde afirma não ser capaz de desenvolver a autonomia do usuário, tem-se a necessidade de refletir sobre os processos de trabalho que permeiam o cuidado em saúde mental. Refletir, discutir e propor mudanças, visto que os sistemas de atenção à saúde são falíveis, e o fato de o profissional confiar nestes sistemas faz com que entre no modo automático e deixe de avaliar seu trabalho.

“No serviço, falamos tanto de adesão e de contribuir com a autonomia do usuário, mas parece que esse jeito de prestar assistência não tem contribuído tanto para o alcance de tais objetivos. Os atendimentos tendem a se limitar a consulta médica e administração medicamentosa, e para onde está indo a integralidade? Percebi que minhas crenças, enquanto profissional de saúde de um CAPS, vão se cristalizando e entrando em um ‘piloto automático’ que anda para trás, seguindo a máquina dos processos de trabalho.” (Trecho do diário de campo. P50).

Seguir a máquina dos processos de trabalho não corresponde a um modelo de trabalho em que a avaliação de processos ocorre continuamente. Alvarez (2019) alerta quanto ao distanciamento entre a prática cotidiana dos profissionais no campo assistencial e o postulado na atenção psicossocial, em que práticas que enfatizam ações asilares de cunho médico ocorrem em detrimento de ações de atenção integral, que garantam os direitos dos usuários com foco na reinserção social.

Como uma preconização da atenção psicossocial, os relatos evidenciam que a autonomia não é estimulada nas ações do serviço. Vale destacar que o reconhecimento e a reflexão por parte dos profissionais podem abrir caminho para mudanças nos processos de trabalho.

“Em partes que ele [usuário] participa. É uma tentativa essa capacitação da autonomia. Porque, muitas vezes, a autonomia dele não é estimulada, não é discutida. É meio que vertical mesmo. Apesar de estarmos falando de um modelo psicossocial, que a gente escuta o usuário, escuta o familiar, muitas vezes o incentivo da autonomia não é enriquecido, estimulado.” (P15)

Enfatizar a autonomia prestigia o indivíduo que, ao menos no plano teórico, teria condições de decidir sobre o tratamento que deseja que lhe seja dispensado, ou mesmo, se prefere não ser submetido a qualquer tratamento. A autonomia é uma qualidade atribuída à pessoa, que tem um espaço relevante nas relações interpessoais. No entanto, liberdade ou cuidado não podem ser representados pela independência, quando ocorre o abandono à solidão da autonomia, ou pela dependência, quando o cuidado é direcionado pelo paternalismo coercitivo. É preciso observar a capacidade de decisão da pessoa, sem que isso implique em deixá-la entregue a sua escolha (MINAHIM, 2020).

Autonomia e independência. Há uma tendência de fortalecer aspectos do autoconhecimento e da interdependência, como facetas da autonomia. A autonomia não é pensada como independência, autossuficiência ou individualismo, mas ~~sim~~ como um movimento de estar em relação com os outros, e não sozinhos. Viver a autonomia presume compartilhar o que se pensa e sente em uma construção coletiva sustentada por uma rede de apoio e criação de laços de codependência (CAMPOS *et al.*, 2014; RENAULT, 2015; SENNA; AZAMBUJA; 2019).

Não se pode perder de vista a demanda de reformar o cuidado, de modo que possamos desviar a atenção do diagnóstico, da doença e da prescrição medicamentosa. Dessa forma, criam-se condições para o usuário que, em vez de ocupar um lugar de dependência na relação com o serviço, tenha-o como espaço de retomada do seu lugar de cidadão, espaço de troca de experiência em que a expertise do usuário se faz valer exatamente por ocupar o papel de usuários dos serviços de saúde mental (SANTOS *et al.*, 2019; SENNA; AZAMBUJA, 2019).

No entanto, há também o reconhecimento da importância da autonomia e do envolvimento, por parte dos profissionais, como garantia de direitos e da necessidade em investir neste processo para o fortalecimento da atenção psicossocial.

“Então, a pessoa tem voz. Às vezes ela diz que não quer. Ela tem esse direito.” (P15)

“Porque o médico só não faz nada. Então, o ideal mesmo é a participação do usuário. Isso é autonomia, pra mim é isso.” (P17)

“Então eu acho que ele tem que ter autonomia, que a gente fala tanto em autonomia, fala tanto em reinserção. Eu acho que tem que

começar por aí, dando essa autonomia para a pessoa decidir se o que ela quer tomar ou o que ela não quer tomar.” (P18)

Boa parte dos usuários não conhece seus direitos, desconhece as fontes, leis ou locais nos quais poderiam acessá-los (SANTOS *et al.*, 2019). Portanto, esses usuários, provavelmente, não consideram a autonomia como um direito e que pode ser exercida livremente, sem receios.

Ao longo dos anos, o exercício do pensamento racional constituído pelo saber criou distâncias entre profissionais de saúde e usuários. Infelizmente, ainda é bastante recorrente o peso do usuário conviver com o rebaixamento de suas opiniões e com a desqualificação de suas experiências (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

Muitos desafios são percebidos para que o envolvimento do usuário na cogestão da medicação seja concreto e efetivo. Dentre eles, as condições cognitivas dos usuários são apontadas como limitadoras à compreensão e até ao envolvimento.

“Eu acho que em sua maioria não sabe. Porque muitas das vezes assim: o usuário nem sabe o nome do medicamento que ele usa, aliás, ele não lembra, né?” (P14)

“A maioria das vezes eles têm transtornos e essa compreensão (sobre a medicação) mais certa é meio complicada. Eu acho muito importante eles terem um familiar, que está com ele junto quando ele receber a medicação.” (P17)

“Porque o usuário, às vezes quando as pessoas relatam assim transtorno mental ou tem algum transtorno, eles acham que o usuário não tem inteligência nenhuma. E muito pelo contrário, o paciente tem inteligência, ele sabe, ele conversa com a gente.” (P12)

A autonomia na esfera da saúde mental é um conceito bastante aberto, o que culmina em questionamentos variados. Cada usuário tem suas particularidades e suas especificidades devem ser consideradas, sejam essas cognitivas ou psíquicas. Ao profissional de saúde, cabe a pertinente avaliação das condições associadas à autodeterminação do usuário, o que dependerá de seu grau de entendimento e interpretação, evidenciados no exame do estado psíquico, a fim de definir a viabilidade para o exercício do poder decisório, especialmente quanto às opções terapêuticas que lhe são apresentadas, além de colaborar para que o usuário recupere sua autoconsciência e autodeterminação (MENDONÇA, 2019). Isso visa garantir o melhor tratamento que o usuário possa receber e a garantia do cuidado seguro.

Outro desafio é quanto ao consentimento esclarecido, visto que muitas vezes não é reconhecido e fortalecido. Muitos usuários usam o medicamento porque lhes foi dito que deveriam fazê-lo. Mesmo que precisem assinar algum documento que ateste ciência e esclarecimento, novamente o usuário o faz em um movimento de atender a uma orientação e não de compreender todas as nuances da prescrição e uso do psicofármaco.

“Então se eu começo a orientar de uma forma muito clara, pra que serve, o que vai ter de efeito na vida da pessoa, ela vai ter um entendimento. Às vezes o usuário toma medicação sem saber o real significado daquilo para a vida dele.” (P1)

“Geralmente eles tomam em excesso, né? Não, eles não têm. Assim, pelo menos do meu conhecimento e da minha experiência, eles não têm esse conhecimento, tipo assim, por exemplo, olha, vou supor, eu vou fazer um grupo de medicação, vou falar para você que se você tomar em excesso e acontecer isso e isso e se for nesse sentido que você está perguntando, né? Então eles não têm esse conhecimento.” (P18)

A capacidade decisória é premissa do consentimento esclarecido, que é possível a partir de informações fornecidas pelo profissional de saúde. O usuário terá, então, as ferramentas necessárias para determinar a opção mais adequada ao seu bem-estar, entre as que lhe foram apresentadas. Isso ocorre após a compreensão e interpretação dos fatos comunicados, logo a decisão pode ser conscientemente expressa (MENDONÇA, 2019; MINAHIM, 2020). Ao aderir aos princípios do consentimento informado e da escolha informada, os profissionais de saúde, com destaque aos prescritores, melhoram o relacionamento com o usuário e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos (READ, 2022).

Contudo, o envolvimento dos usuários na cogestão da terapêutica medicamentosa ocorre de modo incipiente. As medicações são fornecidas e as informações sobre elas são insuficientes.

“Porque eu falo isso: é muito comum, na nossa prática, a gente ouvir o profissional - e não digo só o médico, mas também de enfermagem - dizer, esse medicamento vai ser bom pra você. E mesmo com algumas queixas do usuário do tipo, eu não me sinto muito bem. Eu

estou tendo muitos efeitos, ainda sim é comum, o profissional dizer, isso vai fazer bem pra você.” (P15)

O depoimento acima remete a uma desvalorização da fala do usuário, em que o profissional ignora a experiência do usuário com a medicação, na perspectiva dele, mesmo que existam efeitos colaterais, os benefícios de continuar usando a medicação justificam os prejuízos.

Os profissionais acreditam que fornecer informações completas aos usuários sobre os efeitos adversos da medicação pode levar ao risco de descontinuação. Assim, temem que os usuários abandonem o tratamento. O risco percebido leva à contradição entre concordar em fornecer informações clínicas completas e reconhecer os direitos dos usuários, e não informar, fornecendo apenas informações parciais (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2020).

O processo de negociação do uso da medicação segue uma lógica de convencimento coercitivo, quando não há espaço para escuta e acolhimento das demandas do usuário. Muda o local (manicômio para serviço comunitário de saúde mental), mas as práticas coercitivas são mantidas, ou seja, muda o paradigma, mas o paradigma não muda o fazer profissional. Assim, a equipe pode desistir de negociar com o usuário e decidir sozinho pelo tratamento. Neste sentido, os usuários referiram como parte habitual do tratamento em saúde mental a prática sistemática de serem medicados contra sua vontade (COLAÇO; ONOCKO-CAMPO, 2022).

A coerção está inserida em um contexto intersubjetivo que implica na redução das subjetividades das condições dos usuários. Neste sentido, os usuários apontam falhas sociais e clínicas em reconhecê-los como indivíduos com autonomia e condições de gerenciar suas decisões sobre tratamentos ou no amplo espectro de suas vidas (VERBEKE *et al.*, 2019).

A escolha do usuário de não fazer uso de determinada medicação prescrita encontra resistência diante dos profissionais, antes de encontrar escuta, acolhimento e compreensão.

Por outro lado, o próprio usuário pode excluir a equipe do processo de decisão e alterar sozinho o regime de uso da medicação (COLAÇO; ONOCKO-CAMPO, 2022). Nem sempre os usuários dão notícias aos profissionais dos CAPS sobre a gestão do uso de seus medicamentos, por receio de retaliações e de quebrar o vínculo com o profissional. Quando o fazem, a reação da equipe diante do abandono ou uso

inadequado é reforçar a retomada da medicação, não demonstrando disponibilidade para compreender as razões que os levaram a tal decisão.

“Eles não comunicam [alterações no uso da medicação]. A gente sempre, às vezes descobre, quando às vezes eles passam mal, às vezes vão parar na UPA.” (P10)

“Outros já tem aquela inibição achando assim tipo o profissional vai brigar comigo o profissional vai me dar uma bronca e sempre eu coloco que a gente não tá pra julgar para condenar a gente tá pra solucionar a questão dos problemas, então alguns comunicam outros não.” (P7)

“Existe essa comunicação entre o usuário e o profissional sim. Eles comunicam que não vão tomar ou que vão tomar. Ele ou a família comunicam isso.” (P3)

Muitas vezes é eles também têm aquele profissional que eles têm que criou aquele vínculo, então eles preferem conversar com determinado profissional.” (P40)

Diante desse cenário, vale destacar que ações para envolver o usuário na cogestão da terapêutica medicamentosa também são desenvolvidas, mesmo que de forma incipiente, tais como reuniões e orientações pontuais a familiares e usuários, possibilitando espaço para a compreensão das perspectivas dos usuários em relação à medicação e, conseqüentemente, à cogestão.

“Sim, eles fazem esse envolvimento com a família e o usuário. Normalmente, pelo que eu percebo, mais as farmacêuticas. Às vezes elas fazem como se fosse pequenas reuniões orientando a estarem tomando, e tudo nesse sentido.” (P29)

“E também quando eles entendem o que é, e para que é [o medicamento] e os efeitos colaterais e como manejar os efeitos colaterais, como minimizar os efeitos, por quanto tempo vai durar e o suporte que ele vai ter, o benefício, os ganhos e perdas com o uso da medicação.” (P31)

“Eu gosto de colocar as cartas na mesa e perguntar pra ele ‘você concorda? Você está de acordo?’ O usuário responde: ‘sim, eu acho que vou tentar tomar’. Muitas vezes ele não consegue nem assim, infelizmente. Mas particularmente, eu levo bastante em consideração o que eles me colocam.” (P4)

Há a ideia de visibilidade do usuário e de pluralidade de posições e escolhas diante da medicação, o que também é trabalhado de forma intensa na estratégia da GAM. Existe um reconhecimento do saber do usuário que vai além do uso de

psicofármacos e da negociação com profissionais, baseando-se em princípios básicos e indispensáveis como autonomia, cogestão e cidadania (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

Pode-se aprender a confiar que toda expressão de vivência ou sentimento é digna de ser ouvida e valorizada (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; SENNA; AZAMBUJA, 2019). Nesse sentido, não envolver o usuário afasta-o do tratamento. Para intervir, é necessário investir em processos educativos sobre medicação segura e envolvimento dos usuários nos processos decisórios, ação que pode ser fomentada por meio da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação.

O grupo GAM, como um espaço legitimador das experiências dos usuários, possibilita que os profissionais reflitam sobre a assistência e proponham mudanças, como ter uma escuta mais ampliada na perspectiva de reforçar e ampliar os vínculos entre profissionais de saúde e usuários. Com a possibilidade de experimentar a clínica ampliada, com direcionamentos para o compartilhamento de decisões. Legitimar a experiência do outro e conhecê-lo pode fazer com que as certezas se tornem incertezas, o que contribui para que esse outro seja incluído na tomada de decisões. Assim, os construtos do conhecimento científico como único são abalados e dá-se licença ao fortalecimento da crença no outro para a construção de um novo saber (SANTOS *et al.*, 2019).

Os primeiros passos do guia do grupo GAM abordam questões voltadas para o melhor conhecimento de si mesmo e o reconhecimento de redes de apoio. Nesse sentido, podem surgir informações sobre os usuários, antes desconhecidas pelos profissionais, como seus históricos de vida e experiências com o território, assim a estratégia do grupo GAM pode contribuir para um melhor conhecimento dos usuários por parte dos profissionais (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2019).

Trabalhar com GAM na perspectiva da cogestão da terapêutica medicamentosa é investir na capacidade do usuário continuamente; é fomentar a corresponsabilidade entre familiares e usuários, mas, especialmente, com o profissional de saúde, que deve continuamente estar apto e competente para avaliar os usuários e prever situações de risco.

No contexto do cuidado seguro, a categoria 2 analisada a seguir trata especificamente dos relatos de baixa informação sobre segurança do usuário por parte dos profissionais e dos próprios usuários, fato que contribui para o uso

indiscriminado e inadequado de psicotrópicos, eventos adversos e incidentes relacionados ao uso de medicações.

6.2 Medicação sem danos no contexto do cuidado em saúde mental

O bojo histórico e sociocultural da assistência em saúde mental e uso de medicações na psiquiatria revela relações que não priorizaram a segurança e qualidade de vida do usuário. Em meados de 1950, ocorreram avanços na área farmacológica em psiquiatria, com o início do uso de psicotrópicos no tratamento de pessoas com transtorno mental. Nesse momento, destacam-se duas vertentes: a primeira é o psicofármaco como uma marca definidora e rotuladora das pessoas que o utilizam, e a segunda é o uso do medicamento como uma expectativa de aproximação dos usuários de um padrão de normalidade socialmente aceito, podendo também ser reconhecido como uma forma de controle (KIMATI; MUHL, 2020).

Observa-se que a temática do cuidado seguro ainda precisa ser explorada e discutida no âmbito da saúde mental, especialmente quando se trata dos psicofármacos. No entanto, essa abordagem é ampla e emergente para qualificar o cuidado nesse cenário. Esse cuidado pode ser comprometido quando há o uso indiscriminado e inadequado de psicotrópicos, bem como diante de fatores que interferem no acesso a informações e conhecimentos sobre psicotrópicos e até mesmo nos próprios psicotrópicos prescritos. Esses aspectos estão relacionados aos desfechos de eventos adversos e incidentes associados ao uso de medicações (quadro 4).

No tema do cuidado seguro em saúde mental, relacionado ao conhecimento, percepções e perspectivas sobre a segurança do usuário, foi possível perceber, por meio das falas, que os profissionais têm pouca familiaridade com a temática e até mesmo falta de conhecimento, o que demonstra pouco investimento em discussões nesse âmbito.

“Olha, a segurança do paciente não é abordada na unidade.” (P17)

“Não fizemos discussão sobre a segurança do paciente. Não que eu me lembre.” (P1)

“Eu acredito que nosso ambiente ainda não tem uma boa segurança do paciente.” (P20)

Nesse íterim, Souza (2019) aponta a necessidade de desenvolver, juntamente com os profissionais da equipe, competências para garantir a segurança do usuário nos serviços de saúde mental, considerada como imprescindível para o reconhecimento de incidentes, riscos iminentes e medidas de prevenção, visando aprimorar a assistência em saúde mental nos CAPS.

É importante considerar que os profissionais, no presente estudo, foram questionados de forma ampla e aberta sobre a segurança do usuário nos CAPS. Os relatos também revelam que a temática é abordada no contexto do cuidado e nas discussões de casos, embora não seja especificamente mencionada com o termo "segurança do paciente". Portanto, a terminologia pode estar implícita, mas não é inexistente, o que ratifica que a abordagem do cuidado seguro é desconhecida entre os profissionais, estar implícito reside na superficialidade e não no âmago da questão.

“Eu acredito que a gente trabalha a segurança do paciente, mas às vezes o pessoal nem sabe que é bem esse tema.” (P5)

“Então, vou falar assim, até porque teve até uma outra pesquisa que fizeram com a gente eu vejo a enfermagem falar muita segurança do paciente. Acho que é até um termo mais da enfermagem, né? É porque assim, a gente fala sobre o cuidado, a segurança do paciente em relação ao tratamento, esse termo segurança normalmente, não é utilizado.” (P25)

“Eu nunca ouvi falar sobre segurança do paciente. Minto, eu ouvi falar numa pesquisa de doutorado, mas na prática dos serviços, nós profissionais, não é comum falar não.” (P15)

Ainda que alguns profissionais, num total de quatro, tenham participado de um processo educativo sobre segurança do paciente em 2018, como desdobramento de outra pesquisa já mencionada (SOUZA, 2019), lembram-se do processo educativo, mas não foi possível verificar o quanto refletiram sobre o tema desde então.

Destaca-se que um relato menciona a segurança relacionada a uma categoria profissional (enfermagem), ideia que evidencia a fragmentação do cuidado. Nesse sentido, o fortalecimento de uma liderança em prol do cuidado seguro pode atuar como um catalisador significativo para a melhoria da cultura de segurança, reconhecendo que a percepção do clima de segurança difere entre os grupos profissionais. Sob diversas perspectivas, as organizações e serviços de saúde devem iniciar discussões, definir e comunicar seus valores de segurança, estabelecer estratégias para corresponder a esses valores e declarar uma missão no

aprimoramento do cuidado seguro e da cultura de segurança, a fim de avaliar e relacionar os pontos fortes e fracos da cultura de segurança e as métricas de resultado escolhidas (PITTMAN *et al.*, 2019; BUSSE; KLAZINGA; PANTELI, 2019).

É necessário disseminar a cultura de segurança e incorporá-la nos processos de trabalho e nas ações de cuidado no contexto da saúde mental como uma ação imprescindível para sensibilizar usuários, profissionais e gestores a reconhecerem e gerenciarem os riscos decorrentes da assistência, com o objetivo de promover a adoção de atitudes compartilhadas que levem a mudanças e reduzam a ocorrência de incidentes (REIS, 2019; SOUZA; PINHO; QUEIROZ, 2020).

Vale considerar a característica de rotatividade dos profissionais que atuam nos CAPS, devido ao vínculo empregatício, especialmente o contrato, que influencia na continuidade desses espaços e processos de discussão nos CAPS. Esse aspecto revela a necessidade de prosseguir com os processos formativos na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) sobre a temática do cuidado seguro, seja em reuniões de equipe, discussões de casos, grupos de estudos, entre outros.

Diante disso, percebe-se que a EPS não é sustentada pelas gestões locais. Para alcançar um ambiente com cultura positiva de cuidado seguro, é necessário monitorar e identificar continuamente processos de risco. Além disso, é importante educar os profissionais de saúde e torná-los referências como educadores em segurança para os futuros profissionais que tendem a ocupar as unidades, sem desconsiderar as características de rotatividade de profissionais.

Os esforços globais para reduzir a carga e a ocorrência de eventos adversos ao usuário não alcançaram mudanças substanciais nos últimos 15 anos, apesar do trabalho pioneiro ter alcançado alguns ambientes de assistência à saúde, como o campo da atenção comunitária em saúde mental. Justifica-se que em países de baixa e média renda, essas medidas, por vezes, acontecem de forma descoordenada e não foram adaptadas e aplicadas de forma ampla, não alcançando o sucesso esperado (WHO, 2017).

Caminhando na investigação da percepção e do reconhecimento da segurança, quando os participantes da pesquisa foram questionados sobre como percebem ou ocorrem ações para a promoção do cuidado seguro no ambiente dos CAPS, os profissionais demonstram que percebem a segurança do usuário com mais

frequência a partir da medicação que eles fazem uso, e também destacam a importância de discutir o assunto.

“Segurança do paciente aqui, é mais na medicação.” (P4)

“Acredito que uma discussão a respeito dos principais psicotrópicos usados na saúde mental seria extremamente útil para os profissionais que não fazem prescrição ou administração ou distribuição dos mesmos, pois possibilitaria a todos auxiliar o paciente em suas dúvidas e fazer o uso seguro da medicação.” (Trecho do diário de campo. P48)

Ainda no estudo de McGorry (2015), outra inadequação assistencial foi revelada. Nos momentos de crise, os sujeitos eram exageradamente medicados. O autor aponta que muitas vezes, usuários em uso inicial de psicofármacos corriam o risco de receber pelo menos 10 vezes, se não 30 vezes, mais medicamentos do que o necessário, resultando em tratamentos tóxicos. Um dos efeitos angustiantes dominantes da medicação psicotrópica relatado pelos usuários refere-se a alterações no modo como sentem seus corpos, como movimentos involuntários como nos casos de acatisias, inquietações, sonolências, entre outros. Tem-se que primar por uma assistência que encontre a dose minimamente eficaz de psicotrópicos para remissão dos sintomas sem efeitos colaterais ou com efeitos colaterais mínimos (McGORRY, 2015; FLORE *et al.*, 2019).

No entanto, ainda hoje o modelo biomédico prevalece nos serviços comunitários, em ações que reduzem o corpo a seu aparato biológico, às suas disfunções e ao conhecimento biomédico (KIMATI; MUHL, 2020; SOUZA; NASCIMENTO, 2022). Assim, a mudança do modelo e de seus referenciais de contextualização do sofrimento mental, como o cuidado em liberdade, autonomia e protagonismo do usuário contidos na Reforma Psiquiátrica não foram impeditivos para o alastramento da epidemia de psicotrópicos, inclusive com financiamento público. Esse problema que coloca em risco a segurança do usuário, evidencia a necessidade de estudos que busquem compreender as relações entre políticas públicas de saúde, indústria farmacêutica e modelo de atenção (KIMATI; MUHL, 2020).

O uso de psicotrópicos ainda é tido como o foco central do tratamento nos serviços de atenção psicossocial, mesmo com os investimentos da reforma psiquiátrica, tanto entre os usuários e familiares como para os profissionais de saúde. A importância do psicotrópico emerge na compreensão limitada e, até mesmo

errônea, de que este poderá controlar ou curar o transtorno mental. Assim, tem como principal objetivo retirar os sintomas e delimitar o diagnóstico, ao classificar comportamentos e dar ênfase ao controle e tutela. Neste contexto, o medicamento é colocado como imprescindível para todos os tipos de tratamento, resultando no constante uso de psicofármacos (PEGORARO; CALDANA, 2008; BEZERRA, *et al.*, 2016; PUCHIVAILO, 2018; MUHL, 2019; DIAS; MUHL, 2020).

A prescrição de uso contínuo de psicofármacos é uma proposta terapêutica muito influente na saúde mental (SOUZA; NASCIMENTO, 2022). Nuances como o aumento do consumo de psicotrópicos, práticas de renovação de receitas sem a presença dos usuários, perda da participação do usuário nas decisões do próprio tratamento medicamentoso (FELIX *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2019), uso de forma indiscriminada e inadequada também são preocupantes, para além de erros relacionados à prescrição e administração de medicações por profissionais.

O uso indiscriminado e inadequado de psicofármacos é uma temática que reflete nas questões relacionadas à medicação sem danos. A falta de orientação quanto ao uso correto dos medicamentos ou de informações que subsidiem a tomada de decisão quanto ao atendimento à prescrição médica ou até a procura de um profissional capacitado para realizar a prescrição pode acarretar em danos à saúde.

“E aí, o que eu sei, eu explico que a medicação por mais que às vezes seja para um quadro, ela também pode ser usada para outros tipos de sintomas e de transtornos.” (P27)

“Essa é uma questão muito grave, porque o usuário de um modo geral (...) dependente químico, quanto transtorno, eles têm essa dificuldade. Por exemplo, de, principalmente, tomar dose em excesso.” (P18)

“Muitas vezes deixamos de perceber que existem situações em que a medicação causará mais danos do que benefícios e o paciente precisa ser de fato acolhido e verdadeiramente orientado.” (Trecho do diário de campo. P48).

Aspectos que trazem prejuízos à saúde. No entanto, esses prejuízos não são totalmente conhecidos pelos usuários, de modo que se colocam em situações de risco. Há evidências de que uma prevalência do uso indiscriminado de psicofármacos, com destaque para os ansiolíticos, está relacionada à falta de conhecimento por parte dos usuários quanto ao diagnóstico e ao tratamento proposto, e ainda quanto às

propriedades farmacológicas dos medicamentos, tais como tempo de ação, efeitos e eventos adversos (FELIX *et al.*, 2021). Percebe-se a necessidade de incentivar e divulgar ações a fim de travar o uso indiscriminado desses medicamentos e sobre as formas de tratamento para os transtornos psicológicos (MATSCHINSKE, 2022).

É nesta perspectiva que foi lançado o terceiro desafio global de segurança do paciente com o tema medicação sem danos, a fim de reduzir danos causados por práticas inseguras e erros de medicação. Uma das práticas inseguras é a polifarmácia que, segundo a Organização Mundial de Saúde, é definida como uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos, com ou sem prescrição médica, por uma pessoa (WHO, 2017).

A prescrição de múltiplos medicamentos para usuários dos serviços de saúde mental tem sido uma prática comum, com probabilidade potencial de efeitos adversos (DE LAS CUEVAS; SANZ, 2004; MOJTABAI; OLFSON, 2010). A prevalência da polifarmácia em usuários de psicofármacos no Brasil chega a 85,3% (COSTA, *et al.*, 2021). No cuidado em psiquiatria, a polifarmácia ocorre de forma usual, e neste ponto temos a possibilidade de toxicidade cumulativa e piora da adesão por aumentar a complexidade do tratamento (DE LAS CUEVAS; SANZ, 2004; MOJTABAI; OLFSON, 2010).

Quanto ao uso inadequado de psicofármacos, os profissionais percebem alterações comportamentais dos usuários que sugerem o uso incorreto da medicação ou ainda a ocorrência de relatos dos próprios usuários que noticiam o uso exacerbado de alguma medicação específica, geralmente os benzodiazepínicos ou indutores do sono, ou ainda a interrupção do tratamento medicamentoso.

“Alguns usuários chegam muito chapados, daí, vê o efeito da medicação, assim, aí eu não sei se tomam errado ou se a dose é muito.” (P28)

“Eles começam a fazer o uso de SOS em casa, muitas vezes até de forma exacerbada.” (P20)

“Às vezes acontece os casos deles tomar aquele remédio para dormir né, o clonazepam, que é mais. (...) o médico passa a receita certinha e só um acabou, acontece alguns casos assim, de gostar do clonazepam.” (P6)

Os discursos projetados pelos profissionais de saúde não evidenciam claramente uma preocupação com o uso incorreto do medicamento em relação à

segurança do usuário. Além disso, as percepções dos profissionais não incluíram as experiências dos usuários com o fármaco, nem mencionaram momentos de participação dos usuários em programas de segurança do paciente relacionados à adaptação ao plano medicamentoso.

O uso de psicofármacos muitas vezes ocorre de forma incorreta ou até mesmo desnecessária, podendo inclusive ser utilizado com a intenção de aumentar a sensação de bem-estar, devido ao imediatismo e à dificuldade em lidar com angústias, tristezas e ansiedade de forma saudável. Assim, há um excesso de diagnósticos de doenças mentais e a medicação é considerada o método mais rápido. No entanto, as consequências do uso incorreto dos psicofármacos estão associadas à grande possibilidade de causar dependência ao medicamento, o que pode resultar em alterações cognitivas e motoras (ANDRADE, 2018; FELIX *et al.*, 2021; MATSCHINSKE, 2022). No entanto, não há a prática de medidas de bem-estar desvinculadas de tratamento medicamentoso: nem entre os profissionais, muito menos entre os usuários.

Também é relevante discutir o processo de automedicação, a indicação de medicações em uso para terceiros, as alterações da posologia ou ainda a interrupção do uso da medicação. É importante ressaltar que, nesses casos, a prescrição não é seguida conforme orientação médica, e essa decisão pode não ser consciente ou estar devidamente orientada por um profissional.

“Aí falam, ‘ah não às vezes eu dei pra minha vizinha ou, eu dei pro filho, porque o filho estava ansioso’ já aconteceu alguns relatos.” (P8)

“Mas assim, como eles ficam muito juntos, a gente sabe que eles usam, que eles até trocam medicação.” (P24)

“Acontece de a mãe achar que o medicamento vai fazer mal, diminui a dose ou suspende por conta própria.” (P36)

“No meu ambiente de trabalho, percebo que alguns usuários fazem redução ou interrupção do tratamento sem acompanhamento, em alguns casos, devido fatores financeiros, familiar, crenças e conhecimento distorcido sobre a medicação.” (P56)

Nos relatos que destacam o não seguimento da prescrição e até o compartilhamento de medicamentos, ressalta-se a importância de compreender o significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental. Essa medicação pode representar para eles a sua aceitação diante da sociedade, que

os considera como promotores da reinserção social, e até mesmo uma saída diante de qualquer aflição, tristeza ou desconforto psíquico. As reações adversas são toleradas, e os psicofármacos assumem o papel de protagonistas (XAVIER *et al.*, 2014). No entanto, o protagonismo deve ser do usuário com a expressão de suas experiências com a medicação.

Aqui há aspectos relevantes, tais como a prescrição de psicofármacos sem análise clínica completa do usuário, negligenciando alguns aspectos que contraindicam o uso em alguns casos, ou ainda a renovação de receita sem avaliação prévia (FELIX *et al.*, 2021). Outro aspecto é que os psiquiatras deixam de investir na clínica da observação e da escuta do sofrimento e, cada vez menos interessados nos discursos e na história de vida daqueles sujeitos, investindo em explicações dos fenômenos humanos em termos de desequilíbrios neuroquímicos que possam justificar suas intervenções medicamentosas, de modo a medicalizar o sofrimento (FERRAZZA; CRUZ, 2018; MATSCHINSKE, 2022).

A lógica da medicalização se pauta na concepção de que os transtornos mentais são defeitos de natureza cerebral, que decorrem de desequilíbrios neurológicos e bioquímicos, que devem ser regulados por meio das drogas psiquiátricas. Assim, os sofrimentos associados a iniquidades, desigualdades, violências, dentre outros fatores, são reduzidos a determinados defeitos individuais, relacionados ao mau funcionamento da bioquímica cerebral, mas que podem ser resolvidos com uso de medicamentos, como se para encobrir as falhas do sistema social. Faz-se urgente refletir sobre a segurança medicamentosa, de modo a contrapor o naturalismo da biomedicina e a epidemia da medicalização como formas de tratamento ao sofrimento multifatorial (ALVARENGA; KIMATI, 2021).

O uso incorreto da medicação por parte dos usuários é referido pelos profissionais como proveniente da deficiência na comunicação entre os usuários e os profissionais. Essa comunicação se mostra prejudicada e, de certa forma, é condenada pelos trabalhadores sem avaliar os motivos que dificultam esse contato e até mesmo o quanto a sua ausência acarreta prejuízos aos usuários.

“Não, não, não há comunicação, não. A gente descobre dessa automedicação ou alteração da posologia quando eles recorrem a nós solicitando novas receitas.” (P22)

“Na maioria das vezes eles não trazem esse relato, (...) de chegar e dizer que tomou aleatório.” (P3)

“Eles assumem esse erro de não ter acompanhado o medicamento na hora certa.” (P12)

“Acho que todos nós temos alguém próximo ou algum familiar que necessita fazer uso de medicamento, e é muito importante saber que é melhor buscar orientações seguras do que interromper o uso do remédio por conta própria.” (Trecho do diário de campo. P8)

O uso racional de psicotrópicos se torna verdadeiro quando os usuários recebem o medicamento em doses adequadas às suas necessidades individuais sem descartar o processo psicoterapêutico (MATSCHINSKE, 2022). Para tanto, é necessário investir em relações horizontais e construção contínua de vínculo, ferramentas das tecnologias leves do cuidado em saúde que certamente contribuem para a cogestão da terapêutica medicamentosa.

Dentre as compreensões de cultura de segurança positiva está aquela em que o ambiente é elaborado, criado e alimentado de forma colaborativa para que os atores envolvidos possam protagonizar um atendimento de qualidade, por meio de aprendizagem contínua, comunicação aberta e horizontal, trabalho em equipe e melhoria dos riscos de segurança, habilitando e capacitando a manifestação e condução segura do cuidado por cogestão entre todos os atores (NHS, 2022).

Há evidências de que estratégias de cuidado pautadas na atenção psicossocial, como o vínculo e o estabelecimento de uma relação horizontal que favoreça a comunicação efetiva das decisões tomadas pelos usuários diante da prescrição do psicofármaco e como isso afeta suas vidas, são importantes. A partir disso, os profissionais podem identificar quais aspectos norteiam as decisões dos usuários ou familiares em fazer alterações na dosagem ou horário de uso do medicamento, às vezes até o abandono do mesmo de modo abrupto.

A comunicação efetiva entre profissionais, usuários e serviços de saúde deve ser reconhecida como um elo para a segurança no cuidado. Organizações com uma cultura de segurança positiva, resolutiva e satisfatória são caracterizadas tanto pelo envolvimento dos usuários em seus cuidados quanto pela comunicação efetiva. A comunicação efetiva deve ser promovida de forma aberta e clara, com as dúvidas sendo compartilhadas e esclarecidas (SOUZA *et al.*, 2019b).

A medicação sem danos também é promovida pelo acesso a informações e conhecimentos sobre psicotrópicos, o que pode prevenir incidentes relacionados à medicação.

“Eu acho que é importante o usuário ter ciência da medicação que está tomando, o que pode ocorrer durante o uso dessa medicação.” (P19)

“Eles não têm esse conhecimento. Eles não têm alguém para chegar e explicar os efeitos colaterais da medicação, principalmente, do uso abusivo ou a interrupção de repente da medicação.” (P18)

Devem ser tomadas medidas para garantir que os usuários sejam bem informados sobre como esses medicamentos funcionam, seus possíveis efeitos adversos e tratamentos complementares e/ou alternativos. As razões para a falta de esclarecimento dos usuários precisam ser melhor estudadas, e medidas corretivas devem ser tomadas para evitar eventos causados por falta de informação. A informação está diretamente relacionada à satisfação com o processo e ao bom relacionamento com o prescritor. Um estudo evidenciou que apenas 19% dos usuários ficaram satisfeitos com o processo de prescrição de psicotrópicos, e apenas 25% relataram ter um relacionamento bom ou muito bom com o prescritor (READ, 2022). É necessário prestar atenção e ajustar urgentemente a relação entre prescritor e usuário, pois atualmente ela está centrada na prescrição.

As bulas, como importantes fontes de informações, nem sempre são disponibilizadas, conforme relatado. Ao que parece, essa prática de não entregar a bula com a medicação está relacionada a medicamentos que são enviados à farmácia dos CAPS em grande quantidade, com apenas uma bula por caixa, e casos em que a medicação é fracionada. Com isso, apenas os medicamentos que vêm em caixas com quantidades menores, por exemplo, 30 comprimidos, são disponibilizados juntamente com a bula.

“Então, eu acho que eles têm essa falta de informação. Não, a bula é só mesmo quando eles compram, sabe, a gente não dá a bula.” (P27)

“No momento da dispensação não tem sido uma prática disponibilizar as bulas.” (P2)

“Bula não é passado para o paciente. Porque se o paciente for ler a bula, acho que nem ele toma a medicação. Quem passa a medicação é o médico, ele quem explica.” (P29)

“Então, a medicação vai com uma caixinha que contém a bula. Só que eu percebo que eles não dão muita importância. Mas são disponibilizadas.” (P21)

Na perspectiva dos profissionais, disponibilizar ou não as bulas e informações clínicas completas envolve contradições entre discursos e ações. Há o reconhecimento das necessidades e expectativas dos usuários, no entanto, eles sentem falta dos recursos necessários para lidar com uma demanda crescente de cuidados e fornecer informações adequadas e completas (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2020). Diante desse contexto, a *internet* é a fonte de informação mais mencionada pelos profissionais, de acordo com as percepções dos próprios usuários.

“Mas eu acho que não é feito (disponibilização das bulas), não é esclarecido de forma criteriosa para eles, porque muitas vezes eles buscam internet para pegar informações.” (P37)

“Os próprios adolescentes falam sobre isso. Eles colocam no google, aí vê lá que a medicação é para transtorno bipolar.” (P25)

“Eles pesquisam na internet, no google, busca a bula, às vezes eles vêm perguntar para a gente também, costumam perguntar pra mim.” (P34)

Os usuários buscam informações, ansiosos para saber o que a medicação pode causar em seus corpos, mas também desejam explicações para as alterações que já estão sentindo. Talvez esse desejo, combinado com a falta de espaços que possam fornecer esse conhecimento dentro dos CAPS, faça com que os usuários procurem fontes mais rápidas e acessíveis. No entanto, surge uma preocupação em relação à segurança dessas informações, considerando a interpretação que o usuário pode fazer

“Na verdade, o que eles fazem é ir no google e pesquisar a bula. E parar de tomar por conta própria, ‘ah porque eu vi que faz isso, remédio faz aquilo’.” (P32)

“Familiares chegam e pedem ‘olha fala para fulana, que ele foi olhar que serve a medicação no google, então ela está assim, muito confusa a respeito do que é o problema dela’.” (P28)

O papel do familiar deve ir além de ser apenas um informante ou controlador da medicação; eles devem ser corresponsáveis pelo cuidado e sujeitos que necessitam de acolhimento em relação ao andamento do tratamento e à relação com

o plano medicamentoso (PUCHIVAILO, 2018). Não são incomuns os relatos de familiares que, por exemplo, percebem de forma mais rápida e precisa as reações a medicamentos com alto potencial de prejudicar a saúde (BEHRENS, 2019).

Para a discussão sobre o cuidado seguro e a medicação sem danos em saúde mental, é fundamental abordar questões que intervêm na segurança e nos aspectos psicossociais, que conferem as particularidades do cuidado em saúde mental. Além disso, surge uma situação delicada em que se questiona o quanto um usuário em risco de suicídio pode compreender sobre a medicação que está utilizando, pois os profissionais acreditam que as informações sobre os efeitos adversos, podem colocar os usuários em risco de futuras tentativas de suicídio embasadas nas informações repassadas.

“Quase toda semana, nós temos tentativa de autoextermínio com medicação.” (P32)

“Um dilema para mim, dos riscos, aquilo que pode ser uma conscientização para um, vai ser motivação para outros. Eu falo das reações adversas do ansiolítico, na perspectiva de que a pessoa não queira chegar naquele ponto só porque aí eu tenho que ter o cuidado, se aquela pessoa tem uma tendência, uma história de autoextermínio, eu vou estar dando ideia.” (P2)

Os profissionais não são a única fonte de acesso à informação sobre os efeitos dos psicofármacos, mas podem ser as fontes mais seguras, especialmente se considerarmos que, junto com a informação, o profissional poderá observar e perceber alterações de humor e comportamento que exijam cuidado e atenção na perspectiva da prevenção ao suicídio.

A relação entre a segurança no cuidado e a prevenção ao suicídio foi uma percepção importante apontada pelos profissionais, inclusive no contexto do acesso e uso de psicotrópicos. Existe uma grande preocupação da equipe em relação ao cuidado seguro e à prevenção ao suicídio, tanto dentro dos CAPS quanto no ambiente domiciliar.

“Quando você fala, segurança do paciente, mais especificamente sobre a medicação. Normalmente, com nossos pacientes lá, não são transtornos tão graves, mas aparecem muitas tentativas, ideações suicidas.” (P38)

“Quando ocorre algum incidente que seria a questão da tentativa de autoextermínio com uso de medicação, acontece na casa deles, não no ambiente do CAPS.” (P32)

Como destacado na fala acima, independentemente da gravidade aferida ou percebida, há o risco de tentativas de autoextermínio. McGorry (2015), em seu estudo, percebeu que ao reduzir uma pessoa ao seu diagnóstico e prescrever o mesmo tratamento para diferentes grupos, as mesmas terapias psicossociais e medicamentos frequentemente prejudicavam os sujeitos. Após um período de sucessivas crises e diante da inadequação do tratamento, era comum que essas pessoas optassem pelo suicídio.

Vale considerar que, geralmente, as pessoas que tentam suicídio com medicamentos, independentemente de estarem ou não inseridas em serviços de saúde mental, já tiveram acesso a informações sobre os medicamentos. Nesse sentido, questiona-se, censurar a informação e privar o usuário de compreender os efeitos sentidos em seu corpo e projetados em sua vida social é realmente uma estratégia de cuidado e prevenção ao suicídio ou uma forma de exclusão do processo de cogestão na decisão da terapêutica medicamentosa?

“Não, eles não têm noção. Eles sabem que o medicamento branquinho, redondinho e vai deixar ele mais sonolento, o laranja, ele vai ficar mais tranquilo, mas eles não sabem, não tem consciência do potencial da medicação.” (P19)

Na sua experiência com o medicamento, mesmo que o usuário não saiba identificar o nome e os princípios ativos do psicofármaco, saberá identificar a qual medicamento estão relacionados os efeitos adversos sentidos após o uso, e assim descrever as características do medicamento, como cor, tamanho e formato.

Conhecer os efeitos que o medicamento tem sobre o sujeito é considerado mais importante do que a mera compreensão de seus efeitos de modo geral. Assim, estratégias que possibilitam escutar a experiência do usuário, valorizam o saber popular podem suavizar a dicotomia entre o saber experiencial e o saber técnico-científico, validando a importância de um em relação ao outro (SANTOS *et al.*, 2019). Essa é uma abordagem proposta a partir dos grupos de GAM.

Na vertente de experienciar e aprender com isso, os profissionais mencionam como os próprios usuários advogam por sua segurança, fazendo a gestão da medicação de acordo com as diversas possibilidades de seu cotidiano e de seus hábitos ou dependências. Assim, regulam esse uso prezando pela sua segurança.

“Sim, o primeiro motivo é saber o porquê ele não está tomando a medicação, né? E normalmente eles deixam porque está em uso abusivo do álcool, aí eles ficam com medo de acontecer alguma coisa.” (P19)

“E tem um caso de uma menina que está aqui no momento no acolhimento noturno (...) ela falou “ah eu estava bem” largou o remédio. Menina do céu ela foi parar numa clínica, fez vários danos contra a posição de vida dela (...) as contas, deixou de pagar, ateou fogo no apartamento, tudo porque abandonou o tratamento, ela está inclusive aqui agora tentando melhorar de novo.” (P06)

“Ah, a gente explica para o usuário o que pode acontecer se ele mudar a dose do medicamento, que isso pode fazer mal a ele.” (P30)

Erroneamente, pode ocorrer o julgamento da incapacidade dos usuários em advogar por si mesmos e participar ativamente de seus cuidados. Para combater isso, além da cogestão do usuário, é importante a existência de diretrizes de qualidade internacionalmente acordadas para o cuidado às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental (BRICKELL; MCLEAN, 2011; D'LIMA *et al.*, 2016).

Deve-se ainda prestar atenção às estratégias e práticas educacionais, tanto para os profissionais que oferecem o cuidado quanto para os usuários, visto que se espera que os profissionais, com destaque para os farmacêuticos que realizam a dispensação dos medicamentos, promovam orientações com vistas à prevenção do uso indiscriminado (FELIX *et al.*, 2021), mas também à prevenção de incidentes.

O profissional tem a responsabilidade de avaliar a capacidade do usuário e incentivá-lo a se tornar mais independente sem adicionar riscos ao processo de cuidado, visto que o envolvimento do usuário é um aspecto importante para a identificação de eventos adversos e a interceptação de danos (WEINGART; ZHU; CHIAPPETTA *et al.*, 2011; SEVIN; ALMQVIST; KJELLIN *et al.*, 2021).

Conhecer os efeitos colaterais, os eventos adversos e os incidentes decorrentes do uso de psicofármacos foi apontado pelos profissionais como relevante para a promoção do cuidado seguro.

“É importante a conscientização do uso da medicação, do gerenciamento do medicamento com o usuário para que ele não tenha recaída por conta da medicação.” (P14)

“As discussões nos levaram a percepção de que grande parte dos nossos usuários não participam das decisões referentes às prescrições medicamentosas, não conhecem os fármacos que lhes são prescritos, seus efeitos colaterais, interações medicamentosas, dentre outras informações importantes sobre a medicação. Essa falta

de informação, em sua maioria das vezes os levam ao abandono do tratamento ou alteração das dosagens por conta própria, o que coloca sua saúde em risco.” (Trecho do diário de campo. P41)

Os psicofármacos habitualmente provocam alterações orgânicas e psíquicas, algumas esperadas e desejadas, outras nem tanto. De certa forma, os usuários desses medicamentos são induzidos a acreditarem que esses efeitos são normais e que devem suportá-los para que os benefícios venham a seguir.

Outra perspectiva precisa ser considerada: a dificuldade em diferenciar entre os efeitos adversos dos psicofármacos e os sintomas decorrentes do diagnóstico de transtorno mental. Os usuários tendem a lidar com a incerteza, associando o sofrimento à medicação, enquanto os profissionais o atribuem ao transtorno, principalmente aos sintomas negativos da doença. Essa discordância prejudica a comunicação entre os atores envolvidos e a cogestão da terapia medicamentosa (MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2019).

Os relatos evidenciam que os profissionais reconhecem os efeitos colaterais dos psicofármacos e os descrevem, apesar de afirmarem não ter conhecimento sobre os medicamentos dispensados nos CAPS.

“Carbolítio é um que dá muito enjoo, muito tremor, perda um pouco da coordenação motora e concentração.” (P23)

“Já tivemos reações comuns. Já tivemos casos de acatisia por conta de haloperidol (...) Mas nós temos medicação para reverter.” (P4)

“É comum acontecer no nosso serviço, usuários que têm efeitos adversos de medicamentos, como haldol, que é um antipsicótico.” (P14)

“O que acontece muito sobre reação adversa com a medicação e é bem comum é a impregnação do haldol decanoato.” (P12)

Considerando que foi apontada a falta de capacitação e domínio sobre os psicofármacos, é possível que grande parte do conhecimento mencionado pelos profissionais também tenha sido construído a partir das narrativas dos usuários e das experiências vivenciadas no cuidado em saúde mental.

“Tem muitos pacientes que reclamam, ‘aí eu estou impregnado, às vezes a língua cresce, minha mão entorta, eu não estou muito os meus pés e minha mãos’. Isso aí acontece sim.” (P12)

“Eu observei uma reação de impregnação (...) apresenta espasmo muscular e marcha reduzida com locomoção lentificada.” (P13)

“Porque a gente sabe, tem algumas medicações que causam reação. Muita queixa de mal-estar, de vômito, muita sonolência ou erupção cutânea. Então assim, eu já tenho visto muitos.” (P18)

O quanto se investe em pesquisas farmacológicas para melhorar a qualidade dos psicofármacos e minimizar os efeitos colaterais, a fim de que sejam mais tolerados pelos seus usuários? Para que a adesão ao tratamento farmacológico não seja mais sofrida do que os próprios sintomas da psicopatologia. Para que o uso de psicofármacos não seja um constante teste nos corpos e nas vidas de seus usuários. Esses questionamentos são feitos pelos profissionais.

“A gente tem relatos de efeitos colaterais relacionados à obesidade, principalmente, pacientes esquizofrênicos [...] De que forma a gente poderia não ter tantos efeitos? Mas infelizmente, no mercado para esse tipo de transtorno mental, não tenho outro remédio que tenha esse efeito colateral.” (P23)

No contexto dos estigmas e rótulos vivenciados no cuidado em saúde mental, os medicamentos também rotulam as pessoas devido aos seus efeitos colaterais.

“Os pacientes esquizofrênicos que tomam olanzapina, por exemplo, são pacientes assim, característicos (...) até mesmo funcionário novato que chegou na unidade fala, meu Deus, aquele está tomando olanzapina. Tipo assim, é nítido, porque parece uma coisa botada, sabe?” (P23)

No entanto, é conhecido que a descontinuidade do tratamento medicamentoso pode ocasionar danos aos usuários, com crises psíquicas, episódios de agitação psicomotora e danos relacionados à associação de psicotrópicos com bebida alcoólica e/ou outras drogas.

Não há perspectiva de desvalorizar o uso de psicofármacos ou de sugerir o desmame ou a interrupção abrupta, mas sim de proporcionar espaços dialógicos sem culpabilização ou imposição, espaços verdadeiramente cogestivos. Pois, a falta do acompanhamento medicamentoso de forma adequada pode resultar em agudização do quadro psiquiátrico, com potencialidade de causar outros danos, como agitações psicomotoras que podem configurar risco de quedas, de auto e heteroagressão. A

interrupção repentina e não assistida da medicação pode resultar em novas internações em hospitais de onde saíram, provavelmente, mais medicados do que antes (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019; SOUZA, PINHO, QUEIROZ, 2020).

Discutir a temática da medicação segura visa reduzir danos aos usuários dos serviços de saúde causados por medicação insegura, práticas e erros de medicação. Esses erros são potencialmente evitáveis e podem ser reduzidos com o envolvimento do paciente nas decisões e no gerenciamento de seus medicamentos. A terapêutica medicamentosa em saúde mental expõe o paciente a situações de risco que correspondem à redução da expectativa de vida.

Para o desenvolvimento dessas competências, a questão da segurança do usuário precisa ser problematizada e discutida, sendo indispensável instrumentalizar os profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança. Nesse sentido, os processos educativos nos serviços de saúde são estratégias que podem ser utilizadas para transformar o trabalho em um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (WEGNER *et al.*, 2016). Ações de envolvimento do usuário preveem a disponibilidade para o diálogo e para criar espaços de fala dos usuários.

“Junto a gente vai decidir, eu dou para ele quais as opções e a gente decide junto.” (P10)

“Eu dou bastante autonomia para os pacientes, e eles muitas vezes, ajudam a decidir qual medicamento e como usar.” (P2)

“Eu gosto de colocar as cartas na mesa e perguntar pra ele, você concorda?” (P39)

Muitas vezes, envolver o usuário na decisão pode ser considerado tabu. Sugere-se a criação de espaços de discussão dos fatores limitadores, como discriminação e questões cognitivas, e também dos facilitadores, como pensar em alternativas para a compreensão da terapêutica medicamentosa por todos. Behrens (2019) descreve que o direito do usuário à informação impõe um processo dialógico que busca obter o consentimento informado. Nesse processo, o usuário recebe informações sobre sua patologia, os procedimentos a serem realizados e os possíveis efeitos e intercorrências normais, expressando sua decisão somente depois de compreender bem o tratamento proposto.

Apesar dos indícios de ações para envolver os usuários, questiona-se o quanto eles realmente se sentem envolvidos e se as estratégias adotadas são eficientes para um cuidado seguro. Percebe-se que o envolvimento na decisão terapêutica é um desafio para os profissionais, pois não é uma prática incorporada na cultura assistencial.

“Geralmente, a terapêutica é eu mesmo que decido”; “Vejo que tem um baixo envolvimento.” (P1)

“Muitas vezes, a gente tem um baixo índice cognitivo e o usuário não entende bem o que a gente tenta explicar.” (P10)

“A questão da medicação mesmo, é comigo.” (P38)

Em saúde mental, observa-se a resistência dos usuários em aderir ao tratamento farmacológico e dos profissionais em compartilhar verdadeiramente a decisão terapêutica. Envolver os usuários e promover a cogestão da terapêutica medicamentosa parece ser complexo e demanda iniciativas no campo da saúde mental, desde aquelas que enfatizam a necessidade de tomada de decisão compartilhada até aquelas que desenvolvem ferramentas para a cogestão na tomada de decisão (HARRIS *et al.*, 2017).

Essas ações profissionais não são fruto da incapacidade técnica do profissional ou de seu desinteresse. Por trás dessas ações ainda se revelam compreensões e pensamentos oriundos de contextos históricos. Ou seja, a tradição organicista e biomédica presente na medicina clássica e, conseqüentemente, na Psiquiatria tradicional ainda não foi superada. É claro que vemos muitas modificações positivas no campo da saúde mental, mas o envolvimento e o reconhecimento ativo do usuário no plano de cuidados, com respeito aos fundamentos que constroem o "saber" no contexto da "Saúde Mental" esperada, ainda não foram alcançados (PUCHIVAILO, 2018).

O envolvimento do usuário e de seus familiares são aspectos importantes de acordo com as recomendações internacionais. Nesse sentido, a vivência com os grupos de GAM confere segurança na prática clínica dos profissionais, surgindo a partir de sua postura ativa, questionando e participando mais (SANTOS *et al.*, 2019).

É necessário empreender ações para envolver o usuário na cogestão da terapêutica medicamentosa, pois, mesmo que os usuários recebam apoio da família para lidar com os sintomas e efeitos dos psicofármacos, as relações com o tratamento

não ficam livres de conflito. Portanto, é mais do que premente incluir o próprio usuário e suas famílias ou cuidadores no planejamento do cuidado às pessoas com transtorno mental, pois eles são fontes de informação e podem ser barreiras para erros (MUHL, 2019).

Somente o próprio ser é capaz de compreender a si mesmo, de contar histórias sobre si mesmo que sejam simultaneamente inteligíveis, aceitáveis e, sobretudo, consideráveis para o autocuidado. Assim, apesar do transtorno mental e do sofrimento se apresentarem como obstáculos, a vontade de ser, existir e se expressar prevalece, e os sentidos de cada trajetória devem emergir, os significados devem ser ouvidos, acolhidos e compreendidos atentamente. "O louco é capaz de falar por si, de contar de si" (MUHL, 2019).

Mundialmente, as organizações estão em diferentes estágios de desenvolvimento de sua cultura de segurança. Muitas vezes, os parâmetros seguidos por uma não servem para todas. No entanto, dentro da cultura de segurança, o contexto de melhoria contínua impera. A cultura de segurança não se trata apenas de quais intervenções ocorrem, mas também de como essas intervenções acontecem, ou seja, como a mudança é implementada. Para isso, é necessário envolver todos no cuidado seguro, desde a equipe de manutenção até a equipe técnica assistencial. As ações visam trabalhar no que é forte, não no que está errado. Nesse processo, é importante incluir os usuários, comunidades e grupos que enfrentam desigualdades na saúde, a fim de promover relacionamentos e capacitar o engajamento em parcerias (NHS, 2022).

As intervenções para segurança medicamentosa devem ocorrer em nível de sistema e organização, incluindo educação e treinamento profissional, sistemas de governança clínica, padrões de segurança e estratégias de envolvimento de usuários e familiares (WAGNER *et al.*, 2019). Este estudo não pretende responsabilizar por uma baixa cultura de segurança, tampouco fomentar críticas à atuação em saúde mental revelada nos serviços de atenção psicossocial. O objetivo é evidenciar o papel de todos na busca pela proposta da reforma psiquiátrica, simultaneamente ao cuidado seguro, que não seja medicalizado, nem reducionista.

A categoria 3, apresentada a seguir aborda as percepções dos participantes sobre os temas discutidos no processo formativo e mencionados nas entrevistas, evidenciando as possibilidades de contribuição do GAM para o cuidado seguro.

6.3 Gestão Autônoma da Medicação: perspectivas para o cuidado seguro

A presente categoria foi organizada a partir dos núcleos de sentido e temas que levam a percepções dos profissionais em relação à Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma estratégia de envolvimento do usuário e promoção do cuidado seguro, conforme representado no Quadro 5.

A Gestão Autônoma da Medicação é considerada aqui como uma possibilidade de fornecer cuidado seguro. É uma ferramenta importante desenvolvida por meio do uso da tecnologia grupal, com a capacidade de realizar abordagens psicoeducativas sobre os psicofármacos, promover a cogestão na decisão da terapêutica medicamentosa e superar desafios relacionados ao envolvimento dos usuários.

A estratégia da GAM utiliza a tecnologia grupal, permitindo que os usuários compartilhem suas experiências que afetam seus corpos e como reagem a elas, além de expressarem seus pensamentos e sentimentos em relação a esses efeitos, em uma troca também com o profissional, que tem vivências de cuidado distintas com base em seus estudos e conhecimentos sobre os psicofármacos (SILVEIRA; MORAES, 2018).

O grupo é amplamente utilizado como dispositivo de trabalho na área da saúde, envolvendo tecnologias leves de cuidado e desempenhando um papel de destaque nas abordagens terapêuticas dos CAPS. Isso se deve às múltiplas possibilidades de implementação, aos resultados terapêuticos abrangentes, ao atendimento simultâneo de vários usuários e ao fato de ser uma tecnologia poderosa e de baixo custo de aplicação (CAIXETA *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2019; ARANTES; PICASSO; SILVA, 2019).

A potencialidade da tecnologia grupal é percebida e destacada nas reflexões dos profissionais, com ênfase nas perspectivas da atenção psicossocial e na sistematização do cuidado.

“Pude compreender o quanto a tecnologia grupal é fundamental no modelo psicossocial e permite uma infinidade de tipos de grupos, com temáticas e objetivos diversos, como também a sistematização e cuidado que a utilização dessa tecnologia exige.” (Trecho do diário de campo. P43).

Os aspectos potencializadores das práticas grupais no contexto da saúde mental referem-se à capacidade terapêutica e coesa da tecnologia grupal (NUNES *et al.*, 2022). Terapeuticamente, os grupos podem ser avaliados quanto à presença de fatores terapêuticos, revelando se o grupo está no caminho certo, enquanto a ausência sinaliza a necessidade de aprimoramento da abordagem grupal (HELDT; BEHENCK; WESNER, 2019). Essas indicações dão suporte à sistematização do cuidado em grupo.

Da interação em grupo emerge um processo de mudança pessoal, que é mediado pelos fatores terapêuticos que constituem a base de uma abordagem efetiva da prática com grupos. Esses fatores incluem a instilação de esperança, a universalidade, o compartilhamento de informações, o altruísmo, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, o desenvolvimento de técnicas de socialização, o comportamento imitativo, a aprendizagem interpessoal, a coesão grupal, a catarse e os fatores existenciais (YALOM, 2006; OSÓRIO *et al.*, 2017).

Todos os fatores terapêuticos são relevantes. No entanto, alguns se destacam quando o foco é direcionado à GAM e ao cuidado seguro, como a universalidade por meio da identificação com a experiência do outro, a aprendizagem interpessoal que permite construir e compartilhar conhecimentos, o compartilhamento de informações entre profissionais e usuários que horizontaliza as relações, o desenvolvimento de técnicas de socialização que propiciam a coletividade, a coesão grupal que mobiliza o sentimento de pertencimento e os fatores existenciais que trazem ressignificações às singularidades de cada membro do grupo.

A utilização dos grupos terapêuticos destaca, especialmente, os elementos relacionados à experiência positiva dos integrantes dos grupos, como aspectos emocionais e relacionais oportunizados pelo compartilhamento de experiências (NUNES *et al.*, 2022). Da mesma forma, enfatiza-se a socialização e o sentimento de pertencimento.

“Para a minha atuação, percebo que no trabalho em grupo a riqueza com as trocas de experiências é enorme. Na discussão podemos perceber que um grupo é grupo quando se tem um objetivo comum e que a realidade de um grupo, das pessoas que participam de um grupo, tem impacto social em suas vidas. Num grupo quem participa pode experimentar um sentimento de pertencimento.” (Trecho do diário de campo. P20).

Os grupos são mediadores da singularidade dos sujeitos no meio social em que estão inseridos (NUNES *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2022). Que surgem quando os usuários estão desejosos de espaços para expressar suas sensações, vivências e desconfortos relacionados ao uso da medicação. Assim, mesmo em situações em que a temática da "medicação" não é abordada durante o grupo, os usuários trazem o assunto com o anseio de serem ouvidos.

“A dificuldade que eu vi, quando eles têm algum problema com alguma medicação, algum efeito colateral, que eles não querem tomar, todo dia do grupo que a gente tinha encontro a reclamação era “mas eu falei com o doutor fulano, falei com a doutora ciclana e eles não querem mudar.” (P9)

“Acontece mais com os usuários do grupo. às vezes a gente comenta, eu pergunto [sobre a medicação] e aí eles contam. Tem uma usuária do meu grupo que estava parando a medicação por conta própria.” (P34)

“Eles falam muito sobre a medicação até nos grupos, ou se recusando, ou falando tudo das reações que têm.” (P25)

Faltam espaços de diálogo sobre o tratamento medicamentoso com o usuário e entre os profissionais das equipes (SANTOS *et al.*, 2019). Esses espaços, que surgem nos grupos, oferecem oportunidades para abordagens educativas que são essenciais na terapia medicamentosa, pois promovem a segurança e a compreensão do tratamento. Profissionais que atuam em CAPS podem realizar essas abordagens, tanto individualmente quanto em grupo, levando em consideração a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como o foco central do cuidado.

Nas entrevistas, os profissionais mencionaram o uso de ações de psicoeducação com abordagens individuais para esclarecer dúvidas e explicar os desconfortos que os usuários sentem com o uso de psicofármacos.

“É a psicoeducação que a gente utiliza bastante, até porque a maioria dos efeitos colaterais são passageiros e reversíveis.” (P35)

“Então, acho que duas medidas são importantes, tanto a psicoeducação farmacológica, como as algumas orientações médicas na hora da prescrição.” (P27)

A psicoeducação é uma intervenção que visa desenvolver técnicas estruturadas de resolução de problemas. Essas técnicas são utilizadas para ajudar a

superar barreiras e lidar com situações complexas, por meio do uso eficiente e proativo da informação (CAMPOS, 2018).

Ao ter conhecimento sobre seu processo terapêutico, o usuário terá condições de enfrentar as situações problemáticas relacionadas ao uso da medicação. O acesso à informação abrirá caminhos para a autonomia e permitirá que ele participe das decisões sobre sua própria vida. Nesse sentido, a GAM, como estratégia que promove a construção compartilhada do conhecimento, é apontada como uma potencialidade para promover o cuidado seguro.

“Autonomia para poder contestar e falar o que ele acha. Não tirar, não fazer ele tirar (medicação) por conta própria. Ele vai ter uma segurança, ter um conhecimento maior” (P7)

“O grupo pode proporcionar maior conhecimento dos medicamentos e compreensão dos riscos ou benefícios. A exposição de dificuldades e dúvidas também oportuniza um espaço de diálogo e respeito à medida em que tenta-se romper com a ideia comum de poder médico-usuário.” (Trecho do diário de campo. P15).

Com a tecnologia grupal, a construção compartilhada do conhecimento encontra apoio na possibilidade da psicoeducação, principalmente considerando o contexto abordado pela GAM, que envolve o processo de aprendizado sobre os psicofármacos, um fator importante para a cogestão.

A psicoeducação, como uma ferramenta terapêutica, permite apoiar o usuário na gestão de situações decorrentes do processo terapêutico, pois além de se basear em pontos fortes e estar focada no presente, possui um amplo potencial para abranger diversos contextos e circunstâncias de vida (MAIA; ARAÚJO, 2018; CAMPOS, 2018).

A proposta de condução dos grupos GAM compartilha do manejo cogestivo, que envolve o acesso às experiências singulares do uso de psicofármacos por meio do acolhimento das vivências dos usuários, reconhecendo e valorizando os diferentes conhecimentos relacionados a essa experiência, ou seja, permitindo o questionamento e a crítica das verdades historicamente estabelecidas e construídas (ONOCKO-CAMPOS, *et al.*, 2014).

As relações horizontais ou lateralizadas entre usuários e profissionais (PALOMBINI, *et al.*, 2020) são vislumbradas a partir da possibilidade de compartilhar e somar aprendizados e conhecimentos nos grupos GAM.

“Então, é importante essa gestão, justamente para a gente poder possibilitar essa somatória de conhecimento.” (P11)

“Outro ponto importante a ressaltar, é a dinâmica de criação dos grupos GAM dentro das unidades, viabilizando a troca de experiências entre usuários e profissionais de saúde sobre a gestão de medicamentos, potencializando a autonomia dos usuários frente aos seus tratamentos.” (P41)

Os processos educativos permeiam a relação horizontal entre usuários e profissionais, e nesta direção, eles são favorecidos pela GAM, que direciona a ressignificação das relações de poder, fortalece o usuário dos serviços de saúde mental na cogestão de seu tratamento e potencialmente viabiliza o cuidado seguro, por meio do acesso às informações e participação na decisão da terapêutica medicamentosa. Assim, emergem perspectivas positivas em relação à GAM, ao cuidado segundo o modelo de atenção psicossocial e também ao cuidado seguro.

“Eu acredito que sim que a gente possa formar um grupo com estratégias de cuidado de forma a minimizar incidentes. E essa equipe, quer dizer nós somos uma grande equipe uma multi, e todos nós temos a nossa responsabilidade com o paciente em todos os âmbitos. Ele é nosso ele não é meu, ele não é da enfermagem, ele não é da assistente social, ele é nosso, todos nós somos responsáveis por ele e a gente pode sim criar um grupo com essas estratégias de melhorar essa questão e evitar esses acontecimentos [danos].” (P40)

“Eu acho muito bacana porque vai além de só “abrir a caixinha” do medicamento e tomar a medicação. Eu acredito que a estratégia GAM poderá trazer mais segurança ao paciente sobre a medicação, porque quanto mais informações passadas é melhor.” (P1)

As propostas da estratégia da GAM e da tecnologia grupal convergem e encontram suporte nas nuances da psicoeducação, pois se baseiam em um modelo interdisciplinar que promove a lateralização das relações nos grupos, sendo ferramentas necessárias para cumprir o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (LEMES; NETO, 2017; PALOMBINI *et al.*, 2020; MANTOVANI, 2021) e favorecer o desenvolvimento da cogestão terapêutica.

A força da GAM reside em um de seus princípios, que é o da cogestão, um exercício de direito (PALOMBINI *et al.*, 2020). No entanto, no Brasil, a GAM passou por uma adaptação para ser implementada na realidade brasileira, a partir da transformação do guia original do Quebec (PALOMBINI; DEL BARRIO, 2021). Essa

adaptação encontrou apoio e ancoragem nos trabalhadores e nos espaços públicos de saúde. No entanto, questiona-se se a adaptação brasileira limita a apropriação do conhecimento e do poder pelos usuários (SANTOS *et al.*, 2019).

No relato a seguir, observa-se a preocupação com a participação de toda a equipe do serviço na estratégia GAM, o que é realmente relevante. No entanto, não se menciona a participação dos usuários ou estratégias para aproximá-los e capacitar sua apropriação do conhecimento, bem como assumirem posições de moderadores nos grupos GAM.

“É importante uma participação em massa de toda a equipe, médicos e profissionais das unidades de saúde mental.” (Trecho de diário de campo. P51)

Visto que, naquele momento, era evidente a supremacia do conhecimento pelas universidades, diante da escassez de movimentos sociais estruturados com protagonismo dos usuários de serviços de saúde mental para direcionar o processo, como ocorreu no Quebec, Canadá. O movimento de envolver usuários e seus familiares nas universidades representou um avanço na democratização do conhecimento e da própria estratégia GAM no Brasil (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

Estamos falando de uma autonomia e protagonismo consideravelmente novos, em constante construção e reformulação. Esses aspectos dependem de diversos fatores, como o cenário político. Conforme descrito por Palombini e Del Barrio (2021), esse cenário muitas vezes limita a existência de experiências democráticas populares, devido à dominação econômica e política das elites, que utilizam coerção, muitas vezes disfarçada de gestos de familiaridade.

Depende também da gestão local, da sensibilidade e do compromisso da equipe em seguir os pressupostos do modelo de atenção psicossocial previsto na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Isso implica em uma avaliação constante dos processos de trabalho, em colaboração com a equipe de saúde, e, se necessário, em sua reconfiguração.

“É importante a realização de uma discussão primeiramente entre os membros da equipe para analisar a realidade e a demanda dos usuários daquele serviço, para em seguida promover um grupo GAM a fim de proporcionar um ambiente de acolhimento, trocas e

discussões entre usuários e equipe, estimulando e orientando o uso seguro da medicação.” (Trecho de diário de campo. P18)

“A primeira etapa da pesquisa me fez indagar sobre meu processo de trabalho, e que no trabalho ninguém dividia comigo aquelas dúvidas. E vi que aquelas dúvidas estão sendo agora refutadas.” (Trecho de diário de campo. P31)

Seja pela necessidade de investir esforços na avaliação dos processos de trabalho ou pela demanda de reconfiguração dos serviços de saúde mental, o fato é que a implementação da GAM nos serviços foi e continua sendo um desafio (PALOMBINI; DEL BARRIO, 2021), conforme abordado nesta pesquisa. No entanto, os obstáculos estão sendo superados pela presença e atuação conjunta de pesquisadores, usuários e residentes em um constante processo de sensibilização da equipe.

Assim, surge a discussão sobre se a GAM pode se sustentar nos serviços de saúde sem o apoio da universidade, seja por meio de pesquisas ou atividades acadêmicas de extensão.

“O que me chama a atenção e tem me incomodado, é de fazer uma reflexão sobre o quanto esse tipo de discussão [sobre GAM] é importante para o nosso trabalho. É preciso ter alguém que esteja fazendo doutorado para que a gente possa ser mexido com essas indagações? Então assim, acho que é preciso a gente sair um pouco, para ter contato com quem está fazendo pesquisa, para refletir, para ver se a gente está colocando a nossa opinião e nossos valores goela abaixo no usuário ou se a gente está ouvindo e construindo grupos ao invés de agrupamentos.” (P31)

É perceptível que as pesquisas trazem para os serviços possibilidades de enxergar outras alternativas de cuidado que qualificam o serviço. Portanto, infelizmente, parece que ainda é necessário haver pesquisas para que os processos de trabalho sejam discutidos, refletidos e reconfigurados.

Os profissionais estão tão imersos nas tarefas do dia a dia que pausas para discussão e estudo significam deixar de realizar algo. No cotidiano, observa-se que, quando há uma alta demanda de atendimentos a serem realizados, a primeira atividade retirada da rotina é a reunião de equipe, um processo dialógico essencial para a manutenção da qualidade do serviço, mas que fica em segundo plano até que a equipe atenda todas as demandas.

Abandonar a ação para refletir antes de agir é muito importante, além de qualificar a assistência. Como exemplo, durante o processo formativo, os diálogos promovidos por meio da oficina sobre GAM e cuidado seguro permitiram que os profissionais reconhecessem posturas coercitivas ao "impor" determinado tratamento, mas também identificassem possibilidades de exercer direitos, como o direito à voz.

“É uma paciente que entra no grupo, mas não é de falar. Neste dia ela falou que não estava tomando a medicação. Após o grupo eu levei para discussão com outra colega, foi interessante como foi conduzido, eu não sabia que poderia negociar quanto a medicação e de repente adequar a que estava trazendo efeitos ruins. Eu pude perceber o quanto a gente pode sim deixar o usuário expressar o que não gosta, o que está trazendo sofrimento, e não impor.” (Trecho de diário de campo. P48).

Neste ínterim, o ato de acolher também diz respeito à autonomia, à necessidade do usuário ser considerado protagonista e corresponsável pelo tratamento que segue, principalmente pela decisão de usar ou não os medicamentos (CAMPOS *et al.*, 2014). O movimento de promoção da cogestão traz à tona questões relacionadas aos processos de trabalho e críticas diante da inclusão da voz dos usuários nos direcionamentos locais das ações de saúde (SANTOS *et al.*, 2019).

É fundamental que, além da compreensão do tratamento, haja compreensão de cada vertente do cuidado e que os usuários se apropriem do lugar de corresponsáveis e protagonistas de suas vidas.

“O usuário como corresponsável do seu tratamento, o leva a compreender a importância da medicação e escolher usar ou não e o que isso acarretará.” (P8)

A proposta da GAM se organiza de forma a tentar diluir as hierarquias, fortalecer as corresponsabilidades e aumentar as possibilidades de trocas de saberes e exercício de poder entre os participantes (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

Desmontar a estrutura hierárquica das relações de poder perpassa pela urgência de fornecer respostas rápidas e efetivas aos problemas dos usuários, o que leva os profissionais a considerarem apenas a medicação. Isso limita a cogestão e a implementação da GAM, uma vez que ela não está a serviço apenas da desmedicalização.

“Eu acho que tem a ver com crença que nós temos de resolver algo rápido, de ter uma solução mágica. Eu acho que passa pelo usuário, pela família que sofrem com esse adoecimento, precisam ter um resultado. Tem muito a ver conosco profissionais, como eu posso ajudar esse usuário, porque o efeito do medicamento eu consigo por um período. O que posso fazer além da medicação?” (Trecho de diário de campo. P13)

“Nem todos os usuários podem ficar sem medicação e fazer essa gestão da medicação.” (Trecho de diário de campo. P52)

A cogestão na decisão terapêutica compreende uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários uma efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos. Isso pressupõe o diálogo e a troca entre os atores envolvidos. É importante destacar que antes da medicação, há um sofrimento psíquico, portanto, a orientação não é a suspensão da medicação, mas sim a partilha do significado de sua utilização (SANTOS *et al.*, 2019).

Esta envolve a gestão compartilhada com os atores envolvidos no cuidado do usuário no dia a dia, como cônjuges, familiares e/ou cuidadores. Isso está em consonância com as perspectivas dos profissionais, pois a GAM, fundamentada no contexto psicossocial, possibilita o reconhecimento e a valorização do protagonismo desses atores.

“Porque o familiar está no dia a dia. O familiar está tomando conta. Então, eu acho assim, que é a partir do momento que o familiar tem essa consciência vai ajudar o usuário.” (P18)

“Então, a gente trabalha essas informações dele como um sujeito que, a opinião e a vivência dele importam, juntamente com os responsáveis.” (P2)

“Outra potencialidade que eu acho que é possível identificar com base no feedback, até de outros profissionais daqui. O usuário e a família ter noção de como funciona o tratamento.” (P9)

Faz-se necessário o acolhimento e inclusão da família nos serviços substitutivos, e estes devem incentivar sua participação ativa e buscar estratégias para o fomento da corresponsabilidade e da autonomia, incluindo o conhecimento sobre os próprios direitos, o plano terapêutico, a medicação e seus efeitos, entre outros (REIS, 2018; REIS *et al.*, 2022).

Os familiares também desempenham um papel importante no processo de gerenciamento da medicação de uso contínuo dos usuários dos CAPS, podendo atuar

como fator de proteção. Vale destacar que o desafio global da medicação segura prevê que esse gerenciamento seja realizado em conjunto por usuários, familiares e/ou cuidadores (WHO, 2017). Dessa forma, juntos, constroem cuidados fundamentados na corresponsabilidade e não apenas na atribuição de responsabilidades normativas e morais (ARANTES; PICASSO; SILVA, 2019).

“Então, acaba que os pais são os responsáveis. Ele teve uma crise de agressividade, quebrou várias coisas da casa, com 6 anos. Aí a mãe falou para mim “olha eu parei de dar o remédio pois depois dessa crise eu vi que ele melhorou depois que parou de tomar remédio.” (P26)

Ou ainda pode trazer desafios a esse processo. Com isso, entende-se que é importante manter olhares atentos e cuidadosos dos profissionais para o sistema familiar e territorial em que os usuários estão inseridos. Visto que, diante da atitude de assumir o papel de prescritora e gestora da terapêutica medicamentosa, a família também poderá ocasionar riscos à saúde do usuário.

“A mãe dele sempre aumenta a dosagem da medicação para que ele não saia para rua. Aí muitas vezes chega lá relatando astenia, fraqueza de membros inferiores.” (P20)

Familiares e usuários deixam de ter uma vida autônoma quando a relação de cuidado está pautada no controle e rigoroso monitoramento do usuário. Com isso, outros aspectos que envolvem os familiares precisam ser observados, tais como os desafios no cuidado com os usuários, o aprendizado diário a partir das vivências, as conquistas e estratégias utilizadas por eles para lidar com esses desafios (REIS *et al.*, 2022).

Destaca-se a importância de os CAPS compreenderem a dinâmica familiar dos usuários e de realizarem um trabalho em conjunto com as famílias, para promover relações vinculares entre usuários e seus familiares, percebendo-as como parceiras nos cuidados e atenção, e não meramente como responsáveis e/ou culpadas pelos processos de adoecimento psíquico do usuário (ARANTES; PICASSO; SILVA, 2019).

Nesse sentido, o protagonismo da família assume papel importante, fato que ressalta a necessidade de que participem dos grupos GAM. A operacionalização do grupo GAM, participativo e cogestivo, utiliza dispositivos como o apoio institucional, o apoio matricial, os grupos e as rodas de conversa, que favorecem e fortalecem termos

cruciais para a efetiva atenção psicossocial, como democracia, cidadania e autonomia (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020).

Há indícios de que os familiares e cuidadores têm dificuldade em entender por que os profissionais ocultaram informações clínicas deles, com a justificativa do direito do usuário ao sigilo, visto que em situações de crises a família sofre junto e sente-se desamparada devido à falta de informações (MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2020). A família pode e deve ser uma aliada do usuário no processo terapêutico, no fortalecimento da autonomia e na cogestão da terapêutica medicamentosa.

“Família, é como eu sempre coloco até nos grupos, a importância da família, ela é tão fundamental, a família é o início de tudo, é a estrutura cultural do usuário.” (P7)

“Fazer o grupo [GAM] mais focado no adolescente que sabe a necessidade de fazer o uso do medicamento, com a família, porque não pensamos só no usuário, pensamos no usuário com a família. Então seria interessante fazer o grupo com o usuário, a família e os profissionais (...) uma forma de melhorar o cuidado desse usuário que faz uso dos medicamentos corretamente ou não corretamente.” (P1)

A estratégia GAM está alicerçada no modelo conceitual do *recovery*, que surgiu na década de 1970, a partir de um movimento de usuários engajados na discussão de estratégias emancipatórias que visavam promover autonomia e qualidade de vida às pessoas que possuem demandas relacionadas à saúde mental. Assim, o *recovery* marcou o protagonismo dos usuários e proporcionou experiências com familiares que produziram efeitos positivos para o empoderamento (SERPA JUNIOR *et al.*, 2017; COSTA, 2017; REIS *et al.*, 2022).

Ainda que familiares e usuários estejam situados como atores sociais essenciais para a compreensão do cenário dos serviços de saúde mental (REIS *et al.*, 2022), é possível, mas não é comum ou sistematizado, vislumbrar situações de cogestão e protagonismo de suas vidas, em que usuários participam de grupos de pesquisa (RENAULT; PASSOS, 2022; REIS *et al.*, 2022), adentrem salas de aulas de universidades como palestrantes e transformem relações de saber e poder (SENNA; AZAMBUJA, 2019) e assumam a coordenação de grupos dentro dos serviços de saúde (PALOMBINI *et al.*, 2020). Assim, reside no campo teórico e científico a possibilidade de os usuários sonharem e terem projetos de vida.

No entanto, é inegável o apoio das pesquisas sobre a GAM para a capilarização da estratégia nas diversas regiões do país (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020) e nos diversos contextos de cuidado em saúde. Esta pesquisa se propôs a abarcar as percepções quanto às nuances da GAM e o cuidado seguro de profissionais que atuam em diferentes realidades de cuidado em saúde mental.

Assim, no contexto de atendimento ao público infantojuvenil, os profissionais ressaltaram a relevância da participação das crianças e adolescentes nos grupos GAM, inclusive na condução dos grupos.

“A criança também pode e deve ser ouvida dando sua contribuição em seu tratamento, tanto no medicamento quanto ao que acontece em seus ambientes de inserção social.” (Trecho de diário de campo. P20)

“Uma possibilidade é colocar o usuário adolescente como mediador do grupo. Bom para ele se sentir motivado e valorizado.” (P2)

Inclusive, vale destacar que o CAPS ad III infantojuvenil já vivenciava a experiência de realizar grupos GAM antes da pesquisa. Considerando que a iniciativa pela realização de um grupo GAM, em geral, não faz parte do conjunto da equipe ou da coordenação do serviço (PALOMBINI *et al.*, 2020).

Com propriedade conferida pela experiência na condução dos grupos GAM, a equipe aponta a estratégia com a potencialidade de expandir o olhar biomédico para aspectos de atenção psicossocial, com valorização da participação e cogestão do tratamento.

“O que eu posso observar é que eles vêm com uma fala, a respeito da importância da adesão do tratamento que eu acredito que os médicos passam na consulta. E aí a gente reforça com os familiares. Agora, a questão de participar, de ter voz, foi muito introduzida a partir do GAM.” (P2)

Outros estudos descreveram a importância de envolver crianças e adolescentes na cogestão e também apontaram experiências da GAM com a participação de familiares e usuários (CALIMAN *et al.*, 2019; CALIMAN; CÉSAR, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020; GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

No contexto do CAPS ad III, há relatos de que as propostas da GAM são trabalhadas, considerando as peculiaridades do serviço e do público atendido, no sentido do uso adequado dos medicamentos.

“Em nossa unidade a maioria dos profissionais já trabalham a ideia da GAM, devido ser unidade para tratamento de álcool e outras drogas, percebemos o uso inadequado de medicamentos por parte de alguns usuários.” (P10)

A implementação da GAM difere de abordagens puramente centradas na psicoeducação sobre os psicofármacos e alcança dimensões bem particulares do serviço e do público atendido, como a redução de danos.

Em pesquisas sobre GAM envolvendo o público com demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, a redução de danos emerge como uma forte vertente que pode ser discutida durante os grupos GAM no CAPS ad (CARON; FEUERWERKER; PASSOS, 2020; MÉLLO *et al.*, 2020; FERREIRA, 2019).

Enquanto as mais exploradas experiências da implementação da GAM dizem respeito ao público adulto com diagnóstico de transtornos mentais e surgem como ferramenta para desenvolver e fortalecer a autonomia dos usuários e propor espaços dialógicos sobre a terapia medicamentosa (SILVEIRA; MORAES, 2008; PASSOS; SADE; MACERATA, 2019; LINDENMEYER; DIELO; AZAMBUJA, 2019; PALOMBINI *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020).

Em todas as realidades, a estratégia GAM se mostra potente. Especialmente pelo elo indissociável entre GAM e exercício de direitos e cidadania, que foi aferida nas experiências dos serviços públicos de saúde no Brasil. No entanto, a forma participativa e cogestiva que orienta a GAM está alicerçada na experiência democrática e cidadã própria ao Quebec, que perpassa pelo cruzamento entre sujeito de direitos e sujeito de desejo (PALOMBINI; DEL BARRIO, 2021).

O formato que orienta a GAM, participativa e cogestiva, quando apreendido pelos profissionais dos CAPS, orienta o desenvolvimento de competências para a autonomia e cogestão da terapêutica medicamentosa.

“GAM é um programa de incentivo ao protagonismo e autonomia do indivíduo em tratamento medicamentoso de doenças crônicas neuropsiquiátricas. A fim de, resgatar sua funcionalidade e integralidade como ser humano, mesmo tendo um transtorno mental.” (Trecho de diário de campos. P24)

“Entender que o usuário é responsável por seu tratamento e tem o poder de tomar suas próprias decisões, o GAM auxilia no diálogo para que o usuário tenha segurança em relação ao uso de medicações.” (Trecho de diário de campos. P55)

No manejo cogestivo, participar é provocar variações, transformações e reposicionamentos subjetivos, além de dissolver pontos de vista e transformar realidades. A participação é um direito, uma condição da existência como sujeito que constrói a si e o seu contexto de vida (GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

Um desafio percebido e relatado foi a incompreensão dos profissionais sobre como funciona a estratégia GAM, em qual contexto ela surgiu e qual o seu objetivo. Os profissionais trazem relatos que se aproximam da complexidade que envolve a GAM, porém as percepções estão pautadas na semântica dos termos e não no contexto e sentido que a define.

“Sei que é um grupo, que acontece com alguns encontros, talvez 8 e eu acho que é uma forma de empoderar o usuário.” (P10)

“Quando eu falo de gestão autônoma, a gente coloca esses pacientes junto no tratamento, ele por ele mesmo tomar a medicação, ela vai saber que está tomando, por que está tomando. O que pode sentir.” (P16)

“Considero que tenho uma noção geral sobre a GAM. Preciso aprofundar meus conhecimentos, tenho que debuzar mais e aplicar a metodologia.” (Trecho do diário de campo. P11)

Talvez precisem vivenciar o grupo GAM para ressignificar seu sentido. Experiências com grupos GAM possibilitaram aos profissionais envolvidos se posicionarem de forma mais sensível à cidadania do outro. Esse contexto mexe com a organização do serviço de saúde e desperta diversas reflexões e críticas (SANTOS *et al.*, 2019). Pouco resolve o usuário estar extremamente seguro de seus direitos se aqueles que representam os profissionais de saúde não forem sensíveis a eles (GONÇALVES; CAMPOS, 2017).

Estar sensível aos direitos e às vivências do outro torna as relações próximas e horizontais entre a própria equipe e o usuário e seus familiares. Compartilhar o cuidado em equipe é importante, visto que há a necessidade de envolver os profissionais na lógica da GAM para o fortalecimento do protagonismo e autonomia dos usuários. Este espaço de fortalecimento do vínculo, consequentemente, da atenção psicossocial é referido pelos profissionais, de modo que reconhecem a potencialidade dos grupos no fomento dos princípios da GAM.

“Com a discussão sobre GAM pude entender que o grupo é um espaço de fortalecimento do vínculo entre usuário/profissional e possibilita

ainda mais a autonomia do usuário em relação ao seu tratamento.” (Trecho de diário de campo. P44)

“O grupo [GAM] fortalece o espaço da convivência biopsicossocial no qual o paciente desenvolverá um melhor diálogo sobre seu tratamento e a doença. É um espaço que propõe potencializar a autonomia dos pacientes de forma abrangente e terapêutica.” (Trecho de diário de campo. P42)

A estrutura da proposta dos grupos GAM é identificada a partir de elementos que transformam o grupo em espaço de troca mais transversal, seguindo características como ter um roteiro pré-estabelecido, ter o grupo concebido como espaço de troca de conhecimentos, ter a possibilidade de escutar e participar do grupo sem carregar a chancela de resolver, condições de desenvolver uma comunicação mais acessível com os usuários e estar ancorado em planejamentos prévios (SANTOS *et al.*, 2019).

Havia uma compreensão prévia sobre a GAM no momento da primeira etapa da coleta de dados. No entanto, os profissionais referiram necessitar de informações adicionais para planejarem a implementação, especialmente observando as nuances do cuidado seguro.

“Agora, conhecendo o guia GAM, eu já percebo que ele [usuário] tenha essa autonomia, de querer ou não querer, e ele pode decidir em optar por outro tratamento também, né? É o que eu entendi lá do guia quando eu li”. (P13)

A oficina ofertada teve como objetivo desenvolver um processo formativo sobre GAM e cuidado seguro, além de apoiar o desenvolvimento de projetos de implantação de grupos GAM nos serviços de atenção psicossocial, CAPS.

“A discussão fez uma mudança radical do que eu tinha em mente e até na prática o que é grupo. Com essa clareza, agora despertou em mim o desejo de ser terapeuta de um grupo, agora sabendo a funcionalidade de tal para trazer resultados significativos no cotidiano e vida do usuário e família.” (Trecho do diário de campo. P41)

“Uma estratégia de cuidado visando o empoderamento do usuário em relação ao seu tratamento, podendo escolher qual melhor tratamento. Importância de criar espaço de discussão e de negociação nos serviços de saúde mental, estabelecendo uma relação horizontal entre o profissional da saúde/Usuário/família, validando todos as experiências vivenciadas pelo usuário em relação ao uso dos

psicofármacos e a sua relação com ele.” (Trecho do diário de campo. P25)

Assumir um papel baseado na negociação e no diálogo melhora a prática clínica e, ao mesmo tempo, exige esforços substanciais da equipe de saúde. Os modelos de comunicação colaborativa são valorizados positivamente e apontados pelos profissionais numa vertente de fluidez e adaptação às situações de mudança. Estes sugerem o trabalho em equipe coordenado, apoio às famílias e fortalecimento da confiança na relação equipe-usuário (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2020).

Com isso, surgem novas perspectivas dos profissionais quanto à GAM e ao cuidado seguro a partir da execução do processo formativo.

“Compreendo a proposta do grupo GAM como prática de cuidado que garanta o direito do usuário em participar das decisões de seu tratamento. Além disso, chamou atenção o fato de saber que a GAM foi criada com base nas necessidades dos usuários, e não foi algo imposto ou criado pela equipe de saúde, tão somente.” (Trecho do diário de campo. P13)

“Acredito que a GAM pode ser uma excelente estratégia para garantir a segurança do usuário e o cuidado seguro quanto ao tratamento medicamentoso, por proporcionar reflexões e conhecimento sobre esse aspecto, além do empoderamento do usuário, uma meta terapêutica essencial na atenção psicossocial.” (Trecho de diário de campo. P50)

“Notamos que de uma maneira mais discreta, vez ou outra a GAM já acontecia como uma estratégia no nosso serviço. Mas, nomear a intervenção e conhecer o poder e a importância dela no processo de recuperação da saúde mental é muito importante e elucidativo.” (Trecho de diário de campo. P24)

A oficina permitiu repensar as relações estabelecidas com os usuários e a valorização do contexto dos usuários sobre os medicamentos, e também propiciou o planejamento e a estruturação de grupos GAM conforme a realidade de cada serviço. Os profissionais mostraram-se mais sensíveis às questões de cogestão da terapia medicamentosa após o início das discussões durante a oficina GAM e cuidado seguro.

“Eu particularmente, lá no CAPS, acho que foram duas pacientes que eu recebi que estavam com problemas com a medicação, e a escuta foi diferente depois do nosso primeiro encontro. O que é esse medicamento? Qual efeito está fazendo? A minha escuta foi diferente. Será porque ela não está querendo tomar a medicação? O que pode ser feito além da medicação?” (Trecho do diário de campo. P20)

“Na minha prática profissional transformou totalmente a forma de ver a medicação como forma principal do tratamento, apesar que sempre via a medicação como último recurso e isso foi reforçado, o fator de adoecimento vai muito além do que o usuário tem como queixa no momento que chega na unidade.” (Trecho do diário de campo. P41)

Experiência das ações coparticipativas com usuários permite mudar suas práticas terapêuticas e defender espaço para a reflexividade tanto na equipe clínica quanto na relação com usuários e cuidadores (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2020).

A decisão do uso da medicação é feita pelo usuário, no ambiente libertário de sua casa, sem julgamentos, críticas ou punições. Aos profissionais cabe apoiar os usuários em suas escolhas com o acolhimento das queixas e dos sentidos que envolvem essas decisões, de modo que essa decisão seja compartilhada, cogestiva, orientada e segura.

Outro desdobramento da oficina foi a identificação da necessidade de refletir nos processos de trabalho dos serviços para viabilizar a participação do usuário na decisão de medicamentos, inclusive ampliando o horizonte de implementação da GAM de modo a alcançar outros dispositivos da RAPS.

“A oficina pode mostrar o quanto precisamos refinar nosso cuidado, no sentido de realmente olhar para a queixa do paciente e buscar acolher de fato e com o grupo GAM, os pacientes se sentem valorizados e atendidos em suas demandas, pois através do relato de outros usuários, também enxergam nestes, seus medos e inseguranças em relação ao tratamento.” (Trecho do diário de campo. P52)

“Pensar em ampliar participação para familiares, profissionais, talvez estabelecer parceria com UBS.” (Trecho do diário de campo. P2).

Existem, neste contexto, características avaliativas das instituições e de seus processos de trabalho. Com um esforço de evidenciar as necessárias mudanças nas práticas clínicas de saúde mental, especialmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento, e ainda no fomento da cogestão por meio do envolvimento do usuário nas decisões terapêuticas (SANTOS *et al.*, 2019).

O processo formativo proporcionou a reflexão quanto a novas abordagens de cuidado e segurança em saúde mental, a partir da compreensão da estratégia de GAM, além da concepção multidimensional da questão do uso dos medicamentos psicotrópicos.

Senna e Azambuja (2019) reforçam que a experiência com os grupos GAM traz potência de apropriação de saberes locais, oferece novos campos de possibilidades para que esses sujeitos se fortaleçam para além do estigma da loucura e se constituam como pessoas, e não como doenças.

Ao se aproximar do lugar que os usuários ocupam, os profissionais projetam suas experiências, muitas vezes como uma substituição que se manifesta como raízes profundas de suas relações com o outro ou com a coletividade (SANTOS *et al.*, 2019).

A implementação da Oficina foi oportuna e possibilitou o conhecimento dos profissionais sobre o GAM e de como conduzir os usuários para cogestão do tratamento medicamentoso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Olhar para os resultados permite inferir que os objetivos da pesquisa foram alcançados diante dos benefícios que o fomento da Gestão Autônoma da Medicação pode gerar para a promoção da medicação sem danos e cuidado seguro, desde que compreendida pelas equipes dos CAPS e executada nesses ambientes.

Percepções iniciais dos profissionais, quando questionados sobre a promoção da cogestão na decisão da terapêutica medicamentosa e no cuidado seguro, mencionam o controle do uso adequado da medicação e o investimento de esforços para a adesão ao tratamento medicamentoso, fato que revela atitude prescritiva, na contramão da promoção da autonomia e da GAM.

A valorização da medicação e do modelo biomédico, afasta os usuários do centro cuidado, inviabiliza a construção de uma relação terapêutica de confiança e vínculo, conseqüentemente a cogestão e o cuidado seguro. É premente, a implementação de ações transformadoras direcionadas à PNSM, que valorizem as diversas formas de cuidado, competências e potencialidades dos profissionais inseridos no contexto da Atenção Psicossocial.

Atitudes que fortalecem o envolvimento do usuário também são reconhecidas e referidas pelos profissionais, inclusive na manutenção e adesão à terapêutica medicamentosa, quando desejada pelos usuários, em um contexto de protagonismo e da segurança, garantidos por meio do conhecimento dos usuários quanto aos medicamentos em uso.

Alguns incidentes decorrentes da terapêutica medicamentosa, que expõem os usuários a risco e danos, foram relatados pelos participantes, com destaque ao abandono e/ou interrupção abrupta da medicação, que levam ao desencadeamento de crises com prejuízos à saúde dos usuários e alterações de comportamento com propensão a riscos. Há também relatos do uso inadequado dos medicamentos quanto à dose e à associação com bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas.

Ao reconhecerem os riscos, os profissionais também demonstram compreender a importância de desenvolver ações, nos CAPS, na perspectiva do envolvimento dos usuários na terapêutica medicamentosa. Dentre as ações, apontam o acolhimento como uma tecnologia leve do cuidado, que possibilita a construção de vínculo com os usuários, além da relação de confiança que favorece o compartilhamento das experiências e decisões quanto ao uso ou não dos medicamentos.

Estas foram proposições desta pesquisa, evidenciar a importância atribuída a cogestão da terapêutica medicamentosa e incorporar na prática assistencial dos profissionais de saúde mental o envolvimento como fundamental para o cuidado seguro e qualidade da assistência. Ainda que as políticas públicas e a literatura destacam a relevância da cogestão pelo usuário, os dispositivos em saúde têm desconsiderando este fator. Em saúde mental, isso dá as heranças do modelo manicomial, que, por meio de instituições totais excluiu completamente as pessoas de suas próprias vidas.

Nuances do modelo manicomial ainda aparecem arraigados nas práticas profissionais, um dos caminhos de superação é a formação continuada. Como intervenção desta pesquisa, foi oferecido um processo formativo que se mostrou potente no sentido de sensibilizar os profissionais quanto à relevância de promover o envolvimento do usuário em seu tratamento, a cogestão, seja como um direito de usuário do SUS, seja como indicador de qualidade da assistência ou como uma barreira aos potenciais danos decorrentes do tratamento medicamentoso e cuidado em saúde mental.

A partir da intervenção, as percepções dos profissionais foram reformuladas ou tiveram acréscimos. A mudança de paradigmas quanto à temática deu-se em um processo de coprodução de todos os envolvidos no processo de discussão ao longo da pesquisa, inclusive com influência indireta de usuários e familiares, pois ao longo

do processo formativo os profissionais faziam leituras, conversavam entre si, pensavam em possibilidades de implementação da estratégia GAM e seguiam com os atendimentos em seus respectivos locais de trabalho. As nuances dessas percepções e da coprodução de conhecimento emergiram nos diários de campo dos profissionais e durante os encontros presenciais da oficina. Ali, foram novamente problematizadas, discutidas e validadas com a participação de todos os envolvidos no processo assistencial.

Sabendo que o conhecimento não é suficiente para o bom desempenho profissional, os processos formativos devem romper com o automatismo e também em aspectos atitudinais, inclusive mais difíceis e complexos de se intervir, apesar de absolutamente necessários. Assim, o processo formativo foi pensado e executado com ações que envolvessem os profissionais, para que se sentissem parte do processo de aprendizagem, com espaços de fala das percepções e sentimentos, assim como os espaços dialógicos e cogestivos propostos pela GAM.

A GAM apresenta-se como uma ferramenta útil para criar espaços coletivos de discussão sobre o sentido da medicação na vida dos usuários dos CAPS. A GAM é pensada a partir do uso da tecnologia grupal em um contexto cogestivo, em que muitas vezes os próprios usuários conduzem as discussões em grupo.

As primeiras três etapas dedicam-se ao reconhecimento e fomento da autonomia dos usuários, visando construir um ambiente de confiança e fortalecimento de vínculos, de modo que os usuários possam falar claramente e tranquilamente sobre suas percepções e condutas em relação à terapêutica medicamentosa. Na quarta etapa, os usuários conhecem os benefícios e as reações adversas dos medicamentos em uso, passam a compreender o tempo de ação, o período de meia-vida e os riscos do abandono ou interrupção abrupta do tratamento medicamentoso.

A condução do grupo GAM é um processo educativo tanto para os usuários quanto para os profissionais. Conforme relatado pelos participantes, o cuidado seguro está relacionado ao conhecimento que o usuário possui sobre seu tratamento. Portanto, a estratégia GAM é poderosa na promoção da segurança do usuário diante da terapêutica medicamentosa na Atenção Psicossocial.

No entanto, é imprescindível haver continuidade na formação e sensibilização dos profissionais que atuam nos serviços de Atenção Psicossocial para o desenvolvimento dos grupos GAM e também para a implementação de ações que valorizem a experiência do usuário e garantam a cogestão no tratamento.

Como desdobramentos da pesquisa e do processo formativo, houve a implantação dos grupos GAM em dois CAPS do município, sendo um adulto e um infantojuvenil, e a aproximação de profissionais um serviço ambulatorial com a perspectiva de desenvolver o grupo. Este movimento reuniu sete profissionais, inclusive a pesquisadora principal, que estabeleceram comunicação por meio de visitas locais e diálogos em aplicativo de conversa, em que trocam experiências, estratégias, anseios e perspectivas deste processo. Ocorreu ainda, a aproximação com o Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação, por meio da participação das reuniões mensais e o desejo de organizar e fortalecer um coletivo de GAM que alcance outros serviços de atenção psicossocial da região centro-oeste.

O atual cenário da gestão local favorece os desdobramentos, com flexibilidade de horários, viabilização de transporte e incentivo aos processos de implantação dos grupos GAM. Tem-se aqui movimentos tímidos se comparados aos avanços da GAM em outras regiões do país como nordeste, sudeste e sul. No entanto, esta pesquisa auxiliou nos primeiros passos, fato que evidencia espaços para o desenvolvimento de outras pesquisas que possam contribuir para o fortalecimento e continuidade, bem como incentivar iniciativas institucionais com este propósito, em um movimento de sair do ideário e partir para a ação.

As limitações desta pesquisa incluem a participação apenas de profissionais de serviços comunitários de saúde mental de nível superior, excluindo o pessoal de nível médio que permanece nos serviços 24 horas, fornecendo acompanhamento contínuo aos usuários. Portanto, os resultados não são generalizáveis para outras pessoas envolvidas no processo de gestão da terapêutica medicamentosa, como usuários e familiares. Os profissionais participantes da pesquisa estavam restritos a um município específico, o que não considera a representatividade de todos os

profissionais que atuam em serviços comunitários de saúde mental em outras regiões do país. Entretanto, os resultados encontrados neste cenário de pesquisa são similares aos encontrados em outros estudos realizados no Brasil, conforme discutido. As interferências pós-análise dos dados sugerem que os participantes podem ter deixado de relatar casos de insucesso na promoção da autonomia e cogestão devido a falhas nos processos de trabalho que não estavam dispostos a expor.

Entre as contribuições, destacam-se as reflexões dos profissionais de saúde mental que adotam o modelo de atenção psicossocial, mas também as lacunas que ainda existem nos serviços para fortalecer e evidenciar esse modelo de atenção nas nuances da cogestão do processo terapêutico. Outra contribuição é a apresentação de dados que subsidiem o cuidado seguro e a medicação sem danos, articulados a uma potente estratégia de cuidado que é a GAM, a qual pode ser realizada nos serviços que compõem a RAPS.

Sugerimos que novos estudos sejam realizados incluindo participação de todos os profissionais da equipe, independentemente do nível de formação, bem como usuários e familiares. Isso certamente contribuirá para o alinhamento dos conhecimentos da equipe e para alcançar melhores resultados na cogestão do tratamento medicamentoso na atenção psicossocial.

Além de pesquisas, recomendamos, o investimento em processos de reflexão-ação, dentro dos serviços de saúde para o fomento de iniciativas institucionais direcionadas à formação profissional continuada, à definição de estratégias de acompanhamento, monitoramento e supervisão institucional. A ausência desses, tende a semeaduras em solos inférteis, este é risco posto nesta pesquisa, considerando a alta rotatividade dos profissionais e frágeis vínculos de trabalho. A Educação Permanente em Saúde, preconizada nos serviços de saúde, precisa também ser incorporada como uma ação de cuidado, especialmente, o cuidado seguro.

Outra perspectiva relevante é a necessidade de que as instituições responsáveis pela formação acadêmica reconheçam as limitações e as lacunas no

processo de graduação para a atuação na área da saúde. Fortalecendo a instrumentalização dos profissionais quanto aos princípios éticos da autonomia do usuário e também de si, como potentes e competentes para atuar na promoção do cuidado seguro segundo o modelo de Atenção Psicossocial. De modo que possam superar paradigmas do cuidado fragmentado, centrado na medicalização e no modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira ACZ, Brusamarello T, Maftum MA. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2018;22(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0294>
2. Alvarenga R, Dias MK. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. *Psicol Soc [Internet]*. 2021;33:e235950. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
3. Alvarez PES. Percepciones y expectativas que inciden en la vinculación de los usuarios a los Centros de Atención Psicosocial en Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e190117. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190117>
4. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. Org.: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012.
5. Andrade VS. From Medicalization to Silence of Affections. *JOSSHE: Journal of Social Sciences, Humanities and Research in Education*. 2018;1(2).
6. Anvisa. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Brasília, 2016.
7. Arantes DJ, Picasso R, Silva EA. Grupos psicoeducativos com famílias de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2019;14(2).
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2022.
9. Behrens R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Rev Bioét*. 2019;27(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272307>
10. Bezerra IC, Morais JB de, Paula ML de, Silva TMR, Jorge MSB. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde debate [Internet]*. 2016Jul;40(110):148–61. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>
11. Braga TBM, Farinha MG. Sistema único de Saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Rev abordagem gestal*. 2018;24(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11>
12. Brickell TA, Mclean CJJ. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health. *J Patient Saf*. 2011;7(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e31820cd78e>
13. Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-44>
14. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): *Eur Obs Health Syst Pol*. 2019;50.PMID: 31721544. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
15. Caixeta CC, Sousa JM, Barbosa MA, Pires ES, Souza A, Pires JS, Nunes FC. Os fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos: construindo hipóteses de soluções. *CIAIQ*. 2017,2.

16. Caliman LV, César JM. A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores. Rev. Polis e Psique [Internet]. 10º de julho de 2020;10(2):166-88. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/104628>
17. Caliman LV, Rangel VB, Cesar JM, Paterlli MC, Simões AAC, Fernandes AN, Gonçalves LG. Oficina da palavra: literatura, infância e cultivo da atenção. Rev. PPP [Internet]. 28º de março de 2019;14(1):1-13. Available from: http://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3047
18. Campos CM. Psicoeducação em saúde mental na comunidade. ESEL - Dissertações de Mestrado [Dissertação na Internet]. [Lisboa]: Escola Superior de Enferm de Lisboa. 2018. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27908>
19. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de Coletivos. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
20. Caron E, Feuerwerker L. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. Saúde Soc. 2019;28(4): 14-24.
21. Caron E, Feuerwerker LCM, Passos EH. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. Rev. Polis Psique. 2020;10(2). <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103408>
22. Chassot CS, Silva RAND. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. Psicol Soc. 2018;30:e181737. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181737>
23. Chaves FAM, Caliman L. Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. Rev Polis Psique. 2017;7(3):136-160. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300009
24. Colaço RF, Onocko-Campos RT. Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras. Ciên Saúde Coletiva. 2022;27(7):2553-2562. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HgzrfYxtGKCPMyCpXrLT4iH/abstract/?lang=en>
25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012 Dec 12.
26. Costa MN. Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2017;9(21).
27. Cruz NFDO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab educ saúde. 2020;18(3):e00285117. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
28. Damásio J, Carvalho S. Doenças do movimento induzidas por fármacos. Acta Med Port. 2011;24(S4): 915-922.
29. De las Cuevas C, Sanz EJ. Polypharmacy in psy - chiatric practice in the Canary Islands. BMC Psychiatry. 2004;4:18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15236661/>
30. D'Lima D, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. Syst Rev. 2016;5(1):203. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7>

31. Depole BF, Quevedo TM, Oliveira GN, Cunha GT, Ferigato SH. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. CBSM. 2022;14(38). <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>
32. EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of health Research (EQUATOR Network). EQUATOR Network [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 11]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
33. Felix FJ, Bezerra AG, Vidal JET, CABRAL SAAO, ALMEIDA CRDS, Mangueira VM. Ansiedade e o uso indiscriminado de ansiolíticos. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2021;11(1):49-55.
34. Ferrazza DA, Cruz MGA. A procura da pedra da loucura: apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social. 2018;18(3):2157.
35. Ferreira GS, MORO LM, ROCHA KB. Análise dos pressupostos do paradigma psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva de profissionais. Cienc. Psicol., Montevideo. 2022;16(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2225>
36. Ferreira IMF. Gestão Autônoma de Medicação (GAM) e Redução de Danos no contexto potiguar: uma composição possível? UFRN [Dissertação Internet]. [Natal]:Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGPSI - Mestrado em Psicologia/UFRN; 2019. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28891>
37. Ferreira MS. Medicalização da vida: sobre o processo de biologização da existência. Rev Disc UNIABEU [Internet]. 2017;5(10). Available from: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/viewFile/3109/2116>
38. Ferrer AL, Palombini AL, Azambuja MA de. Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. Rev Polis e Psique. 2020;10(2):1-8. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200001&lng=pt&tlng=pt
39. Figueiredo FM, Gálvez AMP, Garcia EG, Eiras M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. Ciênc. Saúde Coletiva. 2019;24(12). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>
40. Flore JR, Kokanović F, Callard A, Broom C. Desvendando a subjetividade, a experiência corporificada e (tomando) medicamentos psicotrópicos. Socie ciência Med. 2019;230: 66 – 73.
41. Galdino MM, Silva MCV, Lopes GAT, Souza GL, Silva MV, Andrade LDAS. INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS NO CONTEXTO DA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais. 2022;7(2),21-21.
42. Gonçalves LG, Caliman LV, César JM. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. Psicol cienc prof [Internet]. 2021;41:e223921. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003223921>
43. Gonçalves LLM, Campos RTO. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(11).
44. González FE. Reflexões sobre alguns conceitos da pesquisa qualitativa. Revista Pesquisa Qualitativa. 2020;8(17). Available from: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2020.v.8.n.17.322>

45. Harris K, Brooks H, Lythgoe G, Bee P, Lovell K, Drake RJ. Exploring service users', carers' and professionals' perspectives and experiences of current antipsychotic prescribing: A qualitative study. *Chronic Illness*. 2017;13(4):275-287. doi:[10.1177/1742395317694223](https://doi.org/10.1177/1742395317694223)
46. Heldt E, Behenck AS, Wesner AC. Psicoterapias em grupo. In: Cordioli AV, Grevet EH, organizadores. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 4: Artmed; 2019.
47. HO A, 2022. Can Public Health Investment and Oversight save Digital Mental Health? *AJOB Neuroscience*. 2022;13:3. Available from: <https://doi.org/10.1080/21507740.2022.2082586>
48. Huda AS. O modelo médico e sua aplicação em saúde mental, *International Review of Psychiatry*. 2020;33(5). <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1845125>
49. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS) [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 11]. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock
50. Kim DD, Lang DJ, Procyshyn RM, Woodward ML, Kaufman K, White RF. Reduced cardiovascular fitness associated with exposure to clozapine in individuals with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018;262. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.029>
51. Kimati MD, Muhl C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argum* [Internet]. 29º de agosto de 2020 [citado 18º de maio de 2023];12(2):60-74. Available from: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29114>
52. Kroef RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2020;20(2): 464-480.
53. Landim SSJ. Participação de pacientes e familiares na segurança do cuidado: percepção da equipe de saúde mental [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2022. 98 p.
54. Lei federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. 2001 Dec 12.
55. Leme PAF, Campos GW de S. Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Saúde debate* [Internet]. 2020Jul;44(126):640–55. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012604>
56. Lemes CB, Neto JO. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*. 2019;25(1).
57. Lindenmayer T, Diello ML, Azambuja MA. Redução de danos e gestão autônoma da medicação: cartografando a experiência de um acadêmico em psicologia. *Barbaroi*.2019;55:119-136. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14070>
58. Maia RS, Araújo TCS. Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Rev. Bras. Psicoter*. 2018;20(3). Available from: <https://cdn.publisher.qn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v20n2a05.pdf>

59. Mantovani A. A grupanálise de Foulkes: fundamentos teóricos e técnicos. In: Santeiro TV, Fernandes BS, Fernandes WJ. Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: Teoria, prática e pesquisa. Londrina: Clínica Psicológica, 2021.
60. Marques ACS, Martino LMS. Afetividades e vulnerabilidades na relação pesquisador/sujeito pesquisado. In: KÜNSCH, Dimas et al. (org.). Produção de conhecimento e compreensão. São Paulo: UNI, 2017. p. 37-50.
61. Martínez-Hernández A, Pié-Balaguer A, Serrano-Miguel M, Morales-Sáez N, García-Santesmases A, Bekele D, Alegre-Agís E. O manejo colaborativo da medicação antipsicótica e seus obstáculos: um estudo qualitativo. Ciênc sociais e med. 2020;FEV;247:112811. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620300307>
62. Martino LMS, Lopes AG, Souza VRP. A entrevista na pesquisa em comunicação: reflexões metodológicas sobre duas experiências práticas. Revista Sociais e Humanas. 2019;32(3).
63. Matschinske LB, Deobald AM, Oliveira LL, Rhoden SM. Psicofármacos: atuando no organismo e seu uso indiscriminado. Revista Brasileira de Desenvolvimento. 2022;8(2):12210-12226.
64. McGorry, PD. Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. J Nerv Ment Dis. 2015; 203(5):310–318. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414340/>
65. Medrado A, Diniz M. Ensino da Linguagem Audiovisual e Imagens-Sintomas. Humanas Sociais e Aplicadas. 2020;10(28): 98-113.
66. Melo J, Schaeppi PB, Soares G, PASSOS E. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – O manejo Cogestivo. In: BRASIL. Ministérios da Saúde, SAS. Cad HumanizaSUS. 2015;5. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
67. Mélo RP, Sampaio JV, Barros NS, de Lima TS, e Veras CC. Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. Rev. Polis e Psique. 2020;10(2). Available from: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103875>
68. Mendonça SM. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. Rev. Bioét. Jan./Mar2019;27(01). Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/RQDqMx5bgfkJNMp6vj75MBt/?format=pdf&lang=pt>
69. Miasso AI, Carmo BP, Tirapelli CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. Rev. esc. enferm. USP. 2012;46(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300022>
70. Minahim MA. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 18º de maio de 2023];9(1):85-9. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/601>
71. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
72. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
73. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

74. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. 2017.
75. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. 2013.
76. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 2010Jan;67(1):26-36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20048220/>
77. Moré CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: Congresso Ibero-Americano de investigação qualitativa. Atas do CIAIQ - Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais. Aracaju. 2015;3: 126-131.
78. Moreira FTLDS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp): e20180308. Available from: <https://www.scielo.br/j/rqenf/a/nWLsXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/abstract/?lang=pt>
79. Muhl C. Veredas da loucura: experiência de doença e itinerário terapêutico. [thesis]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2019.
80. Nascimento ML, Lemos FCS. A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo. *barbaroi* [Internet]. 5º de julho de 2020 [citado 18º de maio de 2023];0(57):239-53. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14675>
81. NHS. The NHS Patient Safety Strategy Safer culture, safer systems, safer patients. Safety culture: learning from best practice Version 1. NHS England. 2022. Available from: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/framework-for-involving-patients-in-patient-safety/>
82. Nunes FC, Caixeta CC, Pinho ES, Souza ACS, Barbosa MA. Group technology in psychosocial care: A dialogue between action research and permanent health education. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 jun 28]; 28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100369&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
83. Nunes FC, Farinha MG, Valentim F, Barbosa MA, Rua MS. Dinâmica de grupo e pesquisa-ação em saúde: Millenium - *J Educ Technol Heal* 2020;2(11):65-71.
84. Nunes FC, Sousa JM, Pinho ES, Caixeta CC, Barbosa MA, Costa AP. Fatores impulsores e restritivos da prática com grupos em serviços comunitários de atenção psicossocial. *Ciência Saúde Col*. 2022:27.
85. OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Relatórios Econômicos OCDE: Brasil [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 01]. Available from: <https://www.oecd.org/economy/surveys/Brazil-2018-OECD-economic-survey-overview-Portuguese.pdf>
86. ODS. Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Proposta de Adequação, Ipea [Internet]. 2018. Available from: <http://bit.ly/2030agenda>
87. Onocko-Campos R, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, *et al*. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(12). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>

88. Onocko-Campos R, Palombini AL, Passos E, Gonçalves LLM, Santos DVD, Melo SSJ, *et al.* Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Available from: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>
89. Onocko-Campos R, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012;18:2889-2898.
90. Onocko-Campos R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(11):e00156119. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
91. Osório FL, Mendes AIF, Cruz CCP, Silva UCA. Psychotherapies: introductory concepts for healthcare students. *Ribeirão Preto*. 2017;50(supl.1).
92. Pacheco SUC, Rodrigues SR, Benatto MC. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re) construção do seu projeto de vida. *Mental*. 2018;12(22)
93. Palombini AL, Barrio LR. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. *Saúde Debate*; 2021;45(128):203-215. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112816>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112816>
94. Palombini AL, Oliveira DC, Rombaldi JA, Pasini VL, Ferrer AL, Azambuja MA de, *et al.* Producción de grupalidad y ejercicio de autonomía en la GAM: la experiencia de Rio Grande do Sul. *Rev Polis Psique*. 2020;10(2):53-75. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2238-152X2020000200004&script=sci_abstract&lng=es
95. Passos E, Barros RB. Por uma política da narratividade. Org.: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 150-177; 2012.
96. Passos E, Kastrup V, Escóssia, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012.
97. Passos E, Palombini AL, Onocko-Campos R, Rodrigues SE, Melo J, Maggi PM *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*. 2013. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt.
98. Passos E, Sade C, Macerata I. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. *Saúde Soc*. 2019;28(4). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019000004>
99. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2008Apr;12(25):295–307. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200006>
100. Pitta AMF, Coutinho DM, Rocha CCM. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Saúde debate*. 2015;39(106). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>
101. Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Rev crítica humanidades*. 2019;246. Available from: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>

102. Pittman, J., Cohee, A., Storey, S., LaMothe, J., Gilbert, J., Bakoyannis, G., ... Newhouse, R. A Multisite Health System Survey to Assess Organizational Context to Support Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2019;16(4). Available from: <https://doi.org/10.1111/wvn.12375>
103. Puchivailo MC. Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: uma experiência em um CAPS III de Curitiba. [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. 186p.
104. Read J. How important are informed consent, informed choice, and patient-doctor relationships, when prescribing antipsychotic medication? *Journal of Mental Health.* 2022. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069708>
105. Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: Sousa P, Mendes W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.* Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e EAD, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019. p. 77-109.
106. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(9). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
107. Reis TLD, Bursztyn DC, Brandão ADDL, Delgado PGG. Familiares como pesquisadores de serviços de atenção psicossocial: um desafio para a promoção do cuidado e autonomia na perspectiva do recovery. *Rev Latinoamericana Psic Fund.* 2022;25.
108. Renault L. A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: O caso da gestão autônoma da medicação. UFF [Tese de Doutorado]. [Niterói]: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense; 2015.
109. Renault L, Passos E. Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares. *Psicol. ciênc. prof.* 2022;42. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235329>.
110. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2003; 23:64-73
111. Sade C, Barros LMR de, Melo JJM, Passos E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciênc saúde coletiva [Internet].* 2013Oct;18(10):2813–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>
112. Santos DVD dos, Federhen C, Silva TA da, Santos IR dos, Levino C de A, Onocko-Campos RT, et al.. A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). *Saúde debate [Internet].* 2020Oct;44(spe3):170–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>
113. Sebastião PDECO, Santos PC, Pedroso LA. O abuso de psicofármacos na atualidade e a medicalização da vida. *BJHP.* 2019. Available from: <https://bjhp.crfmg.org.br/crfmg/article/view/61>
114. Selvin M, Almqvist K, Kjellin L, Schröder A. Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *Int J Mental Health Nurs.* 2021;30(2):461-468. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12806>
115. Senna LL, Azambuja MA. Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. *Rev. Polis Psique [online].* 2019;09(02):67-86. Available from:

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000200005&lng=pt&nrm=iso
116. Serpa Junior OD, Muñoz NM, Lima BA, Santos ES, Leal EM, Silva LA, Souza LEM, Nascimento MAL, Souza NS, Barros OVD, Delgado PG. Relatos de experiências em Recovery: Usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cadernos brasileiros de saúde mental*. 2017;9(21).
 117. Sidi PM, Conte E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2017;12(4): 1942-1954.
 118. Silva LF, Russo RFSM, Oliveira PSG. Quantitativa ou qualitativa? um alinhamento entre pesquisa, pesquisador e achados em pesquisas sociais. *Revista Pretexto*. 2018;19(4). Available from: <https://doi.org/10.21714/pretexto.v19i4.5647>
 119. Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental do interior do estado de Goiás. [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 234 p.
 120. Silva SN, Lima MG. Prescrições em serviços de saúde mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos. *Sci Med*. 2017;27(3). Available from: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.3.25597>
 121. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enferm*. 2016;18:e1173. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33340>
 122. Silveira M, Damasceno MLV, da Costa MCM, Jorge JS. UMA EXPERIÊNCIA ALAGOANA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE COM A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO. *Rev. Polis e Psique [Internet]*. 10º de julho de 2020 [citado 16º de maio de 2023];10(2):189-204. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/103419>
 123. Silveira M, Moraes M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. 2018;8(1): 137-152.
 124. Souza ACS. Incidentes com paciente atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial: vivências da equipe de saúde [thesis]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2019. 265 p. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9700>
 125. Souza ACS, Pinho ESP, Queiroz ALB. Boas práticas de segurança do paciente nos diferentes cenários de saúde. In: Silva DMN, Lopes MSO, Bomtempo PB, Paranaguá TTB, Silva VF. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, Brasília; 2020.
 126. Souza DBC de, Silva DMF da, Jorge MSB. Co-management and mental health: integrative review on knowledge and shared practices in the health network. *RSD [Internet]*. 2021Oct.10;10(13):e187101321280. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21280>
 127. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019b;72(01): 27-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
 128. Souza S, Nascimento M. “Me liberta desse remédio”: análise discursiva de mulheres usuárias de psicotrópicos. *REGIT*. 2022;18(2):39-56. Available from: <http://www.revista.fatecitaqua.edu.br/index.php/regit/article/view/REGIT18-a3/226>

129. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
130. Teixeira MZ. Efeito rebote dos fármacos modernos: evento adverso grave desconhecido pelos profissionais da saúde. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2013; 59(6):629-38. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013001759>
131. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2001;6(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>
132. Vantil FCS, Lima EDF, Figueiredo KC, Portugal FB, Sousa AI, Primo CC. Segurança do paciente com transtorno mental: elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de riscos. *Esc. Anna Nery.* 2018;22(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0307>
133. Verbeke ES, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coerção e poder em psiquiatria: um estudo qualitativo com ex-pacientes. *Sociedade Med.* 2019;223:89 – 96.
134. Wagner C, Kristensen S, Sousa P, Panteli D. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. *Health Policy Series.* 2019;53.
135. Wegner W, Silva SCD, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery.* 2016;(3).
136. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>
137. Werner S, Freitas CRD. Guia da gestão autônoma da medicação: articulações com a educação. Org.: Ceccim, RB, Freitas, CR. *Fármacos, remédios, medicamentos: O que a educação tem com isso?* Porto Alegre. In: Rede UNIDA; 156-169. 2021.
138. WHO. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
139. WHO. World Health Organization. Global priorities for research in patient safety (first edition) the research priority setting working group. Geneva: World Health Organization; 2008.
140. WHO. World Health Organization. Medication Without Harm – Global patient safety challenge on medication safety. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 01]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
141. WHO. World Health Organization. Patient engagement. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>
142. WHO. World Health Organization. Patients for patient safety: forward program. Geneva: World Health Organization; 2004.

143. WHO. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy the conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009.
144. Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Mostardeiro SCTS, Silva A, Freitas FF. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. Esc Anna Nery [Internet]. 2014Apr;18(2):323–9. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140047>
145. Yalom ID, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

APÊNDICE I

Questionário para coleta de dados nos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia

(Tempo médio de resposta do questionário – 15 minutos)

PERFIL DOS PROFISSIONAIS

1. Data de nascimento: _____ / _____ / _____
2. Sexo: () masculino () feminino
3. Formação:
 - () Fundamental incompleto () Fundamental completo
 - () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
 - () Superior incompleto. Qual curso?

 - () Superior completo. Qual a sua formação? _____ Em que ano concluiu? _____
 - () Especialista. Qual área? _____ Em que ano concluiu? _____
 - () Mestrado. Qual área? _____ Em que ano concluiu? _____
 - () Doutorado. Qual área? _____ Em que ano concluiu? _____
4. Tempo de atuação na área de formação () 1-2 anos () 3-5 anos () 6-7anos () 8-10 anos () + de 10 anos
5. Experiência profissional – locais de atuação:
 - () Atenção básica (UBS - ESF)
 - () Serviços especializados. Ex.: CAPS
 - () Serviços ambulatoriais
 - () Serviços Hospitalares
 - () Instituições de ensino
 - () Outros. Qual? _____
6. Tempo de trabalho no CAPS: () 1-2 anos () 3-5 anos () 6-7anos () 8-10 anos () + de 10 anos
7. Cargo que ocupa no CAPS: () Gestão () Assistência () Assistência e Gestão () Administrativo
8. Tipo de vínculo empregatício com o CAPS:
 - () contrato /credenciado () comissionado () concursado
9. Carga horária semanal de trabalho no CAPS:
 - () 10h () 20 h () 30 h () 40 h () 50 h () 60h () + de 60h. Quanto? _____
10. Quantidade de vínculos empregatícios: () um () dois () três () quatro () mais de quatro
Carga Horária semanal de trabalho (total): () 10h () 20 h () 30 h () 40 h () 50 h () 60h () 70 h () + de 70h.
11. Salário bruto neste serviço:
 - () menos de 1 salário mín. () de 1 a 2 salários mín. () de 2 a 3 salários mín. () mais de 3 salários mín.

PROCESSOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

12. Você já participou de algum curso, no CAPS, sobre segurança do paciente?

1-Sim. Quando (ano)? 2-Não

O que foi abordado no curso?

13. Já fez, por conta própria, algum curso sobre segurança do paciente?

1-Sim. Quando (ano)? Onde/ 2-Não

O que foi abordado no curso?

14. Você acredita que os processos educativos no contexto de trabalho do CAPS podem auxiliar os profissionais para melhorar a qualidade da assistência a saúde e a segurança do cuidado aos usuários do CAPS?

() Sim () não () talvez

Como?

APÊNDICE II

Questões para entrevista individual semiestrutura - coleta de dados nos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia

- 1. Como ocorre o envolvimento dos usuários nas decisões sobre sua terapêutica medicamentosa?** (Comente um pouco se os usuários são envolvidos de alguma forma, se tem algum profissional que faz isso, exemplifique situações ou estratégias, você sente-se capacitado para desenvolver essas estratégias, conte-nos como você avalia isso no serviço).
- 2. Na sua experiência, as decisões do usuário sobre o seu tratamento medicamentoso, dentro ou fora do CAPS, são comunicadas aos profissionais do CAPS?** (Relate sobre como os usuários comunicam o abandono do uso de medicamentos ou alterações na posologia e/ou horários do uso do medicamento. A comunicação é espontânea ou instigada/investigada pelos profissionais. Exemplifique situações em que esta comunicação ocorreu. Você percebe receptividade ou resistência dos profissionais quando essa comunicação acontece. Em sua percepção, os usuários do CAPS que comunicam ou não as decisões sobre o seu tratamento medicamentoso, compreendem os mecanismos de ação e reações dos medicamentos utilizados. Estas informações e a bulas são disponibilizadas).
- 3. Como o assunto Segurança do paciente é abordado no contexto de cuidado do CAPS?** (Comente se você já presenciou ou ouviu falar sobre incidentes/efeito adverso relacionados ao uso de medicação no acompanhamento terapêutico de usuários dos CAPS. Exemplifique situações em que tenha observado ou presenciado uma possível reação adversa ou incidente relacionado ao tratamento medicamentoso. Você acredita que alguma ação ou grupo poderia ajudar ou minimizar possíveis problemáticas relacionada a segurança do paciente e gestão da terapêutica medicamentosa. Quando falo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) o que você compreende).

Se houver indicativos de compreensão ou conhecimento sobre o GAM, realizar a próxima pergunta.

- 4. Comente sobre como você acredita ou percebe a orientação de GAM (envolvimento do usuário no cuidado seguro relacionado ao uso da medicação) no contexto de cuidado em saúde mental?** (Comente sua experiência como a utilização do GAM. Exemplifique situações em que tenha presenciado, observado ou desenvolvido estratégias para a GAM. Comente sobre as potencialidades e/ou dificuldades encontradas ou percebidas no desenvolvimento do GAM).

APÊNDICE III

Formulário de avaliação do processo formativo

OFICINA GAM: Gestão Autônoma da Medicação como Estratégia de Cuidado Seguro

Avaliação: A oficina oferecida teve como objetivo realizar um processo educativo sobre a ferramenta de grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) para os profissionais dos CAPS de Aparecida de Goiânia, a fim de qualificar o cuidado em saúde mental, bem como (re)pensar estratégias de envolvimento dos usuários na decisão da terapêutica medicamentosa e no cuidado seguro.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Nome Completo *

Texto de resposta curta

Qual a compreensão que você tem agora sobre a estratégia GAM? *

Texto de resposta longa

Para você o que ficou de potencialidade dessa estratégia (GAM)? *

Texto de resposta longa

Comente o sentido que a oficina GAM trouxe para sua prática profissional e para sua unidade. *

Texto de resposta longa

Comente sobre a viabilidade da implementação da GAM em sua unidade? *

Texto de resposta curta

Quais dúvidas e/ou receios permanecem sobre a GAM? *

Texto de resposta longa

Comente como foram nossos encontros da oficina GAM. *

Texto de resposta longa

Você acredita que seria importante ter supervisão ou encontros periódicos em sua unidade para acompanhar a implementação do grupo GAM? *

- SIM
- NÃO
- TALVEZ

Comente sobre o seu envolvimento e o seu desempenho nesta oficina. *

Texto de resposta longa

Se pudesse atribuir um valor ao seu aprendizado, de 0 a 10, qual seria? *

Texto de resposta longa

Por favor, deixe sugestões às coordenadoras da oficina GAM. *

Texto de resposta longa

OBRIGADA POR PARTICIPAR!

Texto de resposta curta

APÊNDICE IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado (a) participar como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob título: **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS**. Meu nome é Eurides Santos Pinho, formada em enfermagem e corresponsável por essa pesquisa juntamente com a Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra e Prof^a. Dr^a. Nathália da Silva Santos.

Uma via deste documento poderá ser impressa e arquivada conforme seu desejo, no entanto, o formato online ficará disponível por um período de cinco anos. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Tendo dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Eurides Santos Pinho (62) 98139-2949.

Caso queira informar-se sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a das 7h00min às 17h00min.

Informações importantes sobre a pesquisa

Título do Projeto: **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS**.

Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Eu, Eurides Santos Pinho, estou desenvolvendo sob a orientação da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra e Prof^a Dr^a Nathália da Silva Santos.

Essa pesquisa tem como objetivo geral avaliar a repercussão de um processo educativo sobre Gestão Autônoma da Medicação como ferramenta para participação dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado seguro da região de saúde centro sul do Estado de Goiás.

Nesta etapa, pretende-se ofertar um processo educativo às equipes dos

Centros de Atenção Psicossocial do município de Aparecida de Goiânia.

A pesquisa será realizada em forma de discussões em grupo com técnicas grupais, coordenadas pela pesquisadora. Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica/filmadora para garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Para obter os dados, contamos com sua participação nos encontros em grupo junto aos outros profissionais, além da adesão para resposta ao questionário e entrevista individual. Informamos que os riscos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e ideias pessoais perante a equipe de trabalho, sujeitando-se a julgamento destes, porém o Sr(a) não é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixe desconfortável. O Sr (a) possui total liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do estudo. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome. Como benefícios, esperamos melhora na qualidade de assistência aos usuários e família oferecida no serviço.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, bem como não terá despesas ao participar. Os resultados poderão ser publicados em congressos e revistas científicas, em que as informações permanecerão em anonimato. Assim, asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para qualquer tipo de esclarecimentos que se fizerem necessários.

Aparecida de Goiânia, 08 de abril de 2021.

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA EDUCATIVA E SUPORTE ORGANIZACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO SEGURO

Pesquisador: Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22469119.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.298.136

Apresentação do Projeto:

O envolvimento do paciente no cuidado seguro é uma das estratégias que vem sendo estimulada para a prevenção de incidentes, uma vez que, a assistência à saúde pode expor o paciente a várias situações de risco, sendo a hospitalização um fator interveniente para a ocorrência de um evento não esperado. Evidências têm apontado que estratégia educativa em saúde é ferramenta essencial para a disseminação do conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, melhoria da qualidade do cuidado. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde criou o Programa "Pacientes para a Segurança do Paciente", que reúne pacientes, profissionais, gestores e vítimas de danos como parceiros e colaboradores para melhorar a segurança e incentiva que os pacientes sejam colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros plenos da assistência. Dentre os obstáculos para o não envolvimento do paciente são destacados o conhecimento limitado sobre os aspectos conceituais da segurança do paciente, o desconhecimento de técnicas específicas de envolvimento do paciente na segurança e a preocupação com o potencial impacto negativo na relação profissional-paciente. A fim de entender o contexto de atuação dos profissionais de saúde na perspectiva do envolvimento do paciente no cuidado seguro, a partir de uma estratégia educativa assim como a motivação dos pacientes para participação na segurança do seu cuidado em saúde, propõe-se o desenvolvimento desse estudo.

Trata-se de um estudo de método misto, de natureza intervencionista, do tipo antes e depois. A ação intervencionista será o desenvolvimento de um processo educativo sobre o envolvimento do

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8408 E-mail: cephoufg@ufg.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.268.138

paciente no cuidado seguro. O grupo controle a ser adotado será composto pelos próprios sujeitos antes de sofrer a intervenção. Estudos de métodos mistos são aqueles que combinam abordagens qualitativas e quantitativas em uma mesma investigação. Essas abordagens se complementam, na medida em que representam palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana (CRESWELL, 2013; 2015). Trata-se de uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem e na saúde em geral, principalmente, em estudos com abordagem de fenômenos complexos (POLIT; BECK, 2011; SANTOS et al., 2017). Entre as vantagens, os pesquisadores podem permitir a manifestação do melhor de cada um dos métodos, evitando as possíveis limitações de uma única abordagem (POLIT; BECK, 2011; CRESWELL, 2015). Em estudos mistos, a orientação metodológica é indicada quando uma fonte de dados pode ser insuficiente para responder o problema de pesquisa ou quando os resultados precisam ser explicados e os achados exploratórios precisam ser generalizados. O potencial de um método pode compensar os pontos fracos do outro, ou seja, utilizar múltiplas fontes de dados, o que proporciona maior evidência para o estudo de um problema, do que utilizar uma única estratégia de coleta de dados (CRESWELL, 2013). Estudos de natureza intervencionistas constituem um importante norteador metodológico, ou seja, permitem discussões e produções cooperativas na perspectiva de fragilidade das hierarquias burocráticas e das divisões em especialidades que fragmentam o cuidado. Possuem ação crítica e implicativa, com ampliação das condições de um trabalho compartilhado. Além disso, não visa mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de uma relação entre teoria e prática, assim como, entre sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003). Critério de Inclusão: Atuação do profissional na unidade pelo período mínimo de seis meses, nos turnos diurnos e noturnos. Dos pacientes ser maior de 18 anos, em tratamento no mínimo por dois anos e orientados quanto ao seu estado de saúde. Critério de Exclusão: Profissionais que estiverem afastados de suas funções. Pacientes que rejeitarem participar não assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o efeito de um processo educativo no contexto de atuação dos profissionais de saúde para o envolvimento do paciente no cuidado seguro.

Objetivo Secundário: Levantar a importância atribuída, as barreiras e os benefícios percebidos pelos profissionais de saúde quanto ao envolvimento do paciente no cuidado seguro. Investigar junto aos profissionais de saúde os resultados do processo educativo relacionados à motivação para aprender e para transferir o aprendizado visando o envolvimento do paciente no cuidado

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Protocolo: 4.290.136

seguro. Desenvolver junto aos profissionais de saúde um processo educativo sobre o envolvimento do paciente no cuidado seguro. Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para o envolvimento do paciente no cuidado seguro. Analisar o suporte à aprendizagem e a transferência de novas habilidades adquiridas no processo educativo para o envolvimento do paciente no cuidado seguro. Analisar o impacto do processo educativo dos profissionais de saúde para o envolvimento do paciente no cuidado seguro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, Informamos que todos os possíveis riscos, seja de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, serão analisados a fim de eliminar qualquer possibilidade de dano decorrente da participação na pesquisa. A fim de minimizar possíveis riscos decorrentes da participação dos profissionais de saúde, garantimos acesso aos resultados individuais e coletivos, bem como divulgação pública dos resultados; minimizaremos desconfortos, garantindo local reservado para a coleta de dados e liberdade para não responder questões constrangedoras; garantimos que a pesquisadora é habilitada ao método de coletados dados; estaremos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto; garantimos a não violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa; asseguramos a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Assumimos a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. O estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante será indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Será garantida a inexistência de despesas para o participante da pesquisa. Caso seja comprovada a existência de despesas relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) as mesmas serão cobertas pelo pesquisador responsável. Benefícios: A participação dos indivíduos na pesquisa contribuirá para ampliar o conhecimento científico sobre a relevância da participação do paciente para a garantia do cuidado seguro, apontando indicadores relacionados ao processo de formação dos profissionais de saúde, bem como das estratégias de desenvolvimento dessa prática no contexto dos serviços de saúde.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-000
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephcu@yaho.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.298.138

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

VER O ITEM CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NÃO HÁ ÔBICES ÉTICOS NO PROTOCOLO DE PESQUISA AVALIADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e complementares, e pela Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação desta Emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1585125_É1.pdf	26/07/2020 18:06:27		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/07/2020 19:30:09	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alterado_versao3.pdf	24/07/2020 19:29:43	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Carta_anuencia_versao_2.pdf	23/07/2020 17:18:10	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Autorizacao_aparecida.pdf	23/07/2020 17:11:04	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Termo_anuencia.pdf	23/07/2020 17:06:15	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Resposta_a_pendencia.doc	23/10/2019 10:18:15	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Autorizacao_pesquisa.pdf	03/09/2019 20:08:15	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/08/2019 15:37:17	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto
Outros	Certidao.pdf	09/08/2019 07:41:29	Ana Lúcia Queiroz Bezerra	Acelto

Situação do Parecer:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-000
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3269-4338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cep@ufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.290.130

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador(a))

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-000
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (52)3269-8338 Fax: (52)3269-8428 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br