

A recusa ao tratamento medicamentoso no Instituto de Psiquiatria da UFRJ*Luana Oliveira Clemente¹***Resumo**

Este artigo é fruto do mestrado em andamento da presente pesquisadora, representando parte focalizada da pesquisa mais ampla. Como objetivo do projeto como um todo, tem-se mapear as recusas expressas pelos usuários do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) diante dos diagnósticos recebidos e dos tratamentos propostos, bem como as práticas profissionais diante de tais recusas. No decorrer do trabalho, contudo, notou-se, por meio de entrevistas e observação participante, a prevalência das recusas às medicações psiquiátricas. Diante disso, buscou-se, aqui, explorar essa especificidade do campo. Como resultados preliminares, temos que tal recusa expressa um conflito a ser superado, por meio de estratégias específicas de convencimento do usuário a ingerir os remédios. Até o momento, as estratégias mapeadas são: convencimento a partir da história pessoal (na qual eventos da vida são retomados para o usuário e reinterpretados conforme saber "psi"), convencimento pedagógico, negociação, escambo e coerção. Importante salientar que, caso o sujeito não se entenda portador de um transtorno psiquiátrico, porém aceite a medicação, raramente alguma dessas estratégias são convocadas. Assim, construir no sujeito uma ideia de si conforme o saber "psi" se mostra necessário, principalmente, mediante a recusa medicamentosa, indicando para a centralidade de uma "adesão ativa ao tratamento medicamentoso" na instituição.

Palavras-chave: Recusa à medicação; remédios psiquiátricos; IPUB; saúde mental

Introdução

A recusa à medicação psiquiátrica, por parte dos usuários do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), é tema de grande importância para a presente pesquisa de mestrado em andamento. Por mais que a pesquisa como um todo objetive mapear as recusas aos tratamentos e diagnósticos no IPUB, bem como as estratégias profissionais evocadas diante de tais recusas, os psicotrópicos vêm adquirindo destaque nos mapeamentos. Não raras foram as entrevistas feitas em que os profissionais atiraram: “*O que eu mais vejo aqui é recusa de remédio*”. Todavia, antes de iniciarmos a empreitada

¹ Psicóloga, mestranda em Psicossociologia pelo programa EICOS da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

de observar as diferentes formas que essas recusas aparecem no IPUB, seguidas das estratégias profissionais utilizadas para tal manejo, é válido dar um passo para trás. Ora, o que se quer dizer com “recusa”?

O termo “recusa” não chega de forma livre de complicações neste campo, tendo já sido questionado, renomeado, ou mesmo declarado inexistente por alguns profissionais do IPUB. Parece necessário, portanto, dar-lhe atenção. Em discussões teóricas, pensou-se inicialmente em nomear “resistência” o que um usuário expressava ao não aceitar, por exemplo, a tomar as medicações prescritas. O termo, aqui, estaria em seu sentido foucaultiano, no qual toda relação de poder implica em um contrapoder, ou seja, uma expressão de resistência (Foucault, 1995).

Contudo, o conceito “resistência” não é livre de disputas e complicações. É usado na psicanálise de maneira muito diferente ao que se buscava a partir de Foucault. Na tradição psicanalítica, a resistência indicaria um conjunto de reações do analisando que cria obstáculos para o desenrolar do tratamento, sendo considerado um dado clínico causado por elementos inconscientes (Roudinesco & Plon 1998). Dessa forma, a resistência psicanalítica ao tratamento aponta para uma verdade interior inatingível. O conceito carrega, portanto, uma postura realista, na qual o transtorno está lá, dado, numa realidade inerente ao sujeito resistente a tratamento.

Abandonou-se o termo “resistência”, buscando por outro que fosse menos disputado. Foi adotado “recusa”, por não necessariamente pressupor, no jargão comum aos profissionais da saúde mental, uma ideia realista de transtorno mental. A recepção do termo foi positiva entre os profissionais de diversos dos dispositivos do IPUB, que serão melhor apresentados no que segue.

Porém, há de se fazer uma ressalva sobre um dos serviços do IPUB, no que se refere ao termo “recusa”. Em aproximações iniciais ao campo, perguntei a Miguel, estagiário do Centro de Atenção Diária (CAD), se ele podia observar recusas a tratamentos e diagnósticos dentre os usuários. Sua reação foi uma risada, em que disse: *“Só de domingo a domingo”*. Entretanto, em uma reunião com a equipe do CAD, afirmaram quase não observarem “recusas”, mas sim *“pequenas resistências eventuais ao tratamento”*, no sentido psicanalítico do termo. Afirmaram, também, que “recusa” parecia uma palavra muito forte. Logo, principalmente na interação com o CAD, passou-

se a haver uso de múltiplos termos nos diálogos entre pesquisadora e profissionais: desde recusas, a resistências, a discordâncias. Para fins de organização do presente texto, adota-se “recusas”, compreendendo sua ambivalência para uma parte desse campo.

Deve-se descrever, ao menos brevemente, a constituição interna do IPUB. Isso importa considerando o direcionamento teórico-metodológico desta pesquisa: a praxiografia, como proposta por Annemarie Mol (2002). Ela consiste no mapeamento voltado às *práticas*, focalizando as realidades que estas produzem. E, como disse Mol em entrevista para Martin, Spink e Pereira (2018), as especificidades do campo são muito importantes na praxiografia, pois uma prática sempre acontece em algum lugar, nunca em todos os lugares. Os métodos empregados para analisar tais práticas foram entrevistas e observação participante em grupos terapêuticos, assembleias de usuários e reuniões de equipe. Ao todo, serão aqui utilizadas 11 entrevistas.

O IPUB possui uma constituição curiosa, composta por dispositivos como: as Enfermarias masculina e feminina, o Centro de Atenção Diária Luiz Cerqueira (CAD), uma sala de Eletroconvulsoterapia (ECT), um Centro de Convivência e Cultura (CECCON Praia Vermelha), Ambulatórios Geral e Especializados, um CAPS Infanto-Juvenil (CAPSI Carim), dentre outros. Já os dados colhidos aqui dizem respeito especificamente às Enfermarias, ECT, Ambulatórios, CAD e ao CECCON.

Neste panorama, há de se perguntar: como se articulariam as práticas das Enfermarias (cuidado pautado na internação em ambiente controlado), com um Centro de Convivência e Cultura (cuidado em liberdade através do convívio comunitário)? Como se articularia o ECT (prática pautada em manipulação elétrica cerebral), com um CAD (práticas pautadas em oficinas, grupos terapêuticos e constituição de usuários dotados de direitos e deveres)? À primeira vista, parecem haver contradições basilares entre os serviços disponíveis em uma mesma instituição. Dessa forma, prosseguiremos com o cuidado de localizar cada um dos passos que aqui daremos, explicitando de onde partem as práticas analisadas.

Uma característica interessante: em relação a recusas à medicação, imperam as Enfermarias. Elas são um local privilegiado para esta pesquisa, enquanto polo de recusas das mais diversas. É o que podemos ver na fala bem humorada de Neusa, enfermeira lá lotada: “*Quando eu ouvi da sua pesquisa, eu fiquei pensando: “recusa sobre o quê?”*”.

São tantas aqui [risos]”. Não coincidentemente, os relatos das Enfermarias aparecerão frequentemente neste texto.

Porém, há de se ter certo cuidado para não se tomar conclusões precipitadas. Embora, sim, seja observada certa tensão entre a lógica de internação proposta pelas Enfermarias e a lógica de cuidado em liberdade de serviços do IPUB voltados mais predominantemente para a Atenção Psicossocial² (como o CAD e o CECCON), há tensões importantes dentro das próprias Enfermarias. Em outra fala de Neusa, temos: *“O IPUB tem muitos IPUBs. Aqui dentro [das Enfermarias] tem uma psiquiatria mais radical, tradicional. E temos tentado fazer uma psiquiatria mais numa perspectiva de Atenção Psicossocial. Às vezes, a gente consegue”*.

As recusas às medicações psiquiátricas no IPUB

A medicação psiquiátrica, a depender do local no IPUB, assume locais mais ou menos centrais, porém ainda assim relevantes. Múltiplos informantes, de diversos serviços, apontaram para a necessidade da medicação psiquiátrica no cuidado em saúde mental. Todavia, também argumentaram que os remédios seriam apenas uma das suas ferramentas, sendo possível pensar o cuidado a partir de outras, como a escuta, as oficinas, o vínculo com o usuário, o território, etc. Foi como disse Geraldo, Residente Multiprofissional: *“A verdade é que vai ter casos que a medicação não faz quase nada pela pessoa, mas muitas vezes é essencial ter a medicação junto. Não é o principal, mas é também um ponto importante”*.

Foi nas Enfermarias, em especial dentre a equipe médica, que muitos apontaram que a medicação se torna o ponto central no tratamento. Nesse sentido, Pedro, Acompanhante Terapêutico (AT) nas Enfermarias, relatou ter ouvido algo de um psiquiatra, que o causou estranhamento. Foi a afirmação de: *“Se está aqui [na internação], é porque alguma coisa ele tem que tomar!”*. Diante disso, Pedro refletiu: *“Se não tivesse medicamento, o que seria um cuidado ali [dentre a equipe médica], né? Não sei. Fico me perguntando”*.

² Atenção Psicossocial é um paradigma de cuidado em saúde mental herdado do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visa substituir o paradigma manicomial ao propor um cuidado integral em liberdade, pautado no território existencial do sujeito, na cultura, nos vínculos. Para mais detalhes, ver Amarante (1998).

Por outro lado, esse ponto foi retomado por Aline, enfermeira das Enfermarias. Ela afirmou que, por mais que fosse incomum, já havia se deparado com usuários internados que não eram medicados. Em um de seus exemplos, o motivo da não medicação se deveu à recusa da usuária, somada a um entendimento da equipe médica de que os remédios psiquiátricos “não modulavam sua produção delirante”. Dessa forma, era como um desses casos abordados anteriormente por Geraldo, no qual a equipe entende que “*a medicação não faz quase nada pela pessoa*”. Dessa maneira, Aline comentou:

Será que todo usuário internado precisa de psicotrópico? Beleza, também acho que não dá para ser um protocolo de “todo mundo interna, todo mundo medica”. Mas para quê então que está na enfermaria? Porque aí não dá pra não estranhar o motivo de um usuário [não medicado] estar aqui numa enfermaria de crise. Isso aqui é enfermaria de crise, então eu preciso cuidar da crise. Se aquele sujeito não tem indicação de psicotrópico, quais são os elementos de desorganização? É uma questão puramente social [de não se ter para onde ir ao sair]? Então, o que que a gente precisa explorar e ampliar para articular [essa alta]?

Dessa forma, por mais que se questione o protocolo de “todo mundo interna, todo mundo medica” (cujos principais defensores, segundo informantes, são os psiquiatras de uma dita “psiquiatria mais dura e ortodoxa”), ainda se pode ver a centralidade da medicação na crise. Tais casos são o público alvo das Enfermarias, salvos os que lá permanecem por questões “puramente sociais”, como discutido por Aline, nos quais não há necessariamente uma crise a ser tratada³.

Em muitas entrevistas, foi feita uma tentativa de se explicar tais recusas. Pedro, AT, contou sobre o que costumava ouvir dos usuários: “*Ah, não, eu não quero ficar dopado, não quero ficar sem pensar direito. Quando eu tomei remédio, eu fiquei dopado, eu não quero*”. A questão dos efeitos colaterais dos psicotrópicos se repetiu ao longo das histórias. Neusa, enfermeira, relatou casos em que um usuário se recusava por perder sua potência sexual; outra se recusava por se sentir fisicamente muito mal.

Também pude receber em primeira mão um desses relatos. Ao circular pelo IPUB, fui abordada por um usuário internado. Não me reconhecendo, ele perguntou quem eu era, então expliquei que era pesquisadora e estava lá para acompanhar um grupo do CAD, chamado Ouvidores de Vozes. Aquela revelação nos levou a conversar; o usuário falou

³ Tais casos de “questões puramente sociais” podem chegar ao IPUB por erros de triagem, nos quais os serviços de emergência enviam ao IPUB casos sem indicação de internação psiquiátrica, porém dotados de alta vulnerabilidade social. Essas pessoas podem não possuir uma rede de apoio que garanta a sua alta de forma tão facilitada.

que possuía poderes telepáticos e que costumava escutar vozes de pessoas mortas, mas que não as ouvia naquele momento. Estando internado, ele tinha que tomar medicações que faziam sumir todas as vozes e seus poderes. Antes de se afastar e continuar sua caminhada, ele falou baixinho: “*Estou doido pra sair daqui e parar de tomar essas coisas. Eu adoro ouvir as vozes*”.

Outras tentativas de explicar tais recusas, por parte dos profissionais, iam não pelos efeitos da medicação, mas pelas causas que levariam alguém a tomá-la. Foi como disse Helena, Residente Multiprofissional: “*Em muitos casos [a recusa] é pelo medicamento estar atrelado ao significante “Eu sou doido”. E aí, se você não é doido, você não precisa disso*”. Portanto, uma vez que a pessoa não se reconhece enquanto alguém para quem um tratamento psiquiátrico seria necessário, surgiria a recusa.

O usuário poderia também defender que seu sofrimento não seria tratado pela medicação psiquiátrica. Isso foi observado em uma fala de um sujeito em um grupo terapêutico que acompanhei. Ele afirmou que “*remédio não leva a lugar nenhum, só pra impregnação*”. Em seguida, passou a compartilhar como escutava louvores para apaziguar as vozes que ouvia. Pode-se inferir, dessa forma, que a medicação psiquiátrica estava posicionada como algo incapaz de aplacar seu sofrimento, o qual seria de ordem religiosa, não médica nem psicológica.

Ainda sobre a recusa medicamentosa, Helena continuou: “*Quando tem um paciente que volta para enfermaria, muitas vezes é isso. Ele parou de tomar o remédio porque achava que estava bem. Aí não precisa mais, né? Aí isso [o remédio] é coisa de maluco*”. Tal questão da recusa ao remédio que surge apenas na saída do usuário das Enfermarias, mas não durante a internação, foi ressaltada pelos entrevistados. Apontaram que alguns usuários aceitavam a medicação para que pudessem receber alta. Por vezes, como será exposto adiante, a alta é moeda de troca para que as pílulas fossem aceitas.

Por outro lado, afirmaram que havia usuários que aceitam passivamente qualquer ato médico quando estão nas Enfermarias; desde ingerir pílulas, a fazer ECT. Tal aceitação passiva pode não se sustentar quando o sujeito sai da instituição. Segundo Penélope, psicóloga das Enfermarias: “*muitas vezes [a recusa] de manter um acompanhamento lá fora aparece por dizer ‘eu não preciso, não sou doido, eu não tenho nada’, mas também porque às vezes o vínculo ainda é frágil também com o serviço*”.

As relações de vínculo foram também consideradas fundamentais para Miguel, estagiário do CAD, ao discorrer sobre as recusas medicamentosas no IPUB. Ele disse:

O medicamento, na minha breve experiência, está para muito além daquele pequeno comprimido. Isso é, sim, a parte material da coisa, mas tem toda uma outra parte simbólica do cuidado. O que essa pessoa está recusando? É ser tratada, não é? De quem ela está recusando? É sempre uma pessoa específica, que fala com uma outra pessoa. São indivíduos conversando, não é o sistema que está dando uma coisa e aí o indivíduo recusa.

O vínculo será exposto mais detidamente no que segue, dentre as estratégias profissionais evocadas diante das recusas. Mas é interessante, de adiantito, salientar como esse vínculo é colocado como instrumento de trabalho, na medida em que sua falta ou fraqueza seria a causa para que um tratamento ou proposta terapêutica fosse recusada.

Ademais, tentou-se também explicar as recusas às medicações devido a uma argumentação antipsiquiátrica trazida pelo usuário. Vê-se isso no que Isabela, Residente em Psiquiatria, contou sobre um de seus pacientes da Enfermaria masculina. Ele argumentou em um de seus atendimentos: *“Eu não concordo. Eu sou totalmente antipsiquiatria. Eu sou contra antipsicótico”*. Diante disso, Isabela respondeu a ele: *“Eu acredito numa posição do meio: não é nem da psiquiatria absoluta que é só dar a medicação e pronto, mas também não acredito nessa recusa total a tudo”*.

Algo similar aparece no relato de Bruno, Residente em Psiquiatria:

Era uma paciente que tinha muito conhecimento. Eu acho que o contato dela com outras ideias, enfim, com a perspectiva histórica das coisas, faz com que ela questionasse muito tanto o diagnóstico, quanto a questão da psiquiatria, né? E aí ela trazia argumentos interessantes, mas, lógico, tudo no campo da loucura dela, da psicose dela, né? [Os argumentos dela eram] “Não sou psicótica, por isso eu não vou usar antipsicótico”. Ela também falava muito sobre a perspectiva da mulher. Então ela se via num lugar de uma mulher que não estava sendo ouvida. Ela usava isso como uma forma de dizer que a gente não estava valorizando o que ela estava falando. Aí ela não aceitava tomar medicação oral.

Atenta-se à forma que os argumentos da usuária contra a medicação e ao diagnóstico são definidos como *“interessantes, mas, lógico, tudo no campo da psicose dela, né?”*. Principalmente porque aponta para um elemento da psiquiatria que nos concerne: o conceito de baixo insight. Também chamado de “baixa consciência de morbidade”, ele define uma falta de consciência, por parte do paciente, de um suposto transtorno que o acomete. Então, segundo a psicopatologia descritiva, um sujeito com baixo insight: não conceberia suas ‘experiências anormais’ como sintomas; e/ou não se consideraria portador de um transtorno mental; e/ou não faria a adesão ativa ao tratamento

(David, 1990). Alguns autores chegam a defender que, pela sua grande prevalência, o baixo insight poderia ser considerado um sintoma da esquizofrenia, da mesma forma que o delírio e a alucinação (Amador, 1994). Dessa forma, recusar um diagnóstico recebido ou um tratamento proposto poderia ser considerado parte inerente a esse transtorno a que se busca recusar. Tem-se, aqui, um exemplo de uma concepção realista de transtorno mental, o qual está dado no interior do indivíduo que, por sua própria condição patológica, não seria capaz de entrar em contato com certa realidade dada de sua experiência. Veremos, no que segue, essa discussão ser retomada por outros sujeitos neste campo.

As estratégias profissionais

Diante das recusas às medicações psiquiátricas, uma série de estratégias foram possíveis de serem observadas. Seguem organizadas como: 1) convencimento a partir da história pessoal; 2) convencimento pedagógico; 3) negociação; 4) escambo e 5) coerção.

Convencimento a partir da história pessoal

Esta estratégia foi observada, até o momento, principalmente dentre as práticas das Enfermarias. Consiste, a grosso modo, em retomar elementos da história pessoal do sujeito recusante, traduzindo-os em termos *psi*, fazendo com que sirvam de argumento para a necessidade dos medicamentos. Foi considerada a estratégia ideal, por apresentar grandes chances de sucesso no convencimento, e por construir no sujeito um sentido para o trabalho de cuidado realizado. Como disse Geraldo, Residente Multiprofissional: “*Acho que o ideal é sempre... se você conhece a história da pessoa, é você tentar ir por aí*”.

Sobre esse tipo de intervenção, Geraldo continuou, explicitando como ocorre tal prática: “*É tipo assim: ‘fulano, você tentou matar tua avó. Você não estava bem, cara. Não tava legal’. Então seria a partir da história da pessoa, história das crises, a história de momentos difíceis, é tentar criar um entendimento a partir disso*”.

Porém, havia momentos em que se fazia necessária a figura da autoridade médica para que esse entendimento fosse criado com êxito. Não foram raros os momentos em que Residentes declararam a necessidade de convocar seus supervisores para uma conversa a três com o usuário. É como conta Bruno, Residente em Psiquiatria:

O meu chefe participou dessa conversa, e acho que foi uma conversa interessante, porque a gente conseguiu que ela... Ela conseguiu falar mais sobre a vida dela. Foi uma conversa difícil, muito demorada. Eu acho que a presença

10ª ReACT

REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

PRÁTICAS GERMINANTES

06 a 10 de outubro de 2025

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

do meu chefe foi essencial. Aí ela foi progressivamente mostrando uma abertura pra possibilidade de começar a medicação.

Sendo, em seguida, questionado sobre detalhes, Bruno explicou mais detidamente. Em primeiro lugar, ele reiterou a importância da presença do psiquiatra, seu chefe, pois: *“Tem essa coisa da firmeza que ele teve que passou muito segurança. Ele falou assim várias vezes: ‘Você precisa confiar na gente’”*. Em seguida, ele explicitou que:

O que aconteceu nessa conversa é que ele [meu chefe] pediu para que eu falasse para ela e para ele também sobre como ela estava, o que que tinha acontecido antes da internação, que ela tinha se colocado em risco, tinha colocado o companheiro dela em risco, tinha agredido ele, etc. E como ela estava naquele momento agora. Então, de alguma forma, ***ela foi confrontada com a própria história***.

“Ser confrontado pela própria história” parece uma ótima síntese desta estratégia. A partir de um local de maior ou menor autoridade (desde um diálogo direto do sujeito com alguém da equipe multiprofissional, até uma intermediação do médico psiquiatra), propõe-se uma releitura de vivências, tornando-as um indicativo de um adoecimento psíquico e, assim, algo que pode sofrer a intervenção do profissional de saúde mental. Despret (2011), fala sobre como o profissional *psi* propõe uma redefinição do problema de acordo com a maneira como ele mesmo pode intervir. Nesse caso, a agressão ao marido, por exemplo, torna-se um sintoma de um adoecimento e algo que pode ser tratado pela via medicamentosa.

Nesse sentido, Aline, enfermeira das Enfermarias pontuou:

Meu trabalho, minha condição de cuidado, só começa a partir da percepção daquele usuário, dele com o corpo dele, da necessidade de algum cuidado. Porque se não fica eu formatando na minha ideia. Porque eu venho com o que o livro diz: “tem que tomar remédio porque está com sinais e sintomas XYZ, aí você tem que tomar medicação”. E aí, na verdade, desse jeito, você está formatando ali algo que ele não vai absorver, ele não vai acessar. Então eu sempre gosto de escutar: O que te fez chegar aqui? O que que houve?

Geraldo, Residente Multiprofissional, comentou sobre essa necessidade de autopercepção: *“Você pode ter pressão alta, mas se você não sente nada, você não vai querer tomar o remédio. A não ser que você faça um exame e mostre: ‘a sua pressão tá horrível, tu vai morrer’”. Só que na saúde mental não existe isso, não tem exame. Aí você vai pela vida do usuário mesmo”*.

Cabe citar Foucault (2006) e a prova da realidade em psiquiatria. O autor afirma que, no fim do século XVIII, o surgimento da anatomopatologia possibilitou que a medicina correlacionasse lesões nos tecidos às doenças. Contudo, para o autor, a psiquiatria do século XIX era *uma medicina na qual o corpo está ausente*. Essa ideia é interessante, na medida em que se pode ver certa continuidade histórica no que disse Geraldo, “*na saúde mental não tem exame*”.

Então, segundo Foucault (2006), na tentativa de responder se certo comportamento seria indicativo ou não de loucura, buscou-se no corpo, sem sucesso, uma prova. Na ausência do corpo, foi necessário constituir outras provas de realidade que, na psiquiatria, adquiriram um duplo sentido: fazer existir como doença os motivos dados para um internamento e fazer existir como sintomas de uma doença os motivos da demanda (“*Você sabe porque você está aqui?*”, “*Você tentou matar a sua avó, cara, você não estava legal*”). Dessa maneira, Foucault elenca alguns exemplos de provas de realidade, dentre elas, o interrogatório.

É no interrogatório que se vincula um indivíduo à sua identidade, obrigando-o a se reconhecer em seu passado. Além disso, busca-se, nas perguntas de antecedentes, mostrar que a loucura (ou ao menos seus sinais) já existia anteriormente nessa história pessoal. O que se intenta, segundo Foucault (2006, p. 335), é “encontrar elementos do seu sofrimento, como força de um desejo monstruoso, como marcas de um movimento irresistível, em suma, como sintomas”. Visa-se transformar os motivos pelos quais o indivíduo se encontra diante do psiquiatra em sintomas de uma doença, atribuindo à sua história um corpo fantasmático, uma prova de realidade de sua loucura.

Sobre essa atribuição de elementos do passado à sintomas, em momentos de recusa à medicação, houve profissionais que não consideraram essa uma estratégia tão interessante para suas práticas. Miguel, estagiário do CAD, questionou certa verticalização entre profissionais da saúde mental e usuários, diante dessa recusa. Apontou que: “*Às vezes tem uma de: “Ô seu animal, você esqueceu que você é maluco? Toma essa p... aí”, sabe?*”

Em posição contrária, Aline, enfermeira, argumentou que essa era justamente uma estratégia que evitaria certo lugar de controle sob o sujeito internado. Isso porque, como dito anteriormente pela profissional, seria necessário que o indivíduo construísse para si

um entendimento de que ele necessita de cuidado, a fim de possibilitar a “entrada” de seu trabalho sem estar impondo algo que o sujeito, de outra forma, não iria acessar.

Diante de tal conjuntura, há de se pensar em outro aspecto do interrogatório, como trabalhado por Foucault (2006): seu intento central de produzir uma confissão. A partir da confissão: “Eu sou louco, eu escuto vozes!”, busca-se vincular a pessoa ao sintoma, a obrigá-la a ser quem diz ser. Busca-se, em suma, obrigá-la a dizer (e a se tornar) “efetivamente aquele para quem foi construído o hospital psiquiátrico [...]; sou doente e, já que sou doente, você que tem por função me internar, é médico” (*ibid*, p. 356). Dessa forma, confessar-se louco não apenas atribuía realidade para a loucura, mas assegurava que o que faziam os psiquiatras fosse um ato médico. Para além disso, segundo o autor, se você diz sua loucura, você se livra dela. Em uma convergência com a confissão religiosa que perdoa os pecados confessados, o que buscavam os psiquiatras era: “Eu libertarei você de sua loucura, contanto que você a confesse”.

Porém, em contraposição à essa centralidade da confissão para possibilitar as engrenagens do tratamento psiquiátrico, percebi casos de pessoas que, por mais que não se considerassem dotadas de algum transtorno, se medicavam. Era como o sujeito que dizia possuir telepatia e tomava as medicações a contragosto. Questionei-me se, nessa situação, a estratégia de construir no sujeito uma concepção de si como alguém com sintomas a serem tratados seria feita, ou se a dita “adesão ao tratamento” tornaria a confissão da loucura desnecessária. As respostas variaram, mas, no geral, a maioria dos profissionais afirmou que, estando garantida a adesão ao tratamento, não seria necessário trabalhar na autopercepção dos usuários. Aline, enfermeira, disse: “*Acaba que entra num protocolo. Algo protocolar, a toque de caixa, né? Medicou, tá tudo OK*”.

Ainda que esse protocolo de “*medicou, tá tudo OK*” fosse o mais largamente observado em seu cotidiano, a profissional afirmou que não trabalhava dessa forma. “*Nesses casos de não entender o porquê dele tomar [o remédio], de achar que não tem doença, isso também me preocupa. Então eu sempre gosto de estranhar. ‘Por que você toma a medicação?’*” Nesse caso, a profissional relatou também retomar elementos da história do sujeito, apresentando o que chamou de “*dados de realidade*”, para construir com ele um sentido para essa ingestão de medicação, a qual, anteriormente, estava na ordem de “*Tomo porque meu médico mandou*”.

Utilizar-se da estratégia de confrontar o usuário com a própria história em casos em que ele aceita a medicação é exceção ao que muitos declararam como regra. Sylvia, estagiária de um dos Ambulatórios Especializados, relatou um caso no qual o sujeito, diagnosticado com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, passou a se considerar livre de seu trauma. Contudo, por mais que ele se considerasse curado, continuava a ir às suas consultas e relatava ainda tomar a medicação, dizendo que assim se sentia bem. Uma vez que a equipe ainda o considerava adoecido e, na medida em que ele aderiu ao tratamento, não foi feita qualquer intervenção em sua autoconcepção. Geraldo, Residente Multiprofissional, afirmou:

Acho que de modo geral, se o usuário tomava a medicação, se deixava quieto, não se mexia nisso. Não vou falar de todo mundo, porque realmente tinha gente que se preocupava em deixar claro por que a pessoa toma cada um daqueles remédios. Mas poucas vezes eu vi a pessoa contextualizando com a história do usuário. Geralmente era: ‘Ah, esse aqui vai te ajudar a dormir. Ah, esse remédio aqui você vai tomar porque vai fazer isso pra você’. Mas não de se preocupar em ver o entendimento dessa pessoa sobre si mesma, não”.

Ao final da fala, temos outra estratégia encontrada: o convencimento pedagógico.

Convencimento pedagógico

Chamo de convencimento pedagógico a estratégia que visa lidar com a recusa à medicação através do ensino sobre os possíveis benefícios dos medicamentos. É utilizada principalmente nas Enfermarias, em especial quando não se conhece a história do usuário, porém se sabe suas queixas imediatas. Foi considerada uma estratégia menos potente, utilizada em momentos em que ainda não se fez contato nem com algum serviço que conheça o histórico de suas crises, nem com a família para obter dados da história pessoal.

Dessa maneira, a entrada são os incômodos expressos durante a internação. Segundo Aline, enfermeira, mesmo que a pessoa internada não se considere adoecida e, por isso, não aceita as medicações, *“sempre tem um incômodo. É aí que eu pontuo: ‘disso a gente cuida’. Aí me perguntam: ‘Como’? Bem, tem medicação, a fala, a escuta, né?’”*.

Já Gabriela, Residente Multiprofissional, contou um caso similar. Ela explicou que era responsável pelo cuidado de uma usuária internada, da qual não conhecia o histórico. Diante de sua recusa a tomar as medicações, Gabriela argumentou: *“Você não diz que você fica ansiosa, sem dormir, que você se sente agitada, que você ouve vozes... você não diz tudo isso pra gente? Então, pra isso tem medicação para você ficar melhor”*.

Mesmo incômodos que poderiam ser associados a condições apenas somáticas puderam ser observados sendo utilizados para o convencimento. Foi como no diálogo de Aline, enfermeira, com um usuário, o qual dizia: *“Não tomo haldol, não tomo nada!”*. Aline respondeu: *“Olha, beleza, mas você não consegue minimamente cuidar desse corpo. Você não está dizendo que está incomodando, teu pé?”* Diante da alegação de que o remédio psiquiátrico não tinha “nada a ver”, Aline rebateu: *“Mas tem esse remédio aqui, que é o Haloperidol, que ele te ajuda a organizar o corpo inteiro”*. Explicando-me melhor, ela continuou: *“Eu precisava que a pessoa fizesse um curativo no pé, mas sem organização psíquica, ia ter negligência de autocuidado, não ia ter crítica de morbidade, então precisava de antipsicótico entrando”*.

A figura de autoridade médica também evocada nesta estratégia. Helena, Residente Multi, contou sobre uma de suas pacientes que não tomaria ácido valproico, pois era feito com porco. *“Coisas de um delírio, de uma pesquisa na internet. E aí era sempre o médico, meu supervisor, ir lá explicar que não tinha nada a ver. Eu acho que [explicar] ajuda na adesão ao tratamento. E aí ela aceitava [o remédio] depois”*.

Há também o caso relatado por Isabela, Residente em Psiquiatria. Ela contou sobre seu paciente que, assim que chegou na internação, recusou-se a tomar o medicamento injetável, principalmente quando ela o nomeou como um “antipsicótico”. Isabela, então, teve uma conversa a três, com o paciente e o supervisor dela. Descreveu a estratégia usada pelo chefe como *“ocupar o espaço com outra coisa que tinha mais a ver com o desejo [do paciente]”*. O supervisor identificou que ele não desejava tomar um antipsicótico, então explicou que esse nome é ultrapassado, ensinando as novas categorias usadas para se compreender tais medicamentos. A partir dessa conversa, o paciente passou a aceitar o injetável.

Interessa perceber que, muitas vezes, essa prática pedagógica de convencimento se associa a uma necessidade de suavizar o termo “antipsicótico”. Como disse Helena, Residente Multiprofissional: *“É para você tomar os remédios, porque eles te deixam mais calmo. Você não acha que te deixam mais calmo, que te ajudam a dormir?” E você vai contornando, em vez de falar, ‘ó, esse remédio é um antipsicótico’. Você vai pelas bordas para tentar dar um contorno”*.

Outra forma que essa estratégia pedagógica se apresenta é a partir de falas que visam não apenas um eufemismo do termo “antipsicótico”, mas também uma metáfora com condições clínicas mais aceitas do que um transtorno psiquiátrico. Gabriela, Residente Multiprofissional, explica a necessidade do uso continuado dos psicotrópicos da seguinte forma: *“Tem gente que vai ter pressão alta, vai precisar tomar remédio para hipertensão para o resto da vida. Tem gente que tem diabetes, vai tomar insulina pro resto da vida. Com essa injeção também é assim”*.

Às vezes, o convencimento pedagógico se dava por meio de fornecimento de ditos “dados de realidade” no momento da intervenção. Pontua-se ao usuário, seu estado, sinais e sintomas apresentados na crise. Geraldo, Residente Multiprofissional, exemplifica: *“É ficar tentando convencer, falar: ‘olha só, você vai ter que tomar [o medicamento], não tem como. Você está assim, assim, assado agora. Você vai ter que tomar’”*.

Negociação

A negociação aparece enquanto uma estratégia complexa. Não apenas estão em cena um usuário e um profissional em negociação. Também participam, principalmente, uma relação de vínculo construída entre as partes e uma concepção do usuário como sujeito de direitos e deveres perante seu tratamento. É uma estratégia amplamente utilizada na Atenção Psicossocial, advindo de movimentos de Reforma Psiquiátrica que ensinam constituir, dentre suas práticas de cuidado, sujeitos cidadãos (Birman, 1992).

Aqui pode ser vista uma tentativa de valorizar a posição do usuário, que, estando “bem informado” sobre sua condição, poderia negociar os termos do tratamento e se responsabilizar por este. De todo modo, não se têm condições simétricas de negociação, uma vez que há um limite. No IPUB ele é, muitas das vezes, o fato que a medicação será, sim, tomada. Logo, o que poderia ser negociado, a partir da recusa, é a dosagem, a quantidade total de medicações e/ou o seu tipo.

A negociação aparecia fortemente intermediada pelo vínculo com o usuário. Logo, conceituaremos o vínculo para a área. Considerado uma tecnologia leve em saúde, portanto uma prática interpessoal de cuidado, o vínculo vai além do afeto; é um facilitador para a responsabilização do tratamento, para a tentativa de democratização da saúde mental e, portanto, para negociações entre os sujeitos (Jorge et al, 2011).

Nesse sentido, Aline, enfermeira, conta que havia recebido nas Enfermarias um usuário conhecido por ser “difícil” e “agressivo”, o que fez a equipe recuar. Assim que ele chegou, Aline não se afugentou e se dedicou a construir uma relação com o sujeito, estando próxima sempre que possível. A certa altura, receberam a prescrição que esse usuário já fazia uso, contudo, um dos psiquiatras do IPUB quis associar uma nova medicação. Precisariam, portanto, convencê-lo a tomar todos esses remédios.

A equipe, segundo Aline, ficou muito temerosa: *“Ele não vai aceitar. Ele tem uma questão de recusa. Ele recusa muito a medicação”*. A profissional, diante disso, afirmou:

Eu acho que tem coisa que a gente precisa jogar a real. E aí eu fui, falei: “Olha, a prescrição do CAPS chegou agora, se você parasse a medicação você tem risco, inclusive, de convulsionar, e isso seria muito ruim para o seu tratamento. Você topa?” Eu expliquei a prescrição pra ele. “São 4 medicações, essa e essa aqui, ó. Essa é porque o médico daqui quis associar com o que você já toma”. Aí ele: “Cara, eu topo. Você tá jogando limpo desde a hora que você chegou no plantão, você tá aqui comigo”.

Portanto, a negociação só foi possível graças ao vínculo com a profissional. Contudo, se a negociação fosse malsucedida, a estratégia que mediaría a relação entre o sujeito internado e a equipe poderia ser diferente, como veremos na subseção sobre a coerção. Isso porque as práticas coercitivas se dão, principalmente, diante de uma situação de risco — como o de convulsão.

Bruno contou sobre um paciente que reclamava dos efeitos colaterais dos remédios. Disse que tentava validar tais queixas e fazer alterações na prescrição, porém tais mudanças, às vezes, não eram da forma que o paciente queria, ou o efeito não era tão rápido quanto ele esperava. Com isso, o paciente não raro se tornava hostil. Assim, o Residente em Psiquiatria afirmou: *“É muito difícil, porque você se coloca em risco e ele também se coloca em risco. Mas eu prefiro apostar no vínculo, mesmo que eu não consiga pesar tanto na medicação ou usar a medicação da forma mais adequada, digamos assim”*

Questionado sobre esse uso adequado, Bruno explicou que, através da negociação, pode prescrever medicações em tipos ou doses que não são consideradas “padrão-ouro”. Assim, seus ajustes privilegiam o que o paciente “topa”, mais do que o cânone psiquiátrico indica, visando uma boa relação com o paciente. Sobre isso, Bruno concluiu: *“Isso me dá muito medo, porque, às vezes, eu me considero meio refém [do vínculo], sabe? Sei que eu tenho que adotar uma postura X, mas por medo de como o vínculo vai ficar, eu acabo sendo mais comedido ou dando passos mais lentos”*.

O vínculo aparece como ferramenta de trabalho, favorecendo práticas de negociação e facilitando o encontro de um território comum (onde usuários “topam” certa proposta de tratamento). Quando, ao final da entrevista, resumimos em conjunto as estratégias de manejo das recusas de seus pacientes, Bruno foi o primeiro a lembrar do vínculo, apontando que: *“Na minha humilde opinião, é talvez o que faça mais diferença”*.

Escambo

O escambo é uma prática que surge a partir da identificação do que o sujeito recusante deseja. Geraldo contou: *“Tinha uns [profissionais] que iam muito pela base de fazer uma certa troca mesmo. Tipo, “se você não tomar o remédio, eu não vou comprar cigarro pra você”*. O escambo também apareceu no CAD. Em reunião de equipe, na qual apresentei resultados preliminares da pesquisa aos profissionais, expus estas mesmas categorizações. Ao citar o escambo, notei risadas. Um profissional disse: *“Eu ofereço um salgado e um café!”*.

Além de guloseimas e cigarros, um elemento já citado apareceu como moeda de troca: a alta da internação. Helena, Residente Multiprofissional, contou: *“Tinha um usuário que recusava um medicamento. O médico que falou: “você quer ir embora? Então eu vou precisar que você tome”*. Ela acrescentou: *“E aí [o médico] coloca uma coisa institucional. “Para a instituição, para você sair, você vai ter que seguir o tratamento”. Colocar a instituição enquanto um nome superior ajuda”*.

Na primeira vez que entrei na Enfermaria feminina, escutei um diálogo entre uma usuária e um médico. Eu era apresentada ao espaço por uma residente. Enquanto andávamos, pude ouvir que a usuária recusava as medicações. O médico respondeu, firme: *“Se você quiser ter alta, vai precisar tomar a medicação”*.

Muitos profissionais apontaram para a dificuldade de garantir que alguns usuários continuassem a ingerir as medicações ao saírem da instituição. Também era um desafio garantir que de fato ingeriam, ou se apenas fingiam para ter alta. Essa mesma residente falou ser comum encontrarem pílulas cuspidas no chão, principalmente perto dos leitos.

Coerção

Chamo de coerção a prática na qual o controle e a força prevalecem sobre a recusa medicamentosa. O controle, ou sua tentativa, pode ser visto neste relato de Helena, Residente: *“É muito difícil garantir porque podem vomitar [os remédios] depois. Podem*

botar embaixo da língua, por mais que bote na ficha, né? Quando prescreve. O médico consegue botar “verificar se tomou mesmo”, mas a gente não tem como ter certeza”.

De todas as estratégias elencadas, a coerção é a que se mostrou mais transversal, ou seja, um escambo, ou mesmo uma tentativa de negociação podem ter tons coercitivos. Vê-se, a seguir, um bom exemplo de uma tentativa de negociação de teor coercitivo. Bruno, Residente em Psiquiatria, conta de uma paciente recusante. Para não afetar a relação com a mulher, pediu que um terceiro interviesse, o qual, segundo Bruno:

Ele chegou dizendo: “Você está internada numa enfermaria de psiquiatria”. Eu acho que ele foi muito... No sentido de dizer: “ou você vai tomar a medicação oral ou você vai tomar medicação injetável, você precisa escolher”. Acho que foi uma coisa nesse sentido, mas eu acho que foi uma estratégia muito firme também, sabe?

Interessa retomar que, argumentando pela obrigatoriedade de tomar o psicotrópico, o médico disse: “*Você está internada numa enfermaria de psiquiatria*”. Vemos um exemplo do chamado “*protocolo de todo mundo interna, todo mundo medica*”. Nessa cena, se ela está numa enfermaria psiquiátrica, é imperativo que se medique.

Um exemplo interessante de um escambo com teor coercitivo foi uma história contada por Helena. Ela falou do caso de um sujeito internado que havia se agitado ao ponto de ter sido contido fisicamente. Nas Enfermarias, isso se dá em um leito na sala da equipe, onde o sujeito permanece amarrado à maca. É comum que seja também feita a contenção química, geralmente aplicando um antipsicótico injetável. Ela explicou:

Até a contenção química protege de alguma forma, né? Porque você ficar amarrado, acordado, deve ser mais adoecedor. Aí ele [o usuário], assim que ele acordou, no meio da noite, ficou muito mal, ficou agitado, porque ele estava amarrado e tal. Iam dar uma outra injeção, mas acabaram não dando. A enfermeira me explicou o porquê. Foi porque ela falou com ele. Ela falou assim: “ó, tu não gostou da outra injeção. Não quero te dar essa, mas tu vai ficar aí agitado? Não é bom para você, não vou te deixar fazer isso, entendeu? Você já falou comigo que não gostou, então se você dormir, tá tudo bem. Se não eu vou ter que vir aqui e eu vou ter que dar uma injeção”. E aí ele dormiu. Se acalmou. É sempre um cuidado muito ali na hora, assim.

Nesse escambo, o usuário ofereceu sua calma para ficar livre de uma nova injeção. Para além disso, a *ameaça* de se realizar a injeção modulou a dinâmica entre as partes, produzindo, através da força, seus efeitos.

Conter para ministrar os remédios à força foi uma estratégia muito citada por profissionais das Enfermarias. Surgia principalmente em casos de agressividade e hostilidade, que caracterizam risco para si e/ou para os outros. Geraldo, Residente

Multiprofissional, fala de uma aplicação coercitiva considerada necessária, diante da hostilidade do sujeito e sua falta de resposta a outras tentativas:

A gente não conseguia nem se aproximar dele. O que pensaram foi tentar fazer a força mesmo, o injetável, e ver o que acontecia. Foi o tipo de coisa que eu nem fui contra, porque eu pensei assim: “Cara... Não sei também mais o que fazer, a gente tentou de tudo, nada gera um efeito. Foi semanas isso”. Resultado, fizeram [o injetável à força]. Passou uma semana, o cara já tava conversando, ele estava aceitando e estava fazendo as coisas.

Dessa maneira, a introdução forçada do antipsicótico representou uma melhora no quadro, devido a seus efeitos (“conversar, aceitar, fazer as coisas”) num sujeito que antes era hostil, agressivo e recusante. Além disso, foi produzido um entendimento no usuário de que: *“Não, realmente, vou ter que tomar isso mesmo, porque se não, eu não vou ficar legal”. Aí, de certa forma, ele sentiu que o remédio fazia bem a ele*. Retomando Despret (2011), vê-se como o processo terapêutico propõe uma reformulação do problema, constituindo no sujeito certa concepção de sua experiência que seja acessível às práticas *psi*. O sujeito se tornou alguém cujo sofrimento é capaz de ser tratado por um remédio.

Possíveis caminhos?

Nas recusas discutidas aqui, muitos dos entrevistados problematizaram a forma com que elas eram, por vezes, manejadas na instituição, de forma a revelar certa dinâmica de controle sobre os sujeitos recusantes. Miguel, estagiário do CAD, comentou achar complicada a verticalização na saúde mental, descrevendo-a como: *“Eu estou saudável, portanto, eu sou melhor que você, portanto eu falo e você cala a boca, você é maluco”*.

Essa preocupação com a verticalização ressoou nos relatos de Aline, enfermeira, que apresentou estratégias para a construção de um sentido para o tratamento, junto ao sujeito, a fim de que as práticas dela não fossem uma “formatação” e “controle” coercitivos. Dessa forma, para se evitar a coerção se propõem estratégias de releitura das experiências dos usuários. Por exemplo, quando a profissional, diante da recusa à medicação, tenta *“trazer um pouco da percepção do sujeito, a partir daquela experiência que ele tem. Algum incômodo aparece, sempre tem alguma coisa”*. Com isso, Aline traz tais incômodos para construir um entendimento no usuário de que se é alguém necessitado de tratamento medicamentoso: *“Ainda que ele minimize o quadro psíquico dele, eu corroboro com aquela medicação, [porque ela] entra por conta de alguma coisa ali. Eu falo, você conhece esse remédio? Sabe aquela fúria de leão quando você tá irritado?*

Esse remédio ajuda nisso”. Retomamos, então, o que aqui se escolheu chamar de um convencimento pedagógico, que, segundo Aline, tem sua utilidade para que o aceite à medicação adquira um sentido para o sujeito e para se evitar estratégias coercitivas.

Neusa, enfermeira, trouxe ainda o seguinte:

Isso [as recusas] é algo que a gente pensa pouco, porque a gente tende a colocar numa falta de consciência de morbidade. E aí, a depender de como a gente ouve essas recusas, ou, no caso, como a gente não ouve essas recusas, a gente não consegue construir saídas com os usuários.

De fato, na maioria das entrevistas, surgiram, ao final, frases muito similares: falavam como havia sido uma conversa interessante, pois, na correria da rotina, nunca (ou raramente) haviam tido a oportunidade de pensar sobre as recusas dos usuários. Além disso, como disse Neusa, é comum que haja uma leitura do tema pela via da “falta de consciência de morbidade”, que, como vimos anteriormente, também pode ser chamada de “baixo insight”. Isso, segundo a profissional, cala as recusas e impede saídas no cuidado. Afinal, uma vez que se considera uma recusa a um remédio ou diagnóstico um sintoma, tal recusa, agora patologizada, possui pouco espaço possível de investimento que não seja a tentativa de superá-la a todo custo. Afinal, se recusar é um sintoma, então aceitar o que se propõe é uma melhora de um quadro psiquiátrico.

Isso pode ser uma chave interessante de leitura das estratégias vistas até o momento, em que o objetivo foi, de forma geral, fazer com que os sujeitos aceitassem as medicações. E buscavam isso não apenas pela crença que, naqueles casos, a medicação contribuiria significativamente no cuidado — esse também é um fator a ser considerado, mas não é tudo. As estratégias consideradas ideais pela equipe, vale ressaltar, foram as que conseguiam construir sujeitos que ativamente cultivavam para si um outro entendimento da própria história e identidade, de forma a buscar de forma ativa o tratamento assim que saíssem da internação.

Vê-se isso fortemente no CAD. Em diversas das reuniões de usuários das quais fiz parte, pude observar um fenômeno curioso. É comum que esses sujeitos se apresentem utilizando o nome dos grupos de saúde mental aos quais se associam. Falam: “Sou Fulano, Casa das Palmeiras”. Ou “Ciclano, Clube da Esquina”. Não surpreendentemente, em conversas informais com profissionais do CAD, falei-me como é raro encontrarem resistências aos remédios no CAD, ou mesmo recusas a diagnósticos, uma vez que esses usuários estão em acompanhamento lá há anos ou décadas. É um perfil de serviço bem

diferente das Enfermarias, que atendem crises de forma pontual. Então, no CAD, já está constituída, na maioria dos casos, essa concepção de si mesmo enquanto um usuário de saúde mental. Há, inclusive, movimentos e organizações políticas fortes, vindas de usuários, em que reivindicam medicações quando estas estão em falta.

De volta à estratégia de convencimento a partir da história pessoal: uma vez que é uma prática custosa, no sentido de demandar recursos de investimento, de tempo e de acesso a um histórico do sujeito, ela nem sempre é possível de ser sustentada. Ela apareceu principalmente em casos de *recusa a medicação*, e não necessariamente em qualquer caso de não entendimento de si enquanto um portador de transtorno mental. É que, segundo Aline, no cotidiano do serviço: “*se medicou, tá tudo OK*”. Portanto, a priorização de tal estratégia nesses casos de recusa aos psicotrópicos pode também nos direcionar a hipótese de que — principalmente nas Enfermarias — o que possui centralidade é a garantia de uma adesão ao tratamento medicamentoso.

Neusa, então, continuou, questionando: “*O que é que leva o sujeito a estar recusando? A recusa vem de onde? Eu acho que essa é uma grande perspectiva de cuidado que eu tenho, de que a recusa também possa ser material de trabalho*”. Ela contou um exemplo interessante, em que uma mulher chegou à Enfermaria recusando não apenas a medicação, mas qualquer contato com a equipe. Neusa, contudo, todo dia ia até a porta de seu quarto cumprimentá-la e convidá-la para uma sala da Enfermaria feminina na qual se oferece um espaço para leitura, desenho, produção de miçangas ou “*apenas existir, nem que seja para só deitar no sofá*”. Todo dia, a mulher se recusava a comparecer, mantendo-se no leito a conversar com as vozes que ouvia.

Até que, progressivamente, os contatos frequentes de Neusa surtiram certo efeito e uma relação de vínculo foi estabelecida. A partir disso, a mulher aceitou comparecer à sala com ela. Durante os desenhos que ela quis produzir, foi possível que falasse mais sobre suas recusas aos medicamentos. A mulher falava que as medicações começaram a fazer mal a ela. Neusa comentou: “*E aí eu pude entender, né? Que mal é esse? Que é que essas medicações produzem? São todas elas que fazem mal ou não?*”. Nesse caminho de tentativa de compreensão, a usuária pôde falar sobre os seus retrovirais.

Foi identificada, então, que sua recusa era de uma experiência ruim com as medicações retrovirais, associadas à entrada posterior de antipsicóticos. Acolhendo essa

recusa da usuária, a profissional pôde ouvir sobre a sua relação com o diagnóstico de HIV. Neusa disse: *“E aí vem o conhecimento da enfermagem, das interações medicamentosas. A entrada com o retroviral causou uma questão gástrica, né? E aí o incômodo nesse corpo, do [receber um] diagnóstico também, o mal estar geral de tudo, né?”*. Com esse entendimento, foi possível *“dela poder testar e ir tomando, nos dizer o que fazia mal, e aí tirando essas e ir reduzindo algumas que não precisavam”*. Foi então, com essa *“aproximação que a gente entendeu essa recusa. É entender um pouco o que é essa experiência para a gente poder construir novas possibilidades”*.

Há, nessa *negociação via recusa*, algumas diferenças da negociação anteriormente vista. Por mais que, nesse exemplo, tenham sido negociadas as doses e tipos de medicação ministradas, essa prática não foi simplesmente voltada ao manejo de efeitos colaterais. Foi utilizada a própria recusa para um investimento de atenção e uma abertura a se compreender o que estava sendo recusado por aquela pessoa em específico; o que, para aquela pessoa, significava tomar uma medicação e porque ela não a desejava tomar. Vê-se como as recusas, para Neusa, funcionam como uma porta de entrada. A partir delas pôde-se estabelecer uma ponte de compreensão entre a experiência singular do sujeito e as ofertas de cuidado das equipes, em vista de construir possibilidades pautadas nesse entendimento mútuo (ainda que haja enquadramentos que limitem as criações possíveis de cuidado, principalmente se tratando de um leito de internação). Existe muito menos uma preocupação de constituir um usuário autogerido, dotado do poder de escolha e autonomia, como visto muitas vezes na negociação. Há, sim, algo muito mais situado no contexto das necessidades específicas dos usuários e das suas realidades. Tal discussão muito se relaciona ao que Tobie Nathan (2001, p.113) argumenta: que a cientificidade (e a verdadeira potência) da prática clínica vem justamente da *“possibilidade que ela pode oferecer ao sujeito de se revelar recalcitrante”*, ou, com uma breve licença poética: recusante.

Referências Bibliográficas

AMADOR, X. F. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. Archives of General Psychiatry, 51(10), 826, 1994.

AMARANTE, P. Loucos pela vida a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio De Janeiro Fiocruz, 1998.

10ª ReACT

REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

PRÁTICAS GERMINANTES

06 a 10 de outubro de 2025

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. Em: B. Bezerra & P. Amarante (orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

DAVID, A. S. Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156(06), 798–808. doi:10.1192/bjp.156.6.798, 1990.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico : curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011.

MARTIN, D.; SPINK, M. J.; PEREIRA, P. P. G. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 295–305, jan. 2018.

MOL, A. *The Body Multiple*. Duke University Press, 2002.

NATHAN, T. *Nous ne sommes pas seuls au monde, Les Empêcheurs de Penser en Rond*, Paris, 2001

ROUDINESCO, E. PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
