

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

**Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na Comunidade da Casa Branca: Avaliação Sobre o Uso Inadequado dos Benzodiazepínicos nos Portadores de Transtornos Mentais Comuns à Luz do Fluxograma Analisador.**

Dissertação ao Curso de Mestrado Profissional em  
Atenção Primária à Saúde-UFRJ Terceira Turma-2018.  
Orientador: Emerson Elias Merhy

Anelise da Silva Muniz

Linha de Pesquisa 4: Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro/Dezembro 2020

Anelise da Silva Muniz

**Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na Comunidade da Casa Branca: Avaliação Sobre o Uso Inadequado dos Benzodiazepínicos nos Portadores de Transtornos Mentais Comuns à Luz do Fluxograma Analisador.**

Dissertação ao Curso de Mestrado Profissional em  
Atenção Primária à Saúde-UFRJ Terceira Turma-2018.

Orientador: Emerson Elias Merhy

Rio de Janeiro/Dezembro 2020

## Ficha catalográfica

Muniz, Anelise da Silva.

Saúde mental na atenção primária à saúde na comunidade da casa branca: avaliação sobre o uso inadequado dos benzodiazepínicos nos portadores de transtornos mentais comuns à luz do fluxograma analisador. / Anelise da Silva Muniz. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2020.

72 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Emerson Elias Merhy.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 65-72.

1. Saúde Mental. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Benzodiazepinas-efeitos adversos. 6. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Merhy, Emerson Elias. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Às 14H do dia 27 de novembro de 2020, por via remota, conforme o disposto nas resoluções do CEPG n.: 03/2019; 01/2020; 02/2020; 09/2020, realizou-se a defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: ( ) **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**; ( ) **Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde**; ( ) **Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS)**; ( X ) **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título **Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na Comunidade da Casa Branca: Avaliação Sobre o Uso Inadequado dos Benzodiazepínicos nos Portadores de Transtornos Mentais Comuns à Luz do Fluxograma Analisador** foi apresentada pela(o) candidata(o) ANELISE DA SILVA MUNIZ regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE 118009043(SIGA)**. A defesa atendeu a Resolução CEPG n. 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "**Resolução CEPG n. 01, de 16/03/2020**, que dispõe sobre defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, artº 1º", ( ) item 2, com banca remota, presidente da banca e candidato juntos; (x) item 3, totalmente remota, com gravação. A Dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: Orientador(a): Prof. Dr. Emerson Elias Merhy; 1º Examinador(a): Profa. Dra. Karla Santa Cruz Coelho; 2º Examinador(a): Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes em **sessão REMOTA, ( ) PARCIAL (x) TOTAL** cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribui menção (x) APROVADO ( ) NÃO APROVADO à dissertação de mestrado. A banca ainda emitiu o seguinte parecer adicional: fazer as correções de ortografias e de português, dando um prazo de quinze dias. A DEFESA REMOTA ocorreu após consentimento do Discente, do(s) Orientador(es), da Comissão Deliberativa do Programa de Pós-graduação, bem como da Banca Examinadora em arguir o candidato de forma remota. Encerrada a sessão, foi lavrada a presente ata, que segue assinada pelo presidente da banca examinadora em conformidade com as resoluções do CEPG, supracitadas.

Presidente/Orientador(a):

\_\_ Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

Aos meus pais, Irma e José Celso (*in memoriam*) que me concederam a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. A vocês, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação para que os trilhássemos sem medo e cheios de esperanças, não bastaria um muito obrigado. A vocês, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. A vocês, pais por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que acontece comigo agora, quando procuramos arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção ímpar. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. Amo vocês;

A minha avó, Ana Maria (*in memoriam*), por ter sido minha base familiar por muitos anos, uma pessoa que mostrou que muitas vezes um gesto marca mais que muitas palavras, coração bondoso que dedicou toda a sua vida a família;

A minha família, amigos da escola, da faculdade em especial a amiga Carolina Aparecida, da residência, colegas de trabalho da Upa do Alemão e da Clínica da Família, amigos da minha turma do mestrado e demais amigos que participam da minha vida sou muito grata pelo convívio, pela amizade, pelo incentivo e apoio constantes.

Minha Gratidão especial aos Professores: Emerson Merhy, Paula Cerqueira, Patricia Souza, Sandra Fortes e Karla Santa Cruz que me acompanharam e me ajudaram nessa trajetória até a conclusão do Curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Flávio Corbacho, pelo carinho, compreensão, amor e solidariedade inefável. Por sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

## **ABREVIATURAS**

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CIT - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

CONAS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

CONASSEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ESF- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GAM – GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

SISREG - SISTEMA DE REGULAÇÃO DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SRTs - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

## RESUMO

Trabalhar na Atenção Primária na Comunidade da Casa Branca no atendimento em Saúde Mental trouxe tantas inquietações que valia a pena falar sobre as vivências do ambiente de trabalho, da equipe e do que se quer conquistar no atendimento do SUS.

Essa dissertação se propõe a Avaliar o uso inadequado dos benzodiazepínicos nos portadores de transtornos mentais comuns a fim de refletir e agir para um atendimento mais humanizado e eficaz aos portadores de ansiedade e depressão visando a que conquistem verdadeiramente a saúde que se deseja.

Protagonizar inovações pode ser pretensioso, mas também é edificador e importante para o exercício profissional do enfermeiro. Qualquer profissional de saúde atento às demandas do seu local de trabalho tem vontade de mudar os processos pertinentes para melhor. Modificando assim ações particulares em ações coletivas e compartilhar boas práticas. No caso da enfermagem a qualificação profissional individual também implica em qualificação do grupo de trabalho levando educação em saúde e educação permanente no ambiente laboral.

Para que todos esses desafios e consequentes benefícios sejam alcançados, este trabalho científico terá por metodologia o fluxograma analisador entrevistando alguns usuários da AT e fará uma revisão bibliográfica da saúde mental para dar sustentação teórica à vivência experienciada.

Sendo assim, o uso de artigos científicos e outros estudos relevantes sobre fluxograma analisador, saúde mental, ansiedade e depressão, benzodiazepínicos agregadores a este texto serão utilizados para fins de aliar a teoria à prática.

Palavras-chave: SUS, saúde mental, ansiedade e depressão e benzodiazepínicos.

## ABSTRACT

Working in Primary Care in the Casa Branca Community in Mental Health care brought so many concerns that it was Worth talkin aboute the experiences of the work environment, the team and what one wants to achieve in SUS care.

This dissertation proposes to evaluate the inappropriate use of benzodiazepines in patients with common mental disorder in order to reflect and act for a more humanized and effective care for people with anxiety and depression, aiming at truly achieving the desired health.

Starring innovations can be pretentious, but it is also edifying and importante for the professional practice or nurses. Any health professional attentive to de demandas of their workplace is willing to change the relevant processes for the better. Thus, modifyng private actions in collective actions and sharing good practices. In the case of nursing individual professional qualification also implies the qualification of the work group taking health education and permanente education in the work environment.

In order for all these challenges and consequent benefits to be achieved, this scientific work will use the analyzer flowchart as a methodology ofr interviewing some TA user and will carry out a bibliografic review of mental health to give theoretical support to the experienced experience.

Therefore, the use of scientific articles and Other relevant studies on analyzer flowchart, mental health, anxiety and depression, benzodiazepine aggregators to this text will be used for the purpose of combining theory with practice.

Keywords: SUS, mental health, anxiety and depression and benzodiazepines.



## SUMÁRIO

1	TEMA DA PESQUISA	10
2	OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	11
3	UNIVERSO DA PESQUISA	11
4	QUESTÃO/PROBLEMA DE PESQUISA	14
5	OBJETIVOS DA PESQUISA	15
6	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	15
7	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
7.1	SUS: ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL	16
7.2	UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE A PSIQUIATRIA	21
7.3	PSIQUIATRIA, SUS E TRANSTORNO MENTAL COMUM: ANSIEDADE E DEPRESSÃO.	24
7.4	ATENÇÃO BÁSICA E PSICOFÁRMACOS	28
7.5	TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE	35
7.6	O FLUXOGRAMA ANALISADOR: UMA METODOLOGIA	37
8	COLETA DE DADOS	43
9	TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	45
10	FLUXOGRAMA: ANÁLISE DA METODOLOGIA	54
10.1	ELIPSE	55
10.2	LOSANGO	55
10.3	RETÂNGULO	55
11	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
13	ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS	61
14	APÊNDICE A	62
15	ANEXO I	63
16	REFERÊNCIAS	65

## **1 TEMA DA PESQUISA**

Trabalhar na Atenção Primária à Saúde na Comunidade da Casa Branca, no bairro Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro trouxe-me muitas inquietações. Tantas perguntas que mereciam uma consideração mais acuidada. A atuação como enfermeira de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde provocou minha observação sobre o comportamento de usuários

com os chamados Transtornos Mentais Comuns. Pareceu-me uma busca por redenção, algo que os fizesse suplantar suas dores. E neste algo está o uso do benzodiazepínico.

Qualquer profissional, com o mínimo de interesse pelo humano, não poderia se eximir de buscar respostas para o que ocorre com esses usuários. E este caminho trouxe o interesse pela pesquisa científica. O curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde irá contribuir na qualificação e aprimoramento do meu processo de trabalho, na minha prática profissional.

Minhas expectativas são de protagonizar inovações que possam impactar o exercício profissional do Enfermeiro e demais profissionais na Atenção Básica, a começar pela clínica de saúde mental, onde se encontra minhas maiores horas de dedicação profissional. Pretensão em estender tais ações particulares, em coletiva, compartilhada: de qualificação do acesso à saúde, de promoção da saúde, de educação em saúde e de educação permanente no meu local de trabalho.

Penso que o mestrado compatibiliza perfeitamente no contexto em que estou inserida. Pois, dentre os planos que possuo, tenho por objetivo o aprofundamento de meus conhecimentos intelectuais com vistas ao crescimento profissional, ao aperfeiçoamento de minhas práticas diárias, uma vez que me identifico profundamente com a Atenção Básica em Saúde Mental. Somado a isto, gostaria de favorecer a aproximação das instituições acadêmicas com a comunidade e oportunizar um espaço para reflexão crítica e para a busca de soluções para os reais problemas de Saúde Pública.

Desde a graduação tenho grande interesse pela área de ensino-serviço, visto que cursei as disciplinas da Licenciatura em Enfermagem (2010/2011) e fui monitora bolsista de Enfermagem Psiquiátrica no 8º período da graduação. Vale ressaltar, que me especializei na área de Saúde Mental. Logo, o campo da Saúde Mental dentro da Saúde Pública é a minha área de interesse, justifica-se pelo fato da minha afinidade com esta temática, bem como ter interesse em discussões relacionadas à saúde mental dentro da Atenção Primária e também por observar na minha prática uma prevalência e incidência de transtornos mentais em todos os ciclos de vida, com destaque para os indivíduos portadores de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão).

Nesse sentido, acredito que os conhecimentos adquiridos num curso de mestrado profissional possibilitam meios para a concretização de melhores práticas. É por esse motivo

que optei pela linha de pesquisa de Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde.

Aspirei desenvolver um estudo sobre a percepção dos usuários frente ao seu acompanhamento terapêutico em saúde mental e também avaliar as ações prestadas às famílias na Atenção Primária na Comunidade da Casa Branca, Bairro Tijuca, Município do Rio de Janeiro. Dando ênfase ao cuidado em usuários portadores de transtornos mentais comuns – ansiedade e depressão - que são acompanhados por este centro municipal de saúde.

## **2 OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Como ponto de partida, usei a observação que fiz quanto ao uso inadequado do benzodiazepínico e, por conseguinte, o cuidado ofertado em saúde mental na atenção primária à saúde. Bem como, a caracterização da percepção que os usuários portadores de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) possuem diante de seu respectivo acompanhamento terapêutico realizado no Centro Municipal de Saúde Casa Branca. A investigação se deu por meio da metodologia do fluxograma analisador.

## **3 UNIVERSO DA PESQUISA**

Avaliar e caracterizar, a partir do uso de ferramentas analisadoras usuário-centrado, a percepção dos usuários com transtorno mental comum perante o seu tratamento e as ações prestadas no campo da saúde mental na atenção primária à saúde - nos últimos 12 meses (Agosto 2018- Agosto 2019), no município do Rio de Janeiro trazendo luz às inquietações que acompanham minha atuação como enfermeira nesta unidade de atendimento.

Na prática do serviço de saúde observo que os usuários portadores de transtornos mentais comuns em uso contínuo de psicofármacos usam o serviço de forma trivial quanto à questão de retirada de seus medicamentos controlados na farmácia local.

Estes usuários vão à unidade mensalmente e retiram, no acolhimento, sua receita então emitida pelo médico da equipe. Reagendam uma retirada. No próximo mês, o processo se repete: dirigem-se a farmácia para a dispensação de seus medicamentos. Presencio: o profissional fornece medicamento não se responsabilizando por educar o paciente sobre o uso

adequado dos mesmos e nem há triagem de possíveis problemas relacionados à farmacoterapia. Aparentemente, nem os usuários não se importam em apenas retirar seus medicamentos.

Ainda há aqueles que solicitam a outrem que se dirija à unidade de saúde a fim de buscar seus medicamentos. Há os que reclamam o fato de chegar e não encontrar pronta sua receita, não querem esperar pelo documento, partem para seus afazeres e, assim, interrompem abruptamente a continuidade da utilização do psicofármaco. Alguns usuários até solicitam consulta médica e/ou de enfermagem, no entanto são motivos distintos ao da ordem da saúde mental. Ninguém toma para si a grande responsabilidade sobre a educação em saúde do usuário, nem o profissional de saúde envolvido em toda a fase de atendimento, tão pouco o próprio usuário.

Estes acontecimentos contumazes, sem obediência a procedimentos já consagrados em saúde na dispensação dos benzodiazepínicos nos portadores de transtornos mentais comuns afetar-me-ão profundamente: estresse emocional e insatisfação profissional invadem meus dias.

Verifico que as agentes comunitárias de saúde (responsáveis pela entrega das receitas controladas) estão afetadas por esse desgosto também. Em especial, nas situações em que há desentendimentos com os usuários por conta de receitas controladas. As agentes comunitárias querem orientar, o usuário quer tão somente o medicamento e ir embora. A frustração ergue-se diante do fato de um agente comunitário não ter a atribuição de educar não obstante ser esta tarefa de atribuição de outro profissional, que provavelmente, não o faz, não quer ou não consegue fazer por alguma razão. O fato é que o fluxo de trabalho instituído na equipe de saúde da família do centro municipal de saúde Casa Branca está partido em alguma etapa.

Minhas insatisfações de nada valem enquanto dissabor. Há que se transformar decepção em algo mais produtivo. Precisam de se transformar em interrogações sobre a forma de cuidado da equipe de que faço parte.

O processo atual de atendimento é o que irá solucionar as grandes demandas de medicamentos controlados? Como é possível atender a um portador de transtorno mental comum com ansiedade generalizada ou transtorno depressivo sem buscar aprofundar em seu sofrimento? Como tal comportamento superficial pode ser permitido pelo ESF? Há causas para esses transtornos depressivos e transtornos mistos cadastrados? Como o Enfermeiro pode

colaborar para a recuperação da saúde mental deste usuário? Para sempre este usuário precisará dessa dependência medicamentosa? Porque não ofertarmos outras possibilidades de cuidado não farmacológicas?

O processo de trabalho de serialização do cuidado necessita ser (re)vista: possivelmente, o uso de outros repertórios de cuidado façam a diferença dentre alguns usuários. A escolha de utilização de outras tecnologias e planejamento no cuidado centrado no usuário e não no procedimento talvez.

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias são classificadas em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Ainda sobre o uso de tecnologias leves em saúde, Merhy et al. (1997) afirmam que é necessário imprimir mudanças no processo de trabalho tomando, como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Nessa direção, defendemos que as mudanças serão fortificadas se integrarmos, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

Propus a mim, como profissional, investigar tecnologias enquanto estratégias que possam ser mais eficientes e eficazes a fim de acompanhar melhor ESF do Centro Municipal de Saúde Casa Branca, na esperança de que portadores de transtornos mentais comuns possam retomar a posse de suas vidas com equilíbrio e visando a dias melhores apesar das adversidades da vida.

#### **4 QUESTÃO/PROBLEMA DE PESQUISA**

Na prática do serviço onde atuo é possível notar que os profissionais de saúde identificam a pessoa em sofrimento psíquico encaminham-na para atendimento de abordagem

inicial, diagnóstico e tratamento farmacológico e, se necessário, psicoterapia por profissional especializado em saúde mental. No entanto, o seguimento do acompanhamento dos pacientes portadores de Transtorno Mental Comum (depressão e ansiedade) passa a ser, essencialmente, o uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos.

A constante é emissão e repetição de receitas de controle especial. Ou seja, o manejo terapêutico, efetivamente, não leva à prática as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado, uma vez que o acompanhamento desses indivíduos não acontece através de consulta médica e de enfermagem ou grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O acompanhamento multidisciplinar fica apenas no mundo ideal e não na prática.

Falta de monitoramento/vigilância desses indivíduos pela atenção primária à saúde, bem como a ocorrência do abandono de tratamento de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos. Tornando evidente o problema priorizado foi à alta prevalência e incidência de pacientes com transtorno mental comum sem acompanhamento na unidade associado a sua dispensação/retirada de psicotrópicos na farmácia da unidade básica em questão.

À propósito da Linha de Pesquisa Escolhida Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde este trabalho visou investigar, tendo por base o fluxograma analisador, a utilização de psicotrópicos por pacientes com diagnóstico de transtorno mental comum e, também, elucidar a percepção destes pacientes sobre seu acompanhamento em saúde mental nesta unidade de atenção primária à saúde (Centro Municipal de Saúde Casa Branca).

## **5 OBJETIVOS DA PESQUISA**

Tendo em vista o universo e a problematização expostos, ficam inequívocos o objetivo geral e os objetivos específicos deste trabalho monográfico, a saber: o primeiro foi observar e

avaliar o uso dos benzodiazepínicos; o segundo é a percepção do usuário em sofrimento psíquico relatando sua trajetória durante o processo terapêutico.

## **6 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA**

Este estudo justificou-se pela necessidade de aprimorar e qualificar o manejo terapêutico ofertado pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde aos indivíduos portadores de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) em uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos e sua percepção quanto ao tratamento.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família do Centro Municipal de Saúde Casa Branca em conjunto com a autora deste trabalho - atuante neste serviço de saúde - identificaram através do diagnóstico situacional os principais problemas de saúde da comunidade Casa Branca e os que mais se destacaram foram: alta taxa de transtornos mentais comuns sem projeto terapêutico singular, alta morbidade de doenças crônicas não transmissíveis, alta emissão de receituários de psicotrópicos sem consulta médica regular; alto uso/dependência de psicofármacos especialmente (benzodiazepínicos e antidepressivos), alta incidência de etilismo e violência doméstica e urbana.

A maioria dos usuários com transtornos mentais, em especial, aqueles com transtornos de ansiedade e depressão (assistida pela equipe de saúde da família) vão à unidade, frequentemente, com queixas somáticas, dificuldade para dormir e geralmente são consumidores de algum medicamento psicotrópico, principalmente os benzodiazepínicos.

Como já mencionado, um profissional de saúde com o mínimo de interesse por seu trabalho não pode se furtar à observação e ao desejo de dimensionar e agir sobre tais diagnósticos situacionais.

Os transtornos mentais constituem um dos problemas prioritários em nossa área de abrangência e os transtornos depressivos tem uma alta prevalência. É conhecido que aproximadamente 80% dos pacientes apresentam queixas somáticas e pertinentes à mudança nos padrões do sono e entre as principais alterações é destacada a insônia, considerada um prenunciador do risco de depressão (HARVEY,2001), como visto neste autor e materializado em nosso local de trabalho na Comunidade da Casa Branca.

## **7 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



Etapa fundamental da pesquisa científica, a orientação para a análise e interpretação dos dados coletados virá dos conceitos fundamentais sobre: a história breve do atendimento de saúde no Rio de Janeiro, a teoria sobre o fluxograma analisador, um estudo sobre a farmacologia do benzodiazepínico e dos transtornos mentais comuns.

Há que se observar que muito do que está aqui, neste capítulo, descreve o panorama histórico dos temas, não se tratando, obviamente, de meu juízo sobre os assuntos. Trata-se de conceitos importantes para esta pesquisa e também para dar base a minha experiência profissional.

## **7.1 O SUS: ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL**

Em se tratando de gestão do SUS – Sistema Único de Saúde, os princípios e diretrizes estão dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que estabelecem que a Gestão do SUS seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios. De tal forma que cabe às três esferas de governo de maneira concomitante definir os mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde e monitorar o nível de saúde da população.

Também é de competência dessas esferas o monitoramento, gerenciamento e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros definindo políticas de promoção da saúde. Aos gestores do SUS fica a responsabilidade de executar as políticas definidas.

O que compete ao enfermeiro? Minhas inquietações no ofício da enfermagem na Comunidade da Casa Branca caminham com as competências exigidas ao Enfermeiro na Atenção Básica. E paralela à linha de pesquisa deste mestrado. E dentre todos os itens que o compõem devo destacar aquelas que mais simultaneamente se encaixam a todo este momento histórico que vivo na prática: realizar, planejar, gerenciar e avaliar (obedecendo a normativas técnicas).

Para o SUS a Atenção Básica é um conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive e dentre as iniciativas encontra-se a Estratégia de Saúde da Família para a qual o trabalho do enfermeiro e da equipe multidisciplinar é tão importante e deve ser realizada em todos os ciclos de vida.

A Atenção Básica é organizada pela Política Nacional de Atenção Básica. É esta o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Tal estratégia – como também é chamada ESF: Estratégia Saúde

da Família - abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos (fundamental na saúde mental), o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação (algo que pouco se vê na saúde mental), a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral do indivíduo e da coletividade.

Para um atendimento de múltiplas queixas, um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Além destes é prevista, ainda, a implantação de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade.

Uma equipe como esta, mencionada acima, deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (respeitando critérios de equidade para essa definição).

É recomendado, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

E como funciona a Política Nacional de Saúde Mental, tão interessante a este trabalho? Esta ação do Governo Federal e que deve ser atendida pelos estados e municípios na atenção básica organiza a assistência às pessoas com necessidades relacionadas aos transtornos mentais como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas.

Estratégia: acolhimento do usuário e de seus familiares. O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção

Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde.

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde encontra-se a implantação de uma rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam a assistência integral para diferentes demandas. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial (também política de saúde adotada pelos municípios).

Em dezembro de 2017, após muitos debates para a construção de uma rede de assistência, segura, eficaz e humanizada, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que reúne o Ministério da Saúde e representantes estaduais CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e municípios CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Educação). Todos anunciaram medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A iniciativa enfrenta os desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS embora seja sabido que o número de leitos diminuiu ao logo do tempo – isto dito pela própria Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro - a Rede de Serviço abrange: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica (no qual meu trabalho se enquadra), Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

Um dos pontos da nova política nacional de saúde mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem nas ruas.

O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. O Ministério está buscando corrigir este déficit. Este cenário aumenta ainda mais a importância da atenção básica e o atendimento saúde da família, pois as ações assistenciais estão somadas ao maior vigor na atuação na esfera da prevenção.

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.2016/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades, e complexidade de seu caso clínico. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares.

Dentro do SUS não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes em quadros clínicos agudizados para internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental. As demandas dos pacientes deixar de se adequar às políticas públicas, mas sim as políticas públicas procuram se adequar às demandas do paciente.

Perante a nova PNAB nota-se que houve uma remodelagem na política e progresso através de uma atenção básica fortalecida e ordenadora das Redes de Atenção. Essa nova política promoveu a expansão das ações intersetoriais e de promoção da saúde. Tais como: integração com o programa de saúde na escola; aumento das equipes de núcleos de apoio à saúde da família (NASF); inclusão das equipes de consultório na rua; telessaúde e academia da saúde. Essas ações ampliaram a resolutividade da atenção básica e qualificaram o

atendimento à população, bem como avançou na afirmativa de uma atenção básica acolhedora e resolutiva e que também ascendeu na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.

É sabido que as Políticas Nacionais de Atenção Básica promoveram uma grande evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil, principalmente no que se refere aos modelos de atenção e na gestão do trabalho em saúde, em especial da Saúde Mental.

Convém destacar o momento atual vivenciado pela Atenção Primária à Saúde dentro do SUS. Na literatura, ainda não há artigos publicados sobre a situação atual da APS quando, infelizmente, se vivencia o desmonte do SUS - o sucateamento da rede básica. Ocorre a redução de ofertas de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro, portanto, é de suma importância relatar e refletir sobre as dificuldades, as tensões e desafios atuais e os processos de desmonte do SUS enfrentadas pelos profissionais de saúde da rede e dos usuários do SUS.

Desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) há cerca de 30 anos tem-se ampliado o acesso aos serviços públicos de saúde. Na contramão, o cenário atual aponta para a redução do acesso da população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, um cenário de desassistência à saúde dos usuários dependentes do SUS que nunca aconteceu desde o surgimento do SUS no final da década de 80.

É possível que nessa lógica de desmonte do SUS e, conseqüentemente, da atenção primária à saúde os serviços passem a oferecer não mais um serviço integral e sim um serviço simplificado, uma vez que com a redução das equipes de saúde da família e diminuição da oferta de serviços de saúde torna-se inviável trabalhar no modelo de atenção integral a saúde dos indivíduos no qual se tinha por proposta de cuidado a garantia da promoção de saúde, a continuidade do tratamento, a construção de vínculo e o estímulo ao autocuidado. A estratégia de saúde da família teria a responsabilidade de acompanhar os indivíduos em todos os ciclos de vida e sobre todo o processo de saúde e doença.

O cenário retrata a fragilidade da rede de atenção à saúde, o sucateamento da rede básica, a redução da oferta de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro, assim como a precarização dos processos de trabalho instituídos. Essa conjuntura gera um impacto direto na assistência e seus efeitos na micropolítica e também lança luz sobre aspectos da excessiva medicalização da população.

É possível buscar melhorias no atendimento a população nesse caos que se encontra a saúde pública no Brasil, sobretudo no município do Rio de Janeiro? Como profissionais trabalham dignamente, com desempenho satisfatório se atuam em condições precárias de

trabalho com falta de insumos, falta de medicamentos básicos, redução de recursos humanos somados ao atraso no pagamento de salários? As organizações sociais que recebem e administram a subvenção do Estado para prestação de serviços de saúde pública, não conseguem dar conta das necessidades de manutenção do próprio sistema e, de maneira subsequente, atender com dignidade aos usuários do SUS.

Diante dessa situação atual, os profissionais de saúde adoecem junto com o sistema e com os usuários que procuram por alento. Esses profissionais chegam a ser por vezes até afastados do labor, outros estão desmotivados e alguns estão até desistindo de atuarem nos serviços públicos da rede de atenção básica à saúde. Como podemos promover saúde nos indivíduos diante de tamanha fragilidade da rede de atenção à saúde?

Existem movimentos em defesa do SUS e de fortalecimento da atenção primária à saúde promovida pelos profissionais de saúde e militantes da saúde pública. Portanto, se faz necessário ampliar essa discussão sobre estratégias e desafios para enfrentamento e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS.

## **7.2 UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE A PSIQUIATRIA**

Nos tempos antigos, o entendimento de doença era atribuído a forças exteriores ao homem: maus espíritos, lamas perdidas, deuses, magos, demônio. Entendidos desta forma eram tratados com práticas mágicas e religiosas.

Hipócrates, na Grécia do século V A.C., estabeleceu uma classificação que incluía a mania, melancolia, a histeria e a psicose pós-parto, entre outras. (TRILLAT, 1991)

Na idade Média, ou idade das trevas, predominava a crença de que as pessoas que apresentavam comportamentos que fugiam ao esperado estavam possuídas pelo demônio; eram então usadas práticas de exorcismo para expulsá-lo. (AMARANTE, 1996)

No Século XVII, na Europa, foram criadas casas de internação com finalidade de nelas confiar os loucos, mendigos, libertinos, doentes, pobres, moribundos, religiosos e infratores. Eram instituições leigas ou religiosas que ofereciam abrigo a esses “incapazes”; visando apenas à segregação (AMARANTE, 1996).

As reformas políticas e sociais que ocorreram na Europa, especialmente na França, no final do século XVIII, inspiraram Philippe Pinel (1745-1826) que aderiu aos ideais da Revolução Francesa. Nesta época as casas de internação, ou hospitais gerais, já tinham a perspectiva de tratamento e contavam com médicos.

Segundo AMARANTE (1996) Pinel era médico e tinha por objetivo criar uma ciência da doença mental. Com ele surge à Psiquiatria, e o louco começa a ser visto como um doente a ser tratado com o dispositivo de tratamento moral, na medida em que haveria uma parte de sua mente não atingida pela alienação.

A psiquiatria, na sua origem, estabelecia relações de tutela, de dependência, não de troca.

A lei Francesa de 1838 foi a primeira grande medida social que reconheceu o direito à assistência para os doentes mentais.

No final do século XIX, sobre influência de Benedict Morel, o ocorreu à descrição da etiologia das doenças mentais a partir do modelo biológico baseado na hereditariedade e nas condições do meio. Porém, a teoria de Morel não sustentou. Paralelamente, naquela época (1880) havia uma cátedra de Psiquiatria na Universidade de Paris, enquanto na Alemanha existia um grupo, com ênfase no ensino teórico da psiquiatria. Foi o momento em que a psiquiatria alemã passou a predominar no mundo. Sendo seu maior expoente, Emil Kaepelin, á qual realizou a descrição e a classificação da doença mental. Assim, segundo Serpa Júnior:

Reunindo as observações que Morel faz acerca das novas dimensões que devem assumir a terapêutica, nos seus dois “Tratados”, constata-se que a ordem que originalmente deveria imperar no asilo, como um dos princípios do tratamento moral, é transposta para a escala da vida social. Os alienistas não são mais apenas implicados com a saúde mental dos pacientes que estão sob os seus cuidados no interior do asilo, mas devem assumir um compromisso com a saúde pública (SERPA JÚNIOR, 1998, p. 12).

Essa é, em traços breves, a história da psiquiatria no mundo ocidental, em seus momentos iniciais. Vale ressaltar que, o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil foi inteiramente embasado no modelo europeu.

No Brasil, a loucura e o louco só passaram a representar um problema para a medicina a partir da primeira metade do século XIX. As primeiras instituições especificamente destinadas á exclusão social do louco surgiram a partir da segunda metade do século XIX (MACHADO ET al., 1978; CUNHA, 1986; RESENDE, 1987).

No Brasil, nos anos 70, os profissionais da área da saúde mental começaram a reunir-se e atuar em torno das questões relativas á exclusão da loucura, numa crítica ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. Vale ressaltar que, este processo se deu em consonância a luta contra a ditadura militar e o movimento sanitário (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) chama esse primeiro momento de reforma no Brasil de “trajetória alternativa”, quando surgem as primeiras manifestações no setor saúde decorrentes da necessidade de discussão e organização das políticas de saúde e das práticas dos profissionais da saúde, com a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar vigente.

Conseqüentemente, uma série de eventos ocorreu no final da década de 1980, tais como: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) à qual veio marcar o início da desinstitucionalização e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o qual consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (ROSA, 2003).

No ano de 1989, a prefeitura de Santos (SP) desmontou o modelo manicomial, tal fato foi um marco na história da reforma psiquiátrica. Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado mostrou o Projeto de Lei nº 3657/89, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, sendo estes substituídos por recursos assistenciais extra-hospitalares e também regulamentava a internação compulsória.

Em Caracas (1990), ocorreu a Conferência sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica, que afixou a responsabilidade dos diversos países em reorganizar os serviços de atendimento, bem como em estabelecer uma legislação que garantisse a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais; e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Desta forma, foi iniciado nos anos 90 o processo de desinstitucionalização que promove a redução dos leitos psiquiátricos. Este processo pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade, no entanto, só ganhou impulso a partir de 2002 através das normatizações do Ministério da Saúde. Neste contexto, destaca-se que somente em 6 de abril de 2001 foi sancionada a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais- sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor,



sexo, orientação sexual, religião, entre outros; redireciona o modelo assistencial em saúde mental e define os tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória.

[...] a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua [...] (BENEDETTO SARACENO, 1999, p. 112)

Então, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, a que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para progressiva extinção dos manicômios.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. É neste contexto que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Neste cenário surgiram os centros de atenção psicossocial (CAPS) como alternativa ao hospital psiquiátrico, bem como os serviços de residenciais terapêuticas e o programa de volta para casa. Ao CAPS foi atribuída a função de organizar os recursos do território.

### **7.3 PSQUIATRIA, SUS E TRANSTORNO MENTAL COMUM: ANSIEDADE E DEPRESSÃO.**

A depressão e a ansiedade parecem uma epidemia. Há estimativas de que 14% da população global que acusam alguma desordem mental não psicótica advêm de transtornos neuropsiquiátricos. O número desperta a atenção da Saúde Pública para os serviços em saúde mental.

Associada a essa estimativa está a sua natureza crônica e incapacitante, despertando a atenção para a importância dos transtornos mentais para a Saúde Pública. As projeções mundiais para o ano de 2030 passarão a incluir a ansiedade e depressão como perturbações dentre as mais incapacitantes do ser humano. Nesses transtornos o paciente sofre mentalmente

e apresenta sintomas somáticos como, por exemplo: irritação, redução da capacidade funcional e de concentração.

Se na atenção primária o serviço tem de atender entre 3000 e no máximo 4000 pessoas da comunidade. Em torno de 560 pessoas são acometidas pelo transtorno não psicótico. Essa é a estimativa. No Brasil, a prevalência oscila entre 28,7% a 50% uma taxa muito alta por estudiosos na área, acometem, em especial, o gênero feminino e idoso. Esses dados já justificam a observação e ações de rastreamento de casos possíveis.

O Serviço de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde. E para todos os gestores, tanto estaduais quanto municipais, trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Porque favorece uma reorientação do processo de trabalho, com tendência maior a aprofundar diretrizes, ampliar a resolutividade e tem uma importante relação custo-efetividade ao impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Seja para levantar dados ou atuar nas resoluções a estratégia de saúde da família é extremamente forte.

A atenção básica prima pela organização territorial dos serviços de saúde. A concepção de território engloba a dimensão da subjetividade e contribui para enriquecer as possibilidades de abordagens de território no campo da saúde. (MS, 2013).

A noção de território vem desde os primórdios da reforma psiquiátrica, visto que o serviço substitutivo ao modelo asilar; são unidades inseridas no sistema local de saúde e que trabalham com práticas e ações de saúde de forma íntegra e contínua, focando no cuidado familiar e na reponsabilidade pela saúde das pessoas que vive no seu território. Portanto, o território é um ponto comum e central nos âmbitos da atenção básica e da saúde mental.

A atenção básica/saúde da família, por sua vez, tem a função estratégica de reorientação das práticas e ações de saúde, no sentido da integralidade e territorialização do cuidado, constituindo-se como a porta de entrada preferencial de todo o sistema de saúde, inclusive demanda de saúde mental.

No que se refere à organização da atenção, é sempre evidenciada a necessidade de demarcar territórios para regular a atuação das equipes de saúde no seu conjunto de ações intradomiciliares e nos ambientes comunitários, os territórios da moradia explicitam os problemas relacionados aos hábitos e comportamentos sanitários, definindo os contextos de vulnerabilidade para a saúde dos moradores do domicílio (BARCELOS E MONKEN,2007).

Dentre a relação de serviços prestados na atenção primária à saúde está descrito na carteira de serviços, da versão profissional da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro,

a inclusão de usuários com transtornos mentais e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas nas atividades de rotina da unidade, como consultas e acompanhamentos de hipertensão, diabetes, tuberculose, saúde bucal, em grupos, oficinas terapêuticas ou outras atividades.

Na execução da atenção primária de saúde, no entanto, é em sua grande maioria renovação de receita de uso especial (controlado) emitido pelos médicos ou transcritos por enfermeiros ou outro profissional de saúde que atuam na atenção primária sem consulta e acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais comuns mais prevalentes que são ansiedade e depressão associado ao uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos. Quando na realidade, estes usuários deveriam ser atendidos e acompanhados através de consulta médica e de enfermagem, grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Promovendo assim, a construção do vínculo, socialização, acompanhamento longitudinal e adesão ao tratamento desses usuários.

Os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica (AB) sabem por experiência própria que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da AB identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importante, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo confirmam essa impressão.

Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a AB tem algum transtorno mental segundo o CID-10. Outros estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico (os chamados casos subclínicos) a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a AB (GOLDBERG, 1995; BUSNELLO, 1983; MARI, 1987; FORTES, 2008).

Quem trabalha ou estuda o sofrimento mental na AB sabe que tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises) são queixas comuns dos usuários. Com frequência, quem se queixa de uma delas, também se queixa de muitas das outras. Ou seja, são queixas que costumam estar associadas. Por outro lado, muitos desses mesmos usuários que relatam os fenômenos acima, também apresentam queixas como mudança no sono e apetite (por vezes para mais, por vezes para menos), dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (GOLDBERG, 2005).

Estudos populacionais no Brasil e no mundo identificaram uma série de características individuais que estão mais associadas a essa forma de sofrimento. Essas características

interagem e se combinam com outras, ainda não identificadas, para determinar o grau de vulnerabilidade de cada pessoa a essa forma de manifestação de sofrimento. A seguir, vamos discutir os principais aspectos do contexto de vida de uma pessoa que estão associados ao sofrimento mental comum. (BRASIL, 2013).

A pobreza também está relacionada a um risco mais elevado de sofrimento mental comum. No Brasil, estudos apontaram baixa escolaridade e menor renda como fatores de risco (PATEL, 2003; LORANT, 2003). A inserção das pessoas no mundo do trabalho também está relacionada ao sofrimento mental. As pesquisas mostram como era de se esperar, que o desemprego aumenta a vulnerabilidade ao sofrimento mental. E entre os empregados, aqueles que descrevem sua inserção no trabalho como exigindo alto desempenho com pouca autonomia ou que sentem um desequilíbrio pronunciado entre esforço e reconhecimento relatam mais sofrimento do que o restante dos empregados (STANSFELD, 2006).

As mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar um transtorno mental comum do que os homens. Há também que se considerar que as diferenças de gênero influenciam não apenas na vulnerabilidade ao sofrimento como também suas formas de expressão. Isto é, pode haver formas socialmente melhores aceitas de sofrimento para cada gênero. Homens, por exemplo, tem muito mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que as mulheres (BRASIL. MS, 2013).

Uma importante pesquisa feita no Brasil mostrou ainda que a vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento mental comum é ainda maior entre as que se identificam como negras e pardas (segundo IBGE) e entre aquelas com menor renda. Além de fatores estruturais como gênero, cor de pele, renda, escolaridade e trabalho, fatores conjunturais também aumentam o risco de sofrimento mental. É muito frequente que as pessoas relatem que algum acontecimento marcante em suas vidas tenha precedido o aparecimento do sofrimento (BRASIL, MS, 2013).

Além da associação entre Transtorno Mental Comum e sexo feminino, evidências demonstram maior utilização de serviços de saúde pelas mulheres (LIMA ET AL, 2008). Outra importante associação descrita na literatura é a relação entre Transtornos Mentais Comuns com os eventos vitais produtores de estresse e com o baixo apoio social.

O apoio social é o suporte emocional ou prático dado pela família e ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (COMMUNITIES COUNT).

VALLA (1999), afirma que o apoio social contribui para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma e traz benefícios não só para quem o recebe na forma de informação ou auxílio, mas também para quem o oferece.

De acordo com OLSTAD et al. (1999), existem duas teorias que explicam a associação entre saúde mental e apoio social. A primeira refere-se ao fato de que o apoio social afetaria diretamente a saúde mental, a segunda ao fato de que o apoio social funcionaria como mediador do estresse, modificando o seu efeito, ou seja, o indivíduo que contasse com alto nível de apoio social reagiria mais positivamente às situações estressantes se comparado a outros que não dispusessem desse tipo de recurso.

Deste modo, os autores citados até então, demonstram que os transtornos mentais comuns estão relacionados com uma sequência de questões de ordem social, como por exemplo, condição de moradia, falta de trabalho ou excesso de atividade laborativa; questões sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil); nível de escolaridade; privações econômicas; sofrimento emocional; ausência de rede de apoio social e também a falta de capacidade adequada para as equipes de saúde lidarem com as formas de sofrimento não classificadas nos manuais diagnósticos e ainda ausência de metodologias de cuidados destinadas para essa problemática no campo da saúde mental na atenção básica.

As questões de ordem social são consideradas por Eliane Brum, como Adoecer de Brasil. O número de queixas de depressão nos consultórios médicos não para de crescer. E essas queixas são provocadas e alimentadas pela questão social e econômica do país. Se uma das atividades que o enfermeiro deve exercer é o acolhimento ou a supervisão de acolhimento com escuta qualificada, não há como negar essa queixa e informar ao paciente que o problema dele é social e não físico. A escuta é qualificada, o atendimento é humanizado. Essa pessoa se queixa de sintomas reais e que ela está realmente sentindo e sofrendo.

Assim sendo, o contexto da atenção básica é observado que pessoas com transtorno mental comum acessam e utilizam o serviço de saúde rotineiramente. Esses usuários em sua grande maioria chegam ao serviço com queixas somáticas, porém a sintomatologia descrita por estes pacientes são queixas de doenças orgânicas ou alterações fisiológicas, uma vez que essas queixas são mais objetivas e aceitáveis. Desse modo, pacientes com TMC podem não ter um tratamento efetivo e acabam retornando várias vezes ao serviço quando os profissionais focam apenas na queixa imediata dos usuários, sem reconhecimento do mal-estar amplo.

Importante perceber que os transtornos mentais comuns são a demanda de saúde mental característica da atenção primária, que podem e devem ser tratados pelos profissionais dessas equipes, com quem os pacientes e suas famílias desenvolvem vínculos que os tornam fonte de suporte, apoio e fortalecimentos dos pacientes (CHIAVERINI, 2011).

As atuais políticas em saúde mental preconizam que pessoas com transtornos mentais comuns sejam acompanhadas concomitantemente na atenção básica e em unidades especializadas. Entretanto, os transtornos mentais comuns (TMC), considerados menos graves, devem ser integralmente tratados na atenção básica, o que inclui os modelos de Estratégia Saúde e unidades básicas em saúde. Portanto, a atenção básica em saúde é considerada a principal porta de entrada para pacientes com queixas psicológicas (BRASIL, 2011).

Segundo MENEZES (1996), estudos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes apresentam uma elevada prevalência na população adulta.

Para Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*) e CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças -10ª Revisão*), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacidade funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos.

Os transtornos mentais comuns podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimentos, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosa ou somatoformes. O contínuo e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, faz do conceito de transtornos mentais comuns uma chave para que os estudos epidemiológicos possam capturar a prevalência dessas manifestações de sofrimento na comunidade ou em unidades de atenção básica, sem que necessariamente esse tipo de queixa preencha todos os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos, transtornos ansiosos ou transtornos somatoformes, de acordo com as classificações do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*) e do CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças -10ª Revisão*) (MARAGNO et al., 2006).

Saliento que estudos nacionais e internacionais evidenciam altas prevalências de Transtornos Mentais Comuns, variando de 15 a 50,3% (FORTES et al.,2011). Essas prevalências são encontradas, tanto na população geral, quanto em populações específicas, tais como profissões diversas e grupos etários distintos.

A prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na Atenção Básica é relevante, chegando a um terço da demanda, taxas essas que alcançam e até ultrapassam os 50% quando se inclui o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos (OMS, 2008). Transtornos mentais são frequentes na população, principalmente entre os pacientes atendidos nos serviços de saúde, sendo mais prevalentes entre o sexo feminino, nos indivíduos com pouca escolaridade, baixa renda, tabagistas e nas mulheres vítimas de violência (SÃO PAULO, SMS, 2011).

A depressão nada mais é do que a inescapável tristeza da vida, desencadeada por perdas, desapontamentos ou isolamento social; nessas circunstâncias, talvez a tristeza seja uma experiência necessária, porque convida à reflexão e ao autoexame, e, talvez, autoperdão e à cura. Na outra ponta, a depressão pode ser uma doença devastadora, associada a grande comprometimento funcional, a saúde física e do bem-estar, podendo, inclusive, ser fatal. (MCWHINNEY IR, 2010).

A depressão é caracterizada quando uma pessoa apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. Já o transtorno depressivo recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (CID-10 F 32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes da exaltação de humor e de aumento de energia (mania).

Depressão é um diagnóstico amplo e heterogêneo, caracterizado por humor deprimido e/ou perda de prazer na maioria das atividades rotineiras. Em um estudo multicêntrico realizado no Brasil mostrou prevalências de 5,8%, em um ano, de 12,6% ao longo da vida (ANDRADE et. Al. 2003). É importante ressaltar que entre os pacientes que consultam na atenção primária à saúde (APS) a prevalência pode ser maior. Logo, predominantemente a depressão deve ser manejada na APS, através de tratamento medicamentoso quando for necessário e intervenções psicossociais.

Destaca-se também a ansiedade generalizada o qual é outro transtorno mental comum de grande relevância, já que por vezes se apresenta com importante prejuízo funcional para as

pessoas que sofrem com esse distúrbio e que deve ser manejada na APS bem como a depressão.

O transtorno de ansiedade generalizada é definido como uma ansiedade persistente, avassaladora, incontrolável e desproporcional ao estímulo. Os efeitos desse transtorno podem ser leves ou graves e incapacitantes, sua etiologia é desconhecida, porém, suspeita-se de fatores genéticos, bioquímicos, psicossociais dentre outros.

A ansiedade generalizada (CID 10 F41. 1) é um distúrbio comum, cuja característica central é a excessiva preocupação com diferentes eventos, associadas a aumento da tensão.

Pode acontecer de forma isolada, mas geralmente ocorre com outros tipos de ansiedade e transtornos depressivos. (SMS-RJ, 2013).

Para tanto, na abordagem dos usuários com transtorno mental na APS é sabido que os profissionais podem e devem atuar ofertando algum cuidado desde o acolhimento ao tratamento farmacológico ou não farmacológico.

## **7.4 ATENÇÃO BÁSICA E PSICOFÁRMACOS**

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica viabilizou uma modificação do modelo hospitalocêntrico para um modelo de saúde mental comunitária. Cresceu, dessa forma, o campo da clínica, caracterizando a atenção como psicossocial, recuperando o sentido de saúde nos limites entre o individual e o coletivo. Não obstante, o tratamento farmacológico segue amplamente.

Pretensamente, o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos e a uma deficiente comunicação sobre o tratamento entre profissionais de saúde e usuários (Santos, 2009). Este último costuma desconhecer o motivo ou o tempo de duração das terapias medicamentosas, além de ter baixo nível de autonomia para decidir sobre seu próprio tratamento. Por tais motivos traz-se a qualificação da utilização de psicofármacos e a qualificação de pessoal como pontos sensíveis da expansão da rede de serviços (Furtado, Onocko, 2008).

O uso crescente de psicofármacos – maior que o preconizado pela literatura (Hull, Aquino, Cotter, 2005) não apenas em quantidade, mas também em duração. Tal uso parece inadequado, além de ligado a fatores socioeconômicos (Maragno et al., 2006). A prevalência de medicação associada aos indivíduos de maior vulnerabilidade social, baixa escolaridade e menor renda per capita (Regier et al., 1984).



Na saúde mental brasileira, estudo anterior apontou que independente do avanço da Reforma Psiquiátrica, a medicalização se mantém como prática não reformada. A hospitalização e a “renovação de receitas” sem a avaliação presencial dos usuários ainda são respostas comuns diante das demandas que aportam ao sistema (Furtado, Onocko, 2008).

Outra particularidade deste problema envolve o baixo empoderamento que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, com pouca apropriação de informação e centralização do poder nos profissionais de saúde, o que torna a clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar.

Winter (2007) expõe que apenas 39% dos entrevistados de serviços de atenção primária do Canadá foram informados, pelo seu médico, de efeitos colaterais possíveis da medicação prescrita, e apenas 23% destes foram informados das alternativas ao uso de medicamentos psiquiátricos (Rodriguez, Perron, Ouellette, 2008). Nesse contexto, desde 1993, em Quebec, Canadá, tem sido desenvolvida uma estratégia para resgate da participação ativa nas decisões sobre medicação: a Gestão Autônoma de Medicação (Rodriguez, Perron, Ouellette, 2008).

Essa vivência conferenciada em grupos de debate de usuários e técnicos que, inicialmente, questionavam o uso de medicamentos. O Guia pessoal da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) foi elaborado em 2001. Voltado a usuários com transtornos mentais graves, tornou visível a pluralidade de posições em face da medicação, reconhecendo o direito ao consentimento livre e esclarecido para utilização de psicofármacos e a necessidade de compartilhar as decisões entre profissionais e usuários. Seguindo o Guia, a pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida para determinar os aspectos suscetíveis de serem melhorados, com vistas a sua qualidade de vida. A medicação pode ou não se incluir como um desses aspectos, sendo disponibilizadas informações sobre indicações, efeitos colaterais, interações e doses terapêuticas.

Na segunda parte, o Guia canadense propõe, para os que assim o desejarem, um método de diminuição progressiva da medicação a ser empreendido em colaboração com um médico. Estimula, portanto, que as pessoas busquem com quem prescreve o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajuste, à redução ou à suspensão dos medicamentos. Como forma de acompanhamento desse processo, o Guia inclui ferramentas de auto-observação e de identificação de redes de apoio, contribuindo para a (re)apropriação do poder decisório por parte dos usuários de psicofármacos. Uma das convicções no Guia é a de que o tratamento em

saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser restringidas aos seus sintomas.

Portanto, identifica-se que não dá para se falar de cuidado sem falar de gestão. O GAM é inspirador para ser utilizado nas ações e serviços de saúde pública. Em relação ao processo de cuidado, o GAM é um bom exemplo de se pensar e fazer o cuidado, apostando na produção de relações.

O guia GAM é uma forma dialogada de conversar/construir um projeto terapêutico singular, em que o usuário participa ativamente, compartilhando com os profissionais de saúde suas possibilidades, e isso reduz consideravelmente a medicalização da vida. O guia GAM possui uma adaptação brasileira do “Gestion Autonome de La Médication de l’âme”. Esta adaptação reuniu atores de diversas cidades brasileiras dentre elas, o Rio de Janeiro, com a proposta de emponderar os usuários ao compartilhar com eles a gestão do uso de medicamentos psiquiátricos.

No que tange ao tratamento farmacológico utiliza-se psicofármacos na clínica da atenção básica para o tratamento medicamentoso da depressão usualmente são prescritos os antidepressivos que são drogas que aumentam o tônus psíquico melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando o conforto emocional e o desempenho de maneira global.

Acredita-se que o efeito antidepressivo se dê à custa de um aumento da disponibilidade de neurotransmissores no sistema nervoso central, notadamente da serotonina, da noradrenalina ou norepinefrina e da dopamina, juntamente com a diminuição no número dos neurorreceptores e aumento da sua sensibilidade. Os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, nortriptilina e imipramina) e a fluoxetina são os psicotrópicos disponibilizados e usados na atenção primária.

Em relação ao tratamento medicamento para os transtornos de ansiedade são indicados os ansiolíticos que são medicamentos capazes de atuar sobre a ansiedade e tensão. São classificados como sedativo-hipnótico; já que enquanto o efeito ansiolítico reduz a ansiedade patológica, o hipnótico produz sonolência. Os ansiolíticos mais comuns são o diazepam e o clonazepam. Estes fármacos pertencem à classe dos benzodiazepínicos que são remédios capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Assim, quando, devido às tensões do dia- a dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam de forma exagerada causado um estado de intensa ansiedade, os benzodiazepínicos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que

se caracteriza por diminuição da ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.

É fundamental lembrar que esses medicamentos devem ser utilizados quando se caracteriza a presença de um transtorno mental, conforme os critérios especificados no Cartão Babel. Pois, o uso inadequado dos psicotrópicos por não especialistas em saúde mental tem contribuído para o uso abusivo de benzodiazepínicos e o uso inadequado de antidepressivos (ARISTIDES, 2005).

Desta forma, é importante perceber que os transtornos mentais comuns são a demanda de saúde mental característica da atenção primária, que podem e devem ser tratados pelos profissionais dessas equipes, com quem os pacientes e suas famílias desenvolvem vínculos que os tornam fonte de suporte, apoio e fortalecimentos dos pacientes. Não obstante, os profissionais devem precaver-se diante de erros que merecem atenção especial de modo a serem evitados, tais como: prescrição de benzodiazepínicos, sem acompanhamento regular, uso inadequado de antidepressivos, geralmente em subdoses e por tempo insuficiente e encaminhamentos indiscriminados para atendimento na saúde mental, ao qual, na maioria das vezes, esses pacientes não comparecerem, continuando sua peregrinação por diversos serviços e unidade de saúde (CHIAVERINI DH et al.,2011).

Observando a dose de benzodiazepínicos, se ela não está sendo ministrada como um mitigador de uma situação emocional procrastinada sucessivamente. Pois, o uso prolongado desse tipo de medicamento pode levar a dependência, tolerância e síndrome de abstinência. Valeria os efeitos adversos como fraqueza, perda de atenção, náuseas, dores abdominais em detrimento de um fortalecimento emocional para a qualidade de vida e do valor do atendimento de uma equipe multidisciplinar e integrativa?

À vista disso, o cuidado em saúde mental na atenção primária é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e famílias. Desta maneira, os profissionais que atuam e promovem às intervenções terapêuticas em saúde mental na atenção primária á saúde utilizam diversos recursos em suas práticas/ações em saúde mental tais como: a utilização do projeto terapêutico singular (PTS), um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde; o acolhimento que estabelece o vínculo permite o cuidado, bem como a escuta que gera espaço para o paciente pensar sobre seu sofrimento e suas causas; a abordagem familiar; a rede de suporte social como, por exemplo, os espaços coletivos (igreja, grupo comunitários); a terapia comunitária; o uso de psicofármacos em conjunto com apoio psicossocial; o apoio matricial que é um modo de construção compartilhada e apoio

institucional realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária com o objetivo de ajudar e orientar o projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais de difícil manejo na atenção primária à saúde.

Cabe ressaltar, que todos esses recursos/ferramentais são de suma importância para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde dos indivíduos em sofrimento psíquico e contribuem para o sucesso terapêutico. A Estratégia da Saúde da Família (ESF), que é o primeiro contato do usuário junto ao SUS, deve proporcionar um espaço de orientação e sensibilização com o acompanhamento da equipe multidisciplinar. Esta Política deve promover o autocuidado. Uma maior integração social, fortalecimento da autonomia, protagonismo do indivíduo que apresenta transtorno mental e em especial às singularidades do usuário do transtorno mental não psicótico (ansiedade e depressão), a fim de que a discussão de casos com componente subjetivo possam também ser acolhida pelo SUS e trazer de volta o usuário ao fortalecimento de seu espírito, por meio de uma percepção mais consciente de si mesmo e do mundo a sua volta e a distinção da necessidade primeira de medicamentos.

## **7.5 TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE**

Quando nos referimos às tecnologias envolvidas no trabalho em saúde apoio-me na classificação de Merhy (2002) onde a definição de tecnologia inclui, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor classifica essas tecnologias em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais. Esta maneira de apresentar às tecnologias presentes no trabalho em saúde é descrita por Merhy, evidenciando que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupado que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a

epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

Estas 3 tecnologias são usadas juntas por nós profissionais de saúde em nosso cotidiano de trabalho, isso ocorre independente do nível de atenção a saúde que o profissional esteja inserido seja na atenção primária ou nos níveis de atenção secundário e terciário de atenção à saúde. Logo, essas tecnologias estão presentes nos 3 níveis de assistência a saúde e embasam o nosso processo de cuidado.

A tecnologia leve está pautada no acolhimento, na escuta qualificada, no empoderamento e na humanização que deve ser realizada nesse contato entre trabalhador de saúde e usuário. Já a tecnologia levedura se refere aos saberes de ordem teórico-científico, protocolos, fluxos de atendimento e uso da clínica ampliada utilizada pelo profissional no momento do atendimento desse usuário, isto é o uso do conhecimento bem estruturado do processo de trabalho. Em relação à tecnologia dura refere-se ao uso de máquinas, normas e estruturais organizacionais; para exemplificar na atenção primária a saúde também utilizamos a tecnologia dura como o uso de exames laboratoriais, exames de imagem, uso de equipamentos hospitalares e medicamentos.

Segundo Fonseca (2007), o trabalho em saúde deve ser permeado pelos encontros diversos e pelas múltiplas visões na relação entre o trabalhador e o usuário. Mas, lembrando a relação terapêutica também são constituídas pela dor, sofrimento, vivências e percepções de vida em que os saberes e práticas no campo da saúde mental precisam estabelecer mecanismos para tornar evidentes os elementos assistenciais, subjetivos e sociais.

De acordo com MERHY ET AL (1997), por suas especificidades, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele opera em tecnologias de relações, de encontros de subjetividade, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Portanto, é sabido que essas tecnologias são essenciais nos processos de produção em saúde, e nessa visão, concordo com Pereira (2001), ao afirmar que não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias; a depender da situação, todas são importantes, porém

não se deve esquecer de que, em todas as situações, as tecnologias leves necessitam estar sendo operadas.

## **7.6 O FLUXOGRAMA ANALISADOR: UMA METODOLOGIA**

Toda atividade em saúde deve ser pautada pela pesquisa científica. Este trabalho, com vistas à titulação de mestre, não é diferente. É por esse motivo procurou a metodologia do fluxograma analisador como fundamento de sua busca por resposta no ofício de atenção básica da saúde mental.

A ética em Estratégia de Saúde da Família não pode permitir que o cuidado do profissional de saúde seja um conhecimento pautado pela ideia de que por suas próprias lógicas e saberes o usuário é um indivíduo que nada sabe sobre sua própria saúde e o autocuidado. Há de haver espaço para aquilo que o profissional não sabe, reside aí à estratégia, o serviço.

O agente de mudança nas práticas de cuidado, a ética com que se deve atuar também são estratégias construídas que não tem o foco exclusivo no procedimento, mas naquilo que chama a atenção que é o social. Não se separa o social do humano. Especialmente, no exercício de uma profissão que traz a garantia da cidadania e o respeito aos direitos humanos.

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a ‘correta’, discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo de viver mais e com saúde, enfim qual a melhor forma de viver.

Este estudo teve como objetivo geral observar e avaliar o uso dos benzodiazepínicos em usuários portadores de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão)

acompanhados no Centro Municipal de saúde Casa Branca e com objetivos específicos de descrever a percepção deste usuário em sofrimento psíquico na sua trajetória durante seu processo terapêutico, tendo como referencial metodológico o fluxograma analisador no seu percurso em busca do cuidado.

Para alcançar tal objetivo, foi utilizada a metodologia do fluxograma analisador. Essa metodologia pode ser entendida como a narração da produção do cuidado ofertado a um usuário acompanhado por um serviço de saúde. Nesta proposta metodológica, buscou-se a partir dos encontros entre o usuário e: outros profissionais de saúde, seus familiares, seus cuidadores, outros serviços de saúde, outros recursos sociais etc.; como é este caminhar na vida dentro das relações sociais, afetivas no campo pela busca do cuidado em saúde. Bem como, a utilização do “fluxograma analisador” contribuiu na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde sob o ponto de vista macro e micro-estrutural.

O fluxograma analisador é uma ferramenta de análise dos fluxos e das ações tomadas a partir da demanda do usuário. É um instrumento que permite a identificação de nós e falhas nos fluxos de trabalho e pode, a partir da reflexão, contribuir para novas tecnologias que melhorem a qualidade do serviço prestado. A ideia de utilizá-lo partiu do caráter reflexivo em torno das cadeias de ações, contribuindo para o processo de autoanálise e autogestão (BARBOZA et al, 2005).

Essa metodologia envolve o uso da “ferramenta analisadora”: o “ fluxograma descritor”, narrado por MERHY, CHAKKOUR, et, al. 1997. No que diz respeito ao “fluxograma descritor” institui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, produzida na forma de usuário-centrado, com abundância de detalhes para captar os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços.

O processo metodológico foi feito em 3 momentos da seguinte maneira: 1º momento foi realizado a coleta de dados em documentos normatizados (prontuário eletrônico E-SUS) e a efetuação de entrevistas através de perguntas abertas com os usuários previamente selecionados em detrimento da relevância de suas respectivas participações na pesquisa; o 2º tempo foi elaborado o desenho do fluxograma analisador, o qual é uma representação gráfica do processo de trabalho ,explicitado por MERHY et al (2007).

Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo. (MERHY, 2007, p. 150).

Ainda no processo metodológico, no 3º momento foi produzido uma análise reflexiva desses dados coletados, entrevistas e os gráficos gerados, com o intuito de que se identificassem os nós apresentados nos fluxos de trabalho, assim como, relatar, durante o processo terapêutico, a percepção dos usuários em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva se fez necessário a análise dos prontuários eletrônicos em detrimento da identificação do alto número de emissão de prescrição repetida de psicotrópicos. Foi realizado um levantamento do quantitativo dos usuários acompanhados no Centro Municipal de Saúde Casa Branca portadores de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão). Observou-se a partir da base dados local que o serviço de saúde possui 4065 cidadãos cadastrados na unidade Casa Branca, destes temos 220 usuários com diagnóstico de algum problema de saúde mental.

Continuando, dentre os usuários com diagnóstico de algum problema de saúde mental foi extraída uma listagem com quantitativo de usuários 61 pacientes com diagnóstico ativo do grupo CID F32 (episódios depressivos) e 81 pacientes com diagnóstico ativo do grupo CID 10 F40 (transtornos fóbicos-ansioso) e destes, especificamente, para os transtornos mentais comuns se tem 69 pacientes com diagnóstico ativo para ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso e depressivo e transtorno de somatização. Há 57 pacientes com diagnóstico ativo para episódio depressivo leve, episódio depressivo moderado, transtorno depressivo e transtorno depressivo, não especificado.

Perante o universo da pesquisa e tomando por base a construção do fluxograma analisador para cumprir os objetivos deste estudo, a escolha dos sujeitos da pesquisa foi feita em reunião de equipe em conjunto com as agentes comunitárias de saúde, uma vez que são elas que fazem a entrega das receitas de psicotrópicos no acolhimento da unidade Casa Branca. Partindo do seguinte questionamento: quais são os casos que mobilizam e incomodam a equipe nesse cenário? Deste ponto em diante, o relato passou a ser da minha vivência, minha recordação dos diálogos com as agentes comunitárias de saúde da Casa Branca. Desta maneira, foi traçado para a pesquisa dois perfis de usuários relevantes para esse trabalho e interessantes para a entrevista, a saber:

- Uma do sexo feminino que sempre faz o pedido da receita, não retira regularmente e sempre questiona a equipe;



- Uma do sexo feminino que perguntou como fazia para parar de usar os medicamentos controlados.

Para coleta de dados foi feita uma análise dos prontuários eletrônicos, desses sujeitos acima mencionados, na base de dados E-SUS (sistema público utilizado nas unidades de atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro) onde foram analisadas as seguintes variáveis: Diagnóstico do usuário; prescrição de medicamentos e emissão de prescrição de medicamentos de controle especial para tratamento farmacológico em saúde mental no seguinte período de análise: entre Agosto 2018 a Agosto 2019 sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e respeitando os cuidados éticos com o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos usuários que participaram da pesquisa. Em seguida, entrevistas em profundidade com os usuários (participantes da pesquisa). A avaliação de conteúdo das narrativas foi elaborada através de gravações de áudio das entrevistas, memórias da narrativa sobre o que foi vivido na produção do cuidado da saúde e das observações do encontro entre o pesquisador e o usuário (participante da pesquisa).

Para cumprir com os objetivos propostos foi desenvolvido um roteiro de perguntas que aborde o diagnóstico de saúde mental do usuário (participante da pesquisa), se tem queixas clínicas, como o usuário (participante da pesquisa) gerencia o problema; se usa ou não medicamento para isso ou não, o que entende sobre tratamento em saúde mental, se usa outros recursos terapêuticos ou não, se acha necessário ter consultas na unidade básica ou não.

Antes da aplicação da entrevista foi explicado ao paciente o objetivo do mesmo, a importância da entrevista, bem como, seus riscos e benefícios, solicitando-lhe o seu consentimento em respondê-lo. Foi explicado ao usuário (participante da pesquisa) que caso não concorde em responder o questionário isto não implicaria no seu atendimento pela equipe de saúde da unidade Centro Municipal de Saúde Casa Branca. O questionário utilizado para a entrevista estará baseado nestas prováveis questões:

- a. O que você sabe/entende sobre saúde mental?
- b. O que você pensa sobre seu acompanhamento de depressão e ansiedade?
- c. Há quanto tempo você faz uso de psicotrópicos (controlados)?
- d. Você já teve alguma crise? Já precisou de hospitalização?
- e. Você já parou de tomar seus remédios por conta própria?
- f. Já abandonou seu tratamento?
- g. Já foi atendido pela psicologia?

- h. Participa ou participou de algum grupo terapêutico?
- i. Você usa ou já usou algum recurso comunitário, por exemplo: igreja, academia carioca ou outro?

Este questionário está passível de adaptações que se considerar necessárias. E o período para implementação das perguntas e para a coleta de dados foi realizado mediante a submissão e aprovação do Comitê de ética da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro (Dados do Parecer consubstanciado do CEP - CAAE: 26688019.0.3001.5279 – N° do Parecer: 4.026.921 aprovado em 13/05/2020) e da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Dados do Parecer Consubstanciado do CEP - CAAE: 26688019.0.0000.5238 - N° do Parecer: 3.8.42.000 aprovado em 17/02/2020) na Plataforma Brasil.

Tendo em consideração, os riscos potenciais desta pesquisa estavam atrelados ao risco de **desvelar sentimentos e percepções que pudessem gerar algum desconforto em virtude da fala de suas vivências**. Nesse caso a entrevista poderia ter sido interrompida ou conforme o caso, suspensa. O que não se fez necessário. O (A) responsável pela realização do estudo se comprometeu a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Os dados de identificação foram mantidos em sigilo e, portanto, não foi identificado (a), sendo assim assegurado seu anonimato; bem como, poderia afastar-me do projeto, caso este fosse o desejo, em qualquer momento de seu andamento.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa identificaram a possibilidade de construção de melhorias nos processos de trabalho em relação aos cuidados colaborativos em saúde mental e a possibilidade de colaborarem na formulação de estratégias para progresso do cuidado em saúde mental na atenção primária e que procedimentos e protocolos sejam reorganizados para o bem desta comunidade específica (Centro Municipal de Saúde Casa Branca) e que sirva de referência à sociedade carioca.

O procedimento ético foi elaborado e instrumentalizado através do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e posterior, cadastramento, submissão e aprovação do projeto na Plataforma Brasil.

A população analisada referiu-se aos maiores de 18 anos, do sexo feminino, em sua maioria, residente na comunidade Casa Branca, cadastradas, acompanhadas e com diagnóstico ativo no prontuário eletrônico nos últimos 12 meses (Agosto 2018-2019) de

depressão e /ou ansiedade no Centro Municipal de Saúde Casa Branca. Este período foi escolhido para análise do prontuário em detrimento da mudança do prontuário eletrônico VITACARE para o prontuário eletrônico de servidor público E-SUS (sistema de prontuário eletrônico em processo implementado em todo território nacional nos serviços de saúde) no Centro Municipal de Saúde Casa Branca em Agosto 2018.

A partir da leitura dos prontuários eletrônicos e da saturação de o que tem de comum nessas histórias desses usuários foi elencado duas histórias e utilizado a metodologia do fluxograma analisador. As entrevistas foram realizadas através de um questionário com perguntas abertas ao usuário sobre o seu projeto terapêutico singular / tratamento na APS aplicados pela própria pesquisadora responsável pela pesquisa durante visita domiciliar e/ou consulta na própria unidade de saúde onde o entrevistado pode discorrer sobre a temática.

A pesquisa qualitativa é considerada subjetiva e não científica, uma vez que não opera com dados matemáticos que permitem descobrir relações de causa e efeito no tratamento estatístico. MINAYO (2008) destaca que na pesquisa qualitativa, o importante é a objetivação, pois durante a investigação científica é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de coleta de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada. Para a referida autora, a objetivação contribui para afastar a incursão excessiva de juízos de valor na pesquisa: são os métodos e técnicas adequados que permitem a produção de conhecimento aceitável e reconhecidos.

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Esse tipo de pesquisa, segundo Selltiz et al. (1965), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

Para Gil (1999), o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Como mencionado, não se pode dissociar o social do individual mesmo em saúde. Portanto a investigação do ponto de vista qualitativo traz informações relevantes para o posicionamento da equipe de atenção básica, como também para a tomada de decisão e métrica do trabalho em processo.

## **8 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados após o projeto ter sido submetido e aprovado como já dito anteriormente, ao Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, atendendo assim à resolução de número 466/2012 que dispõe de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a coleta de dados no prontuário eletrônicos E-SUS foram selecionados dois perfis de usuário para esse estudo conforme já descrito na metodologia da pesquisa (uma do sexo feminino que sempre faz o pedido da receita, não retira regularmente e sempre questiona a equipe e uma do sexo feminino que perguntou como fazia para parar de usar os medicamentos controlados). As duas participantes selecionadas concordaram em participar dessa pesquisa; sendo a 1ª participante citada pela sigla M.C.A e a 2ª participante como F.T.S.S.

Na leitura e análise dos prontuários eletrônicos, desses sujeitos acima mencionados, na base de dados E-SUS realizei a observação das seguintes variáveis: Diagnóstico do usuário; prescrição de medicamentos e emissão de prescrição de medicamentos de controle especial para tratamento farmacológico em saúde mental no seguinte período de análise: entre Agosto 2018 a Agosto 2019.

No prontuário da usuária M.C.A foi identificado o diagnóstico ativo para Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (CID10-F41.2) e Episódios depressivos (CID10:F32); na

prescrição de medicamentos encontra-se os seguintes medicamentos prescritos: Clonazepam 0,5mg (posologia 1comprimido a noite) e Cloridrato de Fluoxetina 20mg (1 comprimido pela manhã). No que tange a emissão de prescrição de medicamentos de controle especial para tratamento farmacológico em saúde mental no período de Agosto 2018 a Agosto 2019 foi observado à emissão de prescrição de repetição por 12 vezes mensalmente no período de um ano sem consulta presencial, ou seja, renovação de receita médica para registro no prontuário de liberação de receita de uso de controle especial e uma consulta presencial registrada falando pontualmente sobre a questão psíquica de M.C.A onde a usuária relata ter depressão e pânico. Diz ter perdido o irmão e hoje relata melhora (consulta do dia 17/08/2018).

É sabido que esta usuária vai à unidade mensalmente quase que religiosamente buscar e retirar suas receitas controladas de uso contínuo. Tal fato é sabido em detrimento da fala das agentes comunitárias de saúde que realizam a entrega da receita, bem como o controle da dispensação dos medicamentos realizada pelo farmacêutico da unidade. Foi observado um alto quantitativo de consultas não presenciais com finalidades administrativas, cujo objetivo é apenas a emissão de prescrição de repetição. Notou-se um registro de consultas com queixas clínicas como cefaleia, sinusite, saúde da mulher (queixa ginecológica e coleta de citologia), hipertensão, mas nenhum registro presencial voltado especificamente para a saúde mental da usuária M.C.A.

Já no prontuário da usuária F.T.S.S. foi identificado o diagnóstico ativo para Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (CID10:F412); na prescrição de medicamentos encontra-se os seguintes medicamentos prescritos: Clonazepam 0,5mg (posologia 1comprimido a noite).

Em relação à emissão de prescrição de medicamentos de controle especial para tratamento farmacológico em saúde mental no período de Agosto 2018 a Agosto 2019 foi constatado mediante a análise do prontuário à emissão de prescrição de repetição por 10 vezes mensalmente no período de um ano sem consulta presencial, ou seja, renovação de receita médica para registro no prontuário de liberação de receita de uso de controle especial e 6 consultas presenciais com queixas clínicas como cefaleia, nuchalgia, pico hipertensivo e saúde da mulher (rastreamento de Câncer de mama e uterino).

No entanto, apesar desta usuária sempre solicitar sua receita controlada, a mesma não faz a retirada dos medicamentos de forma regular na unidade. Esta situação é notada pelo discurso das agentes comunitárias de saúde que realizam a entrega da receita, bem como o controle da dispensação dos medicamentos realizada pelo farmacêutico da unidade. Bem

como pelo fato da usuária também perguntar para as agentes comunitárias de saúde como fazia para cessar o uso do medicamento controlado.

Assim como no caso da usuária M.C.A, observou-se também no caso da usuária F.T.S.S. um alto quantitativo de consultas não presenciais com finalidades administrativas, cujo objetivo era apenas a emissão de prescrição de repetição. Também foi percebido o registro de consultas com queixas clínicas como cefaleia, nuchalgia, hipertensão, picos hipertensivos esquecimento e saúde da mulher (exame de mamografia e coleta de citologia), hipertensão, mas nenhum registro presencial voltado especificamente para a saúde mental da usuária F.T.S.S.

## **9 TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS**

As transcrições abaixo foram das entrevistas realizadas pela pesquisadora Enfermeira Anelise (nessa transcrição indicada como EA) e os usuários do CMS Casa Branca. As entrevistas ilustraram esta pesquisa científica e também demonstraram a preocupação da pesquisadora em relação à dispensação de medicamentos de uso controlado.

Entrevista usuária M.C.A., dia 19 de Maio de 2020, CMS Casa Branca.

EA: - Você estava falando que no início era bem complicado, quando começou a ter problemas. Eu perguntei o que era complicado aqui. Quanto tempo faz isso?

U: - Foi em 2008. 2007 pra 2008.

EA: - E você começou a tratar aqui?

U: - Sim.

EA: - Sempre foi aqui?

U: - Sempre.

EA: - E como você identificou que estava com algum problema e que precisava de ajuda?

U: - Fui ficando trancada, mais na minha, não tinha vontade de sair, eu já saía pra fazer minhas obrigações, obrigada, até pensar em dar cargo da minha própria vida. Eu já não tinha prazer de viver.

EA: - E você resolveu buscar ajuda ou alguém te indicou?

U: - Eu resolvi buscar ajuda.

EA: - Na época já estava aqui a Dra Dilma?

U: - Sim.

EA: - E o primeiro atendimento foi com ela?

U: - Sim, ela me ajudou, ela foi uma pessoa essencial na minha memória, pra minha melhora, eu adorava quando ela estava aqui.

EA: - Você lembra se já começou logo com medicação, como foi esse primeiro tratamento?

U: - Comecei conversando com os psicólogos...

EA: - Aqui?

U: - Sim, aqui.

EA: Quando a gente ainda tinha?

U: - Sim. Comecei e depois ela achou melhor fazer a medicação.

EA: - Depois de quanto tempo, você consegue lembrar?

U: - Acho que uns dois meses, não sei o tempo assim exato. E eu tomo até hoje.

EA: - Você consegue ver sua vida sem tomar as medicações?

U: - Já vejo sim.

EA: - E o que falta?

U: - Mais um pouquinho de confiança, e eu já “tô” treinando isso. Eu já fiquei dois meses sem a medicação, mas eu pedi pra voltar.

EA: - Por sua conta própria?

U: - Sim, por minha conta. Já “tô” buscando um outro patamar.

EA: - Além desse acompanhamento aqui, que você teve com psicólogo, com a Dra Dilma, você teve mais alguma outra ajuda, algum recurso da saúde ou algum recurso aqui na comunidade que te ajudou nesse processo?

U: - Não.

EA: - E você acha que isso foi determinante pra você?

U: - Foi. Foi como se trouxesse minha vida de volta. Quando eu cheguei aqui eu não tinha vida. Agora que estou nesse programa, a minha vida... eu nasci de novo.

EA: - E você lembra na época quais fatores a levaram a essa depressão, a esse processo todo com a equipe de saúde, você consegue lembrar?

U: - Lembro, foi a perda de um irmão meu. Teve uma invasão aqui, na época meu irmão tinha 16 anos, era época de Natal. Ele saiu pra fazer kickboxing. Quando começou o tiroteio e saímos pra procurar meu irmão, dei de cara com ele morto na padaria. E então eu não queria mais sair, não queria mais viver, não queria mais nada. Uma perda pra mim que eu não esperava. Hoje eu consigo falar do caso, mas eu fiquei um bom tempo isolada, sem poder falar.

EA: - E você faz uso dessa medicação há 12 anos?

U: - Não, eu não comecei logo com a medicação não. Eu fiquei um bom tempo com depressão em casa.

EA: - Quanto tempo sem ajuda?

U: - Acho que uns dois, três anos.

EA: - Então você começou em 2010 aqui? São 10 anos de tratamento?

U: - Sim.

EA: - Você chegou a fazer avaliação com algum psiquiatra ou sempre foi com médico de família, a Dr<sup>a</sup> Dilma e depois os outros médicos que passaram aqui?

U: - Médico de família.

EA: - Você nunca passou pela psiquiatra Sandra Forte?

U: - Não.



EA: - Nem nenhum residente, que se identificava como psiquiatra, sempre foram os médicos aqui da casa?

U: - Sim.

EA: - Nesse meio tempo, você teve alguma crise, precisou ser hospitalizada?

U: - Não.

EA: - Você disse que parou de tomar o remédio por conta própria. Ao longo desses dez anos você também já parou de tomar por conta própria?

U: - Não. Só agora.

EA: - E como você identificou que poderia parar?

U: - Pra saber se já estou no meu normal. Se já estou no patamar que tinha que conquistar. E eu “tô” vendo que já “tô” chegando.

EA: - Você considera que em algum momento você abandonou o tratamento?

U: - Não.

EA: - Você ficou um tempo com psicólogo e depois isso se perdeu, como foi que aconteceu?

U: - Eu vinha em reuniões que tinha aqui uma vez na semana...

EA: - Com a Vivian?

U: - Isso. As reuniões de grupo.

EA: - O que você achava dos grupos?

U: - Era ótimo. Quando começou eu tinha tanto pânico que eu não conseguia ficar aqui. Se eu chegasse aqui e tivesse que esperar ali fora, eu ia pra casa. Eu não tinha paz. E hoje eu já consigo ficar calma, conversar. Eu não consegui fazer nada disso. E agora com as poucas coisas da vida que a gente começa a fazer e a gente começa a ver que tem sentido viver.

EA: - Você acha que o grupo faz falta, foi uma perda pro serviço?

U: - Foi.

EA: - Hoje não há psicólogos como antes havia pra fazer uma avaliação. Na sua concepção isso é uma perda grande?

U: - Sim. Só eu sei quanto me custou isso na época. Na época eu “tava” precisando, e se não fosse a ajuda daqui eu acho que eu teria me matado.

EA: - E depois você conseguiu falar nos grupos?

U: Não, porque acabou.

EA: - Quando começou a ficar bom, acabou?

U: - Sim.

EA: - Você participou do grupo, você lembra quanto tempo foi?

U: - Foi pouco tempo.

EA: - Você sentiu alguma necessidade a mais que a unidade poderia te servir? O que você pontuaria para melhorar o serviço, considerando a realidade de hoje, que parece um pouco precária, por falta de profissional, mas ainda assim a gente tem que se reinventar? Mas eu queria que você falasse, naquela época o que te faltou ou se não faltou nada, e hoje, o que você sugeriria?

U: - Hoje eu sugeriria que esse trabalho continuasse, porque assim como eu fiquei trancafiada em casa sem saber onde procurar, em qual lugar, e ter aqui pra pessoas... A Saúde Mental, só quem passa, sabe. A gente se fecha dentro de casa, tendo uma coisa aqui por perto evitaria muitos acidentes, muitas mortes, muitos sofrimentos, teria onde procurar ajuda.

EA: - Você acha que essa questão de você ter decidido parar de tomar o remédio, essa decisão deveria partir do profissional ou não tem problema ter partido de você?

U: - Eu acho que não tem problema ter partido de mim. Eu teria que saber o momento exato de eu parar, que eu já estou me sentindo melhor.

EA: - O que você acha da receita ser liberada mensalmente e nem sempre você se consultar? É bom ou ruim? Você acredita que deveria ter consulta e daí o médico te entrega a receita?

U: Pra quem já tá num grau como eu, já sabendo o que é, é ótimo. Mas pra quem tá no início do tratamento, tem necessidade de conversar, de falar, teria que ter a consulta. Porque só pegar o remédio e medicar, às vezes a pessoa não vai querer. Tem que saber porque eu “tô” tomando aquilo, tirar as dúvidas.

EA: - Muito obrigada. Tem alguma coisa a mais que queira falar sobre a equipe, sobre o serviço em geral, saúde social, física e mental?

U: - Eu “tô” adorando tudo, vocês me “suprimem” (suprem) em tudo, em todos os momentos da minha vida. Eu nasci de novo. Sabe o que é não poder ir à formatura do seu filho? Eu tenho isso registrado. Por que eu “tava” trancafiada dentro de casa, e hoje vocês me deram a vida de volta e eu só tenho a agradecer por essa equipe, por tudo!

Segunda entrevista sobre a percepção do usuário insuficiente psíquico relatando sua trajetória no processo de cuidado. Dona F.T.S.S ( usuária: U).

Entrevista da usuária F.T.S.S., 25 de Maio de 2020, CMS CASA BRANCA.

EA: - Estou fazendo uma pesquisa com os pacientes que fazem uso de medicação controlada. Queria saber qual a sua percepção sobre o tratamento ofertado aqui, o que você acha do medicamento, visto que a senhora pediu para interromper um dos medicamentos. Gostaria de saber por que a senhora fez essa solicitação, queremos te ouvir para melhorar o nosso serviço, e interessa para nós a sua solicitação de interrupção do medicamento.

Quando que a senhora começou a tomar, o que a senhora acha do seu diagnóstico de saúde mental?

U: - Esse remédio eu tomei por quase dois anos.

EA: - Isso foi quando?

U: - Tem um ano e pouco que eu parei. Estava com princípio de depressão e o médico passou esse remédio pra mim. Tomei, melhorei, não sentia mais aqueles sintomas, eu não tinha coragem pra nada, não podia dormir...

EA: - E o que fez a senhora ficar deprimida?

U: - Foram vários motivos. Aborrecimento, um monte de coisa. Questões de família. Falei com a Rosimere e ela falou que eu estava com princípio de depressão.

EA: - A senhora sabia que tinha algo de errado, mas não sabia o que era?

U: - Sim, não sabia o que era.

EA: E a Rosimere te orientou a procurar o médico?

U: - Sim, ela me orientou a vir no médico porque eu estava com princípio de depressão. Isso foi ainda com a Doutora Dilma. Eu tomei os remédios que ela passou, melhorei, não sentia mais aqueles sintomas. Eu acordava tomava café, às vezes nem café tomava. Deitava no sofá, ligava a televisão, se tivesse comida eu comia, se não tivesse, não comia. Não tinha coragem de sair, eu tinha medo de sair na rua. Eu tenho família que mora em Jacarepaguá e todo fim de semana praticamente eu ia pra lá, ou então vinha pra cá o meu filho que mora lá. Eu não ia mais pra lugar nenhum. Não tinha coragem, eu tinha medo.

EA: - E quanto tempo a senhora ficou assim?

U: - Eu fiquei quase dois anos.

EA: - Dois anos nessa situação?

U: - Sim, dois anos nessa situação.

EA: - E foi mais ou menos em que período? A Doutora Dilma saiu daqui em 2017.

U: - Eu acho que foi em 2015, por aí.

EA: - Em quanto tempo a senhora começou a melhorar, a senhora consegue se recordar?

U: - Mais ou menos 1 ano tomando o remédio.

EA: - E o que a senhora tomava?

U: - Agora é difícil eu saber o nome do remédio. Eu comecei a andar, porque a gente andava todo dia no campo, aqui na Casa Branca, eu não andava mais.

EA: - Isso que a senhora fazia era um grupo daqui da comunidade, de caminhada, da UPP?

U: - Isso. Nesse período eu não andava mais, não tinha vontade pra nada. Eu fiquei tão ruim que eu ficava menstruada. Tem mais de 20 anos que eu não tinha menstruação, e eu ficava menstruada. Aí foi que eu fiquei apavorada. A Andréa chamou a Rosimere lá em casa, ela disse que eu não era a primeira, que eu não precisava ficar preocupada. Comecei a pensar que eu “tava” com uma doença ruim. Com mais de vinte anos sem menstruar, com essa idade eu menstruei.

EA: Essa doença ruim que a senhora se refere é que doença?

U: O câncer, porque tem duas irmãs minha que morreram de câncer, e tem muito tempo. Ela falou que não era a primeira com quem tinha acontecido isso. Eu sei que eu fiquei apavorada.

Aí mesmo que eu pirei. Então comecei a tomar o remédio, e fui melhorando, me sentindo com coragem. Minha filha me aconselhava: “Mãe, vai cuidar da sua tia, mas se a senhora quiser eu vou com a senhora”.

EA: - E isso foi só o remédio?

U: - Só. E então fui melhorando, já andava, já fazia minhas coisas sozinha, ia no banco, porque eu não ia no banco.

EA: - E a senhora teve essa primeira consulta, depois a senhora voltou aqui ou vinha só pegar a medicação?

U: - Não, eu vinha sempre aqui pra saber como eu estava, perguntava a doutora, inclusive eu passei até pela psiquiatra lá em cima, na Chácara. Eu sei que eu melhorei, fiquei boa. Do modo que eu “tava”, já não tenho mais medo de nada. Eu andava na rua com medo, sabe. Por causa de que, eu não sei. Eu sei que é perigoso, mas eu era acostumada a andar sozinha, eu saía fim de semana pra dançar, ia pro clube. Eu não fazia mais nada disso. Então eu comecei a tomar os remédios e vi que não tinha mais necessidade de continuar tomando.

EA: - E quando foi que a senhora teve essa percepção de não precisar mais do remédio?

U: - Já tinha mais de ano.

EA: - Mais de um ano, que foi quando a senhora melhorou?

U: - Isso, mais de um ano. Já tinha mais de um ano que eu tomava esse remédio. Então eu não preciso mais, pra mim eu me considero uma pessoa normal, porque eu não “tava” normal. Você não é mais a mesma pessoa, você não conversa, você não sai. Aí eu vi que não tem mais necessidade.

EA: - A senhora não procurou psicólogo, foi só o medicamento?

U: - Só o medicamento.

EA: - E a sua vida, a senhora voltou a fazer suas atividades?

U: Sim, voltei a fazer minhas atividades, hoje faço até zumba, faço caminhada aqui no campo, eu saio, vou no municipal, vou dançar, vou pra casa das minhas irmãs, vou pra Caxias... Hoje me sinto uma pessoa normal e feliz. Eu não era uma pessoa feliz.

EA: - Eu gostaria que a senhora falasse o que a levou a essa depressão. A senhora disse que tinha problemas de família, o que a senhora julga que a levou a isso. Mas sinta-se à vontade para falar ou não.

U: - Eu acho que o que mais me levou a isso não nem problema meu, da minha família. Eu tenho uma irmã que morreu do câncer, muito nova, a minha outra irmã que mora aqui na Chácara e tem um filho problemático. E aquilo tudo me atinge porque eu sou a mais velha da família. E aquilo tudo, ver o sofrimento de um, o sofrimento dos filhos ficarem sem mãe, eu fiquei preocupada, sem eu poder fazer nada, sem poder ajudar. E agora mesmo minha comadre tá com uns problemas e tem a preocupação, mas não chega a me atingir como antigamente.

EA: - E a senhora sempre retirava aqui a medicação. E quando a senhora decidiu não tomar mais a medicação, como foi?

U: - Aí já não era mais a Doutora Dilma, era outro médico aqui. Eu falei pra falei “doutor, eu acho que eu não preciso mais tomar esse remédio”. Ele perguntou o motivo e eu falei que eu não preciso mais desse remédio, que hoje eu me sinto uma pessoa normal e antigamente eu não tava normal. Aí ele me deu parabéns.

EA: - E agora a senhora está bem e já voltou com suas atividades?

U: - Sim, ”tô” bem. Voltei com minhas atividades.

EA: - E como a senhora avalia o serviço daqui?

U: - Pra mim o serviço aqui é muito bom. Tanto pra mim, pra minha irmã que também se trata aqui.

EA: - E essa parte da Saúde Mental. A senhora acha que te ajudou?

U: - Sim, ajudou. Inclusive a gente faz todos os exames aqui, todo ano a gente faz mamografia, faz preventivo. Pra mim o serviço daqui é nota dez!

EA: - Muito obrigada Dona F.T.S.S. Adorei o seu relato, sua história! Ninguém melhor que nós mesmos para saber o que precisamos. Estamos aqui para te auxiliar, mas são vocês que nos guiam.

U: - Eu com essa idade eu penso assim: a idade quem faz é a gente. Se eu tô com 70 anos, eu só tenho é a agradecer a Deus. Tenho dois netos, tenho um filho de 45 anos e tem um menino

de 4 anos. A minha filha tem 38 anos e tem um filho de 5 anos. E eu cheguei ao ponto de ficar desesperada de pensar “eu não vou ser chamada de avó”, porque já vou fazer meus 70 anos e não tenho neto. Até que “veio” dois netos, com a diferença de um ano. “Ah meu Deus, eu vou fazer uma festa dos meus 70 anos, vou fazer uma festa bonita, chamar até um rapaz pra cantar lá em casa, será que eu chego lá? Eu vou chegar porque Deus é mais!”

EA: - Em relação ao medicamento, o que a senhora sugere para que nós, equipe profissional, avaliemos aqueles que tomam o remédio há muito tempo, saber se eles precisam do medicamento ou não?

U: - Eu sugiro uma boa conversa com o paciente. Porque vocês sabem uma coisa e a gente sente outra. Então, conversando com a pessoa, assim como você está fazendo comigo fazer com outras pessoas que já usaram medicamento ou usa ainda. Eu acho que é isso, porque pra mim foi isso. Hoje graças ao remédio e a vocês eu me sinto outra pessoa!

Essas entrevistas trouxeram à tona um pensamento inquietante: como esses usuários vão estar daqui a um ou dois anos? Será que terão recaída por não haver um desmame progressivo da medicação? Será que se os sintomas voltarem se utilizarão da automedicação?

Como profissional, acho ruim não haver uma avaliação periódica, dependendo do caso de cada um. Mensalmente, é inviável por ser a demanda no CMS altíssima. Mas por que não uma consulta a cada 3 meses? Como é feito com os hipertensos que de período em período tem suas consultas agendadas. Porque não usarmos das tecnologias leves, como por exemplo, um bom acolhimento seguido de uma escuta qualificada para auxiliar nos acompanhamentos desses usuários em sofrimento psíquico que fazem uso de psicofármacos de longa data?

Com uma reorganização desta maneira, seria possível reduzir o uso inadequado de medicação e evitar agudização ou piora do quadro, de modo que se faria um ajuste medicamentos precoce, monitorando de forma contínua o usuário, mas como colocar isto em prática embutido nos processos de trabalho, sabendo que lhe damos como muitos profissionais da saúde resistentes a mudanças e principalmente ao uso de tecnologias leves em saúde nos processos de trabalho? Fio-me que entre um período sem consulta haveria inclusão de outras formas de cuidado terapêutico: primeiramente uma boa conversa entre o profissional de saúde e o usuário como foi dito nas entrevistas das usuárias participantes desta pesquisa e em segundo lugar, utilizarmos de outros recursos se assim fosse necessário como o uso tecnologias leve-duras como encaminhar para psicoterapia, a abordagem psicossocial,

matriciamento em saúde mental e encaminhamento especializado. Como também, participação em grupos terapêuticos, além da rede de suporte social como a igreja, por exemplo.

## 10 FLUXOGRAMA: ANÁLISE DA METODOLOGIA

Os processos de trabalho vivenciados no CMS Casa Branca precisam ser repensados e modelados. Para tal o fluxograma analisador é um instrumento de autoanálise para uma gestão de mudança e uma metodologia potente para impactar a remodelação da assistência à saúde. Abaixo está a representação gráfica do processo de trabalho em saúde.



Elipse



Losango



Retângulo

### 10.1 ELIPSE

- Entrada do usuário no serviço;
- Elemento traçador: usuário em sofrimento psíquico;
- Serviço: busca pelo serviço por iniciativa do próprio usuário ou agendamento de consulta após identificação pelo agente comunitário de saúde.

### 10.2 LOSANGO

- Decisão;
- Usuário em sofrimento psíquico;
- Realização de acolhimento escuta inicial e agendamento de consulta médica ou interconsulta de enfermagem.



### 10.3 RETÂNGULO

- Ação;
- Consulta, diagnóstico, intervenção com proposta terapêutica /tratamento na APS.

Foi possível observar com o fluxograma analisador da unidade CMS Casa Branca que o serviço de saúde faz a identificação do usuário em sofrimento psíquico ou então o próprio usuário busca ajuda na unidade básica de saúde. Daí o mesmo é direcionado para consulta através de agendamento após um acolhimento inicial.

A unidade não consegue fazer essa consulta em livre demanda, uma vez que se precisa de um tempo para fazer um diagnóstico através da história pregressa desse usuário, bem como, a definição de uma hipótese diagnóstica ou um diagnóstico já definido, ou seja, realização de um reconhecimento e diagnóstico.

Daí também iniciar um tratamento na atenção primária à saúde (prescrição medicamentosa ou não, encaminhamento para psicoterapia ou outra especialidade a depender do caso, agendamento de matriciamento em saúde mental, intervenções psicossociais, grupos de saúde mental, grupos comunitários e atendimento em serviço especializado em saúde mental na atenção secundária se necessário).

Feito tal processo, é aí que pecamos por assim dizer, uma vez que não damos seguimento neste acompanhamento em saúde mental e este usuário, na maioria das vezes, tem uma boa resposta terapêutica inicial e não retorna em consulta para reavaliação e consideração de tratamentos alternativos ao estabelecido até o presente momento, porque o serviço de saúde não tem um fluxo instituído para esse acompanhamento longitudinal e necessário para os casos de saúde mental e inicia-se o processo de emissão de receita de repetição, ou seja, apenas retirada de medicação na farmácia da unidade sem consulta.

Ao longo dos anos, tal fato, ocasionou um quantitativo imenso de usuários portadores de transtornos mentais leves (ansiedade e depressão) em uso contínuo de benzodiazepínicos que não foram revistos após início do tratamento e perpassam anos e anos fazendo uso de medicação sem reavaliação da sua proposta terapêutica inicial.

A visão de gestão desta enfermeira notou que a equipe de saúde do Centro Municipal de Saúde Casa Branca é sensível à questão da saúde mental e identifica/detecta quando um

usuário está em sofrimento psíquico. A problemática encontra-se no seguimento desse acompanhamento em saúde mental na atenção primária à saúde.

É bem possível que essa lógica se reproduza não somente nesta unidade básica, mas em outras unidades que também ofertam assistência em saúde mental, mas que não possuem um processo contínuo de acompanhamento.

Os usuários contam nas entrevistas que obtiveram ajuda e suporte quando iniciaram buscaram os serviços ao se sentir adoecidos psiquicamente. Mas, a observação da gestão da saúde denuncia um certo desempenho insatisfatório.

No entanto, esses usuários, até os dias atuais, permanecem utilizando o tratamento farmacológico que foi prescrito em seu tratamento inicial e nunca foram revisados a sua necessidade ou redesenhado o projeto terapêutico, e são eles mesmos que percebem quando não há mais necessidade de fazer uso contínuo de medicação de controle especial.

Fazendo uma análise reflexiva, essa constatação da necessidade ou não do uso contínuo do medicamentoso de controle especial deveria ser caracterizado também pelos profissionais de saúde também e não só pelos usuários como foi verificado nas entrevistas feitas nesse estudo. Uma vez que é atribuição da atenção primária à saúde fazer uma assistência clínica com acompanhamento contínuo e longitudinal, assim como já temos instituído a longitudinalidade do cuidado em outras linhas de cuidados, como por exemplo, na linha de doença crônica não transmissível temos a consulta de hipertensão a cada seis meses intercalando consulta médica e de enfermagem.

É sabido que existe uma recomendação de periodicidade nas consultas de saúde mental no que se refere ao tratamento farmacológico de acordo com os documentos de guia de referência rápida na versão profissional de saúde mental elaborado pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde que foi adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, contudo na prática do serviço onde sou atuante e imagina-se que nos demais serviços isso ainda não ocorre.

É evidente que o manejo terapêutico em saúde mental deve levar em conta às necessidades e preferências do usuário em sofrimento psíquico. Ofertando a esses indivíduos oportunidades para que sejam ativos nas decisões sobre seus cuidados, assim como ,seus familiares devem ter a chance de participar nas decisões e intervenções sobre os cuidados

terapêuticos, mas retorno a problematizar o problema; como fazer isto na prática dos consultórios da APS sabendo que para ofertarmos este tipo de cuidado descrito acima, demanda-se tempo de consulta, vinculação entre profissional de saúde e usuário, construção de um projeto terapêutico em parceria com o usuário e não o que o profissional de saúde julga que é melhor para o usuário, como desconstruirmos uma lógica de trabalho pautada na biomedicalização da vida que é repetida e frequente nas consultas dos indivíduos que encontram-se em sofrimento psíquico?

## **11 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A investigação iniciou-se a partir da observação inquietante do uso inadequado do benzodiazepínico e com isso o cuidado ofertado na saúde mental da atenção primária da saúde. Foi precioso investigar a percepção do próprio usuário do CMS com transtornos mentais comuns à luz do fluxograma analisador. O resultado principal foi que é preciso e possível melhorar o acompanhamento terapêutico realizado no Centro Municipal de Saúde Casa Branca. Ao organizar e reorganizar a pesquisa ao final verifico que foi assertiva a construção do fluxograma analisador bem como as escolhas dos sujeitos da pesquisa.

A equipe do CMS Casa Branca é boa, mas pode melhorar sua performance. Identificamos bem os casos de usuários em sofrimento psíquico, a falha está no seguimento do acompanhamento em saúde mental na atenção primária à saúde. Nossa equipe multidisciplinar trabalha bem. Tanto que nas entrevistas as usuárias se referem bem a toda a retomada de sua qualidade de vida e saúde, tanto que acabam por si dispensando a medicação.

Relembrando o trabalho do PSF: Em 1994, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), como uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde. O desenvolvimento dessa estratégia tinha como objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde sob bases e critérios novos que pudessem substituir o modelo de assistência centrado no hospital. Então, a estratégia da Saúde da Família traz consigo a atenção centrada na família e em seu ambiente físico e social. Assim os profissionais da saúde conseguiriam compreender melhor o processo saúde-doença e as ações que deveriam ir além de práticas curativas.

Essa atenção, fazemos bem, o problema é no acompanhamento longitudinal que é preconizado pela rede básica de saúde. A grande questão está no seguimento desse acompanhamento, nisto sim, o CMS está pecando. Pois não o executamos de forma resolutiva

e adequada a médio e longo prazo. Tal fato ocorre por dificuldades enfrentadas no dia a dia do processo de trabalho em saúde, já que as ações de saúde mental na APS demandam tempo no que tange a abordagem individual e também na abordagem coletiva, desgaste emocional dos profissionais de saúde que atendem os usuários portadores de transtornos mentais comuns. Estas questões perpassadas pelos profissionais de saúde acabam atravancando o cuidado em saúde mental na APS, pois como atravessados por demandas urgentes no serviço, há dificuldades em se fazer uso recorrente das tecnologias leves em saúde, falta apoio institucional para desenvolvimento dessas tecnologias leves e com isso acabamos por gerar uma produção de descuido no cuidado em saúde mental na APS.

Exemplificando: uma usuária passa a ir à unidade quase todos os dias, queixa-se de dores de cabeça e pelo corpo, perdeu seu trabalho e seu filho está envolvido com os atores do tráfico na comunidade onde reside. A equipe de saúde se mobiliza; agente de saúde sinaliza para a equipe técnica (médico ou enfermeiro) que aquele indivíduo está precisando de avaliação já sinalizando que trata-se de saúde mental. Pós consulta médica ou de enfermagem ou interconsulta diagnosticada com transtorno misto que no caso é depressão leve a moderada somada a ansiedade generalizada.

Essa paciente é absorvida no CMS e inicia seu tratamento farmacológico e encaminhada pelo SISREG (sistema de regulação da prefeitura do Rio de Janeiro; foi criado pelo Ministério da Saúde e seu manejo é no âmbito municipal) para psicoterapia individual; retorna 1 mês depois para reavaliação e apresenta melhora do quadro. É a partir deste momento que o hiato começa, o serviço deixa de funcionar. O acolhimento deixa de ser completo e passa apenas a ser retirar receita do seu controlado e assim perpassa por anos. Até passa em consulta na clínica, mas não aborda a saúde mental: vai para consulta de hipertensão e outros motivos e a questão do sofrimento psíquico não é reavaliado mais.

Com isso muitos acabam usando a medicação de forma indiscriminada e às vezes pega a medicação, outras vezes não e esse ciclo negativo se perpetua até, como já visto, o próprio paciente se vê bem e acredita não mais precisar da medicação. Como foi dito por umas das participantes da pesquisa: “uma boa conversa porque vocês sabem uma coisa e a gente sente outra”, esta fala da usuária nos transmitiu reconhecer novos problemas no cuidado em saúde mental na APS, como por exemplo, incorporar as tecnologias leves do cuidado em nosso cotidiano; ter mais plasticidade no trabalho; trabalharmos com uma perspectiva da desmedicalização e com isso não atuar somente com oferta de serviços em saúde mais também nas necessidades e demandas dos usuários.

Sobretudo a fala da usuária em sua entrevista nos mostra que não há problemas de ter partido do usuário a decisão de cessar o uso da medicação controlada até mesmo porque a biomedicalização pode ser necessária em algum ou alguns momentos da vida porque viver não é algo fácil, mas também não é um fator determinante no viver dos indivíduos que encontram-se em sofrimento psíquico, pois se assim fosse dificilmente iriam interromper o uso de psicofármacos. Daí a necessidade de acompanhar para saber como estão essas pessoas se ainda realmente precisa do tratamento farmacológico ou não se precisa de outras intervenções terapêuticas não medicamentosas; se precisa ir para um serviço especializado, fazer uso de alguma terapia comunitária, algum grupo de convivência, se precisa de uma acolhimento em sua unidade básica, uma escuta qualificada na APS ou não. Tudo isso faria toda a diferença na qualidade de vida desse paciente/usuário e por seguinte assegurar o planejamento terapêutico do cuidado.

## **12 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É relevante trazer algumas considerações finais diante da problematização exposta neste estudo. Foi primordial ouvir a percepção do usuário em sofrimento psíquico através das entrevistas realizadas onde se pode notar que o usuário não é um insciente frente ao seu tratamento/acompanhamento e que o profissional de saúde que assiste estes usuários tem muito a aprender com o indivíduo que acessa ao serviço buscando tratamento para seu o adoecimento. Bem como, foi fundamental investigar e analisar o uso de benzodiazepínicos dos usuários com transtornos mentais leves acompanhados neste serviço em questão. Foi percebido que o próprio usuário cria suas estratégias e soluções para se haver na vida porque viver não é fácil para ninguém nesse mundo insano que habitamos.

O que se quer é que o CMS Casa Branca consiga transformar a burocratização do alto índice de emissão de receitas controladas de uso contínuo em consultas periódicas qualificadas na atenção primária à saúde onde o usuário possa participar ativamente da construção do seu projeto terapêutico singular, ou seja, que o usuário possa colaborar na escolha de sua terapêutica, assim como reduzir o quantitativo de receitas emitidas que demandam um tempo de trabalho que não produz nenhum efeito terapêutico resolutivo no usuário. Mas, como fazer isso? Uma vez que reconheço a complexidade do objeto desse estudo. Como incorporar as tecnologias leves do cuidado em saúde sabendo de todas as barreiras existentes nos serviços de saúde?

Observo que há possibilidades de construção de melhorias nos processos de trabalho em relação aos cuidados colaborativos em saúde mental dentro da APS baseado na utilização de tecnologias relacionais. Contudo, pergunto-me como fazer uso desses dispositivos diante do cenário de trabalho que atuamos, visto que foram constatadas muitas adversidades do ponto de vista dos profissionais de saúde tais como: sofrimento e desgaste emocional; sensação de impotência, baixa resolutividade, falta de tempo pra se debruçar sobre um caso e realizar um projeto terapêutico singular com tomada de decisão compartilhada centrada no usuário e ou na família. Portanto, identifico novos problemas e que não se pode fazer uma prescrição de soluções; isto fragmenta o processo de cuidado em saúde. Na verdade, sobram problemas quando atuamos no campo da saúde mental na APS e nos exige enfrentarmos novas questões frente aos processos de trabalho em saúde.

É preciso produzir saúde atuando no projeto terapêutico singular do usuário e aperfeiçoando e qualificando o serviço da atenção primária em relação à saúde mental de seus cadastrados, mas como bem foi descrito nessa dissertação, isto não é uma tarefa simples e que também não está dado/pronto para ser feito na prática dos serviços de saúde, ou seja, requer outros desdobramentos para fazer acontecer às vias de fato.

Que este trabalho não reproduza lógicas já sabidas, mas que opere no campo das profissões que compõem as equipes de atenção básica um novo olhar para o outro sem a previsibilidade. Que as perguntas feitas sobre a manutenção e o acompanhamento dos pacientes em depressão e ansiedade e em uso de antidepressivos e ansiolíticos possa iluminar um novo modo de operar o serviço em relação a esses usuários. Que procedimentos e protocolos sejam reorganizados para o bem desta comunidade específica e que sirva de referência à sociedade carioca.

Que brilhe a multiplicidade e que saiam da escuridão aqueles que se acham invisíveis diante de suas dores. Tomara que o previsível se torne positivamente imprevisível e que melhore a capacidade de acolhimento da atenção primária na Comunidade da Casa Branca.

Dias melhores e saudáveis para todos com a garantia da continuidade do cuidado dos usuários a partir de perfis de profissionais mais engajados na própria qualificação, na pesquisa, na investigação e na observação da trajetória do cuidado em saúde humanizado. Que a esfera pública se empenhe em trazer ao SUS dias bem melhores de investimento financeiro, ética, respeito aos profissionais, produtividade e resolutividade frente à população que tanto necessita de nossa saúde pública.

### 13 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos humanos que participaram deste estudo: a autora do projeto, como digitadora, revisora de Língua Portuguesa e o orientador de pesquisa utilizando horas de trabalho institucional para que possa participar deste.

Dos recursos materiais necessários ao desenvolvimento da pesquisa: um gravador de voz digital (uso dessa função no aparelho celular), um notebook (R\$ 1.499,00), cartucho de tinta para impressora HP – 2 unidades (R\$ 79,80), cópias impressas - 200 folhas (R\$ 30,00), papel sulfite A4 – 2 resmas (R\$ 38,98) e duas canetas (R\$2,00) totalizando em um valor de R\$ 1.649,78 (mil seiscentos e quarenta e nove reais e setenta e oito centavos) financiados com recursos próprios da pesquisadora responsável.

Não houve gastos financeiros nessa pesquisa para nenhuma instituição. Os materiais usados são da autora do projeto de pesquisa, portanto não haverá embaraços no desenvolvimento do estudo.

Quadro Financeiro, sem ônus para nenhuma instituição.

Recurso Material	Valor aproximado (os preços podem variar entre o início e término da pesquisa)
Gravador de voz (aparelho celular)	R\$ 0,00
Notebook	R\$ 1.499,00
Cartucho de tinta para impressora	R\$ 79,80
Cópias impressas	R\$ 30,00
Papel Sulfite	R\$ 38,98
Duas Canetas	R\$ 2,00
Total =	R\$ 1.649,78

### 14 APÊNDICE A

**A seguir, encontra-se o termo de consentimento que será utilizado neste material de pesquisa.**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: **Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na Comunidade da Casa Branca: Avaliação Sobre o Uso Inadequado dos Benzodiazepínicos nos Portadores de Transtornos Mentais Comuns à Luz do Fluxograma Analisador**, que tem como objetivos: **o objetivo geral e os objetivos específicos deste trabalho monográfico, a saber: o primeiro será observar e avaliar o uso dos benzodiazepínicos; o segundo é a percepção do usuário em sofrimento psíquico e relatar sua trajetória durante o processo terapêutico.**

Sua participação não é obrigatória e consistirá em um levantamento e análise dos dados do prontuário e em responder algumas perguntas sobre o seu diagnóstico de saúde mental, se tem queixas clínicas, como gerencia o seu problema; se usa ou não medicamento para isso, o que entende sobre tratamento em saúde mental, se usa outros recursos terapêuticos ou não, se acha necessário ter consultas na unidade básica ou não. Trata-se de uma entrevista em profundidade com o uso de gravador de áudio (mediante autorização da gravação) e o tempo de duração será de aproximadamente 30 minutos. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de **desvelar sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto em virtude da fala de suas vivências.** Nesse caso a entrevista será interrompida ou conforme o caso, suspensa. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Tal fato inclui o seguimento do acompanhamento e assistência dos participantes, assim como acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa, caso seja necessário. Os dados de identificação serão mantidos em sigilo e, portanto, você não será identificado (a), sendo assim assegurado o seu anonimato; bem como, você poderá se afastar do projeto, caso este seja o seu desejo, em qualquer momento de seu andamento.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa identificam-se a possibilidade de construção de melhorias nos processos de trabalho em relação aos cuidados colaborativos em saúde mental e a possibilidade de colaborarem na formulação de estratégias para progresso do cuidado em saúde mental na atenção primária e que procedimentos e protocolos sejam reorganizados para o bem desta comunidade específica (Centro Municipal de Saúde Casa Branca) e que sirva de referência à sociedade carioca.



Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

## 15 ANEXO I

### DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Anelise da Silva Muniz

Pesquisador responsável

E-mail: enfanemuniz@gmail.com

Cel: 21-969-318020

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

CEP-Secretaria Municipal de Saúde-RJ tel :2215-1485

Rua: Evaristo da Veiga,16-sobreloja-Centro-RJ CEP :20031-040

Email:cepsms@rio.rj.gov.br

## **16 REFERÊNCIAS**

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9,n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev 2005.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Caderno de Saúde Pública, v.1, n.1, p.63-72, 2001.

AMARANTE, Paulo (1995) (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. ENSP/Fiocruz.

AMARANTE, P. (1996). **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.

ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGAJJ, BERGLUND P,BIJL RV,DE GRAAF R,VOLLEBERGH W ,et al. **The epidemiology of major depressive episodes:results from the Internacional Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys**.Int J Methods Psychiatr Res, 2003;12(1);3-21.

BARBOZA, TATIANE A. V., FRACOLLI, LISLAINE A. **A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4): 1036-1044, jul-ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 de novembro de 2011, disponível em:<<http://www.saude.gov.br/bvs>> Acesso em 15/01/2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007,85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)> Acesso em: 29 Maio. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, 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 de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 Out. 2011. (Acesso em 2019 abril 23). Disponível em <[www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/port2488-21-10-2011.html](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/port2488-21-10-2011.html)>.

Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p. Disponível em: . Acesso em: 1 AGO. 2019.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em. Acesso em: 9 AGO. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da

Saúde 2017. (acesso em 2019 abril 23). Disponível em <[www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-436-de-21-de-setembro-de-2017)>.

Carteira de Serviços. **Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Versão Profissional. Rio de Janeiro, 1ª edição/2016. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/web/sms](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms)> Acesso em 1 Março 2019.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) [et al.] **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)> Acesso em: 29 Maio. 2019.

Coleção Guia de Referência Rápida **Ansiedade Generalizada e transtorno de pânico em adultos**. Manejo nos níveis primário e secundário de atenção. Versão Profissional. Rio de Janeiro, 1ª edição/2013. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/web/sms](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms)> Acesso em 1 Maio 2019.

Coleção Guia de Referência Rápida Depressão. **Tratamento e acompanhamentos de adultos (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas)**. Versão Profissional. Rio de Janeiro, 1ª edição/2016. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/web/sms](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms)> Acesso em 1 Maio 2019.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

COUTO, MCV. **Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes**. 121-30.2001. Brasília, Ministério da Saúde. Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde.

FACCHINI, L. A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set/2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 dezembro de 2016.

FONSECA AF, CORBO AMA, organizadores. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.** Rev. Esc. Enferm. USP. 38(2):143-51, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Roberts ER, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 715-25.

GOLDBERG, D.; GOODYER. I. The origins and course of common mental disorders. New York: Routledge, 2005. 230 p

HARVEY, A. G. **Insonia: symptom or diagnosis?** Clin Psy Chol Trev 21(7):1037-1059, 2001.

Merhy, E.E. et Onocko, R. (Orgs.); **Agir em Saúde, um desafio para o público;** HUCITEC, S. Paulo, 1997.

KENDLER, K. S.; PRESCOTT, C. A. **Genes, Environment, and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders.** New York: Guilford Press, 2006.

Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. **Transtornos Mentais Comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas.** Rev. Saúde Pública. 2008; 42: 717-23. Communities Count. **Basic needs and social determinants of well being: social support.** [http://www.communitiescount.org/B\\_social\\_support.htm](http://www.communitiescount.org/B_social_support.htm) (acessado em

24/ago/2019); Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública* 1999;15Suppl2:7-14.

MACHADO, r. et al. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n8, p.1639-1648, ago.2006.

Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.

World Health Organization. *The Global Burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO; 2008. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), Boletim ISA. *Transtornos Mentais Comuns: Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.

MENEZES PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In Almeida OP, Dratcu L, Laranjeiras R, organizadores. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1996.p.43-55.

Santos MESB, *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

MCWHINNEY IR, FREEMAN T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3ª edição. Artmed, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na promoção e vigilância em saúde**. IN: FONSECA, A.F. E CORBO, A.M.A (ORGS.) *O Território e o Processo Saúde –doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. **E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 5, n. 9, Ago/2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832001000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de dezembro de 2016.

MERHY, E.E. **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 EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-160.

OLSTAD R, SEXTON. H SOGARRD AJ. **The Finnmark Study: social support, social network and mental distress in a prospective population study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34: 519-25.

PEREIRA, A. D.; FREITAS, H. M. B.; FERREIRA, C. L. L.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SOUZA, M. H. T.; BACKES, D. S. **Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):55-61.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem.** 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S.A- (orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. 288p. [Links]

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, B. **Libertando identidades - da reabilitação psicossocial à cidadania do possível.** RJ: Editora TeCorá, 1999.

SANTORO, F., Notas de Aula – **Apresentação da Metodologia da Pesquisa Científica** 2010.2, Programa de Pós-Graduação em Informática – UNIRIO.



SERPA JÚNIOR, O. D. **Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 de novembro de 2016.

Luz M. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

Donnangelo MCF. O desenvolvimento do sistema previdenciário. São Paulo: Pioneira; 1975.

Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri/ ABRASCO; 1991.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15. Ministério da Saúde (BR). Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS. 2a.ed. Brasília (DF): MS; 1991.

STANSFELD, S.; CANDY, B. **Psychosocial Work Environment and Mental Health - a Meta-Analytic Review**. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

TRILLAT, E. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

VIANNA ALA, Dal Poz MR. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.