



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCIMEIRY AMORIM DA SILVA

**USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO BÁSICA: TECNOLOGIAS
ASSISTENCIAIS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA – CEARÁ

2014

FRANCIMEIRY AMORIM DA SILVA

USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO BÁSICA: TECNOLOGIAS
ASSISTENCIAIS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silva, Francimeiry Amorim da.

 Uso de psicofármacos na atenção básica:
 tecnologias assistenciais para a estratégia saúde da
 família [recurso eletrônico] / Francimeiry Amorim da
 Silva. - 2014.

 1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

 CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
 trabalho acadêmico com 131 folhas, acondicionado em
 caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

 Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
 Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
 Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza,
 2014.

 Área de concentração: Saúde da Família.

 Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3.
 Antidepressivos - uso. 4. Benzodiazepínicos - uso. I.
 Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO BÁSICA: TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.”**

Nome da Mestranda: **Francimeiry Amorim da Silva**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
(Orientador)

Profa. Dra. Cleide Carneiro
(1º membro)

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(2º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(Suplente)

Data da defesa: 16/04/2014

Aos meus pais, Nilza e João Luiz, pela sabedoria, firmeza e generosidade com que, até hoje, me orientam, primeiro a trilhar meu próprio caminho e, nos últimos dezessete anos, também iluminam as minhas vivências com Rômulo, meu filho!

Ao Rômulo, filho querido, por todo amor que me inspira e me move na busca por aperfeiçoamento humano e profissional.

Às minhas irmãs, Neuma e Cleide, e aos meus cunhados, Jaime Uchôa e Luiz Câncio, que, de formas distintas, me ajudaram a superar alguns dos obstáculos que ameaçavam o êxito desta jornada de estudos.

Aos meus irmãos, Ronaldo e Renê, sempre solícitos e disponíveis que, com incrível senso de humor, me faziam relaxar após horas de trabalho e estudo.

Aos amigos queridos, Carlos Magno e Wellington Peixoto que, há vinte anos, me seduzem para estudar saúde mental.

À Márcia, funcionária dedicada, que, com serena autoridade, cuida de todos em minha casa.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Jackson Coelho Sampaio, referência na minha vida profissional, por conjugar, gramscianamente, saberes acadêmicos à ação política, por suas contribuições teóricas em tantas áreas do conhecimento científico, por sua dedicação à saúde pública e à docência, pelo privilégio de sua orientação! Nossos bons encontros propiciaram conhecimento e felicidade, por isso agradeço!

Às amigas, confidentes de todas as dúvidas e inseguranças (desde a definição em participar da seleção do mestrado) e grandes incentivadoras para realizar esse sonho, Ivonete Dutra, Kátia Lopes, Luiza Nara e Marluce Oliveira!

Aos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família da ADS Campo Velho por compreender a minha necessidade de cursar esse mestrado!

Aos usuários do SUS da ADS Campo Velho por tantas horas subtraídas da assistência. Foi por uma boa causa: qualificar a atenção à saúde de nossas famílias!

À Neta Urçulino, competente técnica de enfermagem, por, entre tantas outras atribuições, assumir a árdua tarefa de explicar à população minhas ausências na unidade básica de saúde para as atividades do mestrado!

À equipe de saúde da família da ADS Juatama pelo carinho e a pronta concordância em ser o caso deste estudo! E por serem profissionais exemplares!

Ao grupo de usuárias que, com suas histórias de vida relatadas no grupo focal, encheram de sentido a decisão de realizar este estudo!

Às coordenadoras do mestrado, Dr.^a Ana Patrícia Morais e Dr.^a Annatália Menezes, que, com afeto e maturidade, souberam administrar as necessidades acadêmicas e as ansiedades dos mestrandos!

Aos professores, Dr.^a Cleide Carneiro e Dr. José Maria Ximenes. Suas contribuições (prontamente incorporadas) tornaram este trabalho muito melhor!

Aos colegas do mestrado por tantos aprendizados na convivência e nas intensas discussões ao longo de dois frutíferos anos!

À Secretaria de Saúde de Quixadá que em nenhum momento colocou qualquer obstáculo às minhas saídas para as atividades do mestrado!

“Sei que as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las”.

(FREIRE, 2005, p. 52)

RESUMO

Os usuários de psicofármacos, notadamente os benzodiazepínicos e antidepressivos, constituem percentual significativo da clientela que se apresenta cotidianamente nos serviços de saúde. A presente pesquisa caracteriza-se por basear-se em estudo de caso, qualitativo, analítico-crítico, tomando como objeto a produção de cuidado aos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos desenvolvida pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Tem por objetivo geral compreender tecnologias assistenciais para o aprimoramento das estratégias de cuidado, na atenção básica, em relação à clientela que usa antidepressivos e benzodiazepínicos. A pesquisa foi realizada no município de Quixadá-Ceará, na Área Descentralizada de Saúde Juatama. A amostra foi composta por 12 sujeitos: 07 trabalhadores da atenção primária à saúde, sendo um médico, um enfermeiro e 05 agentes comunitários de saúde; quatro usuários e um familiar de um usuário. As técnicas de coleta de dados foram entrevista semiestruturada, grupo focal e a observação, com anotações em diário de campo. Os resultados obtidos a partir da coleta de dados foram organizados e analisados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e originaram cinco temas comuns: razões do sofrimento psíquico; cuidados em saúde mental; formação em saúde mental; doença mental e preconceito e dependência de drogas lícitas. Os resultados apontaram a formação acadêmica deficitária dos trabalhadores de saúde no tratamento das demandas dos usuários no campo da saúde mental; a prescrição de medicamentos como principal dispositivo de tratamento; a condição feminina como fator de adoecimento; a não superação do estigma que cerca a doença mental e o fácil acesso às prescrições de benzodiazepínicos incrementando a prática do uso disseminado e prolongado como condições facilitadoras para a produção de tolerância e dependência. Ficou evidente também a insuficiência dos serviços de saúde oferecidos à população. Recomenda-se, então, um conjunto de ações a serem efetivadas pelos gestores, trabalhadores de saúde e usuários para o aprimoramento do cuidado a essa clientela, na atenção básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Antidepressivos – uso. Benzodiazepínicos – uso.

ABSTRACT

The users of the medicine used in psychopharmacology, notably the benzodiazepines e antidepressants, constitute a significant percentage of the clientele that presents itself on a daily basis to the health care system. The present research is based on a case study, qualitative, analytic-critic, and its object of study is the care that is developed by the Family Health Care Strategy towards the benzodiazepines and antidepressants users. Its general objective is to understand attendance technologies that improve the care strategies, on the basic care system, regarding the clientele that uses benzodiazepines and antidepressants. The present research took place in the county of Quixada-Ceará, in the area of Juatama. The sample was composed by 12 (twelve) subjects: 07 (seven) workers in the basic health care system, being one a doctor, other a nurse, and the 05 (five) others community agents of health, 04 (four) users and 01 (one) user's relative. The techniques used to collect the data were the semi structured interview, the focal group and the observation, with notes taken in a field journey. The results obtained from the data collection were organized and analyzed based on the "Discurso do Sujeito Coletivo" (Collective Subject Speech) technique, and originated five common topics: reasons for psychic suffering; mental health care; mental health education; mental health and prejudice and lawful drugs dependency. The results pointed to a lack in the health care workers education concerning the treatment of users in the mental health department; drug prescription as the main election of treatment; the female condition as a sicken factor; the difficulty to vanquish the stigma that surrounds mental illness and the easy access to benzodiazepines prescriptions, developing the diffused and prolonged use that facilitates the production of dependency and tolerance. It was also evident the insufficiency of the care services that are offered to the population. It is recommended, then, a group of actions to be carried out by the managers, health workers and users resulting in the amelioration of the care that is given to this clientele, in the basic care system.

Keywords: Primary health care. Mental health. Antidepressants – use. Benzodiazepines – use.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados gerais das ADS de Quixadá no mês de janeiro de 2013.....	41
Quadro 2 – Tempo de atuação dos médicos e enfermeiros na ESF de Quixadá em janeiro de 2013.....	42
Quadro 3 – Apresentação do DSC dos trabalhadores da saúde.....	51
Quadro 4 – Apresentação do DSC dos usuários.....	53
Quadro 5 – Apresentação do DSC do familiar.....	54
Quadro 6 – Apresentação do DSC da pesquisadora.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	atenção básica
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Ancoragens
ADP	antidepressivos
ADS	Área Descentralizada de Saúde
AI	Ato Institucional
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BDZ	benzodiazepínicos
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAD	Instrumentos de Análise do Discurso
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IC	Ideias Centrais
IMAO	inibidores da monoaminoxidase
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária

Sb-ADS	Subárea Descentralizada de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSQ	Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNE	União Nacional dos Estudantes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: APROXIMAÇÃO DO TEMA....	16
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1	O CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO.....	20
3.2	A QUESTÃO DA SAÚDE E AS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	22
3.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE.....	26
3.4	OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
3.5	AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	30
3.6	OS PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS.....	33
4	OBJETIVOS.....	36
4.1	GERAL.....	36
4.2	ESPECÍFICOS.....	36
5	TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	37
5.1	TIPO E NATUREZA DA PESQUISA.....	37
5.2	O CAMPO EMPÍRICO E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	40
5.3	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO DE CASO.....	43
5.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	45
5.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	46
5.6	O TRABALHO DE CAMPO.....	48
5.7	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	49
5.8	DIMENSÃO ÉTICA.....	51
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6.1	RAZÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	59
6.2	CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL.....	63
6.3	FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	66
6.4	DOENÇA MENTAL E PRECONCEITO.....	68
6.5	DEPENDÊNCIA DE DROGAS LÍCITAS.....	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	73

7.2	CONCLUSÕES.....	74
7.3	RECOMENDAÇÕES.....	76
7.3.1	Junto à gestão municipal.....	76
7.3.2	Junto aos trabalhadores da saúde.....	77
7.3.3	Junto aos usuários.....	77
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	85
	APÊNDICE A – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E DOS GRUPOS FOCAIS.....	86
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC – IAD 1 DE CADA SUJEITO DA PESQUISA.....	108
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC POR GRUPOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	119
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC 2 – DSC PRO- PRIAMENTE DITO POR GRUPOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	124
	APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA.....	132
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	133

1 INTRODUÇÃO

A compreensão do campo da saúde mental tem ocupado grande parte do tempo da autora desta pesquisa nos últimos vinte anos. Por afinidade com o tema, por estar presente no momento em que se implantava o Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá (CAPS), primeiro do Sertão Central e terceiro do Ceará, por constituir importante demanda no cotidiano dos serviços de saúde. O CAPS antecedeu a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), na época denominada Programa Saúde da Família (PSF). Ambos traduziam caminhos apontados por discussões travadas durante décadas pelos movimentos sociais nos mais variados lugares e que, em Quixadá, na década de 1990, encontrou condições favoráveis para sua concretização: o CAPS como proposta de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e o PSF como meio de estruturar a atenção primária/atenção básica (AB).

Em Quixadá, a questão da atenção em saúde mental foi tratada como tema transversal à reorganização do sistema local de saúde e, portanto, alcançou os mais diversos públicos: gestores da saúde ou não, trabalhadores da saúde independente da área onde atuassem no Sistema Local de Saúde e a população em geral. Não se tratava, pois, da implantação de mais um serviço, mas de levar toda uma cidade e região a refletir e definir um novo pensar e agir para com os portadores de algum tipo de sofrimento psíquico.

Esse debate sobre a saúde mental transpassou os limites do município e a experiência foi compartilhada nos mais diversos fóruns no Estado do Ceará e no Brasil. Porém, a dinamicidade que caracteriza o andar a vida, própria dos seres históricos, fez emergir outras questões no âmbito do adoecer mental que, por sua vez, exigem a ampliação dos olhares sobre o pensar e o fazer no campo.

Uma das questões a ser considerada é o uso abusivo de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, e sua abordagem requer uma compreensão ampla e crítica deste fenômeno para que as ações a serem desenvolvidas pelos atores envolvidos possam ser (re) configuradas. Outra questão é a aparente dificuldade que parte das pessoas tem para lidar com a realidade, sendo um achado corrente nos serviços de saúde encontrar pessoas em busca de medicamentos para um mal estar produzido por situações vivenciadas em seu dia a dia, sem base orgânica e sem forma patológica no estrito senso, conforme reflexões de Benasayg (2005), Ehrenberg (1999) e Galimberti (2006) citadas por Oliveira (2010, p.23):

[...] que a complexidade própria do viver se tornou patológica, que existe atualmente uma incapacidade de sustentar situações de angústia, da própria e ancestral dor de viver, de lidar com os problemas da vida, sem considerá-los, antes de tudo, a partir da ordem da técnica; que o cotidiano se tornou cronicamente precário, ou seja, permanentemente em crise; e que o sujeito do mundo contemporâneo se caracteriza por apresentar uma vulnerabilidade individual muito específica, em razão da crescente fragilização dos laços sociais, o que o lança em uma circunstância de desterritorialização.

Esta pesquisa tomou, então, como objeto de estudo, a atenção aos usuários de psicofármacos, especificamente benzodiazepínicos (BDZ) e antidepressivos (ADP), no âmbito da atenção básica com a intenção de contribuir no aprimoramento das estratégias de cuidado.

2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: APROXIMAÇÃO DO TEMA

O cuidado em saúde mental é sempre perpassado em suas práticas pela historicidade de quem atravessou, ao longo do tempo, grandes obstáculos até ser inscrito entre os demais cuidados em saúde. Durante séculos a loucura esteve fora do campo da saúde para habitar o não lugar como ocorria já no século XV quando os loucos, ditos possessos, eram escorraçados de suas cidades para vagarem por territórios desconhecidos entregues à própria sorte ou à procura da razão. Os espaços que facilmente habitavam eram os férteis lugares do preconceito, da não compreensão sobre suas desrazões, mas a partir da segunda metade do século XVII os alienados somavam-se aos pobres, aos desempregados e aos malfeitores que acabavam recolhidos e jogados nos hospitais gerais, verdadeiras prisões. Alojados sim, mas não tratados (FOUCAULT, 2008). Somente um século e meio depois a loucura foi reconhecida como doença e digna de receber tratamento médico. Nasce aí o asilo que inaugura uma compreensão sobre a loucura e os modos de tratá-la que irão vigorar até o início do século XX quando outras verdades passam a explicar a loucura inserindo novas tecnologias na condução do louco a uma condição de não louco.

No Brasil, a história do cuidado em saúde mental em seu início não difere muito do que ocorreu na velha Europa: a mesma condição de andarilhos e errantes pelos campos e cidades até serem encerrados nos porões das Santas Casas de Misericórdia ou outras instituições de caridade, e até nas prisões, sem assistência médica e submetidos a espancamentos ou contenção em troncos quando tomados por seus delírios e agitações. Não se tratava ainda de cuidado, mas de retirar dos espaços públicos os, segundo a compreensão da época, portadores de doença contagiosa e perturbadores da paz e da ordem social. A assistência ao doente mental só tem início no final do século XIX com a inauguração do Hospício Pedro II (COSTA, 2002).

Durante todo o século XX não apenas a assistência psiquiátrica, no Brasil, passou por profundas transformações, mas toda a estrutura organizativa da assistência à saúde sofreu as necessárias mudanças para responder às demandas criadas pelas novas formas de organização da sociedade brasileira. Na história recente da saúde no Brasil se destacam dois grandes movimentos que resultaram na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS): a reforma sanitária e a reforma

psiquiátrica. Dentre as muitas ações para a concretização do movimento da reforma sanitária, a implantação do SUS e da ESF têm se destacado no cotidiano dos serviços por estabelecer a ligação entre os níveis de atenção e entre as diversas especialidades, exercendo um papel integrador do cuidado em saúde de modo geral. No caso da reforma psiquiátrica, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do matriciamento em saúde mental são as ações que se sobressaem na procura da inversão do modelo assistencial.

O transtorno mental, historicamente cercado de tabus e incertezas, cujas explicações para o adoecimento mental transitavam entre o sagrado e a amoralidade, entre possessão e desordem, ganha, portanto, um lugar no campo do direito e os cuidados em saúde mental são incluídos no fazer em saúde fora dos serviços especializados, seja o ainda resistente e ativo hospital psiquiátrico, sejam os chamados serviços substitutivos. À ESF, com suas amplas e complexas responsabilidades no território, é colocado, como parte dos seus afazeres diários, acolher e também acompanhar as demandas em saúde mental. Não tanto os psicóticos em crise, mas os queixosos de toda sorte de problemas diários que produzem sofrimento psíquico e lhes enche de dor a vida e, por vezes, acabam por se instalar no seu corpo e se expressam sob os mais diversos matizes. Há aqueles que já têm seu prontuário e diagnóstico e estão em plena funcionalidade na convivência com suas famílias e as comunidades fazendo uso das medicações que necessitam com acompanhamento e renovação periódica da prescrição. Somem-se ainda os que têm seus sofrimentos medicalizados por compreensões outras que transformaram seus portadores em dependentes químicos de drogas lícitas como benzodiazepínicos e antidepressivos. Completando o quadro, todos – usuários, trabalhadores de saúde ou não, população em geral – vivem em uma sociedade caracterizada por valores como o individualismo, o consumismo, a perda de referências antes organizadoras dos coletivos e uma necessidade de tecnologias de informação que podem dominar a vida de tal forma que chegam a provocar adoecimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que “aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais da atenção primária à saúde tem um ou mais transtornos mentais e comportamentais” (OMS, 2001) e a Política Nacional da Atenção Básica no Brasil estabelece que todos os profissionais das equipes da ESF devem “responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros

serviços do sistema de saúde” (BRASIL, 2011) e define ainda que o médico deve “encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário” (BRASIL, 2011).

Durante duas décadas a autora desta pesquisa tem exercido as mais diversas atividades no âmbito do SUS, ora na assistência, ora na gestão. Após dez anos atuando em outros setores do SUS, ao retornar à assistência como médica da ESF, a autora deparou-se com fenômenos como o aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, um provável incremento de transtornos depressivos menores e número crescente de suicídios e homicídios que tem impactado de forma considerável o cotidiano do território. Concomitante, percebeu-se que se repetiam os casos de pessoas em uso prolongado de psicofármacos, notadamente os BDZ e os ADP, sem que aparentemente houvesse sido estabelecido um contrato de acompanhamento mais explícito entre os serviços e o cliente de forma que a continuidade do uso da medicação poderia estar se dando por outras razões que não as terapêuticas e sem a compreensão de que a prescrição medicamentosa é uma dentre as várias possibilidades em um projeto terapêutico, seja na atenção básica, na própria clínica psiquiátrica ou outros espaços do fazer médico. Estas observações somadas à complexidade dessas crescentes demandas na atenção básica para a autora da presente pesquisa constituíam um problema a ser estudado: o seguimento desses pacientes que necessitam da atenção psicossocial e que retornam a seus territórios e seguem acompanhados pela equipe de saúde da família e as tecnologias que esse serviço dispõe para prover a continuidade desse cuidado à luz dos pressupostos das reformas sanitária e psiquiátrica.

Alguns questionamentos emergiram dessas observações: quais os cuidados em saúde mental desenvolvidos na atenção básica junto aos usuários de psicofármacos e qual a participação das equipes da ESF na definição e condução dos projetos terapêuticos dos usuários de psicofármacos em seus territórios? Quais as tecnologias requeridas para a assistência em saúde mental na atenção básica? Qual o produto resultante do tipo de acompanhamento realizado pelas equipes da ESF e as equipes de saúde mental e, sobretudo, como os trabalhadores da saúde, notadamente os médicos da ESF, situam o trabalho que realizam em saúde mental na perspectiva dos pressupostos da reforma psiquiátrica?

Para responder inquietações a autora propôs como objeto de pesquisa estudar a produção de cuidado, aos usuários de BDZ e ADP, desenvolvida pelos profissionais da ESF, considerando, sobretudo, o viés da prescrição/uso dos psicofármacos e as outras tecnologias assistenciais possíveis no âmbito da atenção básica. A pesquisa realizada traz contribuições significativas para os profissionais da APS, para os usuários de BDZ e seus familiares, uma vez que oferece tecnologias capazes de potencializar a produção do cuidado a esta clientela no âmbito da ESF.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Os cuidados com os doentes e, posteriormente, com a saúde da população, foram assumidos por diferentes instituições ao longo dos tempos e refletiam as crenças e os modos de organização social vigentes em cada período da história. Para adentrar na questão do cuidado em saúde mental buscou-se, pois, na história, o fio condutor para iniciar a discussão desenvolvida nesta pesquisa. Não seria possível realizar aqui uma recuperação histórica detalhada da assistência à saúde no Brasil dado à complexidade e o tempo exigido para esta tarefa, bem como fugiria aos objetivos propostos. Contudo, necessário se fez traçar, ainda que em amplos recortes, o caminho trilhado a partir dos últimos cinquenta anos para se chegar aos dois grandes movimentos que ora dão sustentação às ações e elaborações das políticas públicas nos campos da saúde mental e da atenção primária à saúde.

3.1 O CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO

O governo Juscelino Kubitschek-JK (1956-1960) ficou conhecido por lançar um Plano de Metas que tinha como definição crescer “cinquenta anos em cinco”, tendo o Estado como coordenador do desenvolvimento nacional. Por meio da implementação de uma indústria de base, associada a uma infraestrutura de produção e logística como a construção de estradas e produção de energia através da construção de hidrelétricas, ampliação da extração de petróleo e com o apoio do capital estrangeiro ao final do mandato de JK, o Brasil tinha um parque industrial complexo, uma economia internacionalizada, mas já se evidenciava uma crise econômica, crescimento da dívida externa e perda do poder aquisitivo dos salários (ESCOREL, 2008).

Em 1960, ocorreu a eleição de Jânio Quadros que, após sete meses de governo, renunciou. O vice-presidente João Goulart deveria assumir, mas não inspirava confiança à elite nacional, aos militares e aos investidores internacionais no país que associavam o vice-presidente à possibilidade da implantação de uma “república sindicalista” ou do comunismo no país. O Congresso Nacional, então, aprovou uma emenda parlamentar instituindo o regime parlamentarista, visando

acatar a posse do vice-presidente, porém com poderes limitados. Após um plebiscito em 1963, o presidencialismo foi restaurado.

O governo de João Goulart durou de setembro de 1961 a março de 1964, quando foi deposto por um golpe militar. Entretanto, houve tempo para, nos campos econômico e político, serem lançados um Plano Trienal, que definia como pontos prioritários o desenvolvimento econômico, o combate à inflação e o controle do déficit público; e as chamadas Reformas de Base, que previam as reformas administrativa, fiscal, agrária e bancária. Para impedir o avanço das Reformas de Base, os militares e as forças conservadoras articularam o golpe militar em 1964.

Segundo Escorel (2008), a ditadura militar, que durou 21 anos, no seu início tratou de estabelecer as regras do novo regime com base na ampliação dos poderes do Executivo, com demissão sumária de funcionários civis e militares que fossem contrários aos ideários do regime militar. Os conhecidos Atos Institucionais (AI) se sucediam e definiam regras cada vez mais severas, sendo o mais conhecido o AI-5 de 1968 que conferiu poderes absolutos ao regime militar, fechou o Congresso Nacional, cassou diversos mandatos e aumentou a censura, inclusive nas expressões artísticas, e suspendeu o *habeas corpus* para os chamados crimes políticos.

Escorel (2008), citando Sonia Fleury Teixeira, relata que ao final da década de sessenta, o regime militar havia normalizado a economia e promovido um processo de modernização na máquina do Estado através das seguintes reformas: financeira e fiscal em 1964 e 1965; previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967 e no campo econômico, aliado ao capital nacional e internacional, promoveu investimentos na infraestrutura econômica; diminuiu os gastos com as políticas sociais e implementou política de expansão de crédito. Também nesse período, grandes empresas com capital internacional se estabeleceram no Brasil favorecendo o aumento das exportações. Foi o período do chamado “milagre econômico” que durou até 1973 quando o modelo começou a apresentar suas limitações: não conseguiu promover o crescimento econômico, produziu intensa concentração de renda, arrocho salarial com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento de preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde o que levou a um acirramento da resistência ao governo militar pelos operários e movimentos de esquerda.

3.2 A QUESTÃO DA SAÚDE E AS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No campo da saúde, o modelo do sanitarismocampanhista vigorou no Brasil até a metade do século XX e atendia às necessidades de uma economia agroexportadora. Com o processo de industrialização crescente, a partir de 1950 surgia no cenário a assistência médica da Previdência Social, inicialmente através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e, posteriormente, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que em 1966 foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e levou à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1996).

Segundo Escorel (2008) se “até 1964 a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, na própria rede de serviços dos IAP - hospitais, ambulatórios e consultórios médicos”, com a criação do INPS além da terceirização dos serviços médicos prestados, entrava em cena a chamada “medicina de grupo” onde grupos médicos eram contratados por empresas para dar assistência aos seus trabalhadores e como forma de compensação, tais empresas deixavam de contribuir para o INPS.

Um fato importante para a discussão e compreensão dos problemas de saúde no Brasil foi a Reforma Universitária de 1966 que instituiu os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas faculdades de Medicina. Para Escorel (2008), a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde que passou a ocorrer no interior dos DMP, influenciada pelo movimento preventivista americano do início da década de sessenta e com respaldo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), também constituiu a base universitária para o movimento sanitário.

Segundo Paim (2007) na década de 1970, na luta contra a ditadura, forjou-se um amplo movimento pela democratização da saúde que envolveu estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde. Juntando-se aos movimentos de pressão para a redemocratização do país destacaram-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), os movimentos ligados às Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica, a União Nacional dos Estudantes (UNE), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso

da Ciência (SBPC) e o Movimento pela Anistia. De fato, com o fim do “milagre econômico” e sem base de sustentação, a partir de 1974 o regime militar passou a promover um lento processo de distensão com o objetivo de restaurar a democracia no país, o que só foi ocorrer em 1985 com a campanha das diretas e a eleição, ainda que por um colégio eleitoral, do primeiro presidente civil após o golpe militar.

Nesse período, no campo da saúde formou-se um grande movimento pela transformação das condições de saúde da população que mais tarde seria denominado Reforma Sanitária (RS) e que no entendimento de Yasui (2006, p. 25):

A Reforma Sanitária se colocava, assim, fundamentalmente como um processo político [...]. Processo que implicava em produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação dos espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaços no interior do aparato estatal, avanços e recuos.

Yasui (2006) relata que Teixeira e Mendonça (1985) apontaram três direcionamentos para as estratégias de luta pela reforma sanitária: politização da questão da saúde com vistas a um aprofundamento e difusão de uma consciência sanitária, a alteração do arcabouço jurídico que se fazia necessário à criação de um sistema único universal de saúde e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

Dentro da ampla discussão travada no movimento sanitário, ganhava corpo à questão da saúde mental como enfatiza Yasui (2006): “no interior desse processo mais amplo, localizamos a saúde mental trilhando os mesmos caminhos”. Um dos pontos centrais nas discussões em torno da saúde mental é que o modelo hegemônico não era apenas hospitalocêntrico e excludente, também sofria o impacto da privatização assistencial empreendida pelos governos militares com a celebração de convênios entre o setor privado e o INPS a partir de 1967 que transformou a psiquiatria num lucrativo negócio.

No II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, Moura Neto (1986, p. 59) chamava a atenção para a grave situação da saúde mental no país:

Na área da saúde mental a associação dessa política privatizante com a inexistência da cidadania do doente mental e a conseqüente ação tuteladora do Estado – respaldado em uma legislação preconceituosa e anacrônica – permitiram o florescimento de um vasto sistema de hospitais psiquiátricos particulares que, somando-se às instituições públicas existentes, consolidou um modelo assistencial asilar completamente falido, excludente, discriminatório, perverso e corrupto.

As bases da Reforma Psiquiátrica (RP) estavam dadas na Reforma Sanitária: nascida a partir da mobilização dos trabalhadores de saúde, a RP trazia em sua extensa pauta não apenas a luta contra o que se havia configurado como quase exclusivo espaço de cuidado dos doentes mentais que foi o hospital psiquiátrico, mas também questões como a liberdade, autonomia e cidadania. No dizer de Amarante (2003) citado por Amarante (2008) e Yasui (2006), a RP abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Para Amarante (2008), a dimensão epistemológica da RP tinha como missão “repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos fundamentais do modelo científico, isto é, do paradigma da psiquiatria” e, dentre eles, inscrevia como principais os conceitos de alienação mental/doença mental/transtorno mental bem como o conceito de cura como ideia de correção dos desvios.

Amarante (2008) situa a dimensão técnico-assistencial da RP como dependente da dimensão anterior e coloca a necessidade de se trabalhar na perspectiva de superar um modelo assistencial que tem como base a tutela, a negação da autonomia e a regeneração dos indivíduos para um modelo onde a organização dos serviços esteja voltada para o cuidado, o acolhimento, a construção de espaços de escuta, de sociabilidade, de produção de subjetividade e de vida. A terceira dimensão, jurídico-política, trata dos aspectos legais que cercam a loucura e das questões referentes ao reconhecimento e exercício da cidadania. A quarta dimensão seria resultado da concretização das três dimensões anteriores e levaria a sociedade a refletir sua relação com a loucura.

A concomitância de um processo mais amplo de transformação da saúde no Brasil, como é o caso da RS, sem dúvida potencializou o êxito do processo inicial da RP. O arcabouço jurídico-político da própria RS produziu os elementos necessários que dão sustentação à RP: a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) teve seu capítulo da saúde orientado por um longo período de lutas iniciado ainda na década de 1970 que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que, em seu relatório final, colocou os fundamentos que deram origem ao Sistema Único de Saúde e a definição constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” que, somado aos princípios e diretrizes que conformam o SUS, possibilitou um estado de mobilização permanente através das instâncias colegiadas do próprio SUS, tais como os conselhos e as conferências de saúde.

Outro aspecto a ser considerado foi o envolvimento de outros setores fora da saúde tanto na construção do SUS quanto em torno das questões preconizadas na RP.

Para os dois movimentos em discussão aqui, a mudança das práticas no campo da saúde pressupunha a superação de paradigmas construídos e adotados ao longo de todo o século vinte. Mendes (1996), definindo paradigma “como conjunto de elementos culturais de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados por uma comunidade científica”, afirma que o paradigma sanitário orientador das práticas de saúde desde 1910 na maioria dos países das Américas foi baseado no Relatório Flexner que colocava para as práticas de ensino e a formação profissional no campo da saúde as seguintes características: mecanismo (corpo humano como máquina), biologismo (natureza biológica das doenças), individualismo (instituição do indivíduo como objeto da saúde e exclusão dos aspectos sociais da sua vida), especialização (troca a globalidade do sujeito pelo aprofundamento da especialidade), tecnificação (a tecnificação do ato médico mediando as relações entre os homens, os profissionais e a doença) e curativismo (que prestigia o diagnóstico e a terapêutica, isto é, o processo fisiopatológico em detrimento da causa).

Para Mendes (1996), “a construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária”. Quanto à primeira categoria, a própria Constituição Federal de 1988 já traz uma concepção que supera a concepção de saúde como ausência de doença quando afirma a saúde como direito que será garantido mediante políticas sociais e econômicas e reafirma, na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1980), que a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros são os determinantes e condicionantes da saúde, bem como explicita que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1980). Já em relação às outras duas categorias, o paradigma sanitário e as práticas sanitárias, a efetivação de sua mudança constitui o mais forte eixo orientador para a conformação do Sistema Único de Saúde, embora as práticas sanitárias em curso ainda transitem entre o paradigma flexneriano e o almejado paradigma da produção social da saúde conforme Mendes (1996).

Analisar a situação atual da RS é tarefa muito complexa e não constituía o propósito desta pesquisa, mas se faz imperativo um breve comentário: durante as duas últimas décadas a implantação do SUS se tem constituído no espaço de concretização do ideário da RS e traduz todo o esforço de elaboração e implementação das políticas de saúde orientadas pelas conquistas inscritas na Constituição e no arcabouço jurídico complementar que se seguiu à Lei Orgânica. Não se pode dizer que toda a discussão acerca da concepção saúde-doença e as consequentes modificações advindas desta compreensão tenham sido apreendidas pela sociedade brasileira ou, sequer, pelo conjunto dos trabalhadores do SUS ou ainda que sejam dominantes hoje. Persistem práticas resultantes de múltiplos fatores que parecem insistir em conduzir o SUS à manutenção do paradigma que se deseja superar e uma elaboração teórica que preconiza outro caminho. Muitos dos problemas que se nos apresentam no cotidiano dos serviços e para os quais ainda não se vislumbra uma solução, refletem a concomitância dos dois paradigmas.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

Dentre as muitas questões referentes ao modelo de atenção à saúde no Brasil que tem sido alvo de reflexões está a Atenção Primária à Saúde (APS) com as diversas concepções que a acompanham ao longo dos anos.

Segundo Mendes (2002) e Starfield (2002) em 1920 na Grã-Bretanha foi divulgado um documento denominado Relatório Dawson que preconizava a organização de serviços de saúde em três níveis bem como estabelecia o nível de relação e a função de cada um: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Contudo, o grande marco histórico para a APS deu-se, em 1978, durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, quando foi anunciado um consenso sobre os princípios da atenção primária que foi ratificado pela OMS com a seguinte definição de APS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de

autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *apud* STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Para Mendes (2002) há três interpretações principais da atenção primária à saúde: APS como atenção primária seletiva onde é entendida como um pacote mínimo de serviços de baixo custo oferecido às populações e regiões mais pobres; uma segunda compreensão é de uma APS que funcione como porta de entrada do sistema de saúde com ênfase nos procedimentos mais comuns e objetivo de reduzir custos e a terceira interpretação dá conta de uma APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde com a função de participar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde. Contudo, a partir de discussões e expectativas em torno da importância da APS como elemento capaz de impulsionar esforços com vistas à redução de desigualdades em saúde, já se prenuncia uma quarta interpretação:

[...] da APS como enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superam os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas e transparentes e deveriam ser apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde (MENDES, 2012, p. 58).

Para Mendes (2012) há sete atributos da APS sendo quatro essenciais e três derivados e afirma que a operacionalização desses atributos é determinante para a qualidade da atenção à saúde: o **primeiro contato** que está diretamente relacionado à garantia do acesso do usuário ao serviço de saúde; a **longitudinalidade** traduz a construção de uma relação de confiança ao longo do tempo entre a equipe de saúde, a família e sua comunidade; a **integralidade** que pressupõe o cuidado ao indivíduo e sua família em suas diferentes necessidades, seja no campo da promoção, da prevenção, da cura, da reabilitação, da palição e na responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o quarto atributo essencial é a **coordenação do cuidado** significando a garantia da continuidade da atenção de acordo com as necessidades apresentadas pelo indivíduo e sua família. Um atributo derivado é a **focalização na família** como

sujeito da atenção o que implica a existência de competências para a abordagem familiar. Um segundo atributo derivado é a **orientação comunitária** dado que é nesse espaço vivo que a família constrói as suas necessidades de saúde. Por último, a **competência cultural** como atributo da APS coloca na pauta dos serviços a busca pelo conhecimento das singularidades culturais como elemento potencializador das relações entre a equipe de saúde e as famílias.

Mendes (2012) dá conta de que a APS no Brasil atravessou diversos ciclos e a ESF representaria o sétimo ciclo de desenvolvimento da saúde pública brasileira. O Programa Saúde da Família, implantado no Brasil nos primeiros anos da década de 1990, foi compreendido inicialmente como um programa setorial da saúde que tinha por objetivo proporcionar a universalização do acesso da população brasileira à atenção à saúde. Contudo, em 1997, o Ministério da Saúde já definia o PSF como estratégia de organização da APS. Passados quase vinte anos, a hoje denominada ESF amadureceu e segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009), “pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária” para quem está colocada a responsabilidade de promover a integração das redes assistenciais do SUS, dentre elas a rede de serviços de atenção à saúde mental.

Vários são os desafios inerentes aos processos da RS e da RP: teóricos, ideológicos, políticos, culturais e técnicos. Muito se avançou na questão da saúde no Brasil, mas no cotidiano dos serviços novas demandas são colocadas, notadamente em saúde mental e exigem permanente esforço de compreensão e produção para melhor intervir e transformar a realidade.

3.4 OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil, compete principalmente aos municípios a responsabilidade pela organização da estrutura de serviços de saúde, para atendimento aos doentes, e a promoção e manutenção da saúde de sua população, sendo complementado nesta função pelos órgãos estaduais e federais na área da saúde. Durante a década de 1990, vivia-se o momento imediato à promulgação da nova constituição brasileira que instituía o Sistema Único de Saúde e se empreendia esforços para reorganizar os Sistemas Locais de Saúde orientados por princípios e diretrizes recém-definidos: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde e a participação comunitária.

No campo da saúde mental, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América, realizada na Venezuela em novembro de 1990, deu origem à Declaração de Caracas, importante documento que, reconhecendo a impossibilidade da assistência psiquiátrica convencional de promover e propiciar cuidados em saúde com atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo ao mesmo tempo, recomendava a reestruturação da assistência psiquiátrica com base nos serviços de saúde comunitária e internação psiquiátrica nos hospitais gerais (OPAS, 1990).

Neste período, então, como resultado das lutas e discussões nacionais e internacionais para a reestruturação da assistência psiquiátrica, foram criados, por um lado, os chamados serviços substitutivos, representados principalmente pelos CAPS com base territorial e comunitária e a responsabilidade de se constituir em “dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar” (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Ao mesmo tempo se instituía o PSF, mais tarde definido como eixo central para a reestruturação da APS no Brasil.

O PSF constitui-se, desde seu início, em potencializador para a concretização dos atributos característicos da APS – o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural e representa, para considerável parcela da população, importante possibilidade de acesso aos cuidados em saúde mental, ainda que tais cuidados sejam merecedores de reflexões e inúmeros sejam os desafios a serem superados.

A compreensão da expressão “cuidado à saúde” adotada neste estudo é a discutida por Cruz (2009) quando observa que, na literatura, esta tem sido usada indistintamente como sinônimo de atenção, assistência e tratamento interligados à palavra saúde por conectivos como à, em, da e de. O referido autor, estudando o conceito de cuidado à saúde, encontrou três eixos que apontam para a sua caracterização: o agente (quem oferece e quem demanda cuidado), o contexto (onde o cuidado se dá – organização, modelo de atenção e gestão) e o conceito propriamente dito a partir das seguintes dimensões: técnico-científica (aplicação de tecnologias/técnicas validadas cientificamente); subjetivo-relacional (compreendida como espaço de reconstrução de subjetividades) e sócio-política (que se refere à busca por transformações estruturais na organização social) e sintetiza sua compreensão sobre cuidado à saúde da seguinte forma:

[...] compreendemos o cuidado à saúde enquanto prática objetivada através de ações, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades a partir de relações e encontros entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos atravessados pelas dimensões técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política (CRUZ, 2009, p. 97-98).

Outra contribuição importante para a compreensão do cuidado à saúde é dada por Onocko-Campos (2001) ao observar que na clínica ainda existe separação entre os atos de olhar (biológico) e escutar (subjetivo), e propõe, a partir da elaboração de Campos (1997), que se repense a clínica considerando três categorias: a clínica degradada que se dá no formato de queixa-conduta tão presente nos serviços de pronto atendimento; a clínica tradicional focada no curar que não trabalha com os riscos e tende a reduzir o sujeito à sua doença e a clínica ampliada ou clínica do sujeito cuja prática permite considerar que a doença entra na vida do sujeito, mas não se transforma nele e que este sujeito, embora adoecido, ainda é biológico, social, subjetivo e histórico.

A demanda por cuidados em saúde mental na APS é cotidiana e se expressa das mais diversas formas: dependência química, violência doméstica, depressão, quadros ansiosos e os tipos de cuidados à saúde a serem efetivados estão intimamente relacionados à compreensão dos processos saúde – doença-tratamento. A produção de cuidados em saúde mental requer, pois, dos trabalhadores de saúde não apenas conhecimento de psicopatologia e farmacologia, mas também competências para desenvolver e articular as redes institucionais e comunitárias capazes de acolher e suportar a complexidade das demandas apresentadas pela população. Ou se incorrerá, também na saúde mental, na vertente da medicalização dessas demandas.

3.5 AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A expressão tecnologia em saúde evoca, à primeira leitura, a ideia de que se está a falar de máquinas e toda sorte de equipamentos usados na assistência à saúde. Contudo, a compreensão das tecnologias em saúde envolve questões mais amplas e neste estudo, adota-se a compreensão de Merhy (2002) que discute a incorporação da tecnologia no interior das práticas assistenciais relacionando-a ao entendimento dos processos de trabalho na saúde.

Merhy (2002), ao discutir o trabalho humano, explicita que o faz a partir do diálogo com Marx e autores da corrente marxista e estabelece, inicialmente, que ao realizar o trabalho o homem também é produzido por ele e que no ato de produzir, este homem expõe a sua relação com o mundo. O trabalho humano, pois, não se reduz a uma atividade visto que envolve uma visão interessada objetivando atender necessidades.

Para Merhy (2002) no processo de trabalho humano é possível identificar a presença constante de três componentes: o trabalho em si, em ato; o conjunto de elementos usados como matérias-primas e o conjunto de elementos usados como instrumentos de trabalho. Partindo da distinção destes três componentes, o autor, então, trabalha com as noções de trabalho vivo e trabalho morto.

De maneira geral, o trabalho morto, na discussão do autor, refere-se aos resultados de um trabalho humano anterior tal como os instrumentos e um certo modo de fazer/técnica que poderá ou não ser preponderante na correlação com o que ele denomina trabalho vivo em ato, entendido como o trabalho que se está realizando, acontecendo naquele momento em toda sua potência criadora. O trabalho vivo em ato, no dizer de Merhy (2002) usará o trabalho morto como uma caixa de ferramentas cujo conteúdo seria o conjunto das tecnologias necessárias à elaboração de um produto.

Merhy (2002) pede emprestado à economia política duas expressões que contribuem para clarificar as especificidades no processo de trabalho em saúde: valor de troca e valor de uso. No caso de valor de troca, o produto representa a possibilidade de satisfação de uma necessidade qualquer que poderá ser resolvida mediante a troca daquele produto por dinheiro ou outro produto. Já o valor de uso é conferido ao produto porque a resolução de dada necessidade implicará na utilização daquele produto. Assim, no campo da saúde, o produto esperado é a restauração ou a manutenção da saúde e a relação produção/consumo se dá de forma imediata pelo seu valor de uso e não é passível de troca.

A necessidade de saúde, pois, confere uma especificidade própria ao binômio produção/consumo na saúde e o autor enfatiza que outros produtos externos e passíveis de troca poderão ser incorporados às ações de saúde tais como exames e procedimentos, medicamentos que, ainda segundo Merhy (2002), podem provocar confusão ao serem postos no lugar das ações produtoras de saúde.

Para Merhy (2002), então, o processo de trabalho em saúde se dá na articulação dos seus componentes (trabalho em si, em ato; matéria-prima e ferramentas/instrumentos/saber) que resultarão em produtos materiais ou simbólicos.

Intimamente associado ao conceito de trabalho está o conceito de tecnologia e esta estreita relação tem suscitado diferentes interpretações e compreensões nos diferentes momentos da história. Entre os séculos XV e XIX, com o desenvolvimento histórico do capitalismo, a percepção do trabalho sofreu mudanças importantes ocorrendo sua valorização, concomitante reconfiguração e estabelecimento de novas hierarquias entre as artes mecânicas e liberais. Tais mudanças foram alavancadas pelos saberes técnicos que acabavam por assumir um caráter de conhecimento erudito levando a associação da técnica à ciência (SCHRAIBER; HILLEGONDA; NOVAES, 2013).

No campo da saúde, essa reconfiguração de saberes produziu o que Schraiber, Hillegonda e Novaes (2013) denominam movimento tecnificador propiciando a transformação dos atos de curar e que, a partir do da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento da indústria, permitiu a incorporação de novos equipamentos e medicamentos na Medicina constituindo-se, então, a tecnologia em saúde.

Para Schraiber, Hillegonda e Novaes (2013), “o sentido contemporâneo de tecnologia [...] diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões” e este estudo adota a classificação de Merhy e Chakkour (2002) para as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde:

leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), **leve-dura** (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e **dura** (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY; CHAKKOUR, 2002, p.121, grifo nosso).

Merhy e Chakkour (2002) observam não caber julgar se dada tecnologia é boa ou ruim, mas em que medida ocorre a articulação entre a tecnologia leve efetivada nos processos de trabalho vivo em ato e as outras dimensões tecnológicas. No modelo assistencial dominante no Brasil ainda se pode verificar a

existência do binômio queixa-conduta e a grande influência exercida pelo complexo médico-industrial.

3.6 OS PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

As substâncias psicoativas, ao longo da história, sempre ocuparam espaço significativo devido aos seus diferentes efeitos na percepção, no humor, no comportamento animal. Dentre as muitas substâncias psicoativas existentes, estão os chamados psicofármacos, usados na prática médica para tratar as doenças mentais e neurológicas. Duas categorias de psicofármacos tiveram implicação direta neste estudo: os antidepressivos e os benzodiazepínicos.

Até a Segunda Guerra Mundial, a Medicina dispunha de limitado número de substâncias químicas para tratamento das doenças mentais e neurológicas, e as poucas existentes produziam efeitos colaterais severos levando, às vezes, à morte. A partir do final da década de 1940, modernos psicofármacos passaram a ser usados destacando-se os primeiros ADP e BDZ descobertos neste período: em 1956, observou-se que a iproniazida, substância empregada no tratamento da tuberculose, produzia efeitos de elevação do humor e euforia, o que motivou a sua aplicação no tratamento de pacientes hospitalizados com depressão dando origem aos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO). Já em 1958 deu-se a introdução da imipramina, o primeiro de outros antidepressivos tricíclicos. Em 1954, teve início o uso do meprobamato o primeiro ansiolítico, logo seguido pelo clordiazepóxido em 1957 e a partir de 1960 muitos benzodiazepínicos passaram a fazer parte dos recursos terapêuticos de psiquiatras e médicos em geral (CORDIOLI, 2013; GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Com aplicações terapêuticas amplas nos casos que exigiam efeitos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, associado à relativa segurança quanto ao uso clínico, a partir de 1960, os BDZ passaram a figurar entre os medicamentos mais prescritos. Nas décadas seguintes observou-se o lançamento no mercado de inúmeros medicamentos pela indústria farmacêutica que traduzia não só altos investimentos em pesquisa, mas também em propaganda que mostravam as incontáveis possibilidades de uso de tais medicamentos bem como pareciam prometer soluções mágicas para os mais diversos problemas que afligissem os indivíduos. Os usos não psiquiátricos de tais psicofármacos foram massificados e

outras especialidades também adotaram a prescrição de tais medicamentos em seus receituários. Os cardiologistas, amparados em pesquisas que relacionam ansiedade e depressão à maior incidência e prevalência de doenças cardiovasculares, são os especialistas que mais prescrevem BDZ e ADP depois do psiquiatra (SILVA, 2000).

Com o tempo de uso foram observados e estudados outros efeitos dos BDZ: a possibilidade de desenvolvimento de dependências física e psicológica, bem como sintomas de abstinência. Nas décadas de 1970 e 1980 vários governos adotaram medidas regulatórias mais rígidas para o controle das prescrições de BDZ e outros psicofármacos. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão ligado ao Ministério da Saúde, é responsável pelo controle e fiscalização do uso lícito de substâncias que compõem medicamentos sujeitos a controle especial e atualmente a Portaria 344/98 (BRASIL, 1998) é o instrumento legal que regulamenta o uso de substâncias sujeitas a controle especial.

Atualmente existem também sérios questionamentos sobre o rumo que o saber médico tomou quando de posse dessa tecnologia. Diversos estudos vêm sendo realizados para discutir vários aspectos relacionados ao uso disseminado de BDZ: autores como Forsan (2010), Netto, Freitas e Pereira (2012), Nordonet *al.* (2010), Orlandi e Noto (2005) abordam questões relacionadas à prescrição e ao uso de ansiolíticos e antidepressivos tais como acesso, gênero, tempo de uso, atitudes por parte dos prescritores e usuários. Netto, Freitas e Pereira (2012) e Vieira (2007) discutem a necessidade de se praticar o uso racional de psicofármacos. Forte (2007), Ignácio e Nardi (2007) e Robalo (2009) avaliam o perfil dos consumidores de psicofármacos em São Paulo, Caucaia, Porto Alegre, respectivamente. Autores como Forsan (2010), Roman e Werlamg (2010) procederam à extensa revisão bibliográfica sobre prescrição, dispensação e uso de BDZ. Forsan (2010), tal como Santos (2009), encontrou evidências de insuficiente acompanhamento para reavaliações dos tratamentos estabelecidos o que pode contribuir para o uso inadequado e, por vezes, prolongado dos psicofármacos e o consequente desenvolvimento de dependência e abuso.

Muitos outros estudos podem ser encontrados sobre o tema e se observa que este constitui objeto de preocupação e investigação nos meios acadêmicos desde a graduação bem como nos serviços. A prescrição de psicofármacos, contudo, é uma das muitas ações em saúde mental no contexto da atenção básica

e, embora ainda exista uma grande distância entre o que é preconizado nas políticas públicas e o cotidiano dos serviços, é permanente a busca de elementos inovadores capazes de potencializar as transformações idealizadas.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Compreender tecnologias assistenciais para o aprimoramento das estratégias de cuidado, na atenção básica, em relação à clientela que usa antidepressivos e benzodiazepínicos.

4.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar os cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde da família junto aos usuários de antidepressivos e benzodiazepínicos, na população escolhida;
- b) Investigar tecnologias assistenciais para o enfrentamento da problemática referida e que constam nos documentos do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica;
- c) Propor tecnologias assistenciais para o enfrentamento da problemática referida, na população escolhida.

5 TRATAMENTO METODOLÓGICO

Descrever o tratamento metodológico é, antes de tudo, reconhecer que na pesquisa científica há um caminho que foi percorrido para se completar as diversas fases necessárias ao desenvolvimento da investigação proposta: delimitação do objeto de estudo e do espaço-tempo no qual se deu a investigação, definição do referencial teórico que sustentou a investigação, a escolha das técnicas para a coleta de dados que possibilitará a construção das informações e a eleição do método de análise que resultará na construção do conhecimento.

Não se percorre este caminho sem enfrentar o desafio de buscar construir uma relação de coerência entre os diversos passos percorridos e o resultado alcançado, relação essa toda mediada pelo rigor determinado para uma pesquisa científica com suas implicações éticas e técnicas.

As escolhas desta pesquisadora na condução do estudo foram motivadas pela crença de que os processos de saúde e adoecimento das pessoas e das comunidades/territórios envolvem questões que estão além da compreensão dos conhecimentos biomédicos, como as questões próprias da vida em sociedade mediadas por determinantes e condicionantes que quase sempre estão fora da governabilidade do indivíduo.

5.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA

O cuidado dispensado pelas equipes da ESF aos usuários de psicofármacos, especificamente os usuários de antidepressivos e benzodiazepínicos, no cotidiano dos territórios onde atuam, foi o problema colocado para este estudo e para dimensioná-lo, tanto quanto compreendê-lo, realizou-se um estudo de caso, territorial, qualitativo, de natureza analítico-crítica. Para Yin (2001), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno contemporâneo, em seu contexto, quando não se tem ainda estabelecido delimitação precisa, mas se acredita que as condições contextuais são intimamente ligadas ao fenômeno estudado. O autor também defende que o estudo de caso possibilita investigação na qual as características holísticas e os acontecimentos da vida real são passíveis de serem preservadas.

De acordo com Gil (2011), o estudo de caso serve a pesquisas com diferentes propósitos, tais como estudar situações de vida real cujos limites ainda não estão claros e necessitam aprofundamento, o que, na compreensão de Triviños (2012), possibilita uma visão do fenômeno em sua evolução e em suas relações estruturais fundamentais.

Para Minayo (2010), o estudo de caso permite realizar uma aproximação do objeto estudado quando, por meio de estratégias de investigação qualitativa, propicia a capacidade de conhecer as características relevantes sobre eventos vivenciados. Com base neste entendimento, Minayo (2010) destaca os seguintes objetivos do estudo de caso: 1. compreender os esquemas de referências e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; 2. permitir um exame detalhado dos processos organizacionais ou relacionais; 3. esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; e, 4. apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes.

Yin (2001) esclarece que o estudo de caso pode ser tanto de caso único quanto de casos múltiplos e afirma que mesmo a partir do estudo de um caso é possível estabelecer uma generalização científica, isto é, que resultados, conclusões ou análises do estudo possam ser aplicados em outras situações:

[...] os estudos de casos, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Nesse sentido, o estudo de caso, como o experimento, não representa uma “amostragem”, e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalizações analíticas) e não enumerar frequências (generalização estatística) (YIN, 2001, p. 29).

Diante de tais considerações, elegeu-se o estudo de caso como desenho metodológico para esta pesquisa e optou-se pelo estudo de caso único, e o campo empírico escolhido foi uma Área Descentralizada de Saúde (ADS), situada no município de Quixadá-Ceará. A ADS é o território de abrangência sob a responsabilidade de uma ou mais equipes da Estratégia Saúde da Família. O território confere identidade à equipe e é central na caracterização deste estudo.

Faria e Bortolozzi (2009), em estudo sobre as contribuições de Milton Santos para a geografia da saúde no Brasil, discutem a importância dos conceitos de espaço, território e saúde e sua incorporação pela epidemiologia nas suas buscas para o entendimento do processo saúde-doença como manifestação social.

Segundo Saquet e Silva (2008) na análise geográfica do espaço, Milton Santos elege cinco categorias: forma, função, estrutura, processo e totalidade. A forma seria o aspecto visível, exterior de um conjunto de objetos; função seria a atividade desempenhada pelo objeto criado; a estrutura-social-natural seria definida historicamente e nela seriam também criadas as formas e as funções sendo que estas últimas teriam a propriedade de variar no tempo e assumir as características de cada grupo social. O processo seria composto pelas ações realizadas de modo contínuo e ocorreriam no âmbito de uma estrutura social e econômica, resultando de suas contradições internas. Por último, a totalidade, com seu caráter global e tecnológico, apresentar-se-ia pelo modo de produção por intermédio da formação econômica e social e da história e seria inseparável da estrutura.

O espaço deve ser considerado como uma totalidade, a exemplo da própria sociedade que lhe dá vida [...] o espaço deve ser considerado como um conjunto de funções e formas que se apresentam por processos do passado e do presente [...] o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções (SANTOS, 1978, p. 22 *apud* SAQUET; SILVA, 2008, p. 33-34).

Em Milton Santos, segundo Saquet e Silva (2008), há uma diferenciação conceitual entre espaço e território. O território antecede o espaço e representaria um dado fixo, delimitado, uma área, construído e desconstruído por relações de poder do Estado, mas ressalta que a delimitação pode ser irregular e mudar historicamente e que o uso do território torna sua compreensão mais complexa por envolver uma análise que leva em consideração muitos atores e muitas relações sociais. Souza (2005) destaca, em Milton Santos, a sugestão de que o espaço geográfico fosse assumido como uma categoria de análise social, sinônimo de território usado, compreendendo território usado como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local e ressalta que, para Santos, o território é abrigo de todos os homens e de todas as organizações e a única possibilidade de lidar com as múltiplas totalizações dentro do processo histórico.

Território neste estudo constituiu, pois, o espaço onde os indivíduos vivem, se relacionam, modificam e são modificados pela realidade considerada dentro de um contexto onde os eventos se dão com sua característica inalienável que é a sua historicidade, dado que ocorre em determinado tempo e em dadas condições de desenvolvimento humano.

A definição por uma abordagem qualitativa neste estudo deveu-se ao fato do método qualitativo, segundo Serapioni (2000), ajudar no trabalho de construção do objeto estudado, facilitar na descoberta de dimensões não conhecidas do problema além da sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, o que o torna apto à descoberta de novos nexos, dinâmicas relacionais, contradições e novas explicações.

A abordagem qualitativa permite também, segundo Minayo (2010), desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, apreender as interpretações, os sentidos que os humanos atribuem a sua própria vida, ou seja, nesta busca de sentido os seres humanos reconstróem seus conceitos, suas visões do mundo e de si mesmos.

Este estudo foi analítico-crítico. René Descartes criou o método do pensamento analítico, que consiste em quebrar os fenômenos complexos em pedaços a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. A análise objetiva alcançar o conhecimento acerca do problema a ser investigado. Também é crítico por considerar que o conhecimento adquirido não constitui verdade eterna, fixa, mas temporal, dado que ocorre em dado momento histórico e está sujeito a mudanças e transformações.

5.2 O CAMPO EMPÍRICO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Quixadá-Ceará. O município, localizado no Sertão Central do Ceará, tem uma população de 80.605 habitantes, distribuídos em uma área de 2.020 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Deste total, 39.768 são do sexo masculino, 40.837 são do sexo feminino. Na área urbana vivem 57.482 habitantes. Já na zona rural do município foram totalizados 23.123 habitantes.

A cidade está dividida em 22 bairros: Alto da Boa Vista, Alto São Francisco, Baviera, Boto, Campo Novo, Campo Velho, Carrascal, Cedro, Centro, Cohab, Combate, Curicaca, Herval, Irajá, Jardim dos Monólitos, Monte Alegre, Nova Jerusalém, Planalto Renascer, Planalto Universitário, Putiú, São João e Triângulo e 13 distritos: Quixadá-distrito sede, Califórnia, Cipó do Anjos, Custódio, Daniel de Queiroz, Dom Maurício, Juá, Juatama, São Bernardo, São João dos Queiroz e Tapuiará, Várzea da Onça e Riacho Verde.

No campo da saúde pública, o município de Quixadá conta com vinte e oito Unidades de Atendimento, sendo dois hospitais gerais, dezesseis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Clínica de Fisioterapia, uma Clínica de Especialidades Médicas, uma Clínica de Hemodiálise, um Centro de Saúde Reprodutiva, um Centro de Controle de Zoonose, dois Centros de Atenção Psicossocial, um Hemocentro Regional, uma Policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento.

A atenção básica está estruturada através da ESF organizada em ADS e Subáreas Descentralizadas de Saúde (Sb-ADS). As ADS representam os territórios de abrangência das equipes da ESF sendo que originalmente em 1994, quando da implantação do PSF, o município foi dividido em oito ADS: a sede representava uma ADS que, devido a sua extensão territorial e grande número de habitantes, foi dividida em Subáreas e os distritos foram agrupados nas outras ADS (QUIXADÁ, [1995]). Com a implantação de novas equipes ao longo dos últimos dezenove anos, foram definidas novas ADS. Atualmente, a denominação ADS continua sendo utilizada e embora as Sb-ADS já sejam consideradas também ADS, optou-se por se utilizar a denominação original para os territórios da sede visto que não foram encontrados documentos que registrem a mudança.

A situação atual dos territórios da ESF, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pode ser visualizada nos quadros abaixo:

Quadro 1 – Dados gerais das ADS de Quixadá no mês de janeiro de 2013.

DADOS GERAIS				
ADS e SbADS	Denominação	Nº equipe ESF	Nº equipe SB	Nº ACS
ADS I.1.	Campo Novo	02	01	19
ADS I.2.	Campo Velho	02	01	23
ADS I.3.	Centro	02	01	21
ADS I.4.	Combate	01	01	17
ADS I.5.	São João	01	01	12
ADS II	Cipó dos Anjos	01	01	08
ADS III	Tapuiará	01	01	09
ADS IV	Juatama	01	01	09
ADS V	Custódio	01	01	07
ADS VI	Dom Maurício	01	01	09
ADS VII	Califórnia	01	01	07
ADS VIII	São João dos Queiroz	01	01	08
ADS IX	Juá	01	01	06
ADS X	Várzea da Onça	01	01	08
ADS XI	Jatobá	01	01	06
ADS XII	Riacho Verde	01	01	08
Total	12 ADS	19	16	173

Fonte: Quixadá ([2013]).

Quadro 2 – Tempo de atuação dos médicos e enfermeiros na ESF de Quixadá em janeiro de 2013

Tempo de Atuação do Médico e Enfermeiro na ESF em Quixadá					
ADS e SbADS	Denominação	Médico/a Vínculo: Efetivo (E) Temporário (T) PROVAB e Mais Médicos (TP/MM)	Enfermeiro/a Vínculo: Efetivo (E) Temporário (T)	Médico: Nº de meses (m) na ESF em Quixadá A: < 24 m B: > 24 m	Enfermeiro: Nº de meses (m) na ESF em Quixadá A: < 24 m B: >24 m
ADS I.1.	Campo Novo I e II	I. E II. E	I. T II. T	I. B II. B	I. A II. A
ADS I.2.	Campo Velho - I/ Alto S. Fco.- II	I. E II. E	I. E II. T	I. B II. B	I. B II. B
ADS I.3.	Centro I e II	I. E II. TP	I. T II. T	I. B II. A	I. A II. A
ADS I.4.	Combate	E	E	B	B
ADS I.5.	São João	E	T	B	A
ADS II	Cipó dos Anjos	TP	T	A	A
ADS III	Tapuiará	TP	E	A	B
ADS IV	Juatama	TP	E	B	B
ADS V	Custódio	TP	T	A	A
ADS VI	Dom Maurício	TP	T	A	A
ADS VII	Califórnia	MM	T	A	A
ADS VIII	São J. dos Queiroz	TP	T	A	A
ADS IX	Juá	T	T	A	A
ADS X	Várzea da Onça	MM	T	A	A
ADS XI	Jatobá	TP	E	A	B
ADS XII	Riacho Verde	MM	E	A	B

Fonte: Quixadá ([2013]).

O município está dividido em doze ADS, onde atuam dezenove equipes da ESF, sendo oito equipes na sede e onze equipes nos distritos. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar e/ou técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. As ADS traduzem a organização da atenção básica municipal com seus princípios e diretrizes. Escolheu-se para este estudo de caso uma ADS representativa das demais, considerando Minayo (2010), quando afirma que a fala do indivíduo representa o grupo, uma vez que tanto social quanto individualmente ocorre a obediência a modelos interiorizados, mesmo apresentando variações.

Para a escolha da ADS inicialmente foram definidos os seguintes critérios, a serem articulados:

- a) Acessibilidade: as ADS da sede apresentam características diferenciadas das ADS dos distritos, dentre elas destacam-se a

inexistência de barreiras geográficas facilitando o fluxo de deslocamento dos usuários e seus familiares até os serviços de saúde.

- b) Oportunidades de contato com os usuários: para a inclusão de médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde como sujeitos da pesquisa foi considerada a amplitude das atribuições daqueles profissionais na equipe da ESF o que oferece maiores possibilidades de contato com os usuários de ansiolíticos e antidepressivos, enquanto o cirurgião-dentista atende a uma parcela menor e mais específica da população sendo este um critério de exclusão desta categoria como sujeito da pesquisa.
- c) Responsabilidade direta na ordenação dos projetos terapêuticos: o médico, na unidade de saúde, quando prescreve e os agentes comunitários de saúde, nos domicílios, quando acompanham a execução dos cuidados aos usuários. Os auxiliares e técnicos de enfermagem, embora participem da assistência aos usuários de BDZ e ADP, não têm uma implicação direta na definição dos projetos terapêuticos, sendo um critério de exclusão destas duas categorias como sujeitos da pesquisa, uma vez que as unidades básicas não dispensam ou administram tais medicamentos.
- d) Tempo de atuação do médico e do enfermeiro na mesma ADS: considerando que a longitudinalidade do cuidado é um dos atributos essenciais conferidos à APS, definiu-se como critério um tempo mínimo igual ou superior a 24 meses de atuação dos ordenadores dos projetos terapêuticos, ou seja, o médico e o enfermeiro, na mesma equipe da ESF.

Mudanças ocorridas no contexto de organização da ESF no município impossibilitaram a utilização dos critérios (a) e (d) estabelecidos por ocasião da qualificação e optou-se pela escolha intencional do cenário para o estudo de caso.

O universo escolhido foi as ADS Juatama (área rural) e os sujeitos foram o médico, o enfermeiro, agentes comunitários de saúde, usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos e seus familiares. A escolha destes sujeitos foi motivada pela sua implicação cotidiana da prestação dos cuidados nas ADS, conforme explicitados nos critérios (b) e (c).

Minayo (2010) ressalta que a objetivação na pesquisa qualitativa repudia qualquer ilusão de uma pretensa neutralidade quando exige buscar formas de

reduzir a invasão de juízos de valor do pesquisador na pesquisa ao mesmo tempo em que lhe permite ter uma visão mais crítica de seu trabalho, ainda assim se optou por estabelecer como critério de exclusão a ADS cujos profissionais tenham implicação direta na execução da pesquisa como é o caso da ADS Campo Velho, área onde a pesquisadora atua como médica da equipe da ESF.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO DE CASO

O distrito de Juatama está situado a 16 km da sede do município de Quixadá, conta atualmente com 903 famílias, sendo 59.5% destas famílias residem na sede do distrito e 40.5% das famílias residem na zona rural. Não foram encontrados registros da data exata da criação do distrito, mas segundo o IBGE, em 1938 o distrito, que se chamava Floriano Peixoto, passou a ser denominado Floriano. Em 30 de dezembro de 1943 através do Decreto-lei 1.114, o distrito recebeu o nome de Juatama, atual denominação.

Parece ter sido bastante significativa para o crescimento e desenvolvimento do lugar a construção de uma estação da linha férrea em 1891, pertencente à Rede de Viação Cearense:

A estação de Juatama foi inaugurada em 1891. Sua construção aconteceu neste mesmo ano 1891, é um marco importante para a história local, pois às suas margens o distrito se desenvolveu, quando na região havia o cultivo do algodão, e a criação extensiva de gado, além de servir de elo entre o interior e principalmente a capital do Estado. Juatama surge, cresce e desenvolve-se às margens da estrada de ferro, como um distrito de Quixadá. Sua primeira denominação foi Juá, passando depois a chamar-se Floriano Peixoto e depois, definitivamente Juatama. Sintomaticamente, sua primeira rua chamava-se Rua da Estação (ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL, 2013).

A economia tem como base a pecuária, com a criação bovina, suína, ovina e caprina, e avicultura; a agricultura familiar com o plantio de milho e feijão; o turismo ecológico e esportivo; e, mais recentemente, a indústria de processamento de biodiesel com a instalação de uma unidade da Petrobras. O comércio local é constituído por lojas de variedades, eletrodomésticos, bares e o mercado público para a comercialização dos produtos da região. Outra fonte importante de rendimentos na economia local são os salários do funcionalismo público municipal, as aposentadorias e os benefícios dos programas assistenciais do governo federal.

Os serviços públicos de educação e saúde no distrito estão assim organizados: para a educação, três estabelecimentos, da pré-escola ao ensino médio, e para a saúde, um estabelecimento, a unidade básica de saúde, com uma equipe da Estratégia Saúde da Família, composta por um médico, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, cinco auxiliares e técnicos de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitários de saúde, dois vigias e um motorista.

Existem 10 associações comunitárias, das quais três encontram-se mais organizadas e atuantes: a Associação Vale de São Caetano, a Associação Jesus Maria José e a Associação Riacho do Meio.

Analisando documentos de uma das três escolas e registros na wikipédia, a pesquisadora identifica que os principais problemas sentidos pela população do distrito estão relacionados ao uso abusivo de drogas, à necessidade de geração de trabalho e renda, aos serviços insuficientes de infraestrutura como saneamento básico, pois o destino final do lixo é uma fonte permanente de preocupações, uma vez que a coleta é realizada de forma centralizada e insuficiente pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para dar conta da compreensão do objeto, no desenho deste estudo de caso, qualitativo, analítico-crítico, elegeu-se a entrevista semiestruturada, o grupo focal e a observação com diário de campo para a coleta de dados.

Minayo (2010) afirma que a entrevista é uma conversa com a finalidade de construir informações para um objeto de pesquisa e explicita que, dentre os vários tipos de organização da entrevista, a semiestruturada facilita a abordagem, permite que o entrevistado discorra e/ou discorde sobre o tema em questão, assegura que os pressupostos do pesquisador sejam contemplados na conversa bem como possibilita o aprofundamento de uma relação intersubjetiva entre entrevistador e entrevistado. Triviños (2012) concordando com Minayo (2010) ressalta que a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado, enquanto expressa seus pensamentos e experiências dentro do foco definido pelo pesquisador, também contribui para a elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com o médico e o enfermeiro da equipe escolhida por serem os coordenadores dos projetos terapêuticos no âmbito das

equipes da ESF e tiveram como guia um roteiro, de conhecimento apenas do entrevistador, contemplando os objetivos definidos sem, entretanto, limitar as possibilidades de expressão dos entrevistados.

Com o grupo de agentes comunitários de saúde e o grupo de usuários utilizou-se a técnica de grupo focal que, conforme pondera Minayo (2010), permite obter informações e propiciar interação entre os participantes levando à produção de consensos ou divergências. O uso da técnica do grupo focal teve a função de complementar as entrevistas e trazer informações peculiares de cada grupo em relação aos cuidados em saúde mental no âmbito da APS. Para cada grupo focal foi utilizado um roteiro com perguntas para estimular o diálogo e possibilitar a expressão de saberes e opiniões dos participantes.

Visando respeitar a subjetividade da pesquisadora, criando complementariedades, espelhamentos e contradições, reforçou-se a natureza qualitativa da pesquisa com uma ferramenta etnográfica de grande importância, o diário de campo. O mesmo foi construído com a finalidade de registrar as impressões advindas da observação de comportamentos relacionados aos pontos investigados.

5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Para a análise e interpretação dos dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que tem como proposta organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal de forma a possibilitar a expressão de um sujeito individual do discurso ao mesmo tempo em que a sua fala expressa um pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A proposição do DSC está embasada no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é composto pelo conjunto dos discursos ou formações discursivas ou representações sociais existentes na sociedade sobre um dado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Para este estudo, a compreensão acerca das representações sociais está ancorada em Minayo (2010, p. 219), pois a mesma estabelece que, nas Ciências Sociais, as representações sociais “são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”.

Para Minayo (2010, p. 236), “as representações sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam”. Na presente

pesquisa essa compreensão é adotada, uma vez que as representações sociais são matéria-prima para a análise do social, com a ressalva de não se incorrer na ilusão de reduzir a análise de um processo ou fenômeno social à concepção que os atores sociais fazem dele. Para este estudo, considerou-se que o DSC traduz a representação social dos sujeitos pesquisados, a partir de seu lugar na sociedade e, portanto, reflete as relações sociais contraditórias entre as classes.

A opção pelo DSC deu-se a partir da consciência de que a técnica daria conta de apreender os significados e percepções procedentes das interpretações dos sujeitos acerca das práticas cotidianas da ADS pesquisada. O DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), compõe os discursos por meio das figuras metodológicas descritas a seguir:

- a) Expressões-chave (ECH): são trechos transcritos do discurso que revelam a essência do depoimento que, em geral, corresponde às questões da pesquisa e é a partir das expressões-chave que se constroem os Discursos do Sujeito Coletivo;
- b) Ideias centrais (IC): é um nome ou expressão linguística que, de forma sintética, descreve o sentido de cada discurso analisado. É uma descrição de sentido tanto de cada um dos discursos analisados quanto do conjunto de ECH que irá compor o DSC;
- c) Ancoragem (AC): além dos sentidos as AC também descrevem as ideologias, as crenças, os valores professados pelo autor do discurso, ou seja, indica as teorias ou correntes de pensamento que tem influência e estão subjacentes na prática do sujeito do discurso e que ele aceita e usa para explicar um dado fenômeno da realidade.

Para Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 18), “o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que tem a mesma IC ou AC”.

Como pesquisadora-trabalhadora, decidiu-se que seu diário de campo constituiria também um discurso a ser objeto de análise, portanto, de um quadro para síntese de discurso.

5.6 O TRABALHO DE CAMPO E A ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, iniciou-se o trabalho de campo. Para validar os roteiros das entrevistas e dos grupos focais, inicialmente foram realizadas entrevistas com profissionais de nível superior e um grupo focal com os agentes comunitários de saúde de uma equipe da ESF da sede do município. Nessa fase foram realizados dois grupos focais com ACS: no primeiro grupo participaram agentes recém-empossados na função (cerca de cinco meses) e todos referiram conhecimento insuficiente das famílias acompanhadas por eles, o que dificultaria discutir o cuidado dispensado a essa clientela pela equipe da ESF. Observou-se, então, que o tempo de atuação na área era um importante aspecto a ser considerado na escolha dos trabalhadores de saúde. Após essa etapa passou-se à coleta de dados na ADS eleita para o estudo de caso.

Os encontros com os sujeitos da pesquisa para a coleta dos dados aconteceram na própria unidade de saúde e seu registro ocorreu por gravação e filmagem com a finalidade de manter, nas transcrições, a fidelidade das opiniões emitidas. A opção por duas formas distintas de registro deu-se para segurança da pesquisadora, a fim de antecipar possíveis falhas durante a realização das entrevistas ou dos grupos focais.

Inicialmente o entrevistado, assim como os participantes dos grupos focais, recebia uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos eram convidados a acompanhar a leitura do termo e, ao final da leitura recebiam outra via do mesmo documento para assinar e devolver à pesquisadora.

As entrevistas com os profissionais médico e enfermeiro bem como o grupo focal com os agentes comunitários de saúde e o grupo focal com os usuários de BDZ e ADP ocorreram sem nenhuma dificuldade e para realizar o grupo focal com os familiares dos usuários de BDZ e ADP foi solicitada a colaboração dos próprios usuários para a articulação do seu familiar para participar do grupo. As quatro participantes observaram que seria difícil trazer um familiar e deram as seguintes justificativas: dificuldade para ausentar-se do trabalho (duas usuárias), familiar não teria interesse em participar (uma usuária) e uma usuária garantiu que pediria ao filho para participar. O grupo foi marcado para quinze dias depois. Nenhum familiar compareceu no dia e horário marcados. A pesquisadora buscou ajuda dos agentes comunitários de saúde que prontamente se dispuseram a

convidar os familiares dos usuários a participar do grupo focal. Marcou-se para a semana seguinte e apenas um familiar compareceu à unidade no dia e horário marcados. A pesquisadora, acreditando na importância da escuta do familiar para compor a identificação dos cuidados desenvolvidos aos usuários de BDZ e ADP e na impossibilidade de realizar o grupo focal, decidiu entrevistar o familiar seguindo o roteiro previamente definido para o grupo focal (APÊNDICE D).

O tempo médio de duração tanto das entrevistas quanto dos grupos focais foi de cerca de 50 minutos cada. A faixa etária dos sujeitos da pesquisa foi de 26 a 51 anos de idade. O universo de participantes foi composto por 12 pessoas das quais apenas uma pessoa era do sexo masculino.

O universo definido para este estudo de caso possibilitou que a pesquisadora realizasse todas as fases da pesquisa: coleta de dados, transcrição do material coletado, sistematização e análise. Essa experiência proporcionou um envolvimento maior com o universo pesquisado e contribuiu para a discussão, compreensão, elaboração e redação final deste relatório.

5.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A organização dos dados seguiu um conjunto de passos determinados pelo método escolhido:

- a) Primeiro passo – transcrição integral das entrevistas e das falas dos participantes dos grupos focais, preservando a originalidade das falas, inclusive dos regionalismos, e informalidades no uso da língua portuguesa que se dá no cotidiano. Com a primeira leitura procedeu-se correção gramatical mínima dos plurais. A segunda leitura acompanhada do áudio das gravações possibilitou as correções de erros cometidos na transcrição (APÊNDICE A);
- b) Segundo passo – teve início a terceira leitura para identificação das figuras metodológicas do DSC: ECH, IC E AC. Neste passo realizou-se leitura exaustiva das transcrições e se passou a construir os chamados Instrumentos de Análise do Discurso (IAD) que são: o primeiro IAD1 contendo as ECH, as IC e as AC para cada pergunta seguindo uma ordem pré-estabelecida: trabalha-se com a resposta de cada sujeito para a pergunta um buscando as ECH, as IC e as AC. As IC estão

destacadas em itálico e as AC em itálico sublinhado. Em seguida trabalha-se com as respostas para a pergunta 2 e assim sucessivamente. A partir deste primeiro IAD1 (APÊNDICE B) constrói-se um segundo IAD1 contendo as IC e as AC sínteses (APÊNDICE C). O segundo IAD1 vai possibilitar a visualização de temas relevantes nos discursos de cada sujeito e que apontam para vislumbrar o DSC;

- c) Terceiro passo – construiu-se o IAD 2 realizando-se uma aproximação com as ECH que irão compor o DSC. A elaboração do DSC está dada nas ECH e, segundo expressão utilizada por Lefèvre e Lefèvre (2006, p. 55) passou-se a “discursivar” com as ECH, isto é, colocaram-se as ECH em sequência e se elaborou o texto do DSC (APÊNDICE D) preservando o sentido das falas dos sujeitos, inserindo-se quando se fez necessário, alguns conectivos de ligação para dar coerência ao texto.

A elaboração do diário de campo teve início no momento da entrada no cenário da pesquisa, persistindo até a conclusão dos três primeiros passos da análise dos dados descritos acima. À medida que realizava sucessivas leituras do material coletado nas entrevistas e grupos focais, a pesquisadora, também uma trabalhadora da ESF de Quixadá, anotava no diário de campo suas impressões e conseguia identificar, no próprio território de abrangência da equipe da ESF onde atua, os dilemas, as potências e os desafios nos modos de cuidar observados no caso estudado. A identificação das semelhanças nos modos de cuidar em saúde mental nos territórios da ESF e a implicação enquanto trabalhadora-pesquisadora da rede de serviços públicos de saúde do município motivaram a expressão do DSC da própria pesquisadora que, junto com os DSC dos grupos estudados, constituiu o material para o quarto passo.

Quarto passo – a partir da leitura dos DSC, foi, finalmente, definido o conjunto de cinco eixos de análise orientadores da discussão dos resultados: razões do sofrimento psíquico; cuidados em saúde mental; formação em saúde mental; doença mental e preconceito; e dependência de drogas lícitas.

5.8 DIMENSÃO ÉTICA

O estudo “Uso de psicofármacos na atenção básica: tecnologias assistenciais para a estratégia saúde da família” foi realizado observando os aspectos éticos pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução nº 446/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde (BRASIL, 2012) e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e à anuência da Secretária Municipal de Saúde de Quixadá (SMSQ) – APÊNDICE E.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a colaborar de forma voluntária e todos assinaram o TCLE (APÊNDICE F).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos que participaram deste estudo podem ser assim caracterizados: sete trabalhadores da saúde, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino. Este grupo compreende pessoas cuja faixa etária está entre 26 e 40 anos. Dois destes trabalhadores cursaram nível superior e ambos estavam cursando uma pós-graduação no momento em que se realizou esta pesquisa.

O segundo grupo, de usuários, foi composto por quatro pessoas do sexo feminino, com idade compreendida entre 35 e 51 anos e nível de escolaridade assim distribuído: três com ensino fundamental incompleto e uma com ensino médio incompleto. Nenhuma das quatro participantes do grupo focal está inserida no mercado de trabalho, formal ou informalmente.

O familiar entrevistado era do sexo feminino, seu nível de escolaridade é o ensino fundamental incompleto e se coloca como dona de casa quanto à sua ocupação.

A análise do material obtido nas entrevistas e grupos focais permitiu a construção de mais de um DSC. Para a apresentação dos resultados optou-se por expor os quadros-síntese do DSC de cada grupo de sujeitos: trabalhadores da saúde, usuários de psicofármacos e o familiar entrevistado, na íntegra para, em seguida, apresentar o DSC da pesquisadora e proceder à discussão.

Quadro 3 – Apresentação do DSC dos trabalhadores da saúde

QUADRO-SÍNTESE DSC DOS TRABALHADORES
<p>Os usuários de psicofármacos são uma demanda que sempre lota os atendimentos e é uma demanda mais para os médicos. A demanda de saúde mental ainda fica à margem da assistência integral. Os pacientes, eles deixavam aqui os cartões para o médico só renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde. Então o objetivo é inserir esse paciente no Posto e não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista.</p> <p>É impossível ter uma área [onde as pessoas] não façam esse tipo de uso [de psicofármacos]. Tem criança, adolescentes, tem adulto, têm idosos também</p>

que tomam [psicofármacos]. Eu tenho notado que mais são mulheres e todas elas têm uma história trágica assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia, mais por problema de marido, essas coisas assim. Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão. Tem paciente que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas. Uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, depressão pós-parto, adulto que toma por conta do alcoolismo. Por problemas familiares que geraram aquela dependência nele, né?

Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, o que acontecia muito aqui. Agora não, o Doutor não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa.

Eu vou visitar [os usuários do SUS]... Uma vez por mês. A gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começa a fazer o acompanhamento. Para estar acompanhando, tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS através de consulta individual; grupo e a psicoterapia. Para o CAPS só vão mesmo os pacientes em crise. Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, mas em crise, usuário já teve que ser encaminhado para o Hospital Eudásio Barroso.

Na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam [do uso de psicofármacos]. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular.

Não tenho dificuldade de trabalhar isso não. Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas. Me procuram quando estão com pouca medicação. Encaram com naturalidade. A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa [doente] tem que ficar no convívio dos familiares, de casa, do que lá institucionalizado, sozinho.

Conversam que têm vontade de abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não conseguem.

A gente tem o grupo aí agora pequeno começando, tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental, mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa.

Eu sonho assim: que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome volte ao convívio com a comunidade; reduzir a dose da medicação; conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários; que tivesse o momento deles, o espaço deles; que todos esses pacientes tivessem prontuários; tivesse uma equipe multiprofissional; que houvesse adequação do número de famílias para cada equipe [da ESF]; que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica-AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS; que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental. A formação da gente não é uma formação para isso. A gente acaba que recém-formado não tem essa... Uma disciplina na faculdade e quando é mais ou menos bem feita assim... A gente tem um déficit em relação a isso.

Quadro 4 – Apresentação do DSC dos usuários

QUADRO-SÍNTESE DSC DOS USUÁRIOS

Eu nunca tomei remédio controlado, foram muitas coisas: foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe, problemas de casa, perda e separação. Eu fiquei assim em tratamento. Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições. Isso veio se dar tudo através dos remédios eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios. Eu tenho muita vontade de deixar esse remédio

porque é muito ruim você ser dependente de remédio, no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim. Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio.

Com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não. Nem a questão da receita, porque como eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade. Ele só entrega a gente. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas. Então, porque ele chegou até a organizar, porque é muita, muita gente. A gente é bem atendida por ele.

Eu também já fui atendida por um psicólogo aqui, faz tempo. Com certeza, é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto. Quem ainda escuta a gente é um psicólogo, porque o psicólogo se formou para isso. Eu vinha para cá, para o psicólogo, ele é calmo, olhando para mim. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.

Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais educadamente, com paciência, não botasse coisa na cabeça do paciente. Esse problema depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido... Da família.

Quadro 5 – Apresentação do DSC do familiar

QUADRO-SÍNTESE DSC DO FAMILIAR
<p>Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma remédio e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta aí é por isso que eles dizem que tomam.</p> <p>Também já foi para o CAPS e depois ficou sendo acompanhada aqui. Aqui eles estão nas consultas e agora todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Eles vêm, tiram a receita, o médico conversa, pergunta como eles estão e tudo. Todos os meses eles vêm ao Posto. É</p>

mais com o médico. Acho que eles já vieram uma reunião uma vez, acho que com a enfermeira eles já vieram, não sei se o médico... Faz todo mundo junto.

Os três [irmãos] tomam [psicofármacos], mas a mais agitada é ela. Ela tomava um que eu não lembro o nome, ela disse que quando tomava dava uma suadeira, aí ela deixou de tomar. É, ela fica tomando esses dois, parece que o outro ela ficava mais agitada. Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue.

Quadro 6 – Apresentação do DSC da pesquisadora

QUADRO-SÍNTESE DSC DA PESQUISADORA

Em todas as áreas descentralizadas de saúde em Quixadá se encontram muitas pessoas fazendo uso de psicofármacos. Em geral, observo que o usuário de psicofármacos, ao chegar à unidade de saúde da família, já tem uma história anterior de uso de BDZ, ADP ou outros medicamentos ditos controlados, ou seja, o referido usuário já foi avaliado por outro profissional médico em algum serviço que pode ter sido no CAPS ou em algum consultório de especialistas como cardiologistas, ginecologistas, clínicos gerais e outros.

É notória a pressão que nós médicos somos sofremos para prescrever os psicofármacos e é possível encontrar nas ADS as mais diversas situações de uso de tais medicamentos: pessoas que usam há muitos anos sem o devido acompanhamento ou projeto terapêutico definido, pessoas que pararam de fazer uso da medicação por iniciativa própria ou por recomendação médica e que desejam voltar a usar a medicação, pessoas que fazem uso ocasional motivadas por sensações ou situações com as quais não consegue lidar sem a ajuda do medicamento. Observo que a pressão sobre os médicos, no caso dos BDZ e ADP, se dá mais para a prescrição do que pela consulta em si. Acredito que algumas discussões precisam ser realizadas considerando essa questão: tal postura também poderia significar uma crítica ao modo de cuidar em saúde mental; é possível que esses usuários estejam transferindo para a medicação a resolução de seus problemas; é possível identificar um número significativo de pessoas dependentes desses psicofármacos nos territórios da ESF e, ainda, refletir sobre o risco de estarmos produzindo iatrogenias.

Penso que atualmente a identificação pelas equipes ESF da demanda de

saúde mental está intrinsecamente ligada ao fato da pessoa fazer ou não uso de psicofármacos e por essa razão se entende que o usuário deve, invariavelmente, ser encaminhado para o médico. Consigo constatar isso: a demanda de saúde mental na ESF é do médico, o que pode levar a deduzir que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é medicamentoso e responsabilidade do médico. Esta parece ser uma compreensão dos demais trabalhadores da equipe e também dos usuários.

Mas não significa que as demandas em saúde mental não sejam bem aceitas ou acolhidas na ESF, acredito ser mais um reflexo de um modelo assistencial ainda centrado na consulta médica e nos procedimentos, então a demanda da saúde mental também tende a ser vista e tratada com o mesmo olhar já que só o médico pode prescrever. Além disso, mesmo se trabalhando a concepção de que todas as demandas de saúde da população, inclusive da saúde mental, deveriam ser atendidas preferencialmente na ESF, e em Quixadá o CAPS e a ESF foram estruturados no mesmo período, a porta de entrada para os cuidados em saúde mental em grande parte dos casos ainda é o CAPS, até porque este serviço mantém, desde que começou a funcionar, um sistema de acolhimento que possibilita realizar a escuta de qualquer pessoa que chegue com alguma necessidade de saúde.

Observo que o CAPS Geral de Quixadá, por ser um serviço de abrangência regional e com poucos profissionais em sua equipe, tem um excesso de demanda e dificuldade para agendamentos, inclusive os de retorno, notadamente nos transtornos menores e se o paciente está compensado. Também as equipes da ESF estão com excesso de famílias em seus territórios o que contribui para comprometer o acompanhamento de suas demandas, sejam da saúde mental ou não. Ou seja, a baixa cobertura, tanto do CAPS quanto da ESF, dificulta o acesso e contribui para comprometer qualidade do acompanhamento às famílias.

A insuficiente quantidade de serviços ofertados à população parece reforçar para os profissionais da ESF e para a população a compreensão de que a única forma de cuidado em saúde, inclusive em saúde mental, é a medicamentosa o que contribui para perpetuar um modelo assistencial ainda centrado no biológico e com pouca ênfase nas tecnologias leves.

Considero ainda que existem outros fatores contribuindo para comprometer a qualidade da atenção à saúde, inclusive à saúde mental. Dentre

eles podemos citar: a debilidade na articulação da rede de serviços que se dá basicamente através das fichas de referência e, em geral, sem a devida contra referência; a grande rotatividade dos profissionais médicos da ESF que, em sua maioria, chegam através dos programas do governo federal como o Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB e o Programa Mais Médicos que predeterminam o tempo de permanência dos profissionais no município comprometendo a formação dos vínculos. Também ressalto como fator que dificulta a atenção à saúde a inexistência de uma política de educação permanente, necessária principalmente para superar as debilidades da formação dos profissionais da ESF no campo da saúde mental.

A questão da manutenção da prescrição dos psicofármacos está sob a responsabilidade dos CAPS e das equipes da ESF. Há algum tempo, estamos discutindo a forma como é realizada a prescrição de psicofármacos pelos médicos da ESF e com isso buscamos, também, incluir os outros membros das equipes da ESF na responsabilização por produzir e ampliar os cuidados em saúde mental, refletir mesmo sobre os tipos de cuidados dispensados nas questões da saúde mental, principalmente aos usuários de BDZ e ADP. Várias equipes têm experimentado outras possibilidades de estar com esses usuários e construir com eles seus projetos terapêuticos. O CAPS participa dessas discussões, mas ainda de forma muito pontual. Precisamos de algo mais organizado como um projeto que repense a reestruturação da rede de serviços desde as diretrizes políticas mais gerais para a saúde do município, os fluxos dos usuários, tudo. Penso que não é simples, envolve muita vontade política, mas é possível. Teria que ser um projeto a curto, médio e longo prazo.

Com a análise dos DSC foi possível identificar cinco temas comuns:

- a) Razões do sofrimento psíquico;
- b) Cuidados em saúde mental;
- c) Formação em saúde mental;
- d) Doença mental e preconceito;
- e) Dependência de drogas lícitas.

6.1 RAZÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

O ser humano vive e se realiza na relação com outros seres humanos e o seu meio social. Essas relações ocorrem na família, no trabalho, no lazer, na sociedade e são perpassadas pela afetividade que, no dizer de Sawaia (2001, p. 98), “é a tonalidade e a cor emocional que impregna a existência do ser humano e se apresenta como sentimento e emoção”.

A emoção, para Sawaia (2001, p. 101) é um fenômeno afetivo intenso, objetivo e subjetivo, matéria-prima básica à condição humana que se expressa através do “Corpo que é matéria biológica, emocional e social, tanto que sua morte não é só biológica, falência dos órgãos, mas social e ética. Morre-se [também] de vergonha, o que significa morrer por decreto da comunidade”.

Este corpo que, segundo Sawaia (2001, p. 104-105), é dotado de potência para agir e lutar por autonomia, ao não conseguir se realizar enquanto ser potente e autônomo, é acometido por

Sufrimento ético-político que retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno [...] Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto.

A condição de excluído, um construto decorrente das relações sociais, traz em si a ideia de humanidade e contempla em seus sentidos a expressão do desejo, da temporalidade e da afetividade, ao mesmo tempo em que fala de poder, economia e direitos sociais. A reflexão sobre a exclusão como sofrimento, tal como defendido por Sawaia (2001), não esquece o coletivo, mas coloca o sujeito no centro das análises econômicas e políticas, responsabiliza o Estado e entende que as intersubjetividades advindas do social são a gênese desse sofrimento qualificado como ético-político.

Esse entendimento conversa com a compreensão de sofrimento psíquico amparada em Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013, p. 428) que o conceituam como:

Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriunda do antagonismo subjetividade / objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir

sentido da vida, aliada de sentimento de impotência e vazio, o eu experimentado como coisa alheia.

Para Sampaio (1998) quando ocorre o fracasso das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis os sofrimentos psíquicos e o sujeito passa a não vislumbrar perspectivas de solução das tensões seja a nível individual ou social, o sujeito estará adentrando no vestibulo da doença mental.

As relações entre o organismo biológico, os processos psicológicos e a sociedade podem resultar em dor e sofrimento sendo possível observar no DSC dos usuários a relação estabelecida entre os acontecimentos do cotidiano, o seu sofrimento psíquico e o uso de psicofármacos:

Eu nunca tomei remédio controlado, foram muitas coisas: foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe, problemas de casa, perda e separação (DSC DOS USUÁRIOS).

As aspirações de bem-estar e a busca de uma vida melhor ocupam um lugar central na vida dos indivíduos. O cotidiano, constituído pelos acontecimentos comuns e habituais, é atravessado por essa busca e a valoração atribuída para cada item que possa contribuir para se atingir a felicidade reflete as formas de organização da sociedade humana em cada época. Segundo Oliveira (2007), o período pós-Segunda Guerra trouxe consigo novas modalidades de organização em instituições como a família, a igreja, o Estado, a cultura, o lazer, nos sistemas econômico, jurídico e político provocando impacto profundo no indivíduo e na sociedade. O conjunto dessas mudanças pode se manifestar também através de uma heterogeneidade de problemas que transitam entre a condição de sofrimento psíquico e a doença mental.

No viés das mudanças do modo de agir e de tomar decisões cotidianamente, o exercício da autonomia individual se faz acompanhar por um aumento da responsabilidade e da insegurança pessoal, sendo possível observar, segundo Ehrenberg (2004), o aparecimento de novas espécies mórbidas durante os últimos trinta anos: depressão, estresse pós-traumático, transtornos obsessivos compulsivos, ataques de pânico, adição aos objetos mais diversos, dentre eles os psicofármacos.

No DSC dos trabalhadores da saúde, além da percepção da contribuição dos acontecimentos do cotidiano para a produção do sofrimento, observa-se outro aspecto importante: a relação entre gênero, sofrimento psíquico e uso de psicofármacos:

Eu tenho notado que mais são mulheres e todas elas têm uma história trágica assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia, mais por problema de marido, essas coisas assim. Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão. Uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, depressão pós-parto, adulto que toma por conta do alcoolismo (DSC TRABALHADORES DA SAÚDE).

Na literatura encontram-se diversos estudos mostrando a prevalência de utilização de psicofármacos por mulheres, notadamente os ADP e BDZ: Netto, Freitas e Pereira (2012), em estudo retrospectivo e observacional com 5.946 usuários de psicofármacos, realizado em Ribeirão Preto-SP, constataram que “a maioria dos usuários identificados no estudo foi do gênero feminino, sendo de 72,5%, entre os que utilizaram BDZ e de 79,5% no grupo que se utilizou de antidepressivos.” Também, Oliveira (2000), em estudo realizado em Fortaleza e Sobral, constatou que 72% e 75% respectivamente, dos consumidores de BDZ eram constituídos por mulheres.

A prevalência do uso de BDZ por mulheres é discutida da seguinte forma por Oliveira (2000, p.25):

Podemos sugerir que a mulher é um alvo fácil e, muitas vezes, é atingida inadequadamente pelas estratégias da indústria farmacêutica, pelo tipo de assistência que têm acesso e pela sua própria condição de vida. O fato de ser mulher ainda carrega profundos traços patriarcais, pois à mulher foi imposto o cuidado com a saúde dos membros da família, aumentando assim o seu contato com os serviços de saúde e o que é oferecido por estes.

As razões do sofrimento psíquico expressas nos DSC encontram substrato em Sampaio (1998, p.88) quando afirma que:

Saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções.

A partir da segunda metade do século vinte, o mundo ocidental foi palco de verdadeiras revoluções e, segundo Lipovetsky (2007), “uma nova modernidade nasceu” tendo como importantes características a estimulação perpétua da demanda, a mercantilização e a multiplicação indefinida das necessidades impulsionando o capitalismo de consumo que acaba por assumir o lugar das economias de produção. Para o autor, nas últimas três décadas estabeleceu-se uma

nova revolução do consumo que produziu a sociedade do hiperconsumo que, por sua vez, desencadeou uma revolução nos comportamentos e que tendem a reorganizar o conjunto de condutas, colocando também sob a dependência da troca mercantil as relações familiares, a espiritualidade, a autoestima e a crença de que o bem estar interior pode estar em alguma farmácia da felicidade. O hedonismo, desejo de obter prazer e evitar o desprazer, parece ser a força motriz dessa civilização consumista, mas também pode ser promotora de inquietações, decepções, inseguranças sociais e pessoais e, portanto, pode se constituir em razão para o sofrimento psíquico. Lipovetsky (2007), também, reconhece que junto a essa “cultura hiperconsumidora” também proliferou uma ideologia da saúde e da prevenção dos riscos o que leva também o indivíduo a consultar mais médicos e medicalizar hábitos de vida, comer de maneira saudável, entre outras atitudes protetoras da saúde, ao mesmo tempo em que também critica os riscos iatrogênicos e àquilo que classifica como desumanização técnica das práticas de saúde.

Lipovetsky (2007, p. 289) ressalta também que a “impressionante escalada de consumo de medicamentos psicotrópicos” se dá ainda em função da relação do indivíduo com a busca de bem-estar:

[...] Se o superconsumo de psicotrópicos traduz a fragilidade do indivíduo hipermoderno, também revela a atitude consumista de ser aliviado sem demora dos sofrimentos de mal-estar. [...] O hiperconsumidor tem cada vez menos meios simbólicos para dar sentido às dificuldades que encontra na vida: num tempo em que o sofrimento não tem mais o sentido de uma provação a ser superada, generaliza-se a exigência de apagar o mais depressa possível, quimicamente os transtornos que nos afligem e que aparecem como uma simples disfunção, uma anomalia tanto mais insuportável quanto se impõe o bem-estar como ideal de vida proeminente. A banalização do recurso aos medicamentos psicotrópicos pode ser interpretada como o signo da extensão do bem-estar físico à esfera moral com a progressão do ideal de conforto absorvendo agora o domínio psíquico.

As razões para o sofrimento psíquico e o uso de psicotrópicos apresentam-se muito diversificadas e tem um substrato sócio-histórico que não pode ser desconsiderado. Essa compreensão deve dar base à contextualização do sofrimento psíquico como fenômeno coletivo, exigindo um olhar mais amplo que possibilite também a construção coletiva das formas de lidar com esse fenômeno.

6.2 CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Falar em cuidado em saúde evoca a noção de tratar, que por sua vez traz a noção de competências técnicas. A ideia de cuidado utilizada no presente texto é aquela que, para além da intervenção técnica, produz encontro entre trabalhador e usuário, sujeitos de subjetividades, com territórios existenciais em permanente processo de construção e desconstrução. A prática do cuidado em saúde, portanto, é realizado em encontros atravessados por diversas lógicas, mas revela a singularidade de cada um dos participantes: trabalhador e usuário. Este estudo adota, portanto, as reflexões de Merhy (1998, p. 5) ao discutir cuidado em saúde no processo de trabalho em saúde:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Essa compreensão atende os requisitos necessários também para a produção do cuidado em saúde mental, principalmente quando o *locus* do cuidado é a atenção básica e a comunidade, espaços profícuos para o desenvolvimento de vínculos e afetos proporcionado, entre outros fatores, pela longitudinalidade do cuidado.

O DSC dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica bem como o DSC dos usuários revelou pontos comuns: na AB a demanda de saúde mental ainda é responsabilidade do médico, com a prescrição medicamentosa como elemento predominante no cuidado; a relação entre os trabalhadores na rede de serviços – generalista x especialista – necessita incremento dialógico para a produção de consensos:

Os usuários de psicofármacos são uma demanda que sempre lota os atendimentos e é uma demanda mais para os médicos. Os pacientes, eles deixavam aqui os cartões para o médico só para renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde. [...] O objetivo é inserir esse paciente no Posto e não ter mais aquela história de só ter que transcrever,

só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista (DSC DOS TRABALHADORES DA SAÚDE).

Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, o que acontecia muito aqui. Agora não, o Doutor não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa (DSC DOS TRABALHADORES DA SAÚDE)

[...] Eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade. Ele só entrega a gente (DSC DOS USUÁRIOS).

É possível identificar nas falas a predominância do modelo biomédico, centrado na doença, na consulta, na prescrição e, mais grave, na transcrição dos psicofármacos na atenção básica onde a centralidade da atenção em saúde mental deveria oferecer ações terapêuticas comuns nos diversos dispositivos de cuidado: acolher o usuário e suas queixas emocionais proporcionando um momento e espaço para pensar/refletir e providenciar o suporte necessário à manutenção e ampliação da autonomia do indivíduo em seus grupos sociais.

Observa-se também no DSC dos trabalhadores o desejo de incorporar outras abordagens nesse cuidado em saúde mental:

A gente tem o grupo aí agora pequeno começando, tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental, mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar. [...]. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa. Eu sonho assim: que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome volte ao convívio com a comunidade; reduzir a dose da medicação; conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários; que tivesse o momento deles, o espaço deles; que todos esses pacientes tivessem prontuários; tivesse uma equipe multiprofissional; que houvesse adequação do número de famílias para cada equipe [da ESF]; que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS... (DSC DOS TRABALHADORES).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as intervenções em saúde mental na atenção básica devem ser construídas no cotidiano de trabalho das equipes no encontro dos profissionais com os usuários. A escolha das ferramentas e

estratégias para dar conta das necessidades de saúde dos indivíduos, incluindo as demandas que se configuram e se apresentam como problemas de saúde mental, deverá ser coerente com a singularidade de cada indivíduo em seu território.

No DSC dos usuários encontra-se o sentimento de cuidado ora concordando com o modelo oferecido, ora confrontando outras experiências já vivenciadas:

Eu também já fui atendida por um psicólogo aqui, faz tempo. Com certeza, é muito bom um psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto. Quem ainda escuta a gente é um psicólogo, porque o psicólogo se formou para isso. Eu vinha para cá, para o doutor [psicólogo], ele calmo, olhando para mim. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele. Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ter um tratamento mais educadamente, com paciência, não botasse coisa na cabeça do paciente (DSC DOS USUÁRIOS).

Não se trata, pois, só de criar novos modos de agir em saúde, mas essencialmente dotar de significados os cuidados desenvolvidos dentro de projetos que tenham como base as tecnologias leves, que por definição são centradas nas relações, e que devem orientar o uso das tecnologias duras mediadas pelas leve-duras.

Entre quem trata e quem é tratado espera-se que se estabeleça um encontro harmonioso com o objetivo comum de produzir alívio a quem sofre. Contudo, este encontro é perpassado por concepções do processo saúde-doença, por condições do modelo assistencial predominante, por influências do complexo médico-industrial com seus medicamentos e outras tecnologias. Ou seja, tão complexo quanto o adoecer é o conjunto de saberes que, em dado contexto histórico, será utilizado para tratar.

Os cuidados em saúde mental, pois, pressupõem que se reconheça que o ser humano é um ser de múltiplas dimensões que se concretizam nos espaços dos territórios vivos onde habitam e que, portanto, devem ser reconhecidas e contempladas nos processos de tratamento e de produção de sua saúde. A ESF necessita ampliar as estratégias do cuidar para além da medicalização, privilegiando e potencializando os recursos que lhe são próprios: o território com sua vida pulsante, as parcerias que podem fortalecer aspectos comunitários que contribuam para a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e, prioritariamente, investir na construção de um sistema de cuidados usuário-centrado.

6.3 FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O trabalho em saúde representa um campo de atuação complexo, considerando os diferentes valores e as diferentes concepções envolvidas na determinação, na compreensão e no cuidado com adoecimento humano. Para dar conta dessa complexidade, pressupõe-se que os processos de formação propostos contemplem o desenvolvimento de competências e habilidades capazes de integrar os diversos elementos constituintes dos contextos onde se dará o exercício profissional, notadamente, trabalhadores e usuários, em seus encontros para a produção da saúde.

O DSC dos trabalhadores aponta a deficiência na formação ainda na graduação para a produção de cuidados em saúde mental:

[...] E que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental[...]De conhecimento mesmo, de... Instrumentos que você possa trabalhar com esses pacientes. Eu não sei se seriam capacitações, se encontros periódicos, se oficinas, sabe, se... Mas a gente teria que melhorar nossa bagagem profissional, né?A formação da gente não é uma formação para isso. A gente acaba que recém-formado não tem essa... Uma disciplina na faculdade e quando é mais ou menos bem feita.Assim... A gente tem um déficit em relação a isso (DSC DOS TRABALHADORES).

Para Cunha (2004), a maior parte dos profissionais de saúde traz os pressupostos de uma formação hospitalar, centrada em procedimentos, exames e medicamentos, com relações profissional-usuário dotadas de fortes elementos autoritários e reconhece o quanto as condutas hospitalares ainda estão presentes na atenção básica. Contudo, no cotidiano dos serviços hospitalares e da AB, constata-se, facilmente, características próprias de um e outro serviço que implicam também modos de agir diferentes.

Algumas características da atenção básica, como a ausência de restrição de faixa etária, ocupação e gênero, tipo, natureza e condição de problema; maior autonomia do usuário para tomar decisões quanto ao projeto de cuidados proposto pela equipe de saúde, a maior possibilidade de uma visão holística dos usuários e suas necessidades de saúde; a longitudinalidade do cuidado; acessibilidade ao serviço de forma direta; um cardápio de ações que propiciam a integração entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, entre outros atributos,

apontam para a necessidade de uma formação diferenciada para os profissionais que irão atuar na AB.

Um usuário da atenção básica, por exemplo, por estar longe do profissional e do serviço de saúde no momento da aplicação das condutas, consegue agir com mais autonomia em relação à aplicação das condutas prescritas, o que exige da equipe maior capacidade de diálogo para conquistar a participação e adesão às intervenções propostas. No cotidiano dos serviços da APS, constata-se que parte dos problemas apresentados aos profissionais pela população não se encaixam nas classificações nosológicas reconhecidas nos meios científicos, dentre estes problemas muitos estão no campo da saúde mental e o convívio e o seguimento continuado contribuem para sua compreensão e a elaboração de projetos terapêuticos adequados.

Dois estudos britânicos, citados por Pereira, Costa e Megale (2012), envolvendo clínicos gerais e suas necessidades de aprendizado em saúde mental ilustram bem a relevância da educação continuada: o primeiro deles realizado por Turtum, Tylee e Kerry (1995) aponta que os temas mais requisitados para treinamento foram: conselho terapêutico psicodinâmico; técnicas de manejo de estresse; técnicas cognitivas; manejo das dependências químicas; como ajudar doentes mentais crônicos; como e quando prescrever psicofármacos e avaliação de risco de suicídio. O segundo estudo, realizado por Kerwicke, Jones e Mann (1997), define as urgências psiquiátricas; as somatizações; o conselho terapêutico; os pacientes com problemas afetivos; os problemas psicosexuais e o manejo de estresse como as situações referidas pelos clínicos gerais que demandam mais treinamento.

A necessidade de qualificação da atenção básica para a produção do cuidado em saúde mental tem estado presente na pauta de discussões dos profissionais e, por vezes, dos próprios usuários, sobretudo no reconhecimento das dificuldades enfrentadas na abordagem e acompanhamento das pessoas em sofrimento ou adoecimento mental.

As universidades têm mantido um modelo de formação ainda biologicista, com currículos desvinculados da realidade dos serviços de atenção primária, com ênfase nas informações de Psicopatologia e o treino insuficiente das habilidades clínicas necessárias ao manejo dos problemas e sem a devida atenção à complexidade das múltiplas determinações do processo saúde-doença mental. Há que se caminhar para uma definição clara e o desenvolvimento de programas

efetivos, continuados e de acesso garantido para a qualificação desses profissionais para a produção de cuidados em saúde mental. Importante destacar a iniciativa do Ministério da Saúde ao lançar em 2013 um importante material de apoio na série Cadernos da Atenção Básica, o caderno de saúde mental.

6.4 DOENÇA MENTAL E PRECONCEITO

O preconceito é um produto cultural, transmitido e introjetado como valor, negativo ou positivo, no convívio familiar e/ou comunitário e representa uma ideia concebida *a priori* sobre pessoas, grupo ou situações. No caso da doença mental é denominado psicofobia.

A estigmatização do portador de transtorno mental ao longo dos anos esteve presente nas diversas culturas e produziu exclusão social destes seres ditos diferentes. As mais diversas áreas do conhecimento humano - as religiões, as ciências, as artes - dedicaram parte de seu tempo na elaboração de explicações e justificativas para as formas de tratamento dispensadas às pessoas que manifestassem comportamentos desviantes (MACIEL *et al.*, 2008).

O sentido dado às formas de tratamento aqui referidas contempla, além dos meios utilizados para se debelar uma doença, também o modo como se é recebido, acolhido em dado momento, em dado lugar. Aos portadores de transtorno mental, seja nos espaços de cuidado, seja nos espaços de convívio, a exclusão foi uma tendência marcante desde os seus primórdios, quadro que se vem tentando reverter há pelo menos três décadas.

A internação psiquiátrica, durante muito tempo, representou a forma predominante de tratar as doenças mentais e, para determinados segmentos da população, a única forma de tratamento a que tinham acesso. As longas e/ou sucessivas internações nos hospitais psiquiátricos produzia e alimentava o preconceito e impunha ao doente o afastamento do convívio familiar e comunitário o que impedia não só o reconhecimento do doente como ser de sentidos e potencialidades, mas também das expressões de sua doença e o conseqüente aprendizado de como cuidar da pessoa em tais situações. O retorno da internação causava um duplo estranhamento: para a família que tinha dificuldade em aceitar aquele que se ia tornando desconhecido a cada retorno e para o paciente que, na solidão de suas

memórias, não se sentia acolhido para compartilhar as experiências com a internação e os medicamentos com seus efeitos, principalmente os efeitos adversos.

A proposta da reforma psiquiátrica iniciada nos anos 1980 trazia em sua essência a desconstrução de todo o aparato epistemológico, jurídico e cultural do tratamento dispensados aos doentes mentais (AMARANTE, 2008) e produziu importantes mudanças como a desospitalização e a desinstitucionalização, a criação de serviços substitutivos, o incremento da discussão sobre os direitos humanos em diversos fóruns levando, inclusive, a que a OMS declarasse 2001 o ano da saúde mental com o slogan “cuidar sim, excluir não”. Entretanto, ainda subsistam nas representações e práticas de certos indivíduos preconceitos quanto ao adoecimento mental:

Na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam [do uso de psicofármacos]. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular (DSC DOS TRABALHADORES).

A existência do preconceito pode ser avaliada partindo-se das posturas do próprio doente mental como discutido por Rodrigues (2010) ao observar o autoperceito na forma como os portadores de doença mental se referiam como usuários de determinados serviços e justifica essa postura como a expressão do desejo do usuário de se sentir enquadrado dentro de certa normalização que lhe tornaria a vida menos difícil.

Por outro lado, também se observam avanços no sentido de se tratar com naturalidade essa temática:

Não tenho dificuldade de trabalhar isso não. Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas. Me procuram quando estão com pouca medicação. Encaram com naturalidade. (DSC DOS TRABALHADORES).

A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa [doente] tem que ficar no convívio dos familiares, de casa, do que lá institucionalizado, sozinho. (DSC DOS TRABALHADORES).

A implantação de serviços substitutivos, as internações em hospitais gerais, a permanência em suas comunidades, por vezes, a inserção no mercado de trabalho, representam oportunidades de convivência e de construção de novos modos de cuidar dos portadores de transtornos mentais tanto pelos profissionais de

saúde, quanto pelos familiares e comunidade. Estar tão próximo possibilitou a criação de vínculos, fez florescer afetos e permitiu vencer um duplo medo: da agressividade/violência tantas vezes apregoada e da não competência para conduzir e obter respostas aos projetos terapêuticos sem as contenções dos muros dos hospitais psiquiátricos. A luta antimanicomial tem sido profícua na desconstrução de toda tradição cultural do preconceito estigmatizante e da exclusão.

6.5 DEPENDÊNCIA DE DROGAS LÍCITAS

A indústria farmacêutica é parte do complexo médico-industrial que após a Segunda Guerra Mundial alcançou índices de desenvolvimento incomparáveis em toda história. A um dos seus produtos, os medicamentos, têm sido atribuídas propriedades mágicas, portanto, capazes de solucionar quantos problemas se apresentarem para perturbar o equilíbrio esperado no intercurso de um viver tranquilo e sem sobressaltos.

As drogas lícitas, também referidas neste estudo como psicofármacos, estão incluídas no arsenal de tecnologias duras utilizadas para o tratamento dos transtornos mentais. A partir da década de 1960 com a descoberta de ansiolíticos e antidepressivos mais seguros quanto às reações adversas, incrementou-se a difusão das prescrições destas duas categorias farmacêuticas e só no início da década seguinte ao constatarem o consumo exacerbado de medicamentos e a identificação da incidência crescente de casos de tolerância e dependência os países começaram a discutir o uso racional de medicamentos.

Estima-se que 50 milhões de pessoas no mundo façam uso diário de BDZ e que um em cada dez adultos recebem prescrição de BDZ cada ano. O uso disseminado leva a diversas situações preocupantes: o uso inadequado, o uso abusivo, o uso prolongado, quando o paciente faz uso por período superior a 4 ou 6 semanas e que pode conduzir a situações de tolerância, abstinência, daí, conseqüentemente, dependência (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

A condição de tolerância é caracterizada por uma diminuição dos efeitos sobre o organismo de uma dose fixa de substância química à medida que se repete sua administração o que leva a prescrição de doses maiores para se obter o mesmo efeito. Na ausência da droga ou até na diminuição da dose administrada ao paciente pode apresentar abstinência que é a emergência de novos sintomas como os que

motivaram a prescrição do BDZ e, por fim, a dependência que seria uma condição que preencheria os seguintes critérios: uma marcada tolerância, a necessidade de escalonamento de doses e um comportamento de busca pronunciado.

No cotidiano das unidades de saúde é comum encontrar as três situações e indícios de situações de dependência dos psicofármacos, notadamente dos BDZ estão presentes nos DSC dos três grupos pesquisados:

Tem paciente que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente [à retirada do medicamento] por medo do retorno dos sintomas (DSC DOS TRABALHADORES).

Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições. Isso veio se dar tudo através dos remédios eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios. Eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio, no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim. Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio (DSC DOS USUÁRIOS).

Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma diazepam com esse da depressão [amitriptilina] e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta, aí é por isso que eles dizem que tomam. Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue (DSC DO FAMILIAR).

A dependência de drogas lícitas é um fenômeno epidemiológico complexo, sinérgico. Uma das questões a serem consideradas é a aparente facilidade no acesso ao medicamento por meio das prescrições realizadas não apenas na atenção básica, como nos outros espaços da rede serviços. Tais prescrições podem ser adequadas em determinados casos, mas podem refletir situações de escuta e anamnese inadequadas que, somadas a alguns artifícios usados pelos pacientes, podem levar o médico a perpetuar essas prescrições como nas queixas somáticas vagas, na supervalorização de sintomas, na recusa de prescrição de agentes farmacológicos alternativos, na autoafirmação de que possui tolerância alta ao medicamento, nas ameaças veladas ou com bajulações e elogios. Outros artifícios usados para obter a prescrição é o roubo e a falsificações de receitas, ou ainda procurar dois ou mais médicos para conseguir armazenar quantidade razoável de medicamento (LARANJEIRA; CASTRO, [2013]).

O uso prolongado de BDZ é largamente encontrado nas áreas de abrangência da ESF com repercussões sobre o paciente devido aos efeitos deletérios dos medicamentos e do custo financeiro para o SUS. O consenso na literatura de que existe um uso disseminado de BDZ em todo o mundo e que hoje tal situação se configura como um problema de saúde pública exige, por parte de gestores, profissionais e usuários, reflexões para entender as razões de uso, detectar os modos de cuidado dispensados a essa clientela e a elaboração de políticas de enfrentamento à adicção também às drogas lícitas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Buscando compreender tecnologias assistenciais para o aprimoramento das estratégias de cuidado, na atenção básica, em relação à clientela que usa ADP e BDZ, realizou-se este estudo de caso no distrito de Juatama, uma das áreas descentralizadas de saúde do município de Quixadá-CE.

O caminho trilhado para a realização da pesquisa foi permeado por dificuldades, aprendizados e questionamentos que possibilitaram a esta pesquisadora, também uma trabalhadora da ESF, amparada pelos preceitos das reformas sanitária e psiquiátrica, lançar um olhar sobre o já construído e ensaiar algumas reflexões críticas sobre as práticas em curso, ao mesmo tempo contribuir para a tomada consciente de decisões pelo conjunto de atores envolvidos no cotidiano do SUS, notadamente na atenção à saúde mental.

As dificuldades, umas decorrentes da própria dinâmica do viver da pesquisadora e seus contextos – familiar, no trabalho, na vida social, foram administradas e vencidas pela determinação pessoal de realizar esta pesquisa. Dificuldades com o manuseio das técnicas eleitas para a coleta e análise dos dados foram tratadas com o rigor do método científico e, com a certeza de que o conhecimento e a apreensão da realidade são temporários e inacabados, e pressupõe estar aberto para o novo e para outros olhares.

Os aprendizados foram muitos – as muitas fases e faces de um trabalho científico; a experiência da orientação não apenas para a elaboração deste relatório, mas para as leituras, para a precisão no uso das palavras que, para além dos seus significados, traduzem um tempo histórico com seus valores e modos de viver; o exercício da humildade de quem aprende; o diálogo necessário com as produções de tantos outros pesquisadores e autores e, por fim, o grande aprendizado proporcionado pelo encontro com os atores em seu cenário de atuação.

O cenário que, a princípio, se restringiria ao território escolhido para o estudo de caso, revelou-se mais extenso e profundo, por provocar na pesquisadora o reconhecimento do seu próprio território de atuação: embora tão diferentes geograficamente, apresentavam-se tão semelhantes nas justificativas para os sofrimentos, nas alegrias e nos modos de andar a vida de sua gente.

O encontro com os trabalhadores da saúde mostrou a convergência das inquietações trazidas pela pesquisadora com as preocupações da equipe sobre os cuidados oferecidos aos usuários de BDZ e ADP e provocou a necessidade de se produzir, posteriormente, um estudo sobre o processo de construção do SUS e a história da assistência à saúde desde a implantação da ESF e do CAPS que permita esboçar um paralelo entre o imaginado e o construído possibilitando apontar alguns desafios que parecem estar, permanentemente, colocados no cotidiano dos serviços de saúde.

O encontro com a população, por meio do grupo de usuários e familiares, com suas histórias de vida e percepções sobre o modo como são cuidados, foi revelador nos aspectos do acolhimento e da relação médico paciente e na comprovação da fragilidade da articulação da rede de serviços. Também reafirmou a imperiosa necessidade de reconhecer e respeitar os saberes adquiridos na relação com os serviços de saúde, bem como encantou pela sensibilidade e a franqueza na forma de avaliar a atenção recebida.

Aos questionamentos feitos pela pesquisadora no início desta pesquisa, foram acrescidos outros, resultantes da escuta dos sujeitos da pesquisa, dos relatos encontrados na literatura e da confrontação da realidade encontrada com a vivenciada pela própria pesquisadora em seu território de atuação.

Deve-se deixar explícito o reconhecimento das limitações deste estudo, não apenas devido ao pouco tempo disponível para sua realização, mas pela complexidade da temática pesquisada que suscita a realização de tantos outros estudos complementares, como a elaboração sócio-histórica do sofrimento psíquico e da doença mental em Quixadá; a história do consumo de BDZ e ADP e sua relação com os modelos assistenciais sucessivos e uma avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.

7.2 CONCLUSÕES

As questões apresentadas neste estudo apontam que a prescrição de medicamentos ainda é o principal aparato tecnológico utilizado no seguimento dos usuários, por meio de BDZ e ADP, ao mesmo tempo sinalizam a preocupação dos trabalhadores e a necessidade dos usuários de buscar outros modos de cuidado dessa clientela.

Dentre as necessidades de saúde apresentadas e referidas pela população que se configuram como problema de saúde mental está o sofrimento psíquico, algo difuso, na fronteira das expressões mais claras do processo saúde/doença. Nesta pesquisa se confirma que a mulher apresenta muito mais que os homens esta condição de vulnerabilidade, inclusive em decorrência do modo como as mulheres têm sido priorizadas nas políticas de saúde, com ações focadas no orgânico, destaque para o ginecológico e obstétrico, isto é, na dimensão reprodutiva, desintegrada de sua totalidade humana, da mulher como indivíduo e como pessoa.

Se a condição feminina pode ser identificada como um fator de adoecimento, por outro lado homens e mulheres estão submetidos às intensas mudanças ocorridas nos modos de organização das sociedades humanas, desde a família aos sistemas econômico, político e jurídico, nos últimos sessenta anos (OLIVEIRA, 2007) produzindo dificuldades e inseguranças que podem levar ao sofrimento e/ou adoecimento. Contextualizar esse indivíduo que habita o território e adentra os serviços de saúde tem sido uma tarefa sobre a qual os trabalhadores não parecem ter se debruçado ainda e que pode estar fazendo a diferença entre se manter ou transitar para outras formas de cuidado.

Outro dado revelado que também contribui para a limitação dos cuidados oferecidos à população usuária de BDZ e ADP é o evidente despreparo dos trabalhadores da ESF para as condutas frente aos problemas da população e da comunidade que, por vezes, se travestem de problemas do campo da saúde mental. Tal despreparo, atribuído pelos profissionais à uma formação acadêmica deficitária, também reflete a inexistência de um processo de educação permanente que permita a identificação das reais necessidades dos usuários com suas queixas, muitas vezes inespecíficas, mas que demandam ações dependentes de redes assistenciais articuladas, no campo da saúde e em outros campos, sociais e econômicos, por exemplo, que potencializariam as ações clínicas efetivadas.

O entendimento dos profissionais sobre saúde mental/doença mental é outra questão apontada no estudo e é representada pela dificuldade de inserção da clientela usuária de psicofármacos na agenda dos atendimentos, o que reflete a persistência da estigmatização dos portadores de algum padrão de transtorno mental como demanda diferenciada, não natural na Atenção Básica. Esta questão é potencializada negativamente pelo problema da formação acadêmica deficitária,

utilizada como justificativa para as limitadas formas de cuidado oferecidas – ações intramuros baseadas, prioritariamente, na intervenção medicamentosa. Um achado relevante e positivo é o reconhecimento desta questão como problema, bem como a identificação de iniciativas para superá-lo.

O conjunto de questões levantadas na pesquisa aponta a formação acadêmica deficitária dos trabalhadores de saúde no tratamento das demandas dos usuários no campo da saúde mental; a prescrição de medicamentos como principal dispositivo de tratamento; a condição feminina como fator de adoecimento; a não superação do estigma que cerca a doença mental e o fácil acesso às prescrições de BDZ incrementando a prática do uso disseminado e prolongado como condições facilitadoras para a produção de tolerância e dependência. Constituem-se, portanto, em desafios a serem reconhecidos e superados por todos envolvidos.

7.3 RECOMENDAÇÕES

Ao longo deste trabalho, perseguiu-se, sempre, o conhecimento da realidade com o intuito de contribuir, criticamente, para transformá-la. Em razão dos resultados observados, cumpre recomendar:

7.3.1 Junto à gestão municipal

- a) A reorganização dos serviços e a constituição das redes assistenciais em saúde sob a coordenação da Atenção Primária como medida imperativa para os cuidados efetivos e continuados à clientela;
- b) A ampliação da cobertura dos serviços mediante a implantação de novas equipes da ESF, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF e a reestruturação das equipes dos CAPS Geral e AD;
- c) A definição e implantação de uma política de educação permanente de modo a possibilitar a ampliação das competências e habilidades na condução das situações do campo da saúde mental;
- d) A Implementação da supervisão para as equipes da ESF visando o desenvolvimento das ações de saúde mental.

7.3.2 Junto aos trabalhadores da saúde

- a) A incorporação de estratégias de comunicação e de articulação da Atenção Primária com os demais setores organizados, tanto institucionais quanto comunitários, para a compreensão dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e o planejamento das ações, notadamente às relativas ao abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas;
- b) A adoção de outros dispositivos de cuidado que privilegiem as tecnologias leves como organizadoras das outras dimensões tecnológicas usadas nos processos terapêuticos;
- c) A articulação com os dispositivos comunitários para uma efetiva promoção da saúde, inclusive elegendo o uso racional dos psicofármacos como um dos temas de educação em saúde no cotidiano da ESF.

7.3.3 Junto aos usuários

- a) A participação nas instâncias do Sistema Único de Saúde como estratégia para transformar a realidade da atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). 2. ed. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-836.

BRASIL. **Saúde mental**. Brasília, 2013. 176p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.º 466/12**. Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/userfiles/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 dez. 2012.

_____. Constituição (1988). Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/COM1988.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2012.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

- COSTA, J. E. **Retalhos da história de Quixadá**. Fortaleza: ABC, 2002.
- CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10398/1/2222222.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/GTenorioClinicaAmpliada%255B1%255D.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- EHRENBERG, A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. **Esprit**, p. 133-156, May 2004. Disponível em: <<http://cesames.org/spip/IMG/pdf/esprit-05-04-2.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.
- SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.
- ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL. **Juatama**. Disponível em: <http://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_crato/juatama.htm>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos sobre o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA'E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663>>. Acesso em: 14 mar. 2013.
- FORSAN, M. A. **Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.
- FORTE, E. B. **Perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia**. 2007. Monografia (Especialização em Assistência Farmacêutica) – Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%207/Documents/eveline-barbosa-forte.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia: mecanismos de ação de psicofármacos hoje. São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, jan./mar.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4461999000100012>. Acesso em: 30 jan. 2013.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.19, n.3, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300013>. Acesso em: 31 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@ – Ceará – Quixadá. **Censo demográfico 2010**: sinopse. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=231130&idtema=1&search=ceara|quixada|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. São Paulo: Unidade de Álcool e Drogas-UNIAD da Universidade Federal de São Paulo, [2013]. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Documents/Sa%C3%BAde%20mental/Potencial%20de%20Abuso%20de%20Benzodiazepinicos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Documents/Sa%C3%BAde%20mental/Potencial%20de%20Abuso%20de%20Benzodiazepinicos%20(1).pdf)>. Acesso em: 31 mai. 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul, RS: Educus, 2005.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal**: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. Tradução de Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MACIEL, S.C.; MACIEL, C.M.D; BARROS, D.R.B.; CMINO, L.F. **Exclusão social do doente mental**: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psi-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 02 de ago.2012.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MEHRY, E. E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-10.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 112-150.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA NETO, F. D. M. de. Bases para uma reforma psiquiátrica In: MARSIGLIA, R. G. (Org.). **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru; 1990.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência de benzodiazepínico**. Coordenação de R. Laranjeira, grupo assessor: H. N. P. Alves, M. R. Araújo, D. A. Beltiere, W. N. Bernardo, L. A. G. P. Castro, I. G. Karniol, F. Kerr-Corrêa, S. Nicastri, M. R. C. Nobre, R. A. Oliveira, M. Romano, S. D. Seidel e C. J. Silva. [Brasília]: Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, 2008. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R.L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012. Disponível em: <http://serv-ib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1777/1777>. Acesso em: 03 mar. 2013.

NORDON, D.G.; AKAMINE, K.; NOVO, N. F.; HÜBNER, C. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 31, n 3, p. 152-158, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a04v31n3>. Acesso: 22 de jan.2013.

OLIVEIRA, A. V. **Pós-modernidade e sofrimento psíquico: análise feita a partir de depoimentos de psicólogos clínicos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível:

<http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes_alex_oliveira.pdf>. Acesso: 05 maio de 2014.

OLIVEIRA, E.N. **Saúde mental e mulheres**: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. Sobral: Edições UVA, 2000.

OLIVEIRA, M. A. **O suicídio no Estado do Ceará**: estudo de epidemiologia ecológica. 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/marluce_oliveira.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25 n.58, p. 98-111, maio/ago. 2001. Disponível em: <http://www.academia.edu/1014083/Clinica_a_palavra_negada_sobre_as_praticas_clinicas_nos_servicos_substitutivos_de_saude_mental>. Acesso em: 27 abr. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo – 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. INSTITUTO MÁRIO NEGRI. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão, 1990.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 896-902, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Texto disponível no endereço: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2007-10-31T075145Z-429/Publico/Tese.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

PEREIRA, A. A.; COSTA, A. N.; MEGALE, R. F. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 269-279, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/17.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

QUIXADÁ. Secretária Municipal de Saúde. **Metas prioritárias para a saúde biênio 1994/95.**[Quixadá:], [1995]. Mimeografado. Não paginado.

ROBALO, S. S. **Perfil epidemiológico de usuários de psicofármacos em atenção primária.** 2009.34 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/24403>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

RODRIGUES, R. C. **Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica:** sujeito, território e políticas públicas. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Documents/Sa%C3%BAde%20mental/2010_RubiaCristinaRodrigues.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2014.

ROMAN, G.; WERLANG, M. C. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. **Revista de Graduação**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/8687>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SAMPAIO, J.J.C. **Epidemiologia da imprecisão:** processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em:<<http://static.scielo.org/scielobooks/3vxfc/pdf/sampaio-9788575412602.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, A. M. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 423-446.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada:** “uma pedra no sapato”. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/list.php?tid=32&page=178>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. **Milton Santos:** concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, ano 10, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2º sem. 2008. Disponível em: <www.geouerj.uerj.br/ojs>. Acesso em: 14 mar. 2013.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: _____ (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 97-117.

SCHRAIBER, L. B.; HILLEGONDA, A. M.; NOVAES, M. D. **Tecnologias em saúde.** Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>>. Acesso: 20 jan. 2013.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

SILVA, M. A. D. O uso de antidepressivo e ansiolítico em cardiologia. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 33, n. 2, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_02.htm>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SOUZA, M. A.A. de. Apresentação: Milton Santos, um revolucionário. In: SANTOS, Milton. O retorno do território. **OSAL**, Buenos Aires, año6, n. 16, p. 251-254, ene./abr. 2005. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2012.

VIEIRA, F. S. Possibilidade de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/20.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%207/Documents/639-yasuisd.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A–TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E DOS GRUPOS FOCAIS

LEGENDA DAS SIGLAS USADAS NAS TRANSCRIÇÕES:

PNS: Profissionais de Nível Superior

ACS: Agente Comunitário de Saúde

USM: usuário de saúde mental

FUSM: Familiar de Usuário de Saúde Mental

PP: Pergunta da Pesquisadora

PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR - PNS

QUESTÕES NORTEADORAS - ROTEIRO

- Fale sobre a demanda dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos em seu território.
- Comente as ações desenvolvidas pela ESF no acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos na sua ADS.
- Comente a articulação da equipe com o usuário e sua família.
- Como a sua equipe se articula com outros serviços para o seguimento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos?
- Como você considera que deveria ser a atenção aos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos?

PNS 1.

PP. Fale sobre a demanda dos usuários de antidepressivos e benzodiazepínicos em seu território.

PNS 1. Bom, aqui no PSF de Juatama, essa demanda é uma demanda que sempre... É... Lota os atendimentos mais médicos, lógico, né, quem é o prescritor, né. É... Por conta disso é... Os pacientes eles deixavam aqui as receitas, os cartões pro médico só renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação, de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde, né, nas quartas-feiras à tarde é saúde mental e aí, é, essa demanda, a gente tenta organizar essa demanda, né. Então, não são poucos os pacientes, eu queria muito hoje poder quantificar, ter um cadastro, realmente uma planilha, um consolidado destes pacientes e aos poucos o médico está cadastrando, tem um prontuário e aos poucos está cadastrando ainda um a um, né. E fazendo essa renovação de receitas ou não, reduzindo, tirando, aumentando, é, como é que se diz assim, é, reorganizando essa questão dentro do uso da medicação, né. Nesse cadastramento, né, na abertura desse prontuário de saúde mental, né, ele já faz o convite, né, àqueles pacientes que usam só benzodiazepínicos (BDZ), né, o antidepressivo (AD) e ele convida a participar de um grupo, né, de um grupo de usuários de BCZ e AD na tentativa de diminuir o uso, não retirar total, quem sabe conseguir retirar um dia, mas diminuir o uso e isso aí é uma experiência nova, a gente está começando, a gente teve um primeiro encontro desse grupo e a gente está tentando estruturar que, ao meu ver, ainda é uma demanda que fica muito à margem da assistência integral. Está muito dentro do serviço para renovar receitas, mas ainda fica muito à margem da assistência integral, que não seja só renovação de receitas. Então, a gente tem uma boa demanda e eu queria muito poder quantificar, são tantos pacientes, mas eu vou conseguir com a planilha, né? São tantos pacientes, tantos são do sexo masculino, tantos são do sexo feminino. A medicação mais usada é essa, a segunda mais é essa, entendeu? Depois poder... Quem participou do grupo conseguiu reduzir a medicação em tanto, é um projeto nosso que a gente está tentando colocar em prática.

PP. Então, até você já comentou um pouco, mas as ações desenvolvidas pela ESF no acompanhamento de usuários de ADP e BDZ na sua ADS. Comentou um pouco na sua primeira abordagem, mas assim dentro dessas ações, além do grupo, tem mais alguma outra coisa que você queira acrescentar?

PNS 1: Bom, a gente tem o grupo aí agora pequeno começando, né, tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental, até mesmo porque quando o paciente ele chega aqui em qualquer dia, ele chegava em qualquer dia, qualquer hora e ele queria prioridade para poder renovar aquela receita, são pacientes que às vezes não compreendem a questão da urgência, né, dele? A urgência dele é aquela receita então a gente tentou... Até mesmo pra começarem a perceberem o espaço deles, como chegar, que eles realmente têm que esperar e ser atendido como todo mundo, normalmente como todo mundo, mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar, é basicamente isso aí. Assim, a gente não tem mais nenhuma outra, pelo menos que eu lembre.

PP. Comente, assim, a articulação da equipe com o usuário e com a família. Vocês têm esse contato com as famílias?

PNS 1: Tem, mais o pessoal, o pessoal que já é do Posto, os técnicos de enfermagem, os agentes de saúde que já conhecem essa população, então assim, eles já se articulam melhor com esses usuários, já conhecem as necessidades de cada um: -Ah! Esse não pode ficar sem a medicação, esse tem isso, isso e aquilo outro, já consegue... Entendeu? Basicamente assim, essa pessoa não tá bem, essa pessoa está piorando da depressão, está entrando em crise, encaminha. É, a gente, às vezes, conversa com o familiar para ver como está o problema em casa, para abordar esse problema. Questão da escuta é muito importante, né? E só com isso às vezes a gente consegue já uma boa melhora desses pacientes, só a questão de escuta.

PP. E nesse caso o agente de saúde faria essa mediação, até porque ele é parte de equipe e faria essa mediação entre a família...

PNS 1: Com certeza, da percepção do problema, trazer as informações, eles fazem esse link entre a família e a equipe de saúde e o pessoal que está aí fora, pessoal do nível médio e os técnicos de enfermagem que já conhecem, né, são muito sensíveis e eles têm essa condição de chegar e até falar melhor para o profissional, para o médico, sobre essa pessoa porque já conhece, são da comunidade...

PP. Como é que a equipe da Juatama se articula com os outros serviços para o seguimento dos usuários de ADP e BDZ, outros serviços como o CAPS, como o Hospital... Já teve esse contato, essa necessidade de articulação entre vocês?

PNS 1: Já, já. A gente tem pacientes que é... Já chegaram a entrar em crise, crise mesmo, que teve que ir para o atendimento, né, de urgência até e teve que ser encaminhado para o Eudásio Barroso e também, outras vezes, não. Outras vezes o CAPS, por já saber, conhecer o paciente, por ser conhecedor do paciente, ele já chegou... A agente de saúde chega até a equipe e fala do problema, liga para o CAPS e ele já várias vezes chegaram a vir visitar, né? Tem paciente que a medicação, até a medicação mais complexa, tipo as injetáveis ficam aqui e o paciente vem tomar aqui direitinho, né, então assim, para o CAPS só vão mesmo aqueles pacientes que estão em crise realmente, em crise, certo? E assim, com o NASF também a gente tem tido uma dificuldade por conta da gente não ter uma agenda certa desses profissionais, pela dificuldade de transporte, né, mas tem a psicóloga do NASF que vez por outra quando o doutor identifica uma necessidade, quando eu identifico uma necessidade aqui de sofrimento psíquico mesmo, a gente conversa por telefone, por e-mail, por WhatsApp seja como for e a gente fala do problema, e aí a gente agenda, agenda para tal dia que eu vou aí ver essas pessoas e tem esse acompanhamento mesmo que não contínuo, mas pelo menos tem uma abordagem.

PP. À medida que é solicitado...

PNS 1: À medida que é solicitado.

PP. Você considera que deveria... Como é que deveria ser a atenção a esses usuários? No seu imaginário como deveria ser a atenção da ESF aos usuários de ADP e BDZ?

PNS 1: Primeiro, conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários. Conhecendo essa população que a gente realmente tivesse o momento deles, né, o espaço deles, que a gente deixasse de renovar receita por renovar, né? Os prescritores, né... Que conseguisse ter organização da demanda de uma forma que a gente não tivesse pacientes que usou medicação em 1900 e antigamente e hoje tá pedindo para o médico renovar receita e muitas vezes ele tem que renovar, muitas vezes através de pedidos. Eu falo, eu falo assim e eu não sou prescritora, mas a gente vê a saia justa que o profissional médico fica, né, com alguns pedidos de renovação, né? Às vezes é meio complicado o não, né, mas é que realmente tivesse um acompanhamento né? Que todos esses pacientes tivessem um prontuário nas unidades de saúde e que eles pudessem fazer parte de grupos, né, grupos onde a gente tivesse uma equipe multiprofissional, não só o médico, não só enfermeiro, mas que a gente tivesse uma equipe multiprofissional, porque assim, eu considero até mesmo com esse primeiro grupo que foi formado, eu participei do primeiro encontro de forma rápida, mas eu considero que não são pessoas fáceis de você prender... Num grupo... Os usuários... Não são pessoas fáceis. São pessoas que estão aqui, mas estão preocupados porque eles já usam medicação por problemas de terceiros, a grande maioria... Por problemas familiares que geraram aquela dependência nele, né? Então ele tá aqui, mas está preocupado com um monte de coisa que está acontecendo em casa. E se a gente começar a fazer a coisa de uma forma que não prenda, que a gente não tenha formas de articular, de modificar cada encontro, né, eu acho que a gente não consegue o objetivo.

PP. Não conseguem que eles venham regularmente...

PNS 1: Que eles venham regularmente e muito menos o objetivo da redução ou quem sabe até o sonho da retirada. Então, eu sonho assim, sabe, o agente de saúde conhecendo também os seus

usuários, tenha o cadastro de todos, o pessoal do Posto conhecendo, que tivesse um fluxo determinado, realmente que a gente se apropriasse desses pacientes, e que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS, que o que fosse mandado para o CAPS fossem realmente os pacientes que estivessem é, em crise, onde a AB já não estivesse conseguindo... E que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental.

PP. Esse instrumentalizado seria do ponto de vista de conhecimento...

PNS1: De conhecimento mesmo, de... Instrumentos que você possa trabalhar com esses pacientes, porque assim você desenvolve melhor com melhor qualidade uma coisa onde você tem mais aptidão por aquela área, né? Nem todo profissional da AB tem aptidão para a área da saúde mental. Então você faz melhor ou não de acordo com suas habilidades.

PP. Mas assim considerando essa questão que você fala de ser melhor instrumentalizado, nós moramos numa cidade que tem um CAPS há vinte anos, quer dizer, tem uma política mínima de saúde mental e você considera, por exemplo, que esse suporte do ponto de vista até de conhecimento, interconsultas, né, de matriciamento, possibilitaria essa instrumentalização ou teria, por exemplo, hoje faria uma diferença nessa condução das áreas com os pacientes usuários de ADP e BDZ?

PNS 1: Eu acredito que sim. Eu creio que sim. Eu não sei se seriam capacitações, se encontros periódicos, se oficinas, sabe, se... Mas a gente teria que melhorar nossa bagagem profissional, né? Eu falo por mim...

PP. Para dar conta dessa necessidade...

PNS1. Para dar conta... E outra coisa que atrapalha... Questão da demanda, né? Principalmente do enfermeiro, o médico também é sobrecarregado onde você tem uma área que você tem... Não é tanta a nossa realidade, a gente tem novecentas e vinte famílias, mas a gente tem uma demanda boa, a gente tem uma demanda boa que pra gente tirar esse horário pra ser saúde mental, a gente teve que compactar bem outros atendimentos, sabe? E são pacientes que você precisa ter tempo. Não só para estar transcrevendo receita, mas para você estar ouvindo, estar vendo, estar avaliando, estar conseguindo perceber e a grande maioria das vezes essa demanda que os profissionais da AB têm por um número de famílias não ser o ideal para uma equipe, atrapalha muito também nessa atenção. Eu acho que teria que ver essa questão da reestruturação, da redistribuição, da nova territorialização, adequação do número de famílias para cada equipe, eu acho que ajudaria.

PNS 2.

PP. Bom, então a pesquisa é basicamente ver como está a atenção aos pacientes que usam benzodiazepínicos e antidepressivos no município de Quixadá e a primeira coisa que a gente gostaria é que você falasse sobre essa demanda de usuários de BDZ e ADP em sua área.

PNS 2: Certo. Aqui na Juatama nós temos, são nove áreas, né? Nove áreas, somos um total de 907 famílias, talvez já tenha um pouco mais. Nós não temos dados absolutos e confirmados de quantos usuários, não temos um cadastro feito ainda. Até faz parte do meu projeto ter esse dado, esse número, mas a gente tem um número de 84 usuários que a gente acompanha, faz acompanhamento aqui. Agora nesse momento a gente está acompanhando 84 pacientes usuários de BDZ e/ou drogas psicoativas. Psicoativa... Antidepressivo, como anticonvulsivante e etc. Esse acompanhamento *a priori* eu comecei a fazer já é... Com pacientes que vem sendo acompanhados no CAPS alguns anos. Pacientes, alguns deles, realmente têm consciência, outros que são exatamente os que eu estou buscando na pesquisa e no projeto que é inserir esse paciente no Posto, aquele paciente que não vem, aqueles que a gente só faz transcrever a receita, a gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento aqui, certo? Então assim, é, de uns tempos para cá, de uns dois, três meses para cá a demanda tem aumentado, né? Os pacientes que não vinham, né, pacientes que não vinham no Posto, agora estão vindo, passando a vir, certo? Depois que eu criei o turno do atendimento exclusivo ao usuário, então toda quarta à tarde eu tenho esse paciente aqui. Tenho mesmo. De oito a quinze pacientes estão vindo aqui à tarde na quarta-feira para poder a gente fazer um acompanhamento de perto. Então, essa demanda está chegando agora. É isso mesmo, queria que fosse um projeto que continuasse aqui, para dar um acompanhamento direitinho desses pacientes e é... Justamente com o intuito de não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista e a gente acabava não acompanhando direito...

PP. Então assim, as ações que vocês desenvolvem aqui atualmente são essas, não é, o grupo, todo mundo falou no grupo (enfermeira, agentes de saúde e pacientes), e tem as consultas individuais...

PNS 2: Aqui no Posto nós temos: consulta individual, nós temos o grupo e nós temos também o acompanhamento da Psicóloga do NASF que também está atuando em conjunto com a gente,

fazendo parte até do projeto, né? Então, os pacientes estão sendo acompanhados por ela também, individualmente e em grupo.

PP. Esse projeto que você fala é o seu projeto de pesquisa...

PNS 2: É o meu projeto de intervenção do PROVAB.

PP. E nessas ações que vocês desenvolvem, existe alguma articulação com a família do paciente, vocês têm contato ou geralmente o paciente vem sozinho?

PNS 2: Geralmente o paciente vem sozinho. Geralmente. Existe uma orientação minha, da minha parte com o agente de saúde de trazer algum acompanhante, alguém que acompanhe esse paciente. Claro que fica de acordo com cada caso. Têm pacientes que realmente tem consciência do que está acontecendo, do que está tomando, conversa, é bem orientado e tudo. Têm pacientes que não, têm pacientes que a gente precisa de um acompanhante, de algum familiar ou alguém que cuide dele, para estar aqui no Posto com a gente. Existe essa orientação de trazer essa pessoa.

PP. E essa articulação do serviço, da equipe com outros serviços, vocês têm contato, CAPS, Hospital, outros serviços da cidade para discutir esses casos?

PNS 2: Aqui a gente só tem o CAPS. O CAPS, não tem... É, oferece o atendimento com o especialista, o Psiquiatra que em alguns casos de difícil controle a gente precisa, né, dessa avaliação e da conduta dele, para estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS, mas não temos no Hospital. Hospital até o momento eu não sei se tem... Normalmente existe uma reserva de leitos até... Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam, não é, para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, que estejam descompensados, mas até o momento, eu não sei, eu não conheço no Hospital de Quixadá não. Mas em casos de crise, de pacientes que estão em transtorno, que estão na crise mesmo, já teve orientação que a gente pode encaminhar esse paciente ou entrar em contato com o Psiquiatra para ele vir até a unidade, isso aí já aconteceu até em outros distritos. Aqui é que não aconteceu ainda isso, mas já ouvi em outros distritos que o profissional foi até o local.

PP. E no caso do apoio da equipe de referência do CAPS à equipe de saúde da família no caso, à equipe da Juatama, vocês tiveram alguma discussão, tipo matriciamento, alguma ação desse tipo, ou não houve oportunidade?

PNS 2: Não, não teve oportunidade ainda não. A única conversa que eu tive foi uma vez, não sei se era diretora, não sei qual o cargo dela no CAPS. Mas ela conversou comigo, ela veio conversar comigo, para alguma necessidade eu entrasse em contato com ela diretamente para poder a gente ter uma intermediação, um contato mais fácil, aí as ações que acontecem lá e aqui no Posto e a gente poder agilizar, mas assim reunião para poder protocolar alguma coisa assim, algo que fique mais direcionado, não teve.

PP. Nenhuma ação sistemática de acompanhamento do CAPS com as equipes...

PNS 2: Sistemática não. Não existe.

PP. E assim, os agentes de saúde, qual é o papel deles nesse acompanhamento, enquanto parte da equipe?

PNS 2: O agente de saúde é fundamental, a ação do agente de saúde aqui não só para esse paciente usuário, para todas as outras, todas outras, digamos assim, partes de saúde da mulher, saúde do idoso, da criança. O agente de saúde é fundamental. No usuário, principalmente. E aí o agente de saúde tem o papel também de, é, ele vai suspeitar... Alguma detecção lá no momento da visita que ela está fazendo, suspeitar de algum caso assim, né, muitas vezes a gente... Como é que a gente descobre o paciente, é... Com transtorno afetivo, com transtorno mental, né? Um paciente com transtorno psíquico, psiquiátrico, por exemplo. Então, é fundamental a ação dela. A visita da agente de saúde, né? E aqui a gente como a gente tem a oportunidade de se reunir sempre, né, todo mês a gente sempre se reúne com a colaboração da enfermeira, e aí nós médicos também conversamos em reunião que as agentes fiquem bem à vontade, certo, para conversar sobre isso, sobre o que elas estão vendo nessas visitas, descobrindo pacientes novos ou então pacientes que já são conhecidos, usuários que elas acham que deva ter uma visita, ou então que deva ser consultado por outro problema de saúde, elas estão alertas, elas avisam. Isso aí acontece com frequência e aqui elas são bem orientadas com relação a isso. Algumas são bem mais decididas com atitude do que outras. Acaba acontecendo isso, principalmente as que estão aqui próximo à sede, tem pacientes mais próximos, usuários do que outros que moram mais distantes, mas existe um acompanhamento de todas as áreas. As nove áreas a gente acompanha direitinho. Muitos agentes de saúde chegam a ter dificuldade pelo acesso, falta até mesmo de um veículo para poder transportá-la chegar até o local e trazer este paciente aqui. Muita vezes a gente deixa de atender, porque o paciente não vem por causa de transporte, mas uma oportunidade que a gente tem de visitar esse paciente, a gente visita, não é? Faz a visita no local, na casa, conversa direitinho e faz o acompanhamento.

PP. Nesse acompanhamento que você está fazendo aqui, agora, você tem encontrado resistência dos pacientes para vir à unidade?

PNS 2: Demais. Tem, tem. Acho que houve uma quebra de barreira aqui, né? Na verdade, quando eu cheguei não existia isso. Não existia esse acompanhamento.

PP. A prática da prescrição já estava instalada aqui.

PNS 2: A prática instalada. Enraizada, na verdade. Estava enraizada aqui. Sabidamente aqui e em outros locais existe isso, mas aqui eu percebi isso e quando tomei conhecimento do projeto, que tinha que ter um projeto, não é, para poder intervir aqui na comunidade, eu pensei logo nisso. Eu pensei logo nisso, que poderia ser bastante interessante e iria ajudar bastante a ação nesse grupo de usuários e aí eu conversei com as meninas, conversei com a Iracilda, enfermeira do Posto e aí a gente... Bem, no começo havia a resistência até dos próprios funcionários aqui do Posto. Você sabe que é um grupo difícil, não é fácil tratar a saúde mental, não é. Eu sei disso, é desafiador, muito desafiador, mas eu fui em frente e instalei, consegui e a gente começou receber esses pacientes e com resultado muito bom. Até agora que eu esperava que acontecesse e aconteceu, foi a motivação. Um dos objetivos do meu projeto era esse: era motivar o paciente, e esse paciente se sentir bem, vindo para o Posto. Eu motivando ele aqui, ele vai... Com certeza essa motivação vai se espalhar. Vai existir uma melhor integração dele com a gente e dele com a comunidade, com as pessoas ao redor dele, normalmente os pacientes se isolam, não é? Pacientes normalmente têm o mundo deles e aí desde então os pacientes começaram a vir. Eles se sentem bem em vir aqui, alguns pacientes estão adorando a ideia de ter que vir aqui, até mensalmente, acompanhados, se sentem acolhidos, finalmente. Sentem-se acolhidos, não se sentem só, jogados, sem acompanhamento. Se sentem... Sabendo que alguém está preocupado com a saúde deles, eles se sentem importantes. Isso é importante para eles também e a resistência em relação a alguns pacientes que tinham, chegavam aqui, mas não falavam tudo que tinham que falar, isso aí também eu estou percebendo que eles estão mais abertos, eles estão mais flexíveis e estão conversando, estão se abrindo mais facilmente, mas a resistência ela existe, ela existe ainda. Ainda existe. Alguns pacientes não vêm. Eu tenho um número predeterminado, número esse que foi discutido, qual o número de pacientes que eu iria acompanhar no grupo e eu nunca atingi ainda. Normalmente são oito pacientes, quando vem, vem quatro, vem cinco no máximo, não vêm todos, ainda existe a resistência para o grupo.

PP. E nesse caso a que você atribui essa resistência?

PNS2: Bem, primeiro o paciente, eu creio que ele se sinta ameaçado, um paciente que normalmente ele tem uma sensibilidade maior, paciente que tem, talvez, um aumento da resistência por conta do medo de expor a situação dele, medo do que vão achar, do que vão achar dele, do que vão pensar dele. Ele já é um paciente que, normalmente, se restringe ao ambiente domiciliar dele, ele se afasta dos amigos, se afasta dos vizinhos, então de uma hora para outra ele ter que expor a vida dele assim, eu acho que ele se sente ameaçado assim, medo, isso faz com que ele não se sinta à vontade, isso faz com que ele não venha até a gente, não é?

PP. Você nota medo por temer tentativa de retirada do benzodiazepínico?

PNS2: Ah, no caso dos usuários sim. Existe um medo, um nó ali. Um dos itens do meu questionário que eu aplico na consulta é exatamente com relação a isso. O que, uma pergunta que eu faço, é o que melhoraria a qualidade de vida desses pacientes. Aí, o subitem seria a retirada. Que ele acha, sim ou não e por que. Então a resposta de não tirar é quase absoluta. E a justificativa é o medo do retorno dos sintomas. Os sintomas iniciais que levaram ao uso do medicamento.

PP. Tem pacientes com longo uso de BDZ?

PNS2: Tem, tem pacientes que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas.

PP. Quando você diz assim que o paciente se isola um pouco, eu pergunto assim: uma das falas da Reforma Psiquiátrica é exatamente a inserção do paciente na comunidade, na família e na comunidade e ele, então, ele poderia carregar um estigma em relação à doença mental? Ainda existe no imaginário da população e até dos trabalhadores da saúde?

PNS2: É, existe.

PP. Assim, o que eu tenho percebido parece em alguns momentos que o trabalhador da saúde nesse discurso de não estar preparado, talvez tenha mais coisas aí do que o não estar preparado? Eu tenho escutado muito esse discurso: não, porque não estamos preparados para receber essa clientela...

PNS2: É...

PP. Não sei. Que que você acha?

PNS2: Eu acho assim que com relação ao despreparo realmente existe. Não temos muita preparação, capacitação para isso.

PP. A própria formação...

PNS2: A formação da gente não é uma formação para isso. A gente acaba que recém-formado não tem essa... Uma disciplina na faculdade e quando é mais ou menos bem feita assim... A gente tem um déficit em relação a isso. Bem, primeiro, claro, parei para pensar se eu ia realmente tomar a decisão de começar a ver essa parte. Haja vista que muitos colegas médicos já escaparam dessa hipótese... Não quiseram. Então, acharam que ia ser muito difícil e é muito difícil. Bem mais fácil conduzir um hipertenso, conduzir um diabético, é muito mais fácil mesmo conduzir a criança, mas é desafiador e esse desafio foi que me fez ir para frente, me motivou. Um dos objetivos do projeto foi exatamente com relação à Reforma Psiquiátrica que é inserir esse usuário, esse paciente na comunidade e aumentar a motivação pessoal e integração. Integrar, fazê-lo mais sociável. Socializar bem melhor com a comunidade, com os parentes, com vizinhos, com pessoas de modo geral. E no início é muito complicado, porque o início seria fazer essa pessoa entender o que é isso que a gente está tentando fazer. É por isso que eu falo, muitas vezes o paciente, ele vive o mundo dele. Tanto que começa a usar um medicamento desse, muitas vezes esse medicamento até baixa um pouco, rebaixa esse paciente um pouquinho e ele se sente bem, se sente bem e por estar bem, ninguém mexendo com ele, ele fica ali como se fosse em inércia, ele fica naquele estado de prazer daquele momento, depois dos medicamentos e pronto. Mas o grande desafio é fazer com que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome, né, ele volte ao convívio, ao convívio com a comunidade. O meu objetivo maior é esse. O objetivo geral seria melhorar o atendimento, melhorar o acompanhamento desse paciente. Como objetivo específico, eu coloquei reinserir este paciente no convívio, no convívio da sociedade, no social que aí vai ser o auge, vai ser um dos principais objetivos que eu queria atingir. E por isso o grupo. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa. Quando ela se sentir mais motivada, ela vai se abrindo mais. Então isso daí vai ser muito interessante para essa pessoa. Então, no momento, a gente está no início. Está começando o processo de conscientização desse paciente, desses usuários. Já tem um resultado já. Tem um resultado. O outro objetivo seria reduzir a dose da medicação, também já estamos conseguindo fazer isso, não com relação aos BDZ, mas com relação aos antidepressivos. Já, já tem resultado. Tem paciente já com redução de dose ou retirada total. Mas BDZ é complicado. Vamos começar aos poucos reduzir essas dosagens aí para ver se a gente conseguir atingir esses outros objetivos. Estou achando que vai dar certo.

PP. Você já colocou que pretende se articular com os outros profissionais do CAPS, na sua visão, o que nós temos hoje, mesmo o que você já conseguiu e o que você pretende conseguir, no caso, de atenção a esses pacientes, envolveria outras ações que no caso necessitaria de uma equipe multidisciplinar que possa trabalhar outras... Outros aspectos, né, das doenças. E em relação à comunidade você consegue vislumbrar uma ação que mude... Porque assim, paciente pode até tentar se inserir, se reintegrar, e aí teria que ver o outro lado. Como é que a comunidade receberia essa... Porque assim, como é que eu percebi essa proposta de reinserir, claro que nós estamos falando de uma multiplicidade de diagnósticos, pessoas com problemas diferentes, desde os problemas mesmo de se adaptar à realidade, vivenciar cada situação da realidade, muitas vezes, o uso do antidepressivo é muito por conta disso e menos por conta de patologia orgânica e a comunidade, assim, você acha que eles têm uma noção dessa mudança que houve nesses anos de reforma psiquiátrica para a retirada dos pacientes do hospital psiquiátrico para vir para o CAPS, para vir para ESF? A família percebe esse movimento?

PNS2: Eu acredito que atualmente muitos pacientes, usuários, né, digamos assim, existe um internamento domiciliar, praticamente. Estão dentro de casa, estão vistos e sendo acompanhados, assistidos pelos próprios familiares.

PP. Diferente da institucionalização?

PNS2: Eles não estão institucionalizados assim num local, mas estão dentro de casa, estão acompanhados, estão sendo vistos pelos familiares, então os familiares acabam entendendo mais a situação, o problema dessa pessoa. Principalmente, a gente sabe que boa parte desses problemas são os familiares, usuários de antidepressivos são os distúrbios familiares, são problemas internos mesmo, mais que patologia orgânica. Mais uma desestruturação familiar, muito relacionado até com cultura de patrimônio, etc. Mas assim, já... As pessoas, os familiares, as pessoas ao redor, os vizinhos já conseguem entender melhor e existe um convívio já quase que definitivo assim. A pessoa já sabe quem que a pessoa tal tem aquele probleminha, usa tal medicação, é assim, assado, já sabe basicamente o roteiro do dia a dia. Já sabem o dia a dia dessas pessoas. E compreendem. Tem

outras pessoas que não, mas acho que... Acredito que boa parte delas já compreende. Os familiares principalmente já compreendem melhor. Já aceitam mais a ideia de que essa pessoa tem que ficar mesmo no convívio da gente, dos familiares, de casa, do que institucionalizado lá sozinho.

PP. E você, em algum momento, você conseguiu esse dado de que entre esses oitenta pacientes, qual já esteve institucionalizado?

PNS2: Não.

PP. Mas nem história antiga de que houve internação?

PNS2: Não. Nenhum paciente que eu acompanhei teve internamento assim de muito tempo nessas... Em hospital psiquiátrico não. Mas, assim, já teve caso de paciente que já teve que ir, no momento de um surto, de uma crise foi ao hospital, mas retornou logo em seguida. Foi estabilizado, aí retornou. Está sendo acompanhado pelo CAPS e pela Atenção Primária. Mas internamento longo não.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS

- Comente o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos pelas pessoas residentes na sua microáreas.
- Como se dá o acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos pelos ACS na ESF?
- Como se dá o acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos pela equipe na sua ADS?

PP. A primeira questão que eu gostaria que vocês comentassem é sobre o uso de ADP e BDZ pelas pessoas residentes na área de vocês na área de vocês. Então assim, o que vocês sabem a respeito disso. Se tem muitas pessoas, se faz tempo que usam, não precisa citar nomes, não são os casos, quero saber a situação geral, tipo assim: se nas suas áreas tem muitos casos, poucos casos, não tem ninguém. Então eu gostaria que vocês comentassem isso: como é que vocês veem o uso de BDZ e ADP na área de vocês, o uso dessa medicação, não vamos fazer julgamentos, se é bom se é mau, se há muitos problemas...

ACS 1: Impossível ter uma área que não faça esse tipo de uso. Na minha área assim eu não tenho bem assim um controle totalmente de quantas pessoas usam, o controle mais quem tem são as meninas aqui. Aí através da R. foi que eu vi mais ou menos o número de pessoas que usa, tem um que faz uso de dois; um que faz uso de apenas um medicamento, porque elas são quem controlam as receitas, aliás, o médico, né? Tem alguns na minha área que faz (tratamento) particular, como eu tenho três senhoras na minha área que faz particular através de acontecimentos trágicos assim na vida delas, uma senhora assim de mais de setenta anos, mais foi por mortes, né? Filhos, tragédias assim bem cruel. Mas é impossível não ter pessoas que faça uso de medicamentos. Tem também na minha área que ele é alcoólatra e também faz uso desse medicamento, né? Quando ele para de beber ele quebra tudo dentro de casa. Ele fica vendo tudo, vê pessoas, vê gente pegando ele, é horrível. E por sinal, através dele, a mãe dele já faz uso desse medicamento, já pelo que vê o filho. Não é fácil, não. Todas elas têm uma história trágica, assim pra contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia, como uma senhora mesmo outro dia relatou e é o que acontece na minha área.

ACS 2: Na minha área eu tenho nove que usa, certo? E eu tenho notado que mais são mulheres, mais por problema de marido, essas coisas assim, tem delas que usam mais de um medicamento. Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão.

PP. Você também identifica que o uso se dá também mais por outros problemas pessoais, familiares mais do que da própria pessoa.

ACS 2: Sim, e mais são mulheres.

ACS 1. É, mais as mulheres. Homens são tão poucos, né?

ACS 3: Na minha área já é diferente, eu vejo que lá é mais é por conta dessas pessoas que assim precisam do remédio que uns desmaiam, problema psicológico na cabeça. É, epilepsia. E homem, mais é homem lá. Epilepsia, Neurocistecercose e tem um caso de uma mulher lá que está até sendo acompanhada pelo Dr. R. no grupo daqui, já tomou vários tipos. Eu nunca me aprofundi para saber os motivos dela ter tomado assim tantos remédios, sei que ela já é convencida disso já, que precisa desse remédio, se não, não vai conseguir nem andar, sair de casa, que vai ficar muito doente, ela já tem isso focado na cabeça dela, diz claramente... Eu digo você não precisa disso, você tem que se conscientizar que você não precisa. Aí ela diz: que eu vou fazer sem o remédio, eu estou sem remédio, ai Meu Deus, já estou começando a me sentir mal... E eu vou me sentir cada vez pior. Eu falo pra ela que é só uma questão da cabeça dela. E ela: não eu preciso. Ela agora está participando do grupo e a fala dela já estava um pouco mais deferente tipo amenizando o problema dela. O caso dela até o momento eu não me informei propriamente o motivo de ter levado ela a tomar tantos

medicamentos. Eu acho que o problema dela é psicológico. Só esse caso aí que tenho, mas os outros todos são por conta da epilepsia.

PP. Mas os outros tomam ADP e BDZ ou tomam outras coisas carbamazepina...

ACS 3: Carbamazepina, amitriptilina, tem um rapazinho que toma porque ele teve um AVC cerebral por um nódulo. Tem outro lá que desde pequeno ele toma amitriptilina, ele tá recebendo até um benefício que no caso aparentemente ele não tinha nada, só que ele tomava desde pequenininho, desde três anos de idade.

ACS 4: Eu sou da área do distrito, não sou sede. Sou agente de saúde do distrito, tenho onze localidades, assim no momento eu estou com doze pessoas que tomam remédios psicoativos: carbamazepina, fluoxetina, amitriptilina e assim em geral é homem, é mulher, é criança, é idoso, abrange o ciclo... a idade é geral, da criança ao idoso. Eu vejo assim, tem uns que já faz há bastante tempo. Os idosos já fazem (uso) há bastante tempo, já está com onze anos... aí uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, aí tomam o bromazepam. Tem uma senhora que ela que foi por conta da última gravidez dela, ela já estava com nove, oito gestações, na nona gestação no parto ela teve um problema neurológico, aí foi diagnosticado, ela precisa fazer uso destas medicações por conta do problema dela, que ela teve isso aí, após... Depressão pós-parto. Tem também adulto que toma por conta do alcoolismo que estava dependente de álcool, de álcool, aí começou a dar convulsões, aí foi veio para o médico e tudo aí o médico foi e passou diazepam, né, para controlar. Tem criança... Uma criança que toma desde bebê ao nascer, começou a crescer, nos primeiros meses de vida, primeiro ano de vida começou a sentir, foi para o Neurologista aí tem problema e o Neurologista prescreveu essa medicação e é por tempo indeterminado. Ele hoje já tem...

PP. Mas você sabe qual a medicação que este bebê toma?

ACS 4: Sei, eu tenho... Não tenho de cor, mas eu tenho anotado.

PP: Não, eu digo assim... Alguma delas é antidepressivo, benzodiazepínico?

ACS 4: É.

PP. Aí ele tem que idade agora?

ACS 4: Agora ele está com nove anos. Aí ele toma direto, ele faz o controle... Faz acompanhamento com o Neurologista, aí ele toma essa medicação. Tem um rapaz também que faz uso de fluoxetina, valproato de sódio, diazepam e maprotilina. Também isso já foi desde criança, aí hoje ele está com seus vinte e poucos anos. Ele faz uso dessa medicação, faz acompanhamento no CAPS e foi também por conta de problema de criança. E tem também as pessoas de quarenta e poucos anos, de trinta e poucos anos que tomam por conta de... De problema de convulsão que chama epilepsia, aí faz o uso da medicação também que é carbamazepina e fenobarbital, faz o uso dessa medicação.

ACS3: Esses dois medicamentos podem viciar?

ACS4: Se for só para o tratamento não, né? Então assim, tem uma mistura de tudo, né? Tem por conta da epilepsia, tem por conta de doença de criança que nasceu com problema neurológico, tem a mulher por conta de problema depressivo pós-parto, né? E eu vejo, Dra. F. que tem também por conta de... Teve há pouco tempo uma medicação que foi passada para professora por conta que a pressão dela estava subindo, de estresse no colégio, né? Que geralmente ataca muito os professores. Tem também essa pessoa só que ela por si própria... O médico passou, mas ela só tomou um ou dois comprimidos aí não tomou mais, porque até então antes ela já tinha tomado por perda familiar, ela perdeu um ente querido dela que foi a mãe dela, aí ela passou por um processo de medicação, aí foi se tratando, se tratando lá no CAPS com os Psicólogos, aí parou de tomar a medicação, aí agora começou a pressão subir, problema de pressão alta no colégio, médico achou que era por conta que ela estava muito nervosa, muito agitada, passou um comprimido de fluoxetina, só que aí ela só tomou um. Aí ela disse que não queria voltar ao que ela sentia antes, a depender de medicação, aí ela por si só não tomou, aí não contei aqui nessa contagem... Corrigindo, eu não tenho doze, estão faltando essas duas que eu falei. Tem quatorze, porque eu não coloquei aqui a criança que desde novinha foi problema neurológico, ela faz tratamento com o neurologista e a mãe dessa criança que também começou a tomar através do parto, aí foi diagnosticado que ela tem Síndrome do Pânico, está fazendo um tratamento e foi diagnosticado agora pelos uns exames que ela fez de cabeça que ela tem um vírus, um problema na cabeça, um germe, um vírus, um não sei o quê na cabeça que vai ser preciso tratar para saber se pode abandonar esse tratamento ou não, que é o diazepam, que ela toma o diazepam.

ACS 5: Na minha área também tem... O número é bem crescido. Eu não sei especificar o total, mas tem muitos. Tem criança, adolescentes, tem já adulto, tem idosos também que tomam. Também a maioria assim: tem uma família que só na família são seis pessoas, cinco ou seis pessoas, é assim entre irmãos e sobrinhos, aí tem também uma senhora já de idade, tem criança, e a maioria são assim, mas assim tem uns que é por conta de bebida, que já bebe há muito tempo e eu soube até que eles estão participando do grupo aqui, tem quatro. Dois, um casal que são marido e mulher, que

eles dois tomam e todos dois bebem e eles já vêm assim pelejando para ver se eles largam... Se vai abandonando, né, porque ... Por conta assim que a mulher toma muito, não é só um tipo de medicamento controlado que ela toma, tem diazepam, tem antidepressivo e ela disse pra mim que no dia que não toma, já vê que tá né... Não passa sem o medicamento. E tem uma senhora de idade também, né, que ela toma só que essa ela já tem sessenta e poucos anos. Começou porque teve uma época que ela engravidou, só que nessa época ela não morava na minha área, né, teve um filho levou uma queda e de lá pra cá ficou em coma, daí pra cá ficou assim. E teve uma época que ela enlouqueceu mesmo assim, ficava ameaçando matar médico, matar enfermeiro, quem entrasse na casa dela, agente de saúde, aí eu sei que começou a tomar muitos medicamentos, ela toma quatro, né, desses medicamentos. Pronto, aí ela fica controlada, só que é aquela pessoa assim calma, não é mais aquela mesma pessoa, de fazer as coisas assim dentro de casa, faz quando tem vontade, quando dá certo, né? E tem criança também, tem um meninozinho que ele começou a dar convulsão, ele até o Depakene ele estava tomando, aí uma última consulta que ele foi agora a doutora deu uma diminuída, trocou, né, outros medicamentos porque ela disse que mesmo tomando os medicamentos ele ainda dava convulsão, aí tá com uns quatro meses que ele parou, né, ele não deu mais. E tem... A minha área é uma área... eu acho que das áreas a minha é a maior. Acho que contando daqui pra lá é uma casa sim e outra não. Tem uma que é por conta de uma separação, que ela é muito assim agitada começou a tomar o medicamento. É complicado demais.

PP. Eu gostaria que vocês discutissem como é o acompanhamento na área de vocês a esses pacientes. Como é que vocês acompanham, que que eles falam assim em relação a esse problema especificamente do uso do medicamento controlado, se eles comentam alguma coisa, se vocês visitam por conta dessa questão, se eles abordam, pedem alguma coisa. Como é o acompanhamento de vocês em relação a eles?

ACS 1: Assim, na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Minha área é a área mais chique. É o Centro da... Eu sou chique. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam, tanto assim que a gente tem até um cadastro que a gente fez há algum tempo atrás, para eu chegar eu tive que vir no Posto para chegar ao Prontuário deles. Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam, né, eu acho que de qualquer maneira tentam se esconder por trás daquilo, né? E conversar sobre porque usam é muito difícil, só diz assim: eu não posso estar sem esse remédio. Eu tenho uma menina na minha área, mulher jovem, ela tem trinta e dois anos e eu não sabia que ela fazia... eu sabia que ela fazia uso de um e ela já está no terceiro medicamento. Eu não entendo por que. Porque aparentemente ela é uma pessoa saudável, divertida, uma família equilibrada, eu não sei o que leva uma pessoa dessas... Porque eu também não converso, também não vou me aprofundar, não tenho tacho pra isso né? E falar sobre porque usam, não comentam. Quando a gente entra numa casa, nós já temos liberdade demais, a gente visita sempre o hipertenso e o diabético, a criança, a gestante e para nós nos aprofundarmos nesse caso, doutora, viu... Muitas falam... a área dela aqui (A4-Y) depende muito dela para esse tipo de remédio, ela trás, ela faz receita, o grupo dela aqui é o único que bate o recorde. Já as minhas não, as minhas já são bem mais reservadas.

PP. Então, a gente poderia pensar, a gente poderia concluir que na sua área se fala mais naturalmente de hipertensão e diabetes e menos (naturalmente) desses problemas de saúde mental.

ACS 1: Com certeza.

PP. Há certa reserva mais nesta questão, mas hipertensão e diabetes são naturais.

ACS 1: Há certa reserva. Eu acho. De hipertensão e diabetes se fala normalmente, mas partiu para isso...

ACS 3: Eu tenho... Não sei se torna um defeito ou uma qualidade de sempre querer saber, conversar, de dar minha opinião, de dar uma palavra de conforto, lá na minha área as pessoas que tomam por conta de depressão, de algum motivo psicológico, eu sei a maioria, porque essa que eu estou te falando é por conta... Só que ela não explicou, não entendi o motivo, eu é que não entendi... Sei que ela fala que precisa, fala o que sente, já tem outra que é por conta que perdeu o marido, que depois perdeu o outro marido, aí teve um desgosto, ela toma acho que é amitriptilina se não me engano, se ela não tomar, ela disse que amanhece o dia, no outro dia toda dolorida, toda dolorida, não consegue fazer mais nada. Aí eu conversando com ela, aí eu disse se você não pensar que vai sentir isso? Mas eu vou dormir, se eu me esquecer, por exemplo, eu vou dormir sem nem pensar no remédio, mas no outro dia eu amanheço doente, aí é que eu vou lembrar que é porque eu não tomei o remédio. Aí pronto, lá eu não tenho dificuldade de trabalhar isso não.

PP. Então você fala abertamente sobre essas questões como falaria das outras: hipertensão, diabetes...

ACS 3: Abertamente.

ACS 2: Eu tenho um caso assim de uma mulher que ela fica me pedindo para eu arranjar receita azul, desesperada, né, porque eu acho que ela já está é viciada mesmo. Ela diz que se não tomar o remédio não dorme. Aí eu digo: mulher, eu não posso, o médico não pode me dar a receita azul, tem que lhe ver para poder passar, mas ela é assim. Quer porque quer uma receita azul, aí eu encaminho, aí ela vem aqui, aí ela está nesse grupo também do Dr. Para ela pedir as receitas, né. Ela é assim um tipo de pessoa que ela já foi para todo tipo de especialista que eu nem sabia que existia especialista do dedo do pé ao fio do cabelo. Ela sabe onde é que tem médico de tudo quanto é coisa ela consegue médico. Já fez de tudo, já fez de tudo. Já tem mania de doente mesmo.

PP. Então, ela é uma usuária de longa data...

ACS 2: É, e é de toda medicação, ela gosta de tomar, não sei como é não. Chego lá ela tá com uma caixa cheia, uma caixa de sapato, rodo tipo de remédio tem nessa caixa. Ela toma esses remédios antidepressivos, e toma de pressão.

PP. Ela é idosa?

ACS 2: Não, não tem nem cinquenta anos, não.

PP. E você a visita regularmente?

ACS 2: Visito e ela liga pra mim direto, quer visita toda semana e eu vou. Vou, porque se não for ela cobra direto. Tem que ir toda semana lá. Ela cobra visita direto.

ACS 3: Eu tenho um caso de uma mulher que ela é do Choró, sabe? Agora, dela o motivo eu sei claramente por conta de um caso que ela teve, que ela era casada e teve um caso com um homem e ele fez ela sofrer, por conta disso ela pegou depressão, ela foi operada da cabeça, ela toma um monte... o médico que operou ela Neurologista disse que ela não vai ficar boa mais nunca. Só que ela toma mais medicamento por conta da depressão. Ela chora direto, eu chego lá ela fica triste chorando. Aí eu converso com ela, eu sei que eu a deixo de alta estima. Só em conversar com alguém, precisa nem ter medicamento, ela já melhora.

PP. Ela mora só, não?

ACS 3: Não, com o marido, voltou para o marido e os dois filhos. A situação dela, tipo assim, é aquela pessoa que exige a sua presença? Você tem prazer em ajuda-la. Você sabe que com um sorriso seu você faz com que ela sorria também.

ACS 5: Na minha área eu busco saber deles quais são as medicações que eles tomam, porque daquilo ali que o médico veio passar aquela medicação e eles são abertos. Eles comentam, eles falam, eles me pedem porque o uso da fluoxetina, né, a gente pode trazer a receita e o médico prescrever sem a presença deles, já dos diazepam não. Assim, aí assim eu converso com eles, peço pra eles virem pra prescrever o diazepam, eu trago as receitas como a fluoxetina como anteontem eu trouxe duas receitas de dois pacientes. Assim, eles são abertos comigo pra dizer o porquê que toma aquilo ali. Encaram com naturalidade, chegam pra mim, conversam que tem vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue, não pode, porque tem uns que é por conta da convulsão, né, da epilepsia, então tem que tomar, né? Tem outros que é por conta neurológico mesmo, tratamento que tem que fazer com aquele determinado... Aí, acompanhado pelos médicos e o médico não suspende. Às vezes aumenta é a dosagem, né? Então assim é necessário tomar, mas tem vez que eles ficam tristes por estar tomando aquilo dali, aquele medicamento, mas eles são abertos comigo do mesmo jeito que ele são abertos com a medicação de hipertensão e diabético, eles são abertos com a medicação de remédio controlado. Eles agem com naturalidade. Não tenho... É tanto que assim eu sei quando vem para o médico que o médico passa uma medicação e quando eu vou visitar que eu visito uma vez por mês, eu pergunto: você ainda tem essa medicação, está faltando, está perto de acabar? Inclusive o médico está entrando de recesso, o médico só vai vir depois do dia seis, ele veio terça e quarta, aí ele só vem depois do dia seis, "vocês estão tendo a medicação ou não tem, precisa comprar, precisa receber, só compra se tiver a receita, vão logo," certo? Eles são assim, agem com naturalidade.

ACS 4: Na minha área também são. Graças a Deus são bem abertos, me procuram quando estão com pouca medicação, né, já ficam me procurando pra saber que tem a data... A quarta-feira à tarde que já é especificada já para esse tipo de receita, né, eles vêm... Só que teve delas... Tem uma que eu era quem dava a medicação de manhãzinha, meio dia e à noite por que foi logo no começo quando ela começou a ficar atacada mesmo que começou a tomar, dizia que tomava e não tomava, só jogando embaixo da cama, aí passou...

PP. Ela mora sozinha?

ACS 4: Não, tem marido e tem filhos, os filhos eram pequenos e o marido saía para trabalhar de manhã e só chegava à noite. E dele também ela não tomava, porque o coitado morria de medo dela, aí ficou uma senhora da frente, né, ela dava. Aí também depois ela disse que não queria mais, não queria, não tomava, aí eu passei a conversar com ela e fui, enfrentei mesmo que ela dizia que se eu entrasse na casa dela, ela dava facada, fechava a porta, era aquela coisa toda, mas a gente foi

convencendo até que eu passei a dar a medicação dela, ela ficou controlada tomando e depois ela disse “não, A4-Y, pode me entregar que eu tomo. Mas eu sempre fico, né, mas Graças a Deus, são assim abertos, né, Tem um caso de uma... Ela tem o que, trinta e quatro anos, trinta e cinco... Completou agora, ela também toma esses antidepressivos por conta de uma separação, né, do marido e às vezes ela fica aquela coisa toda e ela tem assim uma cisma que dizem que as pessoas ficam fazendo trabalho para ela, né, aí ela diz “A4-Y hoje eu já estou assim com aquele gelo, aquele suor frio medonho no meu corpo, aquela coisa, tenho certeza como já tem gente fazendo alguma coisa pra... Né, trabalho. Eu digo: “Mulher, vai tomar teus remédios, tu tá tomando? Ela diz “não, eu estou, eu estou”. Mas aqui, acolá também ela toma uma bebidazinha junto com o remédio, aí eu falo para ela deixar isso de mão, até eu digo: mulher tu estás deste jeito, vai cortar o efeito. Fica dizendo aquela coisa assim. Graças a Deus que hoje ela está mais controlada, ela já arranhou outra pessoa, já abandonou mais ali o marido, por que era uma perseguição, não se conformava. E tem um casal, esse casal também que qualquer coisinha quando está perto de acabar a medicação, elas já ficam me perguntando. Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas.

PP. E assim como é que vocês veem o acompanhamento da equipe a esses pacientes das áreas de vocês? Como é que vocês avaliam que está sendo, o que vocês gostariam que acrescentassem nesse acompanhamento para melhorar.

ACS 1: Não, o grupo... Sempre existiram essas pessoas, mas o grupo mesmo foi criado agora recentemente. É bebezinho, né? E para dar continuidade também não depende só deles, depende da gente e dos pacientes também. Nesse grupo foram selecionados aqueles casos mais graves, né? E também não tem nenhuma pessoa da minha área nele.

PP. Esse grupo é de quem usa qualquer medicamento ou é ...

ACS 1: Não, é de quem faz uso de mais de um medicamento, ou é dois... não foi o que ele (médico) falou? Ele selecionou aquelas pessoas bem complicadas. Na tua área (A3-Y) tem bem uns quatro, não tem? É onde o negócio é mais precário. Na minha área não tem nenhuma pessoa nesse grupo não. Sim, uma coisa que eu ia perguntar: porque as professoras quando vem para o médico estão com a pressão lá bombando? Sei que é o estresse, é o cansaço, é tudo enquanto... Tacam logo diazepam nessas mulheres. A senhora sabia que os professores, todos estão praticamente na minha área. Eu não tenho um professor que não seja hipertenso. Juro. Eu tenho 10 ou 11 professores na minha área. Não tem um deles que não seja hipertenso. Alguns já aposentados. E a maioria deles está tomando remédio para controlar os nervos, porque se não tomarem, a pressão não baixa. Eu acho isso um absurdo.

PP: Nós podemos imaginar algumas questões, não é? O adoecimento dos professores, já que é uma característica comum à categoria como você está identificando, deve ter... Pode ter alguma relação com o tipo de trabalho que eles fazem. Assim, tenho escutado queixas, inclusive, de pessoas professores, que são professores há muito tempo que percebem também uma mudança no comportamento dos alunos, do que era antigamente, quer dizer, quando nós fomos alunos e os alunos de hoje. As mudanças que vem se processando no mundo, a questão da crise de autoridade, não é, mas na minha (época) porque sou mais velha que vocês, o professor era uma autoridade, você respeitava acima de tudo. Abaixo dos pais a autoridade próxima era o professor. Claro que tinha sempre um ou outro que... Mas no geral da turma quando o professor entrava todo mundo fazia silêncio. Imagino que tenha uma relação com o tipo de trabalho que eles exercem. E também será que nós teríamos estrutura para... É uma discussão... Para atender a estes pacientes de outra forma que não entrando logo na química, no diazepam? Estrutura no sentido de... É tempo para ouvir a cada um, porque quando você... Como a R. colocou: eu gosto de escutar porque eu sei que eu vou ajudar a elevar a autoestima dessa pessoa, ela vai ficar bem por isso, por isso. Quer dizer, é uma possibilidade, não é? Será que nós estamos tendo (tempo), enquanto equipe com toda a demanda que a gente tem? Que é que vocês acham? Com toda a demanda que a agente tem, nós estamos tendo tempo também para a saúde mental? Ou nós estamos tendo menos tempo para a saúde mental?

ACS 5: É, porque ela falando aqui do grupo do Doutor agora é recente, mas a gente já teve algum tempo atrás a Universidade Popular e que no calendário também tem uma data determinada para a saúde mental. E tinha um grupo... Funcionou ainda um bocadinho de tempo a Universidade Popular, né? Então novinho é esse agora que o Doutor R. está...

PP. Então já tivemos outras tentativas?

ACS 5: Já, com certeza.

ACS 4: Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, que acontecia muito aqui. Agora não, Doutor R. não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa. Num ponto isso aí também ajudaria. Às vezes uma palavra que pode ser de um profissional

que conta muito, resolve mais do que qualquer outra coisa. Você chegar aqui, você vem obrigado... Tem muitas pessoas que vêm obrigadas a vir aqui pegar, porque se não, não pega a receita, mas quando daqui, já sai... Como é que se diz? De outra forma, satisfeito.

ACS 5. Desde quando eu entrei no programa (PACS), que já faz treze anos que eu entrei, eu vejo assim que tem um olhar sim para essas pessoas, porque quando o paciente está precisando que a gente ligue para o CAPS, não é isso? O CAPS vem, alguém vem dar assistência, né a esses pacientes que tomam até as injeções, e quando chega aqui também ou de uma forma ou de outra até mesmo tentando ajudar o paciente, as meninas prescrevem a receita, prescreve a receita para que o paciente receba sua medicação. Então assim, de uma forma precária assim porque a demanda é tão grande que não tem tempo mesmo para tirar, vamos supor uma manhã para trabalhar eles (os pacientes), mas que eles dão assistência como equipe, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, o agente de saúde também. Eles são assistidos. Eu vejo assim que eles são assistidos, eles não estão ficando sem a medicação, não estão ficando isolados, abandonados, está entendendo? Eles têm... Encaixando nas nossas tarefas que cada um de nós... Temos muitas tarefas a cumprir durante o mês, durante a semana, mas que eles estão sendo assistidos. Não tão... com todo o rigor que a saúde pública hoje está precária em todas as áreas, em todas as demandas, né? Mas que eles estão tendo um rigor. Com esse grupo com certeza claro que vai melhorar mais ainda, vai. Mas que eles não eram totalmente aleatórios, não. Abandonados, não.

ACS 4. Eu acho que o agente de saúde no meu ponto de vista que ele tem que colocar para a pessoa a importância de ser acompanhada, tanto pela unidade, um psicólogo, um psiquiatra, procurar seus direitos, porque tem uma moça lá, essa moça que eu estou falando que ela tem um problema muito sério, a depressão dela, ela fala: o neurologista - ela sabe os direitos dela - ele falou que eu tenho que ser acompanhada pelo psiquiatra, pelo psicólogo toda semana, eu estou... – eu chego lá ela está assim – eu estou de um jeito que nunca mais fui para o psicólogo, o psiquiatra que eu era atendida em Quixadá era maravilhoso, saía de lá morta de feliz, o outro agora que eu estou ele não olha nem na minha cara. Aí eu falei assim... Você já tentou conversar com ele? Ela falou assim: já, ele não dá atenção ao que eu falo, não ouve o que eu quero, não diz o que eu quero ouvir. Eu acho que... Não sei mais o que falar, vai... Eu acho que a gente tem que focar nisso mesmo: que a pessoa tem que ser acompanhada, não só pegar receita, será que você não diminui um pouco, ou aumenta mais, aí como saber se não vier ou para a unidade ou para o CAPS? Ela conhece todos os direitos dela, ela cobra isso. Ela cobra para mim, aí cobra pra mim, eu não tenho autoridade para falar (para o psiquiatra) o que falar para ela, como fazer. Eu disse que ela fosse procurar lá, entendeu? Ela fazia acompanhamento com a Psicóloga da Católica (FCRS), aí depois não foi mais, nesse ponto aí ela errou, ela tinha acesso, aí não procurou mais. Aí tipo assim, cobra...

ACS 3: Cobra tanto, mas também não busca...

ACS 2: Eu acho que a equipe acompanha na medida do possível, o médico não dá a receita sem ver o paciente, ele quer ver o paciente, se a gente vier pedir, ele não dá.

ACS 5. Essa planilha do posto de pacientes psicoativos ela é do tempo do Dr. Marcos. Dr. Marcos fez um levantamento nessa planilha, pediu pra gente, que a gente fizesse uma busca ativa na área da gente, quem era dependente de psicoativos, a gente pegasse nome completo, data de nascimento, endereço, o tipo de medicação que tomava, quanto tomava, a gente fizesse esse levantamento e passasse para ele. Então assim, a gente fez, todos nós fizemos e passamos para o Dr. M. Aí, assim, eu creio que esse nosso levantamento ele persiste aqui no posto, na recepção, numa pasta que tem dos dependentes psicoativos, né? Aí o Dr. Renato ele está resgatando essas pessoas que já se tratavam e fazendo a inclusão de outros que estão entrando, né, agora selecionando nessas outras pessoas que vão entrando. Só que assim a gente já tinha esse olhar, não foi direcionado depois que o Dr. R. entrou. A gente já tinha esse olhar para eles desde o Dr. M. e até então muito raramente antes na época dos outros médicos, o Dr. Fábio, Dr. F., dos outros médicos que vieram, só que foi mais a fundo mesmo depois do Dr. M., com a Universidade Popular, que era até a Dra. Marluce né, da Universidade Popular, e agora o Dr. R. que foi aprofundado mais sobre os doentes psicoativos.

PP. Vocês querem acrescentar alguma questão? Eu tenho só uma curiosidade para a gente fechar aqui o grupo. Vocês já ouviram esse termo Reforma Psiquiátrica?

ACS1. Não.

PP. Nem participaram de alguma discussão que fale sobre isso?

ACS 5. Nós já participamos de algum seminário até com Dr. Jackson, lembra? Lá no Liceu, lembra que nós já fomos? Sim, passamos um dia todinho em uma jornada de psiquiatria lá no Liceu, inclusive um dos palestrantes era o Dr. Jackson na época que eu entrei. Mas assim, eu já tive um seminário de uma semana porque tinha que ir uma da área, não é isso? Aí as meninas me inscreveram para eu ir. Eu já tive uma semana desse seminário de álcool e drogas e dependentes psicoativos. Que muitas pessoas que tomam remédios psicoativos estão envolvidas com o álcool e

com a droga. Em torno da família, tabaco, essas coisas. Do mau uso dos remédios psicoativos, aí eu tive essa jornada que foi uma semana, foi em 2011 que foi lá no Centro Cultural, essa jornada que eu tive que falou a respeito dessa questão.

ACS 3: De RP nunca ouvi falar assim nesse tema não...

PP: OK. Só pra fechar, vocês acham... assim todo mundo sabe que o CAPS de Quixadá acabou de fazer 20 anos. É, ela já falou aqui que quando precisa que liga, o CAPS vem fazer a visita, iniciar o tratamento, acompanha, muitos dos pacientes de vocês são acompanhados no CAPS e ela falou também... lembrou da Universidade Popular que foi uma questão, uma experiência na Juatama que trazia esse olhar mais da saúde mental. Então assim, nessa perspectiva o CAPS tem contribuído, a Universidade Popular, a própria ação do CAPS tem contribuído para essa ação de vocês assim enquanto profissionais junto aos pacientes vocês têm essa segurança: ah! Se a gente precisar tem um CAPS ali, a gente pode recorrer...

ACS 3: Se eles deixam a desejar? Eu acho que sim. Faltam projetos, campanhas, eu acho também, na minha opinião, que eu entendo muito pouco o que é o CAPS ... Que as pessoas falam pra mim que eles são muito voltados à medicação. A passar a medicação da pessoa, marcar retorno da pessoa, da consulta, agora é o que está acontecendo... Antes do Dr. Nestor não, era mais alegre, trabalhava mais com a humanização... Eu acho que deixa a desejar. Tá faltando projetos, campanhas a favor da... Como é que se diz uma palavra aqui... Não à medicação (medicalização).

PP: Menos medicação, mais escuta.

ACS 3: Menos medicação, mais informação, mais escuta, mais humanização. Eu acho que está deixando a desejar.

ACS1: Porque até então as pessoas... Hoje elas ainda veem o CAPS, se tem uma pessoa na área da gente, a gente vai conversar com ela, né e diz olha vai no CAPS, aí ela diz não que conversa é essa, eu não estou doida, não estou doida. Vê o CAPS tipo assim, um asilo de louco mesmo. Aí é que a gente vai explicar que não tem nada a ver, que lá não é asilo, ao contrário assim, né? Nesse ponto assim deixa muito a desejar.

PP: Quer dizer, vinte anos depois ainda você encontraria uma pessoa com a visão...

ACS 1: Quando a gente fala assim CAPS, eles já pulam bem ali, que eu não estou doido, não estou doido. Acha que o CAPS só trata de gente louca.

ACS 2: Tem mãe que diz assim com a criança: esse menino é doido, eu vou levar pro CAPS. Desse jeito.

ACS 5: Assim, a senhora fez essa pergunta enfatizando se a gente vier a precisar dos serviços do CAPS com a comunidade da gente, se o CAPS dá assistência? Foi assim a pergunta que a senhora fez? Ele dá assistência, dá. Se a gente... É tanto que para o distrito é dia de terça-feira, foram escolhidas as terças-feiras pela manhã que o CAPS tá voltado pra gente chegar, mandar paciente da gente do distrito pro CAPS. Ele é assistido, é atendido. Se a gente faz a ligação, se chegar até o CAPS, se a gente conseguir chegar até lá, tiver uma pessoa, tiver uma recepcionista que atenda e tudo, vem, a assistência do CAPS vem. O CAPS para a comunidade e do agente de saúde para o CAPS, se a gente precisar da assistência deles, vem. Tem esse elo, essa ligação, esse vínculo do CAPS com a comunidade e com o agente de saúde. Deixa a desejar, deixa, porque tem as suas falhas, né? Mas que tem esse vínculo, assim como tem da comunidade com a unidade de saúde PSF, básica aqui. Eles têm. Eles são assistidos.

PP: Ok! Então meninas...

ACS 5: Que foi a pergunta que a senhora fez assim...

PP: É, mas eu queria ver também essa relação, a questão da assistência, mas também de que outros meios se podem usar além da medicação.

ACS 3: Eu sou a favor da informação na saúde.

USUÁRIOS - USM

QUESTÕES NORTEADORAS - ROTEIRO

- Fale sobre sua necessidade de usar benzodiazepínico ou antidepressivo.
- Fale sobre o acompanhamento do seu problema pela ESF.
- Comente as ações/atividades/atendimentos que você procura ou participa no Posto.
- Comente a marcação dos seus atendimentos (periodicidade e consultas).

PP: Bom, então o que a gente precisa saber. Queria que vocês falassem livremente do jeito que vier à cabeça sobre essa necessidade de vocês de usar benzodiazepínicos e antidepressivos. De usar essa medicação, tá? Como é o seu nome?

USM 1: Eu sou Joana D'Arc, tenho 51 anos, e eu nunca tomei remédio controlado. Que veio passar a tomar foi uma depressão muito forte que eu tive da perda do meu pai e da minha mãe. Aí eu fiquei com depressão. Até hoje... Vai fazer quatro anos que ela faleceu no dia 03 de março e eu até agora

não consegui me libertar desses remédios. Tenho a maior vontade de deixar de tomar, mas não consigo. Até já tentei, né, passar uns dias sem tomar, mas quando é um dia eu já estou meia, muito agitada. Eu tomo clonazepam, sou acompanhada pelo CAPS, muitos anos pela doutora [psiquiatra], como ela foi embora, agora é o doutor [psiquiatra]. Eu conversei com ele que eu não estava... É, a respeito do Clonazepam. Que eu tive uma informação que o Clonazepam com o tempo você perde a memória e eu falei pra ele se não poderia mudar, né? Ele disse que não, que era coisa da minha cabeça, que eu tinha que tomar. Que com o tempo esquecia mesmo, né? Eu até fiquei muito constrangida, porque assim você já está com problema e vai para um médico, principalmente um psiquiatra, você quer ter uma palavra de conforto para sair bem e eu saí até muito triste nesse dia. Cheguei em casa chorei tanto porque ele tinha dito que realmente o clonazepam com o tempo ele ia assim tornar um Mal de Alzheimer aí eu disse; vixe, a minha faleceu com Mal de Alzheimer. Por causa disso que eu tomo e eu sofri muito com ela, passei quase cinco anos cuidando dela aí eu passei a tomar remédio controlado. E o Tolrest (Cloridrato de sertralina) é pra depressão que eu fiquei, né. Tomo os dois clonazepam e o Tolrest que é pra depressão. Aí eu não estava me sentindo bem, fui pra ele e ele disse que não tem possibilidade de botar outro medicamento, eu tenho que continuar nesses dois até não sei quando, aí às vezes eu tenho medo, estou ficando com um certo esquecimento, fui pra ele de novo, mas ele disse é assim mesmo, outro eu não vou poder passar pra você não, vai ter que ficar nesse mesmo. Aí, é isso, mas eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio. É horrível, no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim, não sabe? Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio. Aí, às vezes eu não vou pro médico... Dr. [da ESF], ele só dá o medicamento se ver a pessoa, né? Só que mês passado eu mandei meu esposo pegar, quando eu não venho, eu mando ele, só que ele disse que não entrega mais se não vir a pessoa e eu vim e eu estava sentada naquele banco lá fora, aí ele veio e prescreveu o meu medicamento aí, ele não olhou na ficha e nem me perguntou se eu tinha mudado de medicamento. Justamente eu tomava era um que eu não tomo mais, porque eu não estava me dando, estava me dando gastura no estômago, até a doutora [psiquiatra] passou o Tolrest. Ele deveria ter me chamado, ter perguntado se eu tinha mudado de remédio. Ele prescreveu o Clonazepam e prescreveu o antigo que estava na minha ficha, no caso eu tomava o Tolrest. Para que que ele me chamou aqui? Se eu estava sentada ali no banco ele deveria ter me chamado na sala e ter dito: a senhora mudou de medicamento? O senhor disse que só entregaria o remédio se fosse a dona do remédio? Pois o senhor prescreveu o remédio errado. Aí eu vou ter que vir conversar com ele, porque ele só entrega se for à pessoa mesmo. No caso eu estava aí e ele não me chamou. Aí, é isso. Doutor. [da ESF] é isso.

USM 2: Meu nome é Claudia, tenho 38 anos, eu fiquei assim em tratamento, a tomar esses medicamentos, foram... primeiro foram muitas coisas: problemas de casa, quando a gente é casada, né, casei muito cedo e sou mãe de nove filhos e aí quando eu já...Tive a... Na sétima gravidez eu já fiquei com problema de pressão alta e tive que fazer uma cesariana... Mas vim pra casa. Fiquei sentindo alguns problemas como dormência, dores de cabeça fortíssimas e não podia virar como até hoje eu não consigo virar meu rosto se eu não me movimentar toda, certo? E aí sinto a dormência ainda no braço. Passou-se e aí eu tive outra filha, está com sete anos e nessa vez também eu tive muitos problemas com a gravidez muito difícil e por falta de atendimento, foi falta de atendimento... Que me levou a ter problema mais sério. Porque eu lembro que eu entrei em trabalho de parto no dia 01 do ano que ela nasceu a uma hora da madrugada, minha bolsa rompeu, eu aqui no sertão, até encontrar um carro pra me levar, amanheceu o dia e quando eu cheguei lá, o médico que estava lá pra atender, eu cheguei e ele disse se eu estava sentindo muitas dores, eu disse não, estou sentindo só dor de cabeça e o médico sequer me levou pra mesa para fazer um exame de toque para ver a minha situação, mandou eu voltar para casa pro sertão em dia de domingo, no dia da eleição, eu me lembro isso ficou gravado porque era um dia de eleição e mesmo assim eu fui para a casa de uma conhecida minha lá perto da faculdade, lá na Eneidinha, talvez até a senhora conheça e aí fiquei lá. Quando foi duas horas da tarde a Ana Paula me levou pra lá de novo que era o horário do Dr. M., aí ele me atendeu, mas também não fez nada, mas eu continuei internada. E passou a noite, as dores de parto não vinham, mas a dor de cabeça era insuportável, ninguém me deu remédio pra isso e eu já sentia a dormência no braço e eu pedia pra que fizessem uma cesariana logo e eu ouvi ele comentar com as enfermeiras que não poderia colocar uma tal de anestina (ocitocina)... um remédio lá que coloca pra mulher ter força para ter o filho porque como eu já tinha cesária anterior podia abrir alguma coisa lá, porque não conversam na frente da gente, mas a gente ouve, né? E por isso eu fiquei para o outro dia. Eu já não tinha mais líquido para perder, já estava soltando um lodo verde. Então, só depois no outro dia, meio dia quando já tinha outra pessoa pra ir levando, porque tinha umas cinco cesarianas, comecei a sentir mal que a enfermeira viu, a outra já estava na mesa, foi que tiraram a outra e me botaram pra fazer a cesariana às pressas, entendeu? A partir daí eu vim pra

casa... Com dois dias me deram alta, com uma cesariana que eu estava me sentindo muito mal e eu dizia: olha, eu não posso ir para minha casa, eu não estou me sentindo bem. E a enfermeira disse tem que ir porque a gente não tem leito, tem muita mulher chegando para ter filho e a senhora tem que ir. Porque nos outros eu passava cinco dias, mas nesse com dois dias me botaram para casa. Quando eu cheguei no sertão em casa, eu comecei a sentir mais e mais essas dores, eu fiquei com um lado todinho duro, muita dor, eu gritava e eu voltei pro Hospital de novo. Dei entrada lá e entre tudo, deram nove dias eu internada até conseguirem uma tomografia. Eu lembro que quando eu cheguei lá na sala que a enfermeira me levou, Dr. M. estava de plantão e ele olhou e quando ele viu, ele não deixou nem mesmo a enfermeira dentro da sala, eu me lembro disso. Aquilo ficou bem vivo assim na minha memória ele dizer: saia, tranque, saia... Deixe só eu, mandou primeiro ela tirar minha pressão, verificou minha pressão, enfim aquelas coisas que eles fazem lá, de acompanhamento. E daí ele escreveu um monte de folha, muita coisa. Eu lembro que ele ficou tão apavorado com aquilo que a enfermeira bateu na porta disse: Dr. Tem uma mãe de primeiro filho e o senhor tem que ir lá e ele disse assim: leve ela, com licença da palavra, mas foi o que eu ouvi, pra parir num curral, onde for porque eu não posso atender porque esse negócio é sério. Quando ele terminou tudo, ele chamou a enfermeira e disse: eu quero que você acompanhe essa mulher, vai leva-la para três médicos: Clínico Geral, para os médicos todinhos, que a senhora sabe o que é. E veja que tipo de estrago fizeram na vida dessa mulher, porque acabaram. Por que ali eu não mexia mais esse braço, eu já não olhava mais, e a dor de cabeça era como se a cabeça fosse estourar a qualquer momento. Daí fiquei doente e não tive acompanhamento. Bateram uma tomografia, disseram que estava tudo normal, me mandaram para casa e o que que um pobre pode fazer? Vem para casa, o médico disse que não tem jeito, joga você de lá para cá. E u uma mãe de família, já tinha tido nove filhos, passando por muita, muita coisa, dentro de casa mais ainda juntou aquilo. Pronto eu fui dormir com uma dor de cabeça, me automediquei, tomei um remédio para dor de cabeça, fui dormir, me acordei de madrugada sentindo um líquido gelado, eu disse eu não estou tomando banho, em cima da minha cama, só comigo. Então eu senti um líquido molhado da cabeça aos pés e eu passei assim a mão em mim e eu não estava deitada. Não era por fora, era por dentro. A partir daquele momento eu quis pedir por socorro, que eu dormia sozinha com a bebê no quarto e quando eu virei para pedir socorro, eu já não pude mais falar. A boca já entortou e eu já fiquei ali. Então achei mesmo que eu ia morrer naquele instante, fiquei e só quando amanheceu o dia, quando eu não me levantei e estranharam porque a dona da casa se levanta, faz o café, ela cuida das coisas, foi que o pai dos meus filhos entrou e perguntou o que eu tinha. Quando ele me viu, mas ele viu e disse só uma palavra: que diabo é isso? Mas também não procurou me ajudar nem eu pude. Mais tarde foi que um amigo chegou, o CÍ, que ele andava muito lá em casa e ele olhou e disse: o que foi isso? A partir, ele foi e procurou ajuda e daí eu sofri muito, aqui não teve jeito, fui pra Fortaleza várias vezes e os médicos não descobriam o que era. Isso veio em sequência desse parto e a partir daí eu já comecei a desmaiar, desmaios constantes, demorava para tornar até levar... e o Dr. Nestor descobriu que era problema de convulsão e passar Depakene para mim 500mg, eu tomo dois por dia e eu venho também tomando o Rivotril são três por dia e depois já agora de dois anos para cá ele receita o de depressão. Antes disso eu não saía, queria retomar muitas coisas na minha vida... E aí eu tinha um estudo, mas não tinha conseguido terminar, mas já concluí o terceiro ano do médio, mas eu tenho um dia que eu não consigo escrever o meu nome completo porque eu esqueço, esqueço tudo. Eu vou às compras, eu não sei, tenho que anotar, pedir aos meus filhos, se eu não conseguir. A perda de memória é o que mais me deixa angustiada, porque eu não consigo é... Guardar algo assim. Eu estou conversando, a senhora está registrando, mas se a senhora não estivesse e quisesse amanhã ou à tarde talvez eu não fosse mais capaz. Isso veio se dar tudo através dos remédios que já está com uns oito anos que eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios que vieram... Tudo isso... Essa falta de entendimento, essas coisas da minha vida. É esse o meu relatório, mais ou menos, porque se eu fosse contar tudo pra vocês nem eu ia aguentar, nem vocês. la passar mais de um dia pra concluir tudo. É mais ou menos isso.

PP. Alguém mais? Vamos lá...

USM 3: Eu... Foram dois motivos: perda e separação. Muitas coisas. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase de loucura e aí não procurava o médico. Eu tinha uma menina, ela tinha quatro anos, mas eu ganhava a rua à noite, eu deixava ela... Era uma hora, duas horas da manhã não importava a hora, aí eu ia. Aí nunca assim... Alguém achava assim que aquilo era ciúme de mim... com ele, né, mas deixa que é porque eu também já tinha passado muito problema já, assim vida de casal, né? Você sabe como é. Aí foi eu perdi meu pai, aí eu piorei, piorei. Aí já tinha uma irmã que ela tinha problema de depressão. Aí outra minha irmã que acompanha eu assim pro Dr. C, fiz tratamento com Dr. N primeiro, aí passei pro Dr. C... Aí foi... Ela foi um dia me deu

um medicamento. Eu não dormia de noite, eu não comia, meu destino era de andar... Aí foi... Meu pai dizia assim: porque você está assim, você parece que está ficando é doida. Aí, não é não pai, é porque eu gosto de andar. Aí veio tudo em seguida, perdi meu pai, foi a separação. Eu assim depois que eu perdi meu pai, eu piorei cada vez mais. Para mim ali não tinha mais nada que tivesse importância. Aí depois de três anos, eu me separei. Aí assim, foi descoberto através da minha irmã que eu tomei um comprimido e consegui dormir uma noite e um dia. Aí foi aí que eu comecei a ir para o doutor, ele passou os medicamentos e eu tomo o diazepam, o amarelinho e outro branco lá que eu não lembro o nome. E aí até hoje. Já está com cinco, como é... Com seis anos que eu tomo direto. Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições. Tomo 60 (comprimidos/mês) do diazepam e o outro são 30. E aí, eu estou tentando, eu estou me esforçando muito, tenho uma filha, ela agora... Depois de eu separada, encontrei uma pessoa e aí está sendo muito difícil, porque ela não quer mais morar comigo, e eu tenho que deixar ela na minha mãe, tenho que passar o dia com ela. Passo o dia com ela muito bem, ela fica na boa, mas para ir morar comigo ela não quer mais. Eu já estava com problema e eu me separei novamente. Eu me separei deste que eu estou agora e aí foi ela ficou com raiva, ela não quer saber mais de morar comigo. Aí está sendo muito difícil, é uma coisa muito complicada e eu não sei até onde eu vou aguentar. Eu comecei a tomar os medicamentos mais foi devido, assim depois que eu perdi meu pai e também depois da separação. Mas aí depois que comecei a tomar eu não ando mais, eu nunca mais tive esses problemas de andar na rua, tu chegaste a lembrar, né, N, quando eu andava de madrugada, no meio da rua e aí hoje eu não faço mais isso. Por quê? Porque eu já vou dormir por causa dos medicamentos que eu tomo quatro durante o dia e aí tem um que é 120, 120 comprimidos, é quatro por dia do amarelinho e o outro é um por dia e o outro é o diazepam é dois por dia. Aí o Dr. C queria tirar, né? Aí passou outro lá que eu não sei também o nome, miudinho lá. Perguntou se eu não tinha como tirar, eu disse não. Aí ele disse, não, vamos tomar esse aqui. Eu ficava assim bem relaxada e tudo, mas me dava uma suadeira e ficava com a boca ressecada. Aí eu fui pro Hospital várias vezes, a minha irmã me levava, ficava o lado esquerdo dormente, as pernas dormentes, soltava secreção também, uma babice... E aí eu estou tentando, mas eu estou achando assim muito complicado.

PP: A senhora gostaria de falar, dona N?

USM 4: Alguma coisa, né?

PP: É sobre o uso dos seus remédios.

USM 4: Minha senhora tanto tempo que eu tomo remédio, muito tempo que até rocha os médicos já passaram para mim, Dr. Humberto. No início foi Dr. Humberto, Dr. Weimar lá no CAPS. Já está com um muito de tempo que eu faço tratamento lá dentro. Tomo remédio, troco de remédio. Uma vez tive uma crise que eu toquei fogo no sofá e eu ia me jogar dentro, foi que me pegaram. Me cortei-me, tá aqui a marca, olhe! Sem prazer de viver na vida. Ainda hoje não tenho mais prazer de viver. Que a minha história é muito longa...

PP. Para resumir... Está certo... Eu queria assim... E sobre esse acompanhamento que vocês têm, específico desse problema atual, que cada uma de vocês têm. Aqui no Posto, a Joana D'Arc 1 já falou um pouco sobre como ela se sentiu em um dos atendimentos. Então assim, a nossa ideia é entender exatamente como cada uma se sente para que a gente possa refletir sobre isso, conhecendo o problema de cada uma de vocês... É, refletir sobre esse acompanhamento que a gente está fazendo: nós médicos, enfermeiros, a equipe toda do PSF que é o que está mais próximo de vocês. Aqui porque aqui no município nós temos o PSF e tem o CAPS lá. E nesse intervalo entre as idas ao CAPS e aqui que está mais perto, o acompanhamento deve ser nos dois. Eu queria que vocês falassem sobre esse acompanhamento aqui. A dona Joana D'Arc já falou sobre um atendimento que ela teve, você gostaria de falar Claudia sobre como é o acompanhamento aqui? Você tem vindo à Unidade de Saúde por esse problema específico, pegar receita, alguma coisa, não?

USM 2: Não, eu até tive vindo aqui no ano que passou que foi quando eu estava com uma depressão muito forte, para ter começado tomar o antidepressivo que eu vim para psicóloga, né? Eu esqueço o nome dela. Tive um acompanhamento, ela foi muito gentil. Gostei muito e com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não. Nem a questão da receita, porque como eu também sou acompanhada no CAPS pelo Dr. Nestor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita é lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade... Já tem que ir lá... Agora eu não aguento mais as consultas, eu não quero ir. Como a D. Neide falou aí, porque é uma história longa, a gente fala uma coisa e acaba mesmo que a gente não queira, mas puxa... Eu já fico às vezes em casa, porque eu não quero ver ninguém, mas ainda tenho quatro filhos pequenos menores de treze anos e eu tenho que ficar, mas... eu saio... se pudesse eu não falaria, eu não veria ninguém ali, não tenho apetite para comer, embora esse medicamento peça que eu coma, eu não tenho não (apetite)

e deixei de buscar acompanhamento, me aborreci, ela lá diz que quis tocar fogo... Eu quebrei todo móvel que tinha dentro da minha casa, pode ir lá em casa hoje que eu não tenho mais nem um armário, quebrei duas máquinas de lavar, quando eu tive problema com o marido também, porque o marido também despreza a gente. Fui...

USM 4: Eu não tenho mais marido, minha filha. Possui dois, parece que não me aguentaram, foram embora.

USM 2: Pois é, esse hoje (marido), pai dos meus filhos, vou fazer 25 anos esse ano de casada, mas não tive vida nenhuma com esse homem, tive esses filhos, ele não está nem aí para mim. É tipo assim: se vira, que tu não és quadrada, está entendendo? Ele não me dá assistência nenhuma, ele é aborrecido, ele sai de manhã, eu estou dormindo, que eu durmo até tarde por conta dos remédios... Hoje não, foi porque a menina convidou, meu filho acordou e me trouxe. Então, é difícilimo, eu não suporto, eu não tenho gosto de cozinhar, porque como ele não vem comer em casa, só é os meninos, eu não tenho vontade de cozinhar, eu não tenho vontade de sair para canto nenhum. Eu só vou ao Quixadá porque é preciso mesmo, mas se eu pudesse, eu... E uma vez... Essa eu quis tocar fogo, eu estava aqui para falar a verdade... Eu fui na moto tirar gasolina para queimar a casa com tudo, aproveitando enquanto meus filhos estavam no colégio, porque eu não tinha mais vontade de viver também. Entendeu? Essa perseguição que dá na vida da gente, a gente já se sente só... Onde eu moro... Eu moro numa fazenda, eu não tenho vizinho, ela aqui sabe, a Neide sabe, eu não tenho com quem conversar...

USM 1: Tem não... Ela não tem um vizinho.

USM 2: Minha mãe já tem problema...

USM 1: Esse problema que depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido, né?

USM 2: Não tem parceria nenhuma.

USM 4: Do marido? Aí já é mais difícil.

USM 1: Da família... Do Psicólogo, do seu médico, né, ele conversar com você. Não é você chegar lá e ele lhe atender com a cabeça baixa não, é ele olhar bem no seu olho... Eu fiquei, com licença [para a usuária ao seu lado] que você estava falando, mas eu fiquei assim com certa raiva da Doutora porque ela disse na minha cara, minha mãe morreu, esse sofrimento que eu passo hoje, porque eu sofri muito cuidando da minha mãe com Mal de Alzheimer, louca, louca, louca. Você sabe que Mal de Alzheimer é pesado, né? E a tendência de quem cuida é ficar também, e eu cuidava dela sozinha, a minha família não me ajudava a cuidar dela, né? E aí ela dizer na minha cara que não ia tirar meu remédio, porque não ia passar outro e dizer que no futuro eu ia ter Mal de Alzheimer. Isso acabou comigo! Isso me derrubou. Você está vendo quatro pessoas na sua frente hoje, doutora, com problemas seríssimos, dependendo de ajuda.

USM 4: Eu sem contar que eu não estou mais nem conseguindo andar direito. Minha perna esta secando, olha!

USM 2: Ela tinha umas pernonas!

USM 4: Quando falta força é de uma vez. Eu sou barrigudinha, com o peso da barriga, ajuda mais a cair, não é?

USM 1: Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais, como é que se diz, educadamente, com paciência, não botasse coisa na cabeça do paciente. O paciente já vai com depressão né, aí fica mais doente.

USM 4: O médico falou para mim que nunca ficaria boa, eu tenho um cisto na cabeça, tá com muitos anos. Não posso nem operar. Porque corre o risco de eu morrer ou ficar cega.

USM 1: Eu faço acompanhamento com Neurologista também.

USM 3: Eu não gosto do Dr. Nestor. Não vou mentir. Por causa de uma palavra que ele falou. Logo quando eu... Eu deixei de fazer o tratamento por causa dele. Porque foi o seguinte: ele falou assim, olha: se olhe no espelho, se dê valor. Eu achei que aquilo ele estava assim achando que... Foi logo no começo da minha separação, achando ele que talvez eu estivesse ali era só por causa do marido, mas não era. É tanto que eu deixei de fazer o tratamento. Passei bem dois anos ou foram três. Aí tive umas crises, aí tive que voltar, aí eu falei se for para o Dr. Nestor, eu não quero. Eu estou agora com Dr. Carlos. Eu não gostei dele por isso, porque a gente vai não é... Porque a gente nem se sente bem lá, a gente vê tanta coisa, a gente já fica até com trauma, né? E ele falou assim uma coisa e eu não gostei.

USM 1: Faz dias que eu não vou para ele, meses. Porque eu fiquei com medo de ir para ele. Já porque ele disse isso. Eu fiquei com trauma de Mal de Alzheimer porque eu cuidei da minha mãe eu sei o que é e ele dizer: com o tempo seu remédio vai causar Mal de Alzheimer. Aí você não pode... Você tem que tomar esse remédio, não tem outro, não tem outro. É muito difícil, eu assisto um programa na televisão todos os dias e todo dia é um médico diferente, eu sou muito de buscar assim

as coisas, eu sou inteligente. Todo dia tem um programa na Gazeta, eu sei que todo dia vai um médico diferente, vai um psiquiatra, vai um neurologista, vai uma psicóloga e eu sei o que é que psiquiatra conversa e diz como é que atende seus pacientes, totalmente diferente do que a gente é atendido no CAPS, a gente é muito mal atendido no CAPS.

USM 4: Pois eu não sou não. Eu não sou não que até café eles me dão.

USM 1: Não, eu não estou falando de café não. Eu estou falando assim em termo de atendimento.

USM 4: A maioria é delicada comigo. Não vou mentir, não é?

USM 2: Não, o Dr. Carlos é, mas o Dr. Nestor não... Não vou mentir também não. Não gostei dele não.

USM 1: o Dr. Cdeu o diagnóstico da minha mãe e ele é uma pessoa muito educada. A Dra. Tatiana, ela não olhava no seu olho, não é? Entrava paciente e ela de cabeça baixa. E o Dr. N, você sabe, não é? Aquela loucura dele: não sei que, não sei que... E você vai ter Mal de Alzheimer. E eu: Doutor se for para eu vir aqui para você me dizer isso... Está com uma ruma de tempo que eu não vou lá e eu estou precisando. Aí eu pegava minhas receitas lá, aí disseram que o médico daqui da área dava, aí eu passei a pegar aqui com o Doutor F, aquele outro médico altão... Como era o nome dele? Dr. M, eu mandava a receita, a menina aí que é muito boa, a Célia mandava, mas esse aqui já não dá. Não dá...

USM 3: É, ele só entrega a gente. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só inclusive para essas pessoas. Então, porque ele chegou até a organizar, porque é muita, muita gente... Isso aí às vezes tem gente que leva assim... Mas eu não posso vir pegar, mas é um dia, uma vez no mês. Então, a gente é bem atendida por ele. Eu sou, não vou mentir. Ele é uma pessoa muito boa. Taí. O meu irmão mandou pegar... Minha cunhada mandou pegar o medicamento do meu irmão, ele não mandou. Disse não, quem tem que vir é a pessoa mesmo. Eu não posso fazer nada, não é? É uma coisa que ele é muito legal assim, né...

USM 1: Não, ele é uma pessoa boa, eu não tenho o que dizer dele não. Eu mandei a receita pra Célia, ele mandou dizer que eu viesse, eu vim. Quando eu cheguei, ele nem olhou para mim.

USM 2: Será que ele sabia que tu estavas aí?

USM 1: Sabia. A Célia me conhece. Eu estava bem aí sentada, ele não me chamou para eu dizer. Dona Joana, a senhora mudou de medicamento e tal? Aí ele botou medicamento antigo que eu tomava faz é anos, aí o que eu tomo que é o Tolrest, ele devia ter me chamado. Dona Joana, eu mandei chamar a senhora, porque eu não entrego mais a seu marido ou a seu filho. Entrego à senhora. Tem que ser assim, mulher. Qual é o que a senhora está tomando, é este ou aquele? Tem que ser assim. Quando a gente faz tratamento com remédio controlado, a gente fica uma pessoa muito sensível, com tudo você chora, com tudo que você diz. Tudo que você diz... Menina, é um problema.

USM 4: Tem dia também que com tudo eu estou choro. Tem dia que eu estou... Dá vontade de pegar a pessoa e morder, puxar os cabelos e morder...

PP. (USM 4). A senhora pega suas receitas aqui também?

USM 4: As receitas? Pego aqui às vezes, pego lá.

USM 4: Meus remédios são todos comprados. O clonazepam é comprado, o Tolrest é 82 reais a caixa com oito comprimidos dentro. Isso aí... Eu tenho... Nem o benefício do INSS eu tenho...

USM 4: O que eu recebo é a fluoxetina e o haldol.

USM 1: Pois é, aí os meus são comprados.

USM 2: E agora disse que não encontra mais na Secretaria o medicamento. Já faz dois meses que foram atrás...

USM 1: Já passei por todos esses medicamentos e não me dei com nenhum. Eu vim me dar com clonazepam e Tolrest.

USM 4: Pergunta para a doutora. Porque eu fico com dor de cabeça, aí quando eu penso numa coisa, qualquer tipo de coisa, eu fico bem molhadinha de suor, bem molhadinha e meu corpo fica bem geladinho. Aquele calor!

PP. O sistema nervoso da gente ele determina reações que às vezes a gente não pode controlar, certo? Tem o que a gente controla racionalmente quando a gente diz assim: não, não vou fazer isso. Você olha e diz não vou fazer isso e aí a gente tenta, mas tem reações, por exemplo, há pessoas que quando tem um estresse muito grande ou estão preocupadas, crianças até, vão fazer uma prova aí dá diarreia. Ela não controla, Não é porque ela quer, não é? Então, há pessoas que têm um medo muito grande e ficam paralisadas. Cada pessoa tem uma reação própria que é dela, do organismo dela. Agora assim, além desta questão, quando vocês saem da consulta, ou do CAPS ou aqui, já fica uma próxima marcada? A Joana D'Arc disse que aqui é mensal, não é, Joana D'Arc?

USM 3: É, eu recebo de mês em mês.

PP. Ele vê individualmente ou em grupo?

USM 3: Não, é só a gente. Cada pessoa.

PP. Ai cada mês, numa quarta-feira, foi marcado... Ai você vem...

USM 1: Até eu fiquei com raiva dele no mês passado que eu fiquei sem remédio nesse negócio do recesso, não é? Passei três dias quase que eu enlouqueço, não consegui uma receita. Quem conseguiu uma para mim foi a Neuma lá em Quixeramobim. Eu estava louca, louca. Ai nesse dia que eu vim pedir a ele, ele deveria ter botado pelo menos umas três caixas para não faltar, porque ai eu fiquei até com raiva porque ele botou só uma. Ai, já está se acabando.

PP. Então, assim. Além de vir pegar as consultas, digo, as receitas, existe outro atendimento para vocês em relação a esse problema? A Claudia disse que foi atendida pela Psicóloga. Foi aqui, Claudia, ou foi lá no CAPS? Foi recente isso ou já foi mais antigo?

USM 2: Aqui. Não, faz tempo já.

USM 1: Eu também já fui atendida por um Psicólogo aqui, faz tempo, Dr. T.

PP: Vocês acham que essa seria uma atividade que contribuiria para vocês se sentirem melhor? Se tivesse Psicólogo, outras pessoas...

USM 1: Com certeza, é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, não é?

PP: E assim, para a gente fechar não é...

USM 2: Para mim eu não sinto falta não...

USM 1: Porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto.

USM 2: Pra mim, eu não sinto falta não. Aliás, eu nem gosto. Não sei como eu estou conseguindo falar aqui, porque eu sou uma pessoa mais comunicativa para tratar dos outros, mas quando se trata de mim eu sou fechada, eu não gosto. Por isso, acho até que aconteceu isso comigo, de eu guardar tanta coisa comigo e eu não acho bom chegar a uma casa, estar falando da minha vida assim. Eu não me sinto bem, não gosto não. Por isso que eu deixei de ir lá pro N, porque o N me perguntava às coisas: mas você vê alguma coisa? Você ouve alguma coisa? Ouço, Dr. N. O quê que você ouve? Você vê? Eu vejo as coisas. E eu não sou uma pessoa esquizofrênica. Não estou inventando, não é a minha mente que está produzindo, mas ele acha que é, entendeu? Então se é isso, deixa lá. Então me aborreço e não quero ir por conta disso. Estou sentindo falta, me aborreço porque eu me esqueço das coisas. É lógico que me aborrece isso. É uma coisa que mexe demais comigo. Principalmente eu que tinha sonho de me formar, de fazer uma faculdade, tudo e hoje em dia tenho esse problema que até para escrever eu esqueço. É muito difícil. Enfim, a senhora também quer ir embora.

PP. Não, eu não tenho pressa não. Só querendo assim... Todos têm seus compromissos. Eu queria só assim: alguma de vocês gostaria, além dessa questão do Psicólogo, sugerir alguma outra questão, alguma outra atividade que vocês acham que seria bom, que gostariam de participar. Só uma pergunta que eu esqueci: todo mundo aqui consegue fazer suas coisas em casa? Limpar a casa, cozinhar...

USM 4: Eu não consigo.

USM 2: Eu, assim, às vezes.

USM 3. Eu consigo.

USM 1: Eu, às vezes. Às vezes, eu consigo, mas, às vezes, meu destino é de dormir e se eu pudesse, não via ninguém.

USM 2: Eu não consigo, é como eu disse, eu perdi a vontade e também eu não posso porque essa minha mão, você olhando assim ela é perfeita, mas eu não tenho comando dessa, que foi quando eu a paralisei e até, inclusive hoje, eu sou impossibilitada de pilotar a moto, por exemplo, por causa do pé, da marcha aqui e na mão. Isso é claro que chateia você demais, você estar doente, dependendo dos outros. E eu não tenho força nessa mão, nem para colocar o sinto de segurança, eu puxo, mas se eu não conseguir com essa tem que ser auxiliada por alguém para colocar o sinto de segurança do carro, eu não boto. Não tenho, ficou a sequela no meu lado esquerdo todinho. É difícil demais isso aí.

USM 1: Doutora, você está vendo quatro pessoas aqui com problema meio sério, não é? Só foram quatro pessoas, mas cada uma com problema mais sério.

PP. Bom, é exatamente por isso que eu estou tentando encontrar uma forma melhor... Porque assim como vocês aqui eu tenho muitos pacientes lá na minha área, são muitos pacientes e eu tento buscarexatamente uma forma de também a gente como médica estar contribuindo mais, que não seja só o medicamento. Que o medicamento é importante, mas não é tudo. Bom, a dona Joana disse, quer dizer para ela, cada um tem uma forma, a Claudia tem a forma dela, ela (dona Joana) quer uma pessoa para escutar, ela acha que é importante. Cada pessoa tem uma forma de sentir e de se sentir bem neste ou naquele tratamento, por isso a gente está buscando outras formas. O medicamento é uma forma. O Psicólogo é outra forma, mas será que há outras que a gente possa buscar, que possa contribuir? Então é esse o objetivo. Então, meninas, eu agradeço muitíssimo. Vocês me ajudaram muito dispensando o tempo de vocês e a Claudia, não é Claudia, por ser uma pessoa mais

fechadinha, mais recatada, mas está aqui disposta a colaborar. Infelizmente eu não trabalho aqui, não posso trabalhar como médica aqui...

USM 2: Quem sabe...

PP: É... Quem sabe, não é? Mas a nossa ideia é contribuir para todos em Quixadá, para minha área, Combate, para a cidade toda. Então, quer agradecer muitíssimo a vocês por terem dispensado esse tempo de vocês voluntariamente e eu espero que possa contribuir com a minha pesquisa muito para que a gente melhore esse atendimento. Quando eu terminar, certamente, voltarei para apresentar a vocês a que conclusões nós chegamos, está certo?

USM 1: Eu queria pedir uma coisa, se fosse possível, um dia uma palestra com os médicos do CAPS para tratar melhor, assim, não é tratar, porque eles não tratam mal, é ter mais uma atenção às pessoas que têm esses problemas, porque atenção é tudo, não é? Porque, às vezes, a pessoa sai... Por uma palavra a pessoa sai tão deprimida, não é? Os filhos da gente às vezes não quer ouvir a gente... Quem ouve a gente é a mãe da gente e não tendo mais ela, não tem mais ninguém. Porque às vezes a gente diz a um filho: meu filho, estou sentindo isso... Ah! A mãe só vive dizendo que está doente. Isso aí já acaba comigo, não é? Lá onde eu moro, minha casa é assim... Eu também já sou como ela (Claudia), tenho vizinho, mas cada qual em sua casa. Eu vivo mais meu marido dentro de casa, ele passa o dia nesse chafurdo dele, para cima e para baixo, aí eu sinto tanta falta da minha mãe, para dizer assim: minha mãe, estou sentindo isso, que quem escuta a gente é a mãe da gente, não é? Mas você fica dizendo: fulano, eu estou sentindo isso. Você só vive sentindo isso? Vai ao Doutor e o Doutor: Não, é assim, é assim. Não, mulher, não dá. Não dá.

USM 2: É porque você não ouviu o que eu ouvi...

USM 1: Quem ainda escuta a gente é um Psicólogo, porque o Psicólogo se formou para isso, não é? Eu vinha para cá, para o Dr. Thiago, ele calmo, olhando para mim. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.

USM 4: Já eu não gosto de ninguém olhando para mim muito tempo.

USM 1: Porque eu botei na minha cabeça assim, eu tomo remédio controlado, eu já fui no Hospital (HMEB) várias vezes com depressão fortíssima, mas eu busco uma... Assim, sabe? Força, muita força na minha saúde, sabe? Eu não me entrego. De jeito nenhum. Eu não me entrego não, só se ela vier para me matar mesmo, mas enquanto eu tiver força para me defender, remédio e buscar minha saúde eu vou para onde tiver... Porque se você se entregar é pior. Você se prostra, piora.

USM 2: É, eu tenho uma irmã que ela é prostrada. Eu ouvi do médico quando eu estava... Logo quando eu senti... Porque tudo levou aos médicos chegarem a uma conclusão de AVC, não é? Por conta das sequelas. Eu até fui acompanhada muitos meses na Faculdade Católica, foi de lá onde as meninas me colocaram para o CAPS, porque eu tinha desmaios, tinha essas coisas, mas uma vez eu tive que fazer uns exames que outro médico pediu, eu não lembro qual foi, e eu fui acompanhada pelo meu filho para o (Hospital) Eudásio Barroso e chegando lá, ainda me lembro que o nome desse doutor era Tadeu, parece que ele era de Quixeramobim e quando ele olhou os meus pedidos de exames, ele disse: eu não vou fazer mais nenhum exame desses em você. Eu disse: mas por quê? Eu vim aqui com esse objetivo de fazer os meus exames, descobrir o que é que eu tenho e só assim buscar solução para mim. Ele disse: olha, não vou fazer mais nenhum exame desses em você, porque eu trabalho nesta área há trinta anos e eu nunca vi um caso desse seu reverter, ter solução. Ele disse para o meu filho: leva para casa. Dá-me aqui um papel, vou só fazer o que ele fez, vou atestar aqui, como é aquele negócio que a pessoa recebe do INSS? Benefício. (Barulho escrevendo). Aí, olhou: é, do jeito que ela está aí eu vou atestar aposentadoria, porque ele disse: leva para morrer em casa. E eu ouvi. Doutora, isso não é bom. Isso você ouvir da boca do médico que você não tem mais chance de viver, que você vai morrer porque ele estava naquela área há trinta anos e não viu nenhum caso daquele reverter (chorando) não daria a ele o direito de dizer isso para mim que olhava para trás e via meus filhos todos pequenos precisando de mim, eu em cima de uma cama e ver meus filhinhos... Mas eu com esperança que eu ia sair dali e ia ver meus filhos chegando para mim e dizer: mãe, eu estou morrendo de fome e eu saber que eu tinha duas geladeiras na minha casa cheia de alimento, armário, mas eu não tinha uma pessoa para cuidar de mim, nem dos meus filhos e eu sofri muito. Eu precisava de uma cadeira de rodas e eu não consegui e lá na minha casa quantas cadeiras de plástico foram quebradas e o sofrimento que eu passei porque eu dependia das minhas filhas para me levar para o banheiro, como eu não andava, porque eu perdi todo o contato do lado esquerdo, eu me seguro, mas não às vezes não dá, gente, eu fiquei doente desse jeito e eu ouvir da boca das pessoas, andando de lotação e eu ouvi de cabeça baixa, porque eu não conseguia levantar o meu pescoço, no fim aquele tititi. Porque as pessoas acham que porque você está doente, que você já morreu, entendeu? Eu ouvia desse jeito que eu estou dizendo. Eu me lembro muito bem que numa quinta-feira a Maria que morava ali disse: essa daí não passa desse fim de semana, esse fim de semana ela vai. E as pessoas me visitavam na minha casa, no meu quarto e diziam; a minha mãe

começou a pagar um plano funerário para mim. Todo mundo me dava como morta. E na última vez que eu fui para o Hospital, meus patrões, depois eu fiquei sabendo, mandaram – hoje ele é vereador, o vereador Higo Carlos que é genro do meu patrão, Paulinho Holanda – veio na minha casa fazer os meus filhos desligar a TV, um som, porque já era tão certo que eu ia voltar dentro de um caixão. Os médicos nem ninguém tem o direito de dizer que você vai morrer, que não tem jeito. Eles são médicos e fazem um juramento para salvarem vidas, agora não é para acabarem com a tua vida como fizeram comigo.

USM 4: Mas nós não vamos morrer mesmo?

USM 2: Não, mas ninguém tem o direito de tirar no momento que tu estás na dificuldade. Mas como eu consegui ir aos poucos reerguendo, porque o homem ele não sabe de nada, Deus é quem sabe de tudo na nossa vida e você é testemunha, Neide, de me ver com microfone no meio das ruas dizendo que o homem nunca pode dizer que é o fim, porque quem determina o começo, meio e fim é Deus. Já está entrando para outra coisa, mas é um desabafo que eu preciso e eu faço isso até hoje e eu digo para as pessoas não se deixarem cair e ligar para isso, porque eu teria morrido se eu não tivesse confiado em Deus, porque o homem mesmo ele não faz muita coisa por ti não. Ele faz alguma coisa, mas o que eu ouvi foi para acabar de me matar. Primeiro foi falta de coração. Quando eu digo falta de coração, foi estar dentro de um Hospital para ter meu bebê e não ter assistência. Eu já fiquei doente e depois ser jogada para casa como um animal, nem como um animal que eu vejo meu patrão cuidar dos animais dele bem e depois ouvir da boca de um animal, que o ser humano é um animal também, quando diz para você não tem mais jeito, acabou. E isso vai acabando, vai te matando, se você não tiver muita força de vontade, você se acaba mesmo, entendeu? Mas foi Deus, a fé, a confiança em Deus que me tirou daquele mar de lama, de lixo e que eu hoje consigo andar, que hoje eu consigo passar fé para muitas pessoas, tenho até ajudado muitas pessoas quando eu digo eu não gosto de falar de mim, mas se tratando de ajudar aos outros, eu estou ali na hora que precisar, porque eu vim, como é, saí de um buraco que estavam cavando para mim, foi jogado lá e meus filhos. Quebrava as cadeiras, só para concluir, olha como é doloroso a pessoa não ter nem condições como eu, precisava que o município talvez me doasse uma cadeira naquela época e eu não tinha e os meus filhos me levavam, tinham que me amarrar na cadeira de plástico para levar para o banheiro para me banhar e muitas vezes, gente, a cadeira quebrava com meu peso, como eu era forte. Imagine, eu caía no chão, o desespero era muito pior, eu me machucava muito mais, meus filhos ficavam loucos gritando porque como é que eles iam me botar em cima de uma outra cadeira para me levar, entendeu? Então, a gente sofre muito com isso tudo e eu fico uma pessoa dependente das minhas filhas para escovar os cabelos, a minha boca, eu não tomava água, eu passei muito tempo tomando tudo de canudinho, só líquido. Mas eu não tinha assistência nenhuma. Só Deus nessa hora, porque eu não tive assistência foi de nada. Eu nunca vi nesse tempo que eu estava doente, pode ser por falta de memória, mas eu tenho meus filhos, não vi uma pessoa daqui tirando a Joelma, agente de saúde. Nem o médico, ninguém foi para me dar um conforto. Acho que é por isso que eu sou mais revoltada e digo que não faço questão, porque nem quando eu estava sendo puxada, arrastada, ninguém ligou para mim. Isso é um desabafo meu, entendeu? E como eu quantas pessoas têm por aí... E quem pode, que está lá no poder, no poder que eu digo, na saúde, olha para essas pessoas, procura fazer mais alguma coisa por essas pessoas, porque não é fácil não, nem para você que está vivendo isso, nem para seus familiares. Eu vi o desespero nos meus filhos quando iam me puxando em um corredor para me levar para banhar, você já se sente humilhada porque tira toda sua privacidade. Eu me lembro, porque eu sempre fui uma pessoa mais séria, recatada, sempre conversei com as minhas filhas, mas eu gostei daquela coisa muito espontânea e eu nunca troquei, vão dizer assim, você é quadrada, você é burra, Claudia, não. Foi uma questão minha, que eu fui criada diferente, num convento, diferente e então minhas filhas terem que trocar meu absorvente, gente, pelo amor de Deus, tirar tua privacidade a esse ponto, é demais. É demais, dói, é doloroso para você e ali nesse momento você está tão fragilizada, você queria ouvir, como ela disse, algo que te botasse pra cima, mas não ouvir: levar para casa para morrer em casa que isso aí não tem jeito. Tem que dar um basta nisso, isso é uma crueldade que faz com um ser humano. Pessoas assim não deviam fazer juramento que vai salvar a vida não. Ele está jurando que vai tirar a vida do ser humano. Doutora, eu encerro aqui o meu desabafo porque eu sofri muito. Eu tenho uma história de vida para contar por ter ido até onde eu fui e por estar conseguindo estar aonde eu estou agora, por tudo que eu passei sem a ajuda de ninguém, só com a ajuda de Deus. Está certo? Obrigada, eu fico por aqui e agradeço. Obrigada a vocês também por ter repartido comigo esse momento.

USM 1 : Agradecer a doutora, por ficar caladinha e ouvindo tudo que a gente falou.

USM 2: Eu que soltei o balde.

PP. Eu que estou aprendendo. Obrigada!

ENTREVISTA COM O FAMILIAR DE USUÁRIO - FUSM

Roteiro para o grupo focal com os familiares

- Comente o acompanhamento do seu familiar que usa benzodiazepínico e/ou antidepressivo pela ESF.
- Fale sobre esses medicamentos, se tem efeitos bons ou ruins e quanto tempo seu familiar vai tomar.

PP. Bom, então assim. A ideia da gente é compreender como é esse acompanhamento, como é que você acompanha esse tratamento dos seus familiares. Esta é uma primeira questão e a outra questão é se você conhece alguma coisa sobre esses medicamentos que eles tomam, se alguém esclareceu, se alguém falou a respeito dos medicamentos que seus irmãos tomam.

FUSM. Eles dizem assim: tomam porque ficam assim mais calmos, se estiverem com algum problema ficam bem tranquilos. Às vezes eles estão agitados, se tomarem não ficam agitados. E por isso que eles dizem que tomam.

PP. E já faz algum tempo que eles tomam?

FUSM. Faz. Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma diazepam com esse da depressão e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta aí é por isso que eles dizem que tomam. Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue. Aí ela fica muito violenta, fica muito estressada.

PP. Ela é acompanhada aqui ou lá no CAPS?

FUSM. Não, aqui. Mas também já foi para o CAPS e depois ficou sendo acompanhada aqui.

PP. Geralmente ela pega as receitas aqui?

FUSM. Aqui. Aí o doutor, realmente ela veio para uma palestra aqui que o doutor marcou. Eles não têm é assim... Como dizer, vou deixar e deixar, porque eles não conseguem deixar, eles não ficam sem o medicamento. Eles precisam tomar.

PP. E você observa assim, por exemplo, se eles se queixam de algum efeito dos medicamentos que eles tomam? Assim, aí eu estou assim, acho que foi do remédio... Alguma vez você observou isso?

FUSM. Não, ela tomava um que eu não lembro o nome, ela disse que quando tomava dava uma suadeira, aí ela deixou de tomar. Eu disse: não, mulher, então deixa de tomar, toma só esses dois, que é o diazepam e o antidepressivo que é a amitriptilina. É, ela fica tomando esses dois, parece que o outro ela ficava mais agitada. Os três (irmãos) tomam (medicamentos controlados), mas a mais agitada é ela.

PP. Você mora com os três?

FUSM. Não, eu não moro, mas mora tudo vizinho. Moro pertinho, sou eu que vou tirar as receitas, vou pegar os remédios, se não tiver eu compro. Tudo sou eu.

PP. Você é a cuidadora mesmo.

FUSM. Eles são assim, sabem resolver as coisas e tudo, mas tem hora que não tem a especialidade das coisas.

PP. E em relação a esse acompanhamento, como é o acompanhamento, é a consulta, quais são as formas de acompanhamento aqui na unidade?

FUSM. Aqui eles estão nas consultas e agora todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Eles vêm, tiram a receita, o médico conversa, pergunta como eles estão e tudo. Todos os meses eles vêm ao Posto.

PP. Além da consulta com o médico tem alguma atividade com a enfermeira, com os outros profissionais da unidade, não? Mais com o médico?

FUSM. É mais com o médico. Acho que eles já vieram uma reunião uma vez, acho que com a enfermeira eles já vieram, não sei se o médico... Toda vez... Faz todo mundo junto.

PP. Na sua opinião assim, você acha que teria mais alguma coisa que seria interessante fazer para que eles estejam bem?

FUSM. Eu, às vezes, eu penso que era bom se eles conseguissem deixar a medicação.

PP. Eles trabalham? Conseguem trabalhar? Recebe benefício (BPC)?

FUSM. Não, conseguem não. Nenhum dos três. É assim, minha irmã que mora com a minha mãe, ela não trabalha, ela recebe um benefício. Agora o meu irmão porque ficou todo encarquilhado as mãos, aí o juiz deu benefício.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC – IAD 1 DE CADA SUJEITO DA PESQUISA

LEGENDA PARA ENTENDER A GRAFIA NOS QUADROS:

ECH – grafia comum

IC – grafadas em itálico

AC – em itálico sublinhado

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR 1 (PNS1).

- Fale sobre a demanda dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos em seu território.
- Comente as ações desenvolvidas pela ESF no acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos na sua ADS.
- Comente a articulação da equipe com o usuário e sua família.
- Como a sua equipe se articula com outros serviços para o seguimento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos?

<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 1</p> <p><i>...essa demanda é uma demanda que sempre lota os atendimentos... Mais médicos [...]. Então, não são poucos os pacientes, eu queria muito hoje poder quantificar, ter um cadastro, realmente uma planilha, um consolidado destes pacientes. [...] Os pacientes, eles deixavam aqui os cartões para o médico só para renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde, nas quartas-feiras à tarde é saúde mental e aí essa demanda, a gente tenta organizar essa demanda. Então, não são poucos os pacientes, [...] ainda é uma demanda que fica muito à margem da assistência integral...</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. É uma demanda que sempre lota os atendimentos.</i> <i>2. Demanda de saúde mental é mais para os médicos.</i> <i>3. Demanda da saúde mental ainda fica à margem da assistência integral.</i> <i>4. A história da renovação por renovação.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Lugar dos usuários com transtornos psíquicos na Atenção Básica.</u></p> <p><u>Tipo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 1</p> <p><i>... a gente tem o grupo aí agora pequeno começando [...], tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental,[...] mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar [...] a gente não tem mais nenhuma outra [atividade], pelo menos que eu lembre.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Dia específico para a saúde mental.</i> <i>2. Grupo pequeno começando.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>1. Tipo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 1</p> <p><i>...o pessoal que já é do Posto, os técnicos de enfermagem, os agentes de saúde que já conhecem essa população, então assim, eles já se articulam melhor com esses usuários, já conhecem as necessidades de cada um. [...] a gente, às vezes, conversa com o familiar para ver como está o problema em casa, para abordar esse problema.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. O pessoal que já é do Posto se articula melhor com esses usuários.</i> <i>2. Conversa com o familiar para ver como está o problema em casa.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Contextualizar o usuário.</u></p>

<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 4</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 1</p> <p>Já chegaram a entrar em crise, crise mesmo, que teve que ir para o atendimento, né, de urgência até e teve que ser encaminhado para o Eudásio Barroso [...] Outras vezes o CAPS...para o CAPS só vão mesmo aqueles pacientes que estão em crise realmente, em crise. [...] mas tem a psicóloga do NASF que vez por outra quando o doutor identifica uma necessidade, quando eu identifico uma necessidade aqui de sofrimento psíquico mesmo, a gente conversa...</p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Em crise teve que ser encaminhado para o [Hospital] Eudásio Barroso.</i> 2. <i>Para o CAPS só vão mesmo os pacientes em crise.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p>A rede de atenção em saúde mental.</p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 5</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 1</p> <p>...conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários. Conhecendo essa população que a gente realmente tivesse o momento deles, o espaço deles, que a gente deixasse de renovar receita por renovar [...] Que conseguisse ter organização da demanda de uma forma que a gente não tivesse pacientes que usou medicação em 1900 e antigamente [...] Que todos esses pacientes tivessem um prontuário nas unidades de saúde e que eles pudessem fazer parte de grupos, grupos onde a gente tivesse uma equipe multiprofissional. [...]Não só para estar transcrevendo receita, mas para você estar ouvindo, estar vendo, estar avaliando, estar conseguindo perceber...Ver essa questão da reestruturação, da redistribuição, da nova territorialização, adequação do número de famílias para cada equipe. [...] Eu sonho assim, sabe, o agente de saúde conhecendo também os seus usuários, tenha o cadastro de todos, o pessoal do Posto conhecendo, que tivesse um fluxo determinado, realmente que a gente se apropriasse desses pacientes, e que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS, que o que fosse mandado para o CAPS fossem realmente os pacientes que estivessem é, em crise, onde a AB já não estivesse conseguindo... E que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental[...]De conhecimento mesmo, de... Instrumentos que você possa trabalhar com esses pacientes. Eu não sei se seriam capacitações, se encontros periódicos, se oficinas, sabe, se... Mas a gente teria que melhorar nossa bagagem profissional, né?</p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários,</i> 2. <i>Que tivesse o momento deles, o espaço deles, que todos esses pacientes tivessem prontuários.</i> 3. <i>Tivesse uma equipe multiprofissional.</i> 4. <i>Que houvesse adequação do número de famílias para cada equipe [da ESF].</i> 4. <i>Que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS.</i> 5. <i>Que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p>Os cuidados em saúde mental exigem tempo e preparo da equipe da ESF.</p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR 2 (PNS2).</p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 2</p> <p>...a gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento aqui, certo? Então assim, é, de uns tempos para cá, de uns dois, três meses para cá a demanda tem aumentado, né? [...] Justamente com o intuito de não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista e a gente acabava não acompanhando direito. [...] Tem pacientes que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas.</p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>A gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento</i> 2. <i>Não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista</i>

<p>ANCORAGENS (AC) <u>Lugar dos usuários com transtornos de saúde mental na Atenção Básica.</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 2 ...consulta individual, nós temos o grupo e nós temos também o acompanhamento da Psicóloga do NASF que também está atuando em conjunto com a gente, fazendo parte até do projeto, né? Então, os pacientes estão sendo acompanhados por ela também, individualmente e em grupo.</p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Consulta individual; grupo e a psicoterapia.</i></p> <p>ANCORAGENS (AC) <u>Acompanhamento na Atenção Básica</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 2 Geralmente o paciente vem sozinho. Geralmente. Existe uma orientação minha, da minha parte com o agente de saúde de trazer algum acompanhante, alguém que acompanhe esse paciente. Claro que fica de acordo com cada caso. [...] <i>Têm pacientes que não, têm pacientes que a gente precisa de um acompanhante, de algum familiar ou alguém que cuide dele, para estar aqui no Posto com a gente. Existe essa orientação de trazer essa pessoa.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Têm pacientes que a gente precisa de um acompanhante, de algum familiar ou alguém que cuide dele.</i></p> <p>ANCORAGENS (AC) <u>Autonomia do usuário</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 4</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 2 Aqui a gente só tem o CAPS. [...] o Psiquiatra que em alguns casos de difícil controle a gente precisa, né, dessa avaliação e da conduta dele, para estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS, mas não temos no Hospital. [...] Normalmente existe uma reserva de leitos até... Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam, não é, para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, que estejam descompensados, mas até o momento, eu não sei, eu não conheço no Hospital de Quixadá não. [...] Mas em casos de crise, de pacientes que estão em transtorno, que estão na crise mesmo, já teve orientação que a gente pode encaminhar esse paciente ou entrar em contato com o Psiquiatra para ele vir até a unidade, isso aí já aconteceu até em outros distritos.</p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS.</i> 2. <i>Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, eu não conheço no Hospital de Quixadá não.</i></p> <p>ANCORAGENS (AC) <u>Rede de atenção em saúde mental.</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 5</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - PNS 2 A formação da gente não é uma formação para isso. A gente acaba que recém-formado não tem essa... Uma disciplina na faculdade e quando é mais ou menos bem feita assim... A gente tem um déficit em relação a isso [...] melhorar o atendimento, melhorar o acompanhamento desse paciente [...] reinserir este paciente no convívio, no convívio da sociedade, no social que aí vai ser o auge, vai ser um dos principais objetivos que eu queria atingir. E por isso o grupo. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa. Quando ela se sentir mais motivada, ela vai se abrindo mais.</p>

Eles não estão institucionalizados assim num local, mas estão dentro de casa, estão acompanhados, estão sendo vistos pelos familiares, então os familiares acabam entendendo mais a situação, o problema dessa pessoa. [...] As pessoas, os familiares, as pessoas ao redor, os vizinhos já conseguem entender melhor e existe um convívio já quase que definitivo assim. A pessoa já sabe que a pessoa tem aquele probleminha, usa tal medicação. Já sabem o dia a dia dessas pessoas. E compreendem. Tem outras pessoas que não, mas acredito que boa parte delas já compreende. Os familiares principalmente já compreendem melhor. Já aceitam mais a ideia de que essa pessoa tem que ficar mesmo no convívio da gente, dos familiares, de casa, do que institucionalizado lá sozinho.

IDEIAS CENTRAIS (IC)

1. *Formação [médica] não é para isso [cuidado em saúde mental].*
2. *Que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome, volte ao convívio com a comunidade.*
3. *Começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo.*
4. *A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa tem que ficar no convívio dos familiares, de casa, do que lá institucionalizado, sozinho.*
4. *Reduzir a dose da medicação.*

ANCORAGENS (AC)

1. Formação insuficiente para os cuidados em saúde mental.
2. Objetivos dos cuidados em saúde mental.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) GRUPO FOCAL ACS.

- Comente o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos pelas pessoas residentes na sua microáreas.
- Como se dá o acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos pelos ACS na ESF?
- Como se dá o acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos pela equipe na sua ADS?

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1

EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - ACS 1

Impossível ter uma área que não faça esse tipo de uso. Na minha área assim eu não tenho bem assim um controle totalmente de quantas pessoas usam [...] tem um que faz uso de dois; um que faz uso de apenas um medicamento [...] Tem alguns na minha área que faz (tratamento) particular. Mas é impossível não ter pessoas que faça uso de medicamentos. Todas elas têm uma história trágica, assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia...

IDEIAS CENTRAIS (IC)

1. *Impossível ter uma área que não faça esse tipo de uso.*
2. *Todas elas têm uma história trágica, assim para contar: assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia*

ANCORAGENS (AC)

1. O uso disseminado de BDZ e ADP.
2. Motivações para o uso de BDZ e ADP.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1

EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 2

Na minha área eu tenho nove que usa, certo? E eu tenho notado que mais são mulheres, mais por problema de marido, essas coisas assim [...] Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão.

IDEIAS CENTRAIS (IC)

1. *Na minha área eu tenho nove que usa.*
2. *Eu tenho notado que mais são mulheres.*
3. *Mais por problema de marido, essas coisas assim.*
4. *Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão.*

ANCORAGENS (AC)

1. Uso disseminado de BDZ e ADP.
2. Motivações para o uso de BDZ e ADP.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 3 Na minha área já é diferente, eu vejo que lá é mais é por conta dessas pessoas que assim <i>precisam do remédio que uns desmaiam, problema psicológico na cabeça. É, epilepsia. E homem, mais é homem lá.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Precisam do remédio que uns desmaiam, problema psicológico na cabeça.</i> 2. <i>Mais é homem lá.</i>
ANCORAGENS (AC) <u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 4 ...assim, no momento <i>eu estou com doze pessoas que tomam remédios psicoativos: e assim em geral é homem, é mulher, é criança, é idoso, abrange o ciclo... a idade é geral, da criança ao idoso. Eu vejo assim, tem uns que já faz há bastante tempo. Os idosos já fazem (uso) há bastante tempo, já está com onze anos... Aí uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, aí tomam o bromazepam. Depressão pós-parto. Tem também adulto que toma por conta do alcoolismo que estava dependente de álcool, de álcool...</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Eu estou com doze pessoas que tomam remédios psicoativos.</i> 2. <i>Em geral é homem, é mulher, é criança, é idoso [...] Os idosos já fazem [uso] há bastante tempo, já está com onze anos...</i> 3. <i>Uns tomam por falta de sono, por não dormir direito [...] Depressão pós-parto. [...] Adulto que toma por conta do alcoolismo que estava dependente de álcool.</i>
ANCORAGENS (AC) 1. <u>Uso disseminado de BDZ e ADP.</u> 2. <u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 1
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 5 <i>O número é bem crescido. Eu não sei especificar o total, mas tem muitos. Tem criança, adolescentes, tem já adulto, tem idosos também que tomam[...] assim tem uns que é por conta de bebida, [...] Tem uma que é por conta de uma separação...</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>O número é bem crescido, tem muitos.</i> 2. <i>Tem criança, adolescentes, tem já adulto, têm idosos também que tomam.</i> 3. <i>Tem uns que é por conta de bebida [...] Por conta de uma separação.</i>
ANCORAGENS (AC) 1. <u>Caracterização e lugar dos usuários de psicofármacos na Atenção Básica</u> 2. <u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 1 Assim, na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. <i>A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam, né, eu acho que de qualquer maneira tentam se esconder por trás daquilo, né?</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular.</i> 2. <i>Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam.</i>
ANCORAGENS (AC) <u>Preconceito com a doença mental.</u>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 2 ... <i>o médico não pode me dar a receita azul, tem que lhe ver para poder passar</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>O médico não pode me dar a receita azul, tem que lhe ver para poder passar.</i>

<p>ANCORAGENS (AC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Dependência de drogas lícitas.</u> 2. <u>Tipos de cuidado em saúde mental.</u>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 3</p> <p>...lá na minha área as pessoas que tomam por conta de depressão, de algum motivo psicológico, eu sei a maioria... Aí pronto, lá eu <i>não tenho dificuldade de trabalhar isso não.</i> [...] <i>Só em conversar com alguém, precisa nem ter medicamento, ela já melhora.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Não tenho dificuldade de trabalhar isso não.</i> 2. <i>Só em conversar com alguém, precisa nem ter medicamento, ela já melhora.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Tipos de cuidado em saúde mental</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 4</p> <p><i>Graças a Deus são bem abertos, me procuram quando estão com pouca medicação. A quarta-feira à tarde que já é especificada já para esse tipo de receita, né, eles vêm.</i> [...] <i>Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Me procuram quando estão com pouca medicação.</i> 2. <i>A quarta-feira à tarde que já é especificada já para esse tipo de receita</i> 3. <i>Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica</u></p>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 2</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 5</p> <p><i>Na minha área eu busco saber deles quais são as medicações que eles tomam, por que daquilo ali que o médico veio passar aquela medicação e eles são abertos. Encaram com naturalidade, chegam pra mim, conversam que tem vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue</i> [...] <i>É tanto que assim eu sei quando vem para o médico que o médico passa uma medicação e quando eu vou visitar que eu visito uma vez por mês, eu pergunto: você ainda tem essa medicação, está faltando, está perto de acabar?</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Eu busco saber deles quais são as medicações que eles tomam.</i> 2. <i>Encaram com naturalidade.</i> 3. <i>Conversam que tem vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue.</i> 4. <i>Eu vou visitar que eu visito uma vez por mês.</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.</u> 2. <u>Ausência de preconceito com a doença mental.</u> 3. <u>Dependência de drogas lícitas.</u>
<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 1</p> <p><i>Sempre existiram essas pessoas, mas o grupo mesmo foi criado agora recentemente.</i> [...] <i>é de quem faz uso de mais de um medicamento, ou é dois... não foi o que ele (médico) falou? Ele selecionou aquelas pessoas bem complicadas.</i></p> <p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sempre existiram essas pessoas.</i> 2. <i>O grupo mesmo foi criado agora [...] é de quem faz uso de mais de um medicamento, ou é dois...</i> <p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.</u></p>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 2
Eu acho que a equipe acompanha na medida do possível, o <i>médico não dá a receita sem ver o paciente, ele quer ver o paciente, se a gente vier pedir, ele não dá.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC)
<i>O médico não dá a receita sem ver o paciente, ele quer ver o paciente.</i>
ANCORAGENS (AC)
Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 3
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 4
<i>Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, que acontecia muito aqui. Agora não, Doutor [...] não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa. [...] Às vezes uma palavra que pode ser de um profissional que conta muito, resolve mais do que qualquer outra coisa. Você chegar aqui, você vem obrigado... Tem muitas pessoas que vêm obrigadas a vir aqui pegar, porque se não, não pega a receita, mas quando daqui, já sai... [...] De outra forma, satisfeito. Eu acho que o agente de saúde no meu ponto de vista que ele tem que colocar para a pessoa a importância de ser acompanhada, tanto pela unidade, um psicólogo, um psiquiatra, procurar seus direitos [...] Eu acho que a gente tem que focar nisso mesmo: que a pessoa tem que ser acompanhada, não só pegar receita, será que você não diminui um pouco, ou aumenta mais, aí como saber se não vier ou para a unidade ou para o CAPS?</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC)
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Agora não, Doutor [...] não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa.</i> 2. <i>Às vezes uma palavra que pode ser de um profissional que conta muito, resolve mais do que qualquer outra coisa.</i> 3. <i>Eu acho que o agente de saúde no meu ponto de vista que ele tem que colocar para a pessoa a importância de ser acompanhada, tanto pela unidade, um psicólogo, um psiquiatra, procurar seus direitos,</i> 4. <i>Que a pessoa tem que ser acompanhada, não só pegar receita, será que você não diminui um pouco, ou aumenta mais, aí como saber se não vier ou para a unidade ou para o CAPS?</i>
ANCORAGENS (AC)
Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) - PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – ACS 5
<i>...falando aqui do grupo do Doutor [...] agora é recente, mas a gente já teve algum tempo atrás a Universidade Popular e que no calendário também tem uma data determinada para a saúde mental. E tinha um grupo... Funcionou ainda um bocado de tempo a Universidade Popular, né? Desde quando eu entrei no programa (PACS), que já faz treze anos que eu entrei, eu vejo assim que tem um olhar sim para essas pessoas, porque quando o paciente está precisando que a gente ligue para o CAPS, não é isso? O CAPS vem, alguém vem dar assistência [...] Eu vejo assim que eles são assistidos, eles não estão ficando sem a medicação, não estão ficando isolados, abandonados, está entendendo? Eles têm... Encaixando nas nossas tarefas que cada um de nós... Temos muitas tarefas a cumprir durante o mês, durante a semana, mas que eles estão sendo assistidos. Com esse grupo com certeza claro que vai melhorar mais ainda, vai. Mas que eles não eram totalmente aleatórios, não. Abandonados, não.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC)
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>O grupo do Doutor [...] agora é recente, mas a gente já teve algum tempo atrás a Universidade Popular.</i> 2. <i>Com esse grupo com certeza claro que vai melhorar mais ainda.</i>
ANCORAGENS (AC)
Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) GRUPO FOCAL USUÁRIOS SAÚDE MENTAL (USM).

- Fale sobre sua necessidade de usar benzodiazepínico ou antidepressivo.
- Fale sobre o acompanhamento do seu problema pela ESF.
- Comente as ações/atividades/atendimentos que você procura ou participa no Posto.
- Comente a marcação dos seus atendimentos (periodicidade e consultas).

Objetivo: Identificar os cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde da família junto aos usuários de antidepressivos e benzodiazepínicos, na população escolhida.

<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) -PERGUNTA 1</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 1</p> <p>...eu nunca tomei remédio controlado. Passei a tomar, <i>foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe.</i> Até hoje... Vai fazer quatro anos que ela faleceu no dia 4 de março e eu até agora não consegui me libertar desses remédios. Tenho a maior vontade de deixar de tomar, mas não consigo. [...] <i>Aí, é isso, mas eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio [...]</i> no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim, não sabe? Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio.</p>
<p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe.</i> 2. <i>Tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio.</i> 3. <i>No dia que você não toma, você já fica com aquela coisa assim.</i>
<p>ANCORAGENS (AC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Motivações referidas para uso de BDZ e ADP.</u> 2. <u>Dependência de drogas lícitas.</u>

<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) PERGUNTA 1</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 2</p> <p>[...] Eu fiquei assim em tratamento [...] foram muitas coisas: problemas de casa, quando a gente é casada [...] e aí eu tive outra filha, está com sete anos e nessa vez também eu tive muitos problemas com a gravidez muito difícil e por falta de atendimento, foi falta de atendimento [...] Que me levou a ter problema mais sério [...]Isso veio em sequência desse parto e a partir daí eu já comecei a desmaiar, desmaios constantes, demorava para tornar e o [psiquiatra] passar Depakene 500mg, eu tomo dois por dia e eu venho também tomando o Rivotril são três por dia e depois já <i>agora de dois anos para cá ele receita o de depressão.</i> [...] A perda de memória é o que mais me deixa angustiada, porque eu não consigo é... Guardar algumas coisas. Eu estou conversando, a senhora está registrando, mas se a senhora não estivesse e quisesse amanhã ou à tarde talvez eu não fosse mais capaz. <i>Isso veio se dar tudo através dos remédios que já está com uns oito anos que eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios que vieram...</i></p>
<p>IDEIAS CENTRAIS (IC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Eu fiquei assim em tratamento [...] foram muitas coisas: problemas de casa [...] Isso veio em sequência desse parto e a partir daí eu já comecei a desmaiar, desmaios constantes, demorava para tornar.</i> 2. <i>Agora de dois anos para cá ele receita o de depressão.</i> 3. <i>A perda de memória é o que mais me deixa angustiada.</i> 4. <i>Se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal</i> 5. <i>Eu dependo totalmente desses remédios.</i>
<p>ANCORAGENS (AC)</p> <p><u>Motivações referidas para uso de BDZ e ADP.</u></p>

<p>IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 1</p> <p>EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 3</p> <p><i>Foram dois motivos: perda e separação. Muitas coisas. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura e aí não procurava o médico. [...] Alguém achava assim que aquilo era ciúme de mim... Dele, né, mas deixa que é porque eu também já tinha passado muito problema já, assim vida de casal, né? Você sabe como é. Aí foi eu perdi meu pai, aí eu piorei, piorei. Aí já tinha uma irmã que ela tinha problema de depressão. [...] Aí foi aí que eu comecei a ir para o</i></p>
--

doutor, ele passou os medicamentos [...] Já está com cinco, como é... Com seis anos que eu tomo direto. <i>Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir</i> , porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições <i>Eu tive uma depressão</i> , a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura.
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Foram dois motivos: perda e separação. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura.</i> 2. <i>Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir.</i>
ANCORAGENS (AC) 1. <u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u> 2. <u>Dependência de drogas lícitas.</u>
IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 1
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 4 Minha senhora <i>faz tanto tempo que eu tomo remédio</i> , muito tempo que até rocha os médicos já passaram para mim [...] Tomo remédio, troco de remédio. <i>Foi tirado o prazer da vida. Ainda hoje não tenho mais prazer de viver.</i> Que a minha história é muito longa...
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Faz tanto tempo que eu tomo remédio.</i> 2. <i>Foi tirado o prazer da vida. Ainda hoje não tenho mais prazer de viver.</i>
ANCORAGENS (AC) 1. <u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u> <u>Dependência de drogas lícitas.</u>
IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)-USM 1 ... <i>sou acompanhada pelo CAPS</i> [...] Aí, às vezes eu não vou para o médico... Dr. [da ESF] ele só dá o medicamento se ver a pessoa, né? [...] <i>Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais</i> [...] <i>educadamente, com paciência</i> , não botasse coisa na cabeça do paciente. O paciente já vai com depressão né, aí fica mais doente. <i>Esse problema que depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido... Da família.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Sou acompanhada pelo CAPS.</i> 2. <i>Dr. [da ESF] ele só dá o medicamento se ver a pessoa.</i> 3. <i>Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais educadamente, com paciência.</i> 4. <i>Esse problema que depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido... Da família.</i>
ANCORAGENS (AC) 1. <u>Discute a exigência da presença do usuário na UBS para receber a prescrição médica.</u> 2. <u>Acolher melhor o usuário e suas queixas.</u>
IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 2 ...eu estava com uma depressão muito forte, para ter começado tomar o antidepressivo que eu vim para a psicóloga, né? Eu esqueço o nome dela. Tive um acompanhamento, ela foi muito gentil. Gostei muito e <i>com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não.</i> Nem a questão da receita porque como eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade... Já tem que ir lá... Agora eu não aguento mais as consultas, eu não quero ir.
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Eu estava com uma depressão muito forte, para ter começado tomar o antidepressivo que eu vim para a psicóloga.</i> 2. <i>Com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não.</i> 3. <i>Agora eu não aguento mais as consultas, eu não quero ir.</i>
ANCORAGENS (AC) <u>Discute a exigência da presença do usuário na UBS para receber a prescrição médica.</u>

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 3 É, ele só entrega a gente. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas. Então, porque ele chegou até a organizar, porque é muita, muita gente... Isso aí às vezes tem gente que leva assim... Mas eu não posso vir pegar, mas é um dia, uma vez no mês. Então, a gente é bem atendida por ele. [...] Ele é uma pessoa muito boa. Taí. O meu irmão mandou pegar... Minha cunhada mandou pegar o medicamento do meu irmão, ele não mandou. Disse não, quem tem que vir é a pessoa mesmo.
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas.</i> 2. <i>A gente é bem atendida por ele.</i>
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 4 As receitas? Pego. Às vezes pego aqui, pego lá.
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 1 Eu também já fui atendida por um Psicólogo aqui, faz tempo. Com certeza, <i>é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, não é? Porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto. Quem ainda escuta a gente é um Psicólogo, porque o Psicólogo se formou para isso, não é? Eu vinha para cá, para o doutor, ele calmo, olhando para mim. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>É muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar.</i> 2. <i>Porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto.</i> 3. <i>É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.</i>
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 2 <i>Pra mim, eu não sinto falta não. Aliás, eu nem gosto. [...] eu sou uma pessoa mais comunicativa para tratar dos outros, mas quando se trata de mim eu sou fechada, eu não gosto. Eu não me sinto bem, não gosto não.</i>
IDEIAS CENTRAIS (IC) 1. <i>Pra mim, eu não sinto falta não. Aliás, eu nem gosto.</i>
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - USM 3 Eu recebo de mês em mês. Cada pessoa [é avaliada individualmente pelo médico da ESF].
IDEIAS CENTRAIS (IC) <i>Consulta mensal.</i>
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 3
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 4 Já eu não gosto de ninguém olhando para mim muito tempo.
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 4
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 1
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 4
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 2
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 4
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)- USM 3
Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas.
IDEIAS CENTRAIS (IC)
Atendimento agendado mensalmente às quartas-feiras à tarde.
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) – PERGUNTA 4
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH)-USM 4
IDEIAS CENTRAIS (IC)
ANCORAGENS (AC)

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) DA ENTREVISTA COM FAMILIAR (FUSM).

- Comente o acompanhamento do seu familiar que usa benzodiazepínico e/ou antidepressivo pela ESF.
- Fale sobre esses medicamentos, se tem efeitos bons ou ruins e quanto tempo seu familiar vai tomar.

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) -PERGUNTA 1
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) - FUSM
Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma diazepam com esse da depressão e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta aí é por isso que eles dizem que tomam. Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue. Aí ela fica muito violenta, fica muito estressada. [...] <i>também já foi para o CAPS e depois ficou sendo acompanhada aqui.</i> Aqui. Aí o doutor, realmente ela veio para uma palestra aqui que o doutor marcou. [...] Aqui eles estão nas consultas e agora todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Eles vêm, tiram a receita, o médico conversa, pergunta como eles estão e tudo. Todos os meses eles vêm ao Posto. É mais com o médico. Acho que eles já vieram uma reunião uma vez, acho que com a enfermeira eles já vieram, não sei se o médico... Faz todo mundo junto.
IDEIAS CENTRAIS (IC)
1. <i>O acompanhamento aconteceu primeiro no CAPS, depois na unidade básica de saúde.</i> 2. <i>Consulta, palestra no grupo como atividades de acompanhamento.</i> 3. <i>Todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Todos os meses eles vêm ao Posto.</i>
ANCORAGENS (AC).

IAD 1 – EXPRESSÕES-CHAVE (ECH), IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS (AC) -PERGUNTA 2
EXPRESSÕES-CHAVE (ECH) – FUSM
Ela tomava um que eu não lembro o nome, <i>ela disse que quando tomava dava uma suadeira, aí ela deixou de tomar.</i> Eu disse: não, mulher, então deixa de tomar, toma só esses dois, que é o diazepam e o antidepressivo que é a amitriptilina. É, ela fica tomando esses dois, <i>parece que o outro ela ficava mais agitada.</i> Os três (irmãos) tomam [medicamentos controlados], mas a mais agitada é ela.
IDEIAS CENTRAIS (IC)
1. <i>Quando tomava [o medicamento] dava uma suadeira.</i> 2. <i>Parece que o outro [medicamento] ela ficava mais agitada</i>
ANCORAGENS (AC)

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC POR GRUPOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

IAD 1 – TRABALHADORES DA SAÚDE

IAD 1- TRABALHADORES DA SAÚDE		
TEMAS RELACIONADOS AOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF		
Ideias centrais	Ancoragens	Ancoragens—síntese
<p>1. <i>É uma demanda que sempre lota os atendimentos.</i></p> <p>2. <i>Demanda de saúde mental é mais para os médicos.</i></p> <p>3. <i>Demanda da saúde mental ainda fica à margem da assistência integral.</i></p>	<p><u>Lugar dos usuários com transtornos psíquicos na Atenção Básica.</u></p>	<p>Lugar dos usuários de psicofármacos na Atenção Básica.</p> <p>A rede de atenção à saúde mental.</p> <p>Caracterização dos usuários de psicofármacos.</p>
<p>1. <i>Não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista.</i></p>	<p><u>Autonomia do médico da ESF frente à prescrição do especialista.</u></p>	<p>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</p> <p>Autonomia do médico da ESF frente à prescrição do especialista.</p> <p>Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.</p>
<p>1. <i>Sempre existiram essas pessoas.</i></p> <p>2. <i>O número é bem crescido, tem muitos.</i></p> <p>3. <i>Tem criança, adolescentes, tem já adulto, têm idosos também que tomam.</i></p> <p>4. <i>Impossível ter uma área que não faça esse tipo de uso.</i></p> <p>5. <i>Eu tenho notado que mais são mulheres.</i></p>	<p><u>Caracterização dos usuários de psicofármacos, particularmente os BDZ e ADP.</u></p>	<p>Preconceito com a doença mental entre os próprios usuários de psicofármacos.</p> <p>Os trabalhadores não demonstram preconceito com a doença mental.</p> <p>Alguns usuários de psicofármacos não demonstram preconceito com a doença mental.</p> <p>Dependência de drogas lícitas.</p> <p>Objetivos dos cuidados em saúde mental.</p>
<p>1. <i>Todas elas têm uma história trágica, assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia.</i></p> <p>3. <i>Mais por problema de marido, essas coisas assim.</i></p> <p>4. <i>Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão</i></p> <p>5. <i>Precisam do remédio que uns desmaiam, problema psicológico na cabeça.</i></p> <p>6. <i>Uns tomam por falta de sono, por não dormir direito [...] Depressão pós-parto. [...] Adulto que toma por conta do alcoolismo que estava dependente de álcool.</i></p>	<p><u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u></p>	<p>Formação dos profissionais da Atenção Básica é insuficiente para os cuidados em saúde mental.</p>
<p>1. <i>O uso da fluoxetina, né, a gente pode trazer a receita e o médico prescrever sem a presença deles, já dos</i></p>	<p><u>Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica</u> <u>A rede de atenção à saúde mental.</u></p>	

<p><i>diazepam não.</i></p> <p><i>2. Eu vou visitar que eu visito uma vez por mês</i></p> <p><i>3. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, que acontecia muito aqui.</i></p> <p><i>5. Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Agora não, Doutor [...] não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa.</i></p> <p><i>1. O grupo do Doutor [...] agora é recente, mas a gente já teve algum tempo atrás a Universidade Popular.</i></p> <p><i>3. Consulta individual; grupo e a psicoterapia. A gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento.</i></p> <p><i>4. Estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS.</i></p> <p><i>5. Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, eu não conheço no Hospital de Quixadá não.</i></p> <p><i>6. Em crise teve que ser encaminhado para o [Hospital] Eudásio Barroso.</i></p> <p><i>7. Para o CAPS só vão mesmo os pacientes em crise.</i></p>		
<p><i>1. Na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam.</i></p> <p><i>2. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular.</i></p>	<p><u>Preconceito com a doença mental entre os próprios usuários de psicofármacos</u></p>	

<p>1. Não tenho dificuldade de trabalhar isso não.</p> <p>2. Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas.</p> <p>3. Me procuram quando estão com pouca medicação.</p> <p>4. Encaram com naturalidade.</p> <p>5. A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa tem ficar no convívio da família.</p>	<p><u>Os trabalhadores não demonstram preconceito com a doença mental.</u></p> <p><u>Alguns usuários de psicofármacos e/ou não demonstram preconceito com a doença mental</u></p>	
<p>1. Eu tenho um caso assim de uma mulher que ela fica me pedindo para eu arranjar receita azul, desesperada, né, porque eu acho que ela já está é viciada mesmo.</p> <p>2. Conversam que tem vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue.</p> <p>3. Tem pacientes que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas.</p>	<p><u>Dependência de drogas lícitas.</u></p>	
<p>1. Com esse grupo com certeza claro que vai melhorar ainda.</p> <p>2. Que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome volte ao convívio com a comunidade.</p> <p>3. Começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo.</p> <p>4. Reduzir a dose da medicação. Conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários,</p> <p>5. Que tivesse o momento deles, o espaço deles, que todos esses pacientes tivessem prontuários.</p> <p>6. Tivesse uma equipe multiprofissional.</p> <p>7. Que houvesse adequação do número de famílias para cada equipe [da ESF].</p> <p>8. Que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o</p>	<p><u>Objetivos dos cuidados em saúde mental.</u></p>	

CAPS.		
1. Formação [médica] não é para isso [cuidado em saúde mental]. 2. Que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental.	Formação dos profissionais da <u>Atenção Básica é insuficiente para os cuidados em saúde mental.</u>	

IAD 1 – USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS

IAD 1 – USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS		
TEMAS RELACIONADOS AOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF		
IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGENS	ANCORAGENS-SÍNTESE
1. Foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe. 2. Foram dois motivos: perda e separação. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura. 3. Eu fiquei assim em tratamento [...] foram muitas coisas: problemas de casa [...] Isso veio em sequência desse parto e a partir daí eu já comecei a desmaiar, desmaios constantes, demorava para tornar. 4. Foi tirado o prazer da vida. Ainda hoje não tenho mais prazer de viver.	<u>Motivações para o uso de BDZ e ADP.</u>	Motivações para o uso de BDZ e ADP. Dependência de drogas lícitas. Efeitos colaterais dos medicamentos. Tipos de cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Críticas ao modelo de atenção à saúde.
1. Eu dependo totalmente desses remédios. 2. Eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio. No dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim. 3. Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir.	<u>Dependência de drogas lícitas</u>	
1. A perda de memória é o que mais me deixa angustiada. 2. Se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal. 5. Eu ficava assim bem relaxada e tudo, mas me dava uma suadeira e ficava com a boca ressecada.	<u>Efeitos colaterais dos medicamentos.</u>	
1. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas.	<u>Tipos de cuidados em saúde mental na Atenção Básica.</u>	

<p>2. ...sou acompanhada pelo CAPS [...] Aí, às vezes eu não vou para o médico... Dr. [da ESF] ele só dá o medicamento se ver a pessoa, né?</p> <p>3. Eu já pego receita lá no CAPS. Com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não.</p> <p>4. As receitas? Pego. Às vezes pego aqui, pego lá [no CAPS].</p> <p>5. Eu recebo de mês em mês</p>		
<p>1. Agora eu não aguento mais as consultas, eu não quero ir.</p> <p>2. A gente é bem atendida por ele [médico da ESF].</p> <p>3. [...] é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, não é</p> <p>4. [...]O médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto.</p> <p>5. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.</p> <p>6. Para mim eu não sinto falta não [do psicólogo]... Pra mim, eu não sinto falta não</p>	<p><u>Críticas ao modelo de atenção à saúde.</u></p>	

IAD 1 – FAMILIAR DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS

IAD 1 – FAMILIAR DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS		
TEMAS RELACIONADOS AOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF		
IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGENS	ANCORAGENS-SÍNTESE
<p>1. O acompanhamento aconteceu primeiro no CAPS, depois na unidade básica de saúde.</p> <p>2. Consulta, palestra no grupo como atividades de acompanhamento.</p> <p>3. Todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Todos os meses eles vêm ao Posto.</p>	<p><u>Acompanhamento mensal individual e em grupo na UBS</u></p>	<p>Tipo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Desconhecimento dos efeitos dos medicamentos.</p>
<p>1. Quando tomava [o medicamento] dava uma suadeira.</p> <p>2. Parece que o outro [medicamento] ela ficava mais agitada</p>	<p><u>Não dispõe de informações sobre os medicamentos em uso.</u></p>	

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DSC 2 – DSC PROPRIAMENTE DITO POR GRUPOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

IAD 2 – TRABALHADORES DA SAÚDE

IAD 2- TRABALHADORES DA SAÚDE	
DSC – CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF	
ECH	DSC
<p>...essa demanda é uma demanda que sempre lota os atendimentos... Mais médicos [...]. Então, não são poucos os pacientes, eu queria muito hoje poder quantificar, ter um cadastro, realmente uma planilha, um consolidado destes pacientes. [...] Os pacientes, eles deixavam aqui os cartões para o médico só para renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde, nas quartas-feiras à tarde é saúde mental e aí essa demanda, a gente tenta organizar essa demanda. Então, não são poucos os pacientes,[...] ainda é uma demanda que fica muito à margem da assistência integral...</p> <p>Impossível ter uma área que não faça esse tipo de uso. Na minha área assim eu não tenho bem assim um controle totalmente de quantas pessoas usam [...] tem um que faz uso de dois; um que faz uso de apenas um medicamento [...] Tem alguns na minha área que faz (tratamento) particular. Mas é impossível não ter pessoas que faça uso de medicamentos. Todas elas têm uma história trágica, assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia...</p> <p>Na minha área eu tenho nove que usa, certo? E eu tenho notado que mais são mulheres, mais por problema de marido, essas coisas assim [...] Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão.</p> <p>Na minha área já é diferente, eu vejo que lá é mais é por conta dessas pessoas que assim precisam do remédio que uns desmaiam, problema psicológico na cabeça. É, epilepsia. E homem, mais é homem lá.</p> <p>...assim, no momento eu estou com doze pessoas que tomam remédios psicoativos: e assim em geral é homem, é mulher, é criança, é idoso, abrange o ciclo... a idade é geral, da criança ao idoso. Eu vejo assim, tem uns que já faz há bastante tempo. Os idosos já fazem (uso) há bastante tempo, já está com onze anos... Aí uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, aí tomam o bromazepam. Depressão pós-parto. Tem também adulto que toma por conta do alcoolismo que estava</p>	<p>Os usuários de psicofármacos são uma demanda que sempre lota os atendimentos e é uma demanda mais para os médicos. A demanda de saúde mental ainda fica à margem da assistência integral. Então o objetivo é inserir esse paciente no Posto e não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista.</p> <p>É impossível ter uma área [onde as pessoas] não façam esse tipo de uso [de psicofármacos]. Tem criança, adolescentes, tem já adulto, têm idosos também que tomam [psicofármacos]. Eu tenho notado que mais são mulheres e todas elas têm uma história trágica assim para contar: é uma separação, é uma depressão, é um filho alcoólatra, um filho que está na cadeia, mais por problema de marido, essas coisas assim. Tem delas que usam há muito tempo, mais por depressão. Tem paciente que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas. Uns tomam por falta de sono, por não dormir direito, depressão pós-parto, adulto que toma por conta do alcoolismo.</p> <p>Eu acho que a equipe acompanha na medida do possível, o médico não dá a receita sem ver o paciente, ele quer ver o paciente, se a gente vier pedir, ele não dá. Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, o que acontecia muito aqui. Agora não, o Doutor não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa.</p> <p>Eu vou visitar [os usuários do SUS] que eu visito uma vez por mês. A gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento. Para estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS</p>

<p>dependente de álcool, de álcool...</p> <p>O número é bem crescido. Eu não sei especificar o total, mas tem muitos. Tem criança, adolescentes, tem já adulto, tem idosos também que tomam[...] assim tem uns que é por conta de bebida, [...] Tem uma que é por conta de uma separação...</p> <p>Tem pacientes que já tem vinte anos tomando BDZ aqui. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários de BDZ é resistente por medo do retorno dos sintomas.</p> <p>...a gente faz o acompanhamento, a gente faz a busca ativa, na verdade, através do agente de saúde, traz no Posto e aí a gente começou a fazer o acompanhamento aqui, certo? Então assim, é, de uns tempos para cá, de uns dois, três meses para cá a demanda tem aumentado, né? [...] Justamente com o intuito de não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita anteriormente por um especialista e a gente acabava não acompanhando direito...</p> <p>...consulta individual, nós temos o grupo e nós temos também o acompanhamento da Psicóloga do NASF que também está atuando em conjunto com a gente, fazendo parte até do projeto, né? Então, os pacientes estão sendo acompanhados por ela também, individualmente e em grupo.</p> <p>Assim, na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam, né, eu acho que de qualquer maneira tentam se esconder por trás daquilo, né?</p> <p>... o médico não pode me dar a receita azul, tem que lhe ver para poder passar</p> <p>...lá na minha área as pessoas que tomam por conta de depressão, de algum motivo psicológico, eu sei a maioria... Aí pronto, lá eu não tenho dificuldade de trabalhar isso não. [...] Só em conversar com alguém, precisa nem ter medicamento, ela já melhora.</p> <p>...lá na minha área as pessoas que tomam por conta de depressão, de algum motivo psicológico, eu sei a maioria... Aí pronto, lá eu não tenho dificuldade de trabalhar isso não. [...] Só em conversar com alguém, precisa nem ter medicamento, ela já melhora.</p>	<p>através de consulta individual; grupo e a psicoterapia. Para o CAPS só vão mesmo os pacientes em crise. Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam para poder internar alguns pacientes que estejam em crise usuário já teve que ser encaminhado para o Hospital Eudásio Barroso.</p> <p>Na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Mas os outros, eles geralmente não comentam porque usam... Muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam[do uso de psicofármacos].A maioria das minhas pessoas raramente elas vêm aqui para fazer receita, faz mais é particular. Não tenho dificuldade de trabalhar isso não. Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas. Me procuram quando estão com pouca medicação. Encaram com naturalidade. A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa tem ficar no convívio dos familiares, de casa, do que lá institucionalizado, sozinho.</p> <p>Conversam que têm vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue.</p> <p>A gente tem o grupo aí agora pequeno começando, tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental, mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa. Eu sonho assim: que esse paciente, além de se sentir bem, ele retome volte ao convívio com a comunidade; reduzir a dose da medicação; conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários; que tivesse o momento deles, o espaço deles; que todos esses pacientes tivessem prontuários; tivesse uma</p>
--	--

Graças a Deus são bem abertos, me procuram quando estão com pouca medicação. A quarta-feira à tarde que já é especificada já para esse tipo de receita, né, eles vêm. [...] Graças a Deus eles conversam mesmo, não tem reservas.

Na minha área eu busco saber deles quais são as medicações que eles tomam, porquê daquilo ali que o médico veio passar aquela medicação e eles são abertos. Encaram com naturalidade, chegam pra mim, conversam que tem vontade abandonar aquilo ali, aquele medicamento, aquela medicação, mas não consegue [...] É tanto que assim eu sei quando vem para o médico que o médico passa uma medicação e quando eu vou visitar que eu visito uma vez por mês, eu pergunto: você ainda tem essa medicação, está faltando, está perto de acabar?

A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa tem ficar em no convívio dos familiares, de casa, do que lá institucionalizado, sozinho.

Sempre existiram essas pessoas, mas o grupo mesmo foi criado agora recentemente. [...] é de quem faz uso de mais de um medicamento, ou é dois... não foi o que ele [médico] falou? Ele selecionou aquelas pessoas bem complicadas.

Eu acho que a equipe acompanha na medida do possível, o médico não dá a receita sem ver o paciente, ele quer ver o paciente, se a gente vier pedir, ele não dá.

Hoje eu acho que é mais difícil a pessoa ter acesso às receitas. Eu acho que no caso deve ser assim mesmo. Você chegar, trazer o cartão ou então mandar por qualquer outra pessoa, que acontecia muito aqui. Agora não, Doutor [...] não gosta muito de assinar as receitas. Ele quer ver a pessoa. [...] Às vezes uma palavra que pode ser de um profissional que conta muito, resolve mais do que qualquer outra coisa. Você chegar aqui, você vem obrigado... Tem muitas pessoas que vêm obrigadas a vir aqui pegar, porque se não, não pega a receita, mas quando daqui, já sai... [...] De outra forma, satisfeito. Eu acho que o agente de saúde no meu ponto de vista que ele tem que colocar para a pessoa a importância de ser acompanhada, tanto pela unidade, um psicólogo, um psiquiatra, procurar seus direitos [...] Eu acho que a gente tem que focar nisso mesmo: que a pessoa tem que ser acompanhada, não só pegar receita, será que você não diminui um pouco, ou aumenta mais, aí como saber se não vier ou para a unidade ou para o CAPS?

equipe multiprofissional; que houvesse adequação do número de famílias para cada equipe [da ESF]; que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS; que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental.

...falando aqui do grupo do Doutor [...] agora é recente, mas a gente já teve algum tempo atrás a Universidade Popular e que no calendário também tem uma data determinada para a saúde mental. E tinha um grupo... Funcionou ainda um bocado de tempo a Universidade Popular, né? Desde quando eu entrei no programa (PACS), que já faz treze anos que eu entrei, eu vejo assim que tem um olhar sim para essas pessoas, porque quando o paciente está precisando que a gente liga para o CAPS, não é isso? O CAPS vem, alguém vem dar assistência [...] Eu vejo assim que eles são assistidos, eles não estão ficando sem a medicação, não estão ficando isolados, abandonados, está entendendo? Eles têm... Encaixando nas nossas tarefas que cada um de nós... Temos muitas tarefas a cumprir durante o mês, durante a semana, mas que eles estão sendo assistidos. Com esse grupo com certeza claro que vai melhorar mais ainda, vai. Mas que eles não eram totalmente aleatórios, não. Abandonados, não.

... a gente tem o grupo aí agora pequeno começando [...], tem esse dia específico, que não tinha, esse dia específico para a saúde mental,[...] mas a gente deixou a demanda para esse dia mais para tentar organizar [...] a gente não tem mais nenhuma outra, pelo menos que eu lembre.

. ...o pessoal que já é do Posto, os técnicos de enfermagem, os agentes de saúde que já conhecem essa população, então assim, eles já se articulam melhor com esses usuários, já conhecem as necessidades de cada um. [...] a gente, às vezes, conversa com o familiar para ver como está o problema em casa, para abordar esse problema.

Já chegaram a entrar em crise, crise mesmo, que teve que ir para o atendimento, né, de urgência até e teve que ser encaminhado para o Eudásio Barroso [...] para o CAPS só vão mesmo aqueles pacientes que estão em crise realmente, em crise.

Aqui a gente só tem o CAPS. [...] o Psiquiatra que em alguns casos de difícil controle a gente precisa, né, dessa avaliação e da conduta dele, para estar acompanhando tanto aqui na atenção primária como lá no CAPS, mas não temos no Hospital. [...] Normalmente existe uma reserva de leitos até... Leitos psiquiátricos, alguns municípios usam, não é, para poder internar alguns pacientes que estejam em crise, que estejam descompensados, mas até o momento, eu não sei, eu não conheço no Hospital de Quixadá não. [...] Mas em casos de crise, de pacientes que estão em transtorno,

que estão na crise mesmo, já teve orientação que a gente pode encaminhar esse paciente ou entrar em contato com o Psiquiatra para ele vir até a unidade, isso aí já aconteceu até em outros distritos.

[...] mas tem a psicóloga do NASF que vez por outra quando o doutor identifica uma necessidade, quando eu identifico uma necessidade aqui de sofrimento psíquico mesmo, a gente conversa...

...conhecer essa população, se apropriar dessa população, desses usuários. Conhecendo essa população que a gente realmente tivesse o momento deles, o espaço deles, que a gente deixasse de renovar receita por renovar [...] Que conseguisse ter organização da demanda de uma forma que a gente não tivesse pacientes que usou medicação em 1900 e antigamente [...] Que todos esses pacientes tivessem um prontuário nas unidades de saúde e que eles pudessem fazer parte de grupos, grupos onde a gente tivesse uma equipe multiprofissional. [...] Não só para estar transcrevendo receita, mas para você estar ouvindo, estar vendo, estar avaliando, estar conseguindo perceber... Ver essa questão da reestruturação, da redistribuição, da nova territorialização, adequação do número de famílias para cada equipe. [...] Eu sonho assim, sabe, o agente de saúde conhecendo também os seus usuários, tenha o cadastro de todos, o pessoal do Posto conhecendo, que tivesse um fluxo determinado, realmente que a gente se apropriasse desses pacientes, e que realmente o PSF fosse a porta de entrada, que a Atenção Básica - AB fosse a porta de entrada e não lá o CAPS, que o que fosse mandado para o CAPS fossem realmente os pacientes que estivessem é, em crise, onde a AB já não estivesse conseguindo... E que nós, profissionais da AB, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental [...] De conhecimento mesmo, de... Instrumentos que você possa trabalhar com esses pacientes.

A formação da gente não é uma formação para isso. A gente acaba que recém-formado não tem essa... Uma disciplina na faculdade e quando é mais ou menos bem feita assim... A gente tem um déficit em relação a isso [...] melhorar o atendimento, melhorar o acompanhamento desse paciente [...] reinserir este paciente no convívio, no convívio da sociedade, no social que aí vai ser o auge, vai ser um dos principais objetivos que eu queria atingir. E por isso o grupo. Grupo é nessa intenção, já começar a interação, a socialização desse paciente já dentro do grupo, para ele se

<p>sentir mais à vontade naquele grupinho, digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando esse paciente, claro, esse paciente vai ter acompanhamento psicológico com a psicóloga e eu pretendo, eu pretendo também conversar com outros colegas do NASF como o educador físico, como o fisioterapeuta, até nutricionista para a gente ir além. Principalmente o educador físico. O educador físico ele vai ter um papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, de atividades recreativas, atividades que soltem mais a pessoa. Quando ela se sentir mais motivada, ela vai se abrindo mais.</p>	
---	--

IAD 2 – USUÁRIOS

IAD 2- USUÁRIOS	
DSC – CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF	
ECH	DSC
<p>[...] eu nunca tomei remédio controlado. Passei a tomar, foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe. Tenho a maior vontade de deixar de tomar, mas não consigo. [...] Aí, é isso, mas eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio [...] no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa assim, não sabe? Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio.</p> <p>[...] Eu fiquei assim em tratamento [...] foram muitas coisas: problemas de casa, quando a gente é casada [...] e aí eu tive outra filha, está com sete anos e nessa vez também eu tive muitos problemas com a gravidez muito difícil e por falta de atendimento, foi falta de atendimento [...] Que me levou a ter problema mais sério [...] Isso veio em sequência desse parto e a partir daí eu já comecei a desmaiar, desmaios constantes, demorava para tornar [...] A perda de memória é o que mais me deixa angustiada, porque eu não consigo é... Guardar algumas coisas. [...] Isso veio se dar tudo através dos remédios que já está com uns oito anos que eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios que vieram...</p> <p>Foram dois motivos: perda e separação. Muitas coisas. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura e aí não procurava o médico. [...] Alguém achava assim que aquilo era ciúme de mim... Dele, né, mas deixa que é porque eu também já tinha passado muito problema já, assim vida de casal, né? Você sabe como é. Aí foi eu perdi meu pai, aí eu piorei, piorei. Aí já tinha uma irmã que ela tinha problema de depressão. [...]</p>	<p>Eu nunca tomei remédio controlado, foram muitas coisas: foi uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe, problemas de casa, perda e separação.</p> <p>Eu fiquei assim em tratamento. Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições. Isso veio se dar tudo através dos remédios eu tomo e se eu esquecer (de tomar) por alguns minutos que seja já me causa câibra na língua, eu já não falo mais normal, eu dependo totalmente desses remédios. Eu tenho muita vontade de deixar esse remédio porque é muito ruim você ser dependente de remédio, no dia que você não toma, você já fica com aquela coisa ruim. Mas eu tenho fé em Deus que um dia ainda me livro desse remédio.</p> <p><i>Com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não.</i> Nem a questão da receita porque como eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade. Ele só entrega a gente. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas. Então, porque ele chegou até a organizar, porque é muita, muita gente. A gente é bem atendida por ele.</p> <p>Eu também já fui atendida por um Psicólogo aqui, faz tempo. Com certeza, <i>é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com</i></p>

Aí foi aí que eu comecei a ir para o doutor, ele passou os medicamentos [...] Já está com cinco, como é... Com seis anos que eu tomo direto. Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu, eu vi que não tinha condições. Eu tive uma depressão, a primeira que eu tive foi uma assim quase que loucura.

...sou acompanhada pelo CAPS [...] Aí, às vezes eu não vou para o médico... Dr. [da ESF] ele só dá o medicamento se ver a pessoa, né? [...] Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais [...] educadamente, com paciência, não botasse coisa na cabeça do paciente. O paciente já vai com depressão né, aí fica mais doente. Esse problema que depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido... Da família.

...eu estava com uma depressão muito forte, para ter começado tomar o antidepressivo que eu vim para a psicóloga, né? Eu esqueço o nome dela. Tive um acompanhamento, ela foi muito gentil. Gostei muito e com o médico daqui eu só tive acho que uma consulta, eu não venho muito não. Nem a questão da receita porque como eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá no CAPS. Dificilmente eu venho aqui. Porque sempre eu não vou, eu mando pegar e aqui como ele não entrega nem para o familiar da gente, maior de idade... Já tem que ir lá... Agora eu não aguento mais as consultas, eu não quero ir.

... ele só entrega a gente. Dia de quarta-feira é exclusivo só para as pessoas que tomam medicamento controlado, à tarde é só exclusivo para essas pessoas. Então, porque ele chegou até a organizar, porque é muita, muita gente... Isso aí às vezes tem gente que leva assim... Mas eu não posso vir pegar, mas é um dia, uma vez no mês. Então, a gente é bem atendida por ele. Táí. O meu irmão mandou pegar... Minha cunhada mandou pegar o medicamento do meu irmão, ele não mandou. Disse não, quem tem que vir é a pessoa mesmo.

Eu também já fui atendida por um Psicólogo aqui, faz tempo. Com certeza, é muito bom um Psicólogo, porque a gente tem com quem conversar, não é? Porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto. Quem ainda escuta a gente é um Psicólogo, porque o Psicólogo se formou para isso, não é? Eu vinha para cá, para o doutor, ele calmo, olhando para mim. É assim

quem conversar, porque o médico, os médicos não ouvem muito a gente não. É só a consulta e pronto. Quem ainda escuta a gente é um Psicólogo, porque o Psicólogo se formou para isso. Eu vinha para cá, para o doutor, ele calmo, olhando para mim. É assim mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.

Quem faz tratamento psiquiátrico, eu acho que deveria ser um tratamento mais educadamente, com paciência, não botasse coisa na cabeça do paciente. Esse problema depende muito assim de uma conversa, de um amigo, da parceria do marido... Da família.

<p>mesmo, que a gente escuta um paciente: olhando para a gente. E eu olhando para ele.</p> <p>Pra mim, eu não sinto falta não. Aliás, eu nem gosto. [...] eu sou uma pessoa mais comunicativa para tratar dos outros, mas quando se trata de mim eu sou fechada, eu não gosto. Eu não me sinto bem, não gosto não.</p> <p>Eu recebo de mês em mês. Cada pessoa [é avaliada individualmente pelo médico da ESF].</p> <p>Já eu não gosto de ninguém olhando para mim muito tempo.</p>	
---	--

IAD 2 – FAMILIAR DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS

IAD 2- FAMILIAR DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS	
DSC – CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ESF	
ECH	DSC
<p>Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma diazepam com esse da depressão e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta aí é por isso que eles dizem que tomam. Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue. Aí ela fica muito violenta, fica muito estressada. [...] <i>também já foi para o CAPS e depois ficou sendo acompanhada aqui.</i> Aqui. Aí o doutor, realmente ela veio para uma palestra aqui que o doutor marcou. [...] Aqui eles estão nas consultas e agora todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Eles vêm, tiram a receita, o médico conversa, pergunta como eles estão e tudo. Todos os meses eles vêm ao Posto. É mais com o médico. Acho que eles já vieram uma reunião uma vez, acho que com a enfermeira eles já vieram, não sei se o médico... Faz todo mundo junto.</p> <p>Ela tomava um que eu não lembro o nome, <i>ela disse que quando tomava dava uma suadeira, aí ela deixou de tomar.</i> Eu disse: não, mulher, então deixa de tomar, toma só esses dois, que é o diazepam e o antidepressivo que é a amitriptilina. É, ela fica tomando esses dois, <i>parece que o outro ela ficava mais agitada.</i> Os três (irmãos) tomam [medicamentos controlados], mas a mais agitada é ela.</p>	<p>Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com cinco a seis anos que ela toma e se ela não tomar aí ela fica agitada, muito nervosa, muito violenta aí é por isso que eles dizem que tomam.</p> <p><i>Também já foi para o CAPS e depois ficou sendo acompanhada aqui.</i> Aqui eles estão nas consultas e agora todos os meses eles estão passando pelo médico para saber como eles estão indo. Eles vêm, tiram a receita, o médico conversa, pergunta como eles estão e tudo. Todos os meses eles vêm ao Posto. É mais com o médico. Acho que eles já vieram uma reunião uma vez, acho que com a enfermeira eles já vieram, não sei se o médico... Faz todo mundo junto.</p> <p>Os três [irmãos] tomam [psicofármacos], mas a mais agitada é ela. Ela tomava um que eu não lembro o nome, <i>ela disse que quando tomava dava uma suadeira, aí ela deixou de tomar.</i> É, ela fica tomando esses dois, <i>parece que o outro ela ficava mais agitada.</i> Eu digo, menina é bom você deixar, ela já tentou deixar, mas ela não consegue.</p>

APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA

À Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá

Estabelecida na Avenida Plácido Castelo, 1319, Centro, Quixadá-CE.

Solicitamos autorização institucional para pesquisa intitulada USO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO BÁSICA: TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA a ser realizada no âmbito das unidades básicas de saúde do município de Quixadá por Francimeiry Amorim da Silva sob a orientação Professor Doutor José Jackson Coelho Sampaio, que utilizará como instrumentos para coleta de dados entrevistas semiestruturadas e grupos focais e tem como objetivo principal desenvolver tecnologias assistenciais para o aprimoramento das estratégias de cuidado, na atenção básica, em relação à clientela que usa antidepressivos e benzodiazepínicos. Ressaltamos que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada à elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará e publicação em artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos da área em estudo.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Francimeiry Amorim da Silva. Endereço: Rua Basílio Emiliano Pinto, 821. Combate, Quixadá-CE. Telefone: (88) 99681679.

Quixadá, ____/____/2013.

Francimeiry Amorim da Silva
Pesquisadora

De acordo:

Bruna da Silva Bezerra
Secretária Municipal da Saúde de Quixadá

APÊNDICE F– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Pesquisadora responsável: Francimeiry Amorim da Silva, aluna do Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Professor orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

O (A) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Uso de psicofármacos na atenção básica: tecnologias assistenciais para a estratégia saúde da família”, que tem como objetivo compreender tecnologias assistenciais para o aprimoramento das estratégias de cuidado na atenção básica, em relação à clientela que usa psicofármacos.

Trata-se de um estudo de caso territorial exploratório, de natureza qualitativa a ser realizado no município de Quixadá – Ceará, que usará como instrumentos de coleta de dados entrevista semi-estruturada e grupo focal com roteiros previamente determinados e observação com diário de campo da pesquisadora. A análise dos dados obtidos utilizará o discurso do sujeito coletivo. As entrevistas e os grupos focais serão filmados e gravados e as informações coletadas serão sigilosas e serão de conhecimento exclusivo para estudo. A pesquisadora assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Não haverá benefício direto, compensação financeira ou despesas para o participante em qualquer fase do estudo. Espera-se, no final do estudo, algum benefício para as práticas em saúde e, assim, o benefício será coletivo para as atuações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

É garantida ao participante a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem quaisquer danos pessoais.

Em qualquer etapa do estudo, o participante terá acesso à pesquisadora responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas através dos telefones (xx) xxxxxxxx e/ou (xx) xxxxxxxx ou pelo e-mail: zzzzz@zzz.zzz.zz

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa “Uso de psicofármacos na atenção básica: tecnologias assistenciais para a estratégia saúde da família”, resguardando à pesquisadora a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantindo, igualmente, o anonimato.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Quixadá, _____ de _____ de 2013.