

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA DANTAS

**HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do
cuidar para a enfermagem**

**NATAL - RN
2009**

RITA DE CÁSSIA DANTAS

**HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do
cuidar para a enfermagem**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre, na área de concentração Assistência à Saúde.

ORIENTADORA: Professora Doutora Clélia Albino Simpson.

**NATAL – RN
2009**

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

D192h Dantas, Rita de Cássia.

Histórias de vidas de usuários de psicofármacos: o desafio do cuidar para a enfermagem/ Rita de Cássia Dantas. – Natal, 2009.
119 f.: il.

Orientadora: Clélia Albino Simpson

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Saúde mental – Enfermagem - Dissertação. 2. Saúde mental – Histórias de vidas - Dissertação. 3. Psicofármacos - Dissertação. 4. Saúde da família - Dissertação. I. Simpson, Clélia Albino. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616.89-083(043.3)

RITA DE CÁSSIA DANTAS

**HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do
cuidar para a enfermagem**

DATA DA APROVAÇÃO: __/__/____.

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre, na área de concentração Assistência à Saúde.

**PROFESSORA DOUTORA CLÉLIA ALBINO SIMPSON – UFRN
ORIENTADORA**

**PROFESSORA DOUTORA ANTÔNIA OLIVEIRA SILVA – UFPB
MEMBRO**

**PROFESSOR DOUTOR FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA – UFRN
MEMBRO**

**PROFESSORA DOUTORA REJANE MILLIONS VIANA MENESES – UFRN
MEMBRO**

**Aos meus pais, Vicente e Marinete, com
todo o meu amor, por caminharem comigo
o caminhar da minha vida.**

AGRADECIMENTOS

- A Deus, fonte de toda a vida, poder e misericórdia, pela meta alcançada;
- A Jesus Cristo, maior expressão do verdadeiro amor e lealdade;
- À Professora Doutora Clélia Albino Simpson, orientadora, pela dedicação e permanente incentivo durante toda a construção deste trabalho;
- Ao Professor Doutor Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, pela leitura e sugestões para o aprimoramento deste estudo;
- A todos os professores deste Curso de Mestrado do Departamento de Enfermagem da UFRN, pela contribuição a minha formação profissional;
- À Banca Examinadora, composta pela Professora Doutora Clélia Albino Simpson, Professora Doutora Antônia Oliveira Silva, Professor Doutor Francisco Arnoldo Nunes de Miranda e Professora Doutora Rejane Millions Viana de Meneses, pela sua contribuição a este trabalho;
- Aos colaboradores, que com humanidade e solidariedade se disponibilizaram a narrarem as suas histórias de vidas, sem as quais não teria sido possível a realização deste estudo;
- Aos Agentes Comunitários de Saúde, da equipe de saúde da família n°. 34, da Unidade de Saúde da Família Santarém (USF Santarém), da Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN, por terem contribuído com a seleção dos colaboradores deste estudo;
- A todos os Agentes Comunitários de Saúde, da USF Santarém, da Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN, por terem realizado a busca ativa nos domicílios, localizados na área de abrangência da mencionada Unidade, para a identificação da quantidade de pessoas que usam medicamentos psicofármacos por tempo prolongado;

- À direção da USF Santarém, pelo apoio recebido durante a realização deste trabalho;
- À enfermeiranda Vivianne Rafaelle Correia dos Santos, por ter contribuído com a digitação deste trabalho;
- Ao Luiz Anselmo, meu amor, pelo compartilhamento do nosso dia a dia, e por fazer os meus dias mais felizes;
- Aos meus irmãos Rosilda, Reilta, Francisco, Francisca, João, Marinês, José Geraldo, Maria e Vicente, por participarem da minha vida;
- Às enfermeiras Esmerinda Lira de Assis, Neuma Maria da Silva e Williany Rosália Viana e Silva, pela amizade;
- A todos que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste estudo.

Saber Viver

**Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.**

**Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.**

**E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar**

Cora Coralina

DANTAS, Rita de Cássia. **Histórias de vidas de usuários de psicofármacos: o desafio do cuidar para a enfermagem.** Natal, 2009. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, através da metodologia história oral, na modalidade história oral de vida, o qual teve como objetivos: narrar as histórias de vidas de usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, na Unidade de Saúde da Família Santarém (USF Santarém), Natal-RN-Brasil; identificar as possíveis causas que influenciam e desencadeiam, respectivamente, o uso de psicofármacos por tempo prolongado; buscar um maior conhecimento sobre essa problemática de saúde pública; contribuir com o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, bem como na Atenção à Saúde Mental, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se, como cenário de pesquisa, a área de abrangência de uma equipe de saúde da família, da USF Santarém, pertencente ao Distrito Sanitário Norte II, da Secretaria Municipal de Saúde, no município de Natal-RN-BR. Foram entrevistados oito colaboradores que utilizam psicofármacos por tempo prolongado, os quais se dispuseram a narrar as suas histórias de vidas, as quais foram analisadas através da utilização da modalidade temática, visto que o estudo encontra-se centrado no tema da utilização de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado. Os eixos temáticos crise, preconceito e cuidado, definidos através da categorização dos elementos comuns, encontrados por intermédio das sucessivas e cuidadosas leituras das narrativas, foram utilizados para a análise dessas histórias de vidas. O estudo identificou que os usuários de psicofármacos por tempo prolongado são acometidos por crise em saúde mental, sentem necessidade de serem escutados, bem como a existência do preconceito social para com as pessoas com transtornos mentais, e a não realização do desenvolvimento da gestão de cuidados, pela equipe de saúde da família, e, particularmente, dos cuidados de enfermagem às pessoas acometidas por transtornos mentais e aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado. Propõe-se que, na busca do planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado, e na atenção à saúde mental, de forma integral, na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro poderá pensar e fazer um desenho sobre os modos de realização dos cuidados de enfermagem a essa clientela, através da utilização da consulta de enfermagem, da realização da visita domiciliar, da construção coletiva de espaços para escuta e socialização, que poderão ser utilizados como caminhos possíveis para a construção desses cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: História de vida; Psicofármacos; Saúde mental; Estratégia Saúde da Família; Cuidados de enfermagem.

DANTAS, Rita de Cássia. **STORIES OF LIVES OF PSYCHOTROPIC DRUGS USERS: the challenge of caring for nursing.** Natal, 2009. Dissertation (Master's degree). Center for Health Sciences, Federal University of Rio Grande of Norte.

ABSTRACT

Study of qualitative approach using the oral history methodology, in modality oral history of life, which aimed to: tell the stories of lives of users of psychotropic drugs for prolonged period of time, in Family Health Unit Santarém (FHU Santarém), Natal-RN-Brazil; identify possible causes which influence and trigger, respectively, use of psychotropic for prolonged period of time; search for greater knowledge about this problem of public health; contribute with the planning and development of nursing cares, to users of psychotropic drugs for prolonged period of time, as well as in Mental Health Care, integrally, in perspective of Family Health Strategy (FHS). It was used as a baseline survey, the coverage area of family health team, from FHU Santarém, which belongs to Health District North II, from Municipal Health Secretariat, in Natal-RN-BR. Eight employees who use psychotropic drugs for prolonged period of time were interviewed. They volunteered to narrate their life stories, which were analyzed by using the thematic modality, since the study is focused on the question of the use of psychotropic drugs for prolonged period of time. The thematic axis crisis, prejudice and care, defined by the categorization of common elements, found through successive and careful readings of narratives, were used to analyze these stories of lives. The study found that users of psychotropic drugs for prolonged period of time are affected by mental health crisis, feeling need to be heard, as well as the existence of social prejudice towards people with mental disorders, and non-completion of development of managed care, by the family health team, and particularly, the nursing care to people suffering from mental disorders and users of psychotropic drugs for prolonged period of time. It is proposed that, in the search of development and planning of nursing care to users of psychotropic drugs for prolonged period of time, and in mental health care, integrally, in FHS, the nurse can think and make a drawing about manners of performing nursing care to this clientele through the use of consultation of nursing, conducting home visits, collective construction of spaces for listening and socialization, which can be used as possible paths for the construction of such care.

KEYWORDS: Story of life; Psychotropic drugs; Mental health; Family Health Strategy; Nursing cares.

DANTAS, Rita de Cássia. **HISTORIAS DE VIDAS DE LOS USUARIOS DE DROGAS PSICOACTIVAS: el desafío del cuidado de enfermería.** Natal, 2009. Tesis (Maestría). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Rio Grande do Norte.

RESUMEN

Estudio cualitativo que utiliza la metodología de la historia oral, en el modo la historia oral de vida, que tenía como objetivos: contar las historias de vidas de los usuarios de drogas psicotrópicas durante periodo de tiempo prolongado, en la Unidad de Salud de la Familia Santarém (USF Santarém), Natal-RN-Brasil; la identificación de las posibles causas que influyen y desencadenan, respectivamente, el uso de drogas psicotrópicas durante largo tiempo; buscar un mayor conocimiento acerca de este problema de salud pública; contribuir a la planificación y el desarrollo de los cuidados de enfermería, a los usuarios de drogas psicotrópicas durante tiempo prolongado, y en atención a la Salud Mental, en su totalidad, en la perspectiva de la Estrategia de Salud de la Familia. Se utilizó como marco para la investigación, el área cubierta por un equipo de salud de la familia, la USF Santarém, que pertenece al Distrito de Salud Norte II, el Departamento de Salud Municipal, en Natal-RN-BR. Fueron entrevistados ocho empleados que usaban drogas psicoactivas durante períodos largos, que estaban dispuestos a contar sus historias de vidas, que fueron analizados utilizando un sistema temático, ya que el estudio se centra en el tema de la utilización prolongada de drogas psicotrópicas. Los ejes temáticos, prejuicios y cuidado, que se define en la categorización de los elementos comunes, encontrados a través de las lecturas sucesivas y cuidadosas de los relatos, fueron usados para analizar estas historias de vidas. El estudio identificó que los usuarios de drogas psicotrópicas por períodos prolongados se ven afectados por crisis de salud mental, sienten necesidad de ser escuchado, también la existencia de prejuicios sociales a las personas con trastornos mentales, y la no realización del desarrollo de la gestión de los cuidados del equipo de salud de la familia, y en particular la atención de enfermería a las personas que sufren de trastornos mentales y a los usuarios de drogas psicotrópicas durante mucho tiempo. Se propone que, en la búsqueda del desarrollo y la planificación de los cuidados de enfermería a los usuarios de drogas psicotrópicas durante tiempo prolongado, y en la atención de la salud mental de modo integral en la Estrategia de Salud de la Familia, la enfermera puede pensar y hacer un dibujo sobre la maneras de realizar los cuidados de enfermería a estos clientes a través de la consulta de enfermería, de la realización de visitas domiciliarias, de la construcción colectiva de espacios de escucha y de socialización, que pueden ser utilizados como caminos posibles para la construcción de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: Historia de vida; Psicotrópicos; Salud Mental; Estrategia de Salud de la Familia; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABE – Associação Brasileira de Epilepsia

BR – Brasil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EPI-Brasil – Federação Brasileira de Epilepsia

FICHA A – Ficha para cadastramento das famílias

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

Relatório PMA2 – Relatório Produção e marcadores para avaliação

Relatório SSA2 – Relatório Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área

RN – Rio Grande do Norte

SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USF Santarém – Unidade de Saúde da Família Santarém

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	16
2.1.1	Considerações sobre o Processo da Reforma Psiquiátrica no município de Natal – RN	18
2.2	ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
2.3	UMA ABORDAGEM SOBRE OS MEDICAMENTOS PSICOFÁRMACOS	29
2.4	GESTÕES DE CUIDADOS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	32
2.4.1	A importância da subjetividade para a vigilância da atenção à saúde integral	32
2.4.2	Experiência da utilização da Terapia Comunitária no desenvolvimento do cuidado	33
2.4.3	O desafio dos saberes e fazeres dos cuidados em saúde mental pela Estratégia Saúde da Família	34
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1	TIPO DE ESTUDO	39
3.1.1	Fundamentos temáticos e teóricos	40
3.1.2	Fundamentos operacionais	42
3.2	LOCAL DE ESTUDO	43
3.3	OS COLABORADORES	44
3.4	INSTRUMENTO PARA A APREENSÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDAS	44
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A APREENSÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDAS	45
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
3.7	TRANSCRIÇÃO E CONFERÊNCIA DAS NARRATIVAS DAS HISTÓRIAS	48
4	ANÁLISE DAS HISTÓRIAS	50
4.1	IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES	51
4.2	HISTÓRIAS DE VIDAS DOS COLABORADORES	53
4.3	SÍNTESE DAS HISTÓRIAS DE VIDAS	76
4.4	EIXOS TEMÁTICOS	79
4.4.1	Eixo temático: Crise	79
4.4.2	Eixo temático: Preconceito	84
4.4.3	Eixo temático: O Cuidado	87
5	CONSIDERAÇÕES GERAIS	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	109
	ANEXOS	118

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira busca romper com o modelo asilar de assistência psiquiátrica. Desta forma, a atual Política de Saúde Mental do Brasil vem investindo na implantação e expansão de serviços de saúde mental de base comunitária, antimanicomiais, em coerência com a política de reabilitação e inclusão social da pessoa acometida por doença mental.

Na Atenção Básica em Saúde Pública, a Estratégia Saúde da Família se apresenta como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como assume o compromisso de desenvolver a assistência à saúde da população, sob sua responsabilidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

As equipes de saúde da família, em seu cotidiano de trabalho, se deparam com os diversos problemas de saúde que acometem as pessoas que residem em sua respectiva área de abrangência. Assim, surge o importante desafio de cuidar do usuário com problema de saúde mental. Para tanto, no sentido de desenvolver, em seu nível de complexidade, cuidados na atenção à saúde mental, necessita da parceria com as equipes de apoio matricial em saúde mental, bem como a garantia de um serviço de referência efetivo, para o qual possa encaminhar, quando necessário, esse usuário.

A Estratégia Saúde da Família busca organizar o desenvolvimento das ações de atenção à saúde fundamentada na abordagem integral ao ser humano, de forma que os profissionais das equipes de saúde da família precisam considerar, no desenvolvimento dos cuidados ao usuário, a família e a comunidade, a subjetividade inerente ao ser humano, como também o diagnóstico sócio-sanitário da comunidade na qual reside a população adstrita. Desse modo, pretende contribuir para atender às reais necessidades individuais e coletivas para a promoção da saúde dos usuários que residem nas áreas de abrangências das equipes de saúde da família.

Exerço o cargo de enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN – BR desde 1988, na qual fui admitida através de aprovação em concurso público. Nesse percurso, ingressei na Estratégia Saúde da Família em 1998, através de aprovação em concurso seletivo interno, nessa mesma Instituição. Desde então, trabalho como enfermeira em uma equipe de saúde da família nesse município.

Considero o campo da atenção básica em saúde um amplo campo de exercício para buscar a promoção da saúde, através do desenvolvimento de ações com ênfase em medidas individuais e coletivas de prevenção aos agravos à saúde, bem como no diagnóstico precoce e

tratamento das doenças, reabilitação e prevenção de incapacidades. Assim, requer a parceria com diversos setores da sociedade para a conquista de uma melhor qualidade de vida à população.

No período de fevereiro do ano de 2007 a janeiro de 2008, fui aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN e ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Getúlio Vargas (ENSP – FIOCRUZ – RJ). Naquela ocasião, aproximei-me das discussões acerca do Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Assim, como enfermeira de uma das equipes de saúde da família, lotada na Unidade de Saúde da Família Santarém (USF Santarém), localizada no Distrito Sanitário Norte II, em Natal-RN-BR, interessei-me pelo processo de operacionalização da atual política de saúde mental do Brasil, por considerar importante a necessidade da inserção das ações de atenção à saúde mental na atenção básica em saúde. Dessa forma, especificamente no cotidiano do desenvolvimento das atividades de assistência à saúde pelas equipes de saúde da família.

Na etapa de conclusão do curso acima mencionado, apresentei um projeto de pesquisa, o qual objetivou identificar a importância que os profissionais de saúde, inseridos nas equipes de saúde da família da USF Santarém, atribuíam, naquele momento, ao desenvolvimento de cuidados na atenção à saúde mental em suas práticas cotidianas. A elaboração desse projeto de pesquisa, como também os debates trazidos pelo referido curso acerca do Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciou-me a buscar maiores conhecimentos sobre os problemas de saúde mental existentes na área de abrangência da USF Santarém.

É freqüente na USF Santarém a busca de usuários pela renovação da prescrição médica de medicamentos psicofármacos, podendo ser observado que os profissionais de saúde, nessa Unidade, que mais se envolvem com essa problemática são os agentes comunitários de saúde, os quais esses usuários buscam frequentemente no sentido de facilitar-lhes a viabilização da consulta médica, por eles serem o elo entre os profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família e os usuários, e os médicos, os quais são procurados pelos usuários que vêm em busca da renovação da prescrição de psicofármacos. Os enfermeiros, por minha experiência nessa Unidade, não têm estabelecido, até o momento, o desenvolvimento de cuidados sistematizados a essa população usuária de psicofármacos, havendo, assim, um distanciamento do profissional enfermeiro para com esses usuários.

No cotidiano de trabalho, particularmente a enfermeira de uma das equipes da Estratégia Saúde da Família, na Unidade de Saúde da Família Santarém (USF Santarém), localizada no Distrito Sanitário Norte II, em Natal – RN, depara-se frequentemente com

usuários que buscam a renovação da prescrição médica para aquisição de medicamentos psicofármacos. Excetuando-se poucos casos, acompanhados mais de perto pela enfermeira, não existe, de rotina, o planejamento e desenvolvimento de cuidados de enfermagem para cuidar desse problema de saúde pública, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, tal como existe, por exemplo, com a atenção à Saúde da Criança, à Saúde da Mulher e à Saúde do Adulto.

Diante da apreensão dessa realidade, a qual começou a inquietar-me, solicitei aos Agentes Comunitários de Saúde que realizassem, cada um deles, na micro-área de abrangência sob sua responsabilidade, através da busca ativa nos domicílios, o levantamento da quantidade de usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado e os nomes desses psicofármacos por eles utilizados. Nesse sentido, eles fizeram a busca ativa, por ocasião das suas visitas domiciliares de rotina às famílias. Após, consolidou-se os dados por eles registrados, que revelou, até aquele momento, o total de duzentos e um (201) usuários de um ou mais de um tipo de psicofármacos por tempo prolongado (Apêndices C e D), correspondendo a 1,43 % da população residente na área de abrangência da USF Santarém, a qual, de acordo com a mais recente consolidação, naquele período, da Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A), do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), totaliza 14.009 habitantes (Apêndice A).

Assim, mediante a ausência de um desenvolvimento, pelo enfermeiro, de cuidados sistematizados a essa população usuária de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, que é atendida na USF Santarém, em Natal-RN-BR, busca-se, através da análise das narrativas sobre as histórias de vidas de usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, aproximar-se mais dessa problemática de saúde pública. Destarte, este estudo tem por finalidade trazer contribuições para o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, bem como na atenção à saúde mental, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

A relevância social deste estudo baseia-se na importância que o mesmo atribui às narrativas das histórias de vidas de pessoas que fazem uso de psicofármacos por tempo prolongado. Dessa forma, a partir da análise dessas narrativas, contribuir para fomentar nos profissionais da Estratégia Saúde da Família a discussão crítica sobre essa realidade, como também acerca do planejamento e desenvolvimento de cuidados, em seus cotidianos de trabalho, para com a atenção à saúde mental. Assim, buscar a construção coletiva de um planejamento e desenvolvimento de cuidados para com a atenção à saúde mental, pela

Estratégia Saúde da Família, respeitados os princípios e diretrizes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Sinteticamente, o presente estudo parte do seguinte questionamento: Qual o impacto causado no cotidiano dos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado? No sentido de responder tal questionamento, este estudo propõe, como objetivo geral, narrar as histórias de vidas de usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, na USF Santarém, Natal/RN-BR, e como objetivos específicos: identificar as possíveis causas que influenciam e desencadeiam, respectivamente, o uso de psicofármacos por tempo prolongado; buscar um maior conhecimento sobre essa problemática de saúde pública; contribuir com o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, bem como na Atenção à Saúde Mental, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde Mental

O mais importante processo de reforma psiquiátrica, liderado por Franco Basaglia, na Itália, iniciado em 1961 em Gorizia e, posteriormente, em Trieste, essencial para a extinção dos manicômios na Itália, resultou no movimento denominado Psiquiatria Democrática Italiana, influenciando muitos movimentos, em várias partes do mundo, que se dedicaram à luta pelo fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. (AMARANTE, 2005).

Nesse contexto, a Lei 180, conhecida como a Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978, na Itália, pôs fim aos manicômios em todo o território italiano, concretizando o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental. (AMARANTE, 2005).

Esse marco na história da Reforma Psiquiátrica, ocorrido na Itália, influenciou muitos movimentos, em várias partes do mundo, que se dedicaram à luta pelo fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social, e repercutiu no Brasil como principal inspiração para o crescimento dos movimentos questionadores em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (AMARANTE, 2005).

Conforme Amarante (2007), os mais de três séculos de psiquiatria hospitalocêntrica produziram sérios danos nas vidas de milhares de pessoas, sendo que muitas dessas vivem enclausuradas nessas instituições, devendo as políticas públicas ocuparem-se do processo de desinstitucionalização dessas pessoas. De acordo com o mencionado autor, a Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, instituiu, no Brasil, os “serviços residenciais terapêuticos”, apesar de criticar o nome, com grifo, os quais vêm contribuindo para a superação do modelo psiquiátrico asilar.

Ainda, as cooperativas de trabalhos destinados aos pacientes internados no hospital psiquiátrico são consideradas uma iniciativa muito ousada, sendo que o trabalho foi alvo de uma reviravolta, com a criação de cooperativas ou empresas sociais ou projetos de geração de renda, tornando-se uma estratégia de cidadania, de autonomia e de emancipação social. (AMARANTE, 2007).

As condições indignas de sobrevivência na instituição asilar, o abuso de poder do profissional sobre o doente, a abordagem biomédica aos problemas de saúde mental e a existência do manicômio que confinava e excluía do meio social a pessoa com doença mental se destacam como características predominantes na história da assistência ao usuário acometido por doença mental. (BASAGLIA, 2005).

A Declaração de Caracas, de 1990, orienta a reformulação da Assistência Psiquiátrica na Atenção Básica em Saúde de forma descentralizada, participativa, desenvolvida dentro da comunidade, integral, contínua e preventiva, bem como propõe uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na assistência ao usuário com doença mental. (BRASIL, 2004). Assim, tem como princípios e valores o respeito pelos direitos das pessoas acometidas por doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados desenvolvidos na própria comunidade, os quais inspiraram a todos que se comprometeram com os movimentos em prol da melhor qualidade de atenção à saúde mental para as populações dos países da América Latina e Caribe. (BRASIL, 2004).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início nos anos de 1970, sendo contemporâneo da eclosão do movimento de luta em defesa de uma melhor qualidade de assistência à saúde, denominado de Reforma Sanitária Brasileira. Todavia, de forma distinta, sua própria história apresenta-se inserida no contexto internacional de lutas pela transformação do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrica/asilar. (BRASIL, 2005).

Em 1989, deu-se a entrada, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Decorrida mais de uma década, somente em 2001 a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. Ressalta-se que o aprovado é um projeto substitutivo da lei original, trazendo modificações importantes no texto normativo. Dessa forma, a Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona a assistência à saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, apesar de não instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios no país. (BRASIL, 2005).

No processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Rio Grande do Norte é um estado brasileiro que se antecipou à Lei Federal 10.216/2001, através da Lei Estadual 6.758, de 4 de janeiro de 1995, a qual proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no estado potiguar. Ressalva que serão permitidas obras nos hospitais

psiquiátricos existentes somente quando tiverem por finalidade melhorias, modernização e adequação das estruturas e instalações, através da autorização da Secretaria de Saúde nos termos e condições dessa Lei, como também permite, conforme a necessidade, a construção de unidades psiquiátricas somente em hospitais gerais. (BRASIL, 2004).

A Lei Estadual 6.758, de 4 de janeiro de 1995, ainda estabelece que toda e qualquer obra que vier a ser realizada nos hospitais psiquiátricos existentes e nos hospitais gerais do território do Rio Grande do Norte observará o limite de até trinta (30) leitos por unidade operacional e uma capacidade máxima de duzentos e cinquenta (250) leitos por estabelecimento, como também, na ocorrência de construção de hospital geral no estado, haverá como requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes com transtornos psiquiátricos, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos no local. (BRASIL, 2004).

2.1.1 Considerações sobre o Processo da Reforma Psiquiátrica no município de Natal – RN

Na perspectiva do processo histórico de implantação da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Norte/BR, é importante destacar a experiência da implantação do novo Modelo de Atenção à Saúde Mental, em 1992, pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN. (NATAL, 1992). Nessa época, lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil, a Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, publicada no Diário Oficial da União, em 30 de janeiro de 1992, criou as Unidades de Saúde Assistenciais Locais/Regionalizadas, denominadas de Núcleo de Atenção Psicossocial/Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). (BRASIL, 2004).

Esta Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece que os NAPS/CAPS devem oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar a uma população adstrita e definida pelo nível local, assistida por uma equipe multiprofissional, com funcionamento em um ou dois turnos de quatro horas, podendo também funcionar vinte e quatro horas por dia, durante os sete dias da semana, ou durante os cinco dias úteis, das oito às dezoito horas, conforme definições do órgão gestor local, bem como devem contar com leitos de repouso eventual. (BRASIL, 2004).

A Assistência à Saúde Mental na Rede Pública de Saúde de Natal-RN/BR foi organizada, formalmente, no ano de 1992, observando as resoluções da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual preconizou a formação de uma rede de atenção integral em saúde mental, em busca da criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em prol da luta antimanicomial. (NATAL, 1992). A 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental, de Natal-RN, ocorreu em outubro de 1992, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, contando com a participação de quinhentos profissionais da área e o apoio do Ministério da Saúde do Brasil. (NATAL, 1992).

Em novembro de 1992, foi lançada a Proposta de Reorganização da Atenção à Saúde Mental no Município de Natal-RN. (NATAL, 1992). Consistia num sistema de atendimento integrado, por meio do qual a saúde mental passava a ser assistida em níveis de atenção primária, secundária e terciária, que contemplava Policlínicas Especializadas, Centros de Atendimento 24 horas, disponibilidade de Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Centros de Atenção Psicossocial e Abrigos Protegidos. (NATAL, 1992).

Em 1994, houve a implantação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), localizado na região leste de Natal-RN, com capacidade para atender sessenta usuários. Porém, em seu primeiro ano de funcionamento, ele apresentou uma demanda de 147 pessoas, provenientes de todos os bairros desse município, resultando na formação de listas de espera para ingressar no referido serviço, as quais persistem até os dias atuais, demonstrando as dificuldades locais enfrentadas pelos usuários e profissionais de saúde quando necessitam de encaminhamentos a esses serviços de referência em saúde mental. (NATAL, 1997).

Em 1995, implantaram-se mais um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), como também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na região oeste desse município. (NATAL, 1997). O referido CAPS foi criado para atender exclusivamente a dependentes químicos e alcoolistas. (NATAL, 1997).

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência do quadro justifiquem sua permanência neste serviço. (BRASIL, 2004). Para ser atendida num CAPS, a pessoa interessada pode procurar diretamente esse serviço, ou, então, ser encaminhada pelo Programa Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde, devendo procurar ou ser encaminhada, preferencialmente, ao CAPS responsável pelo atendimento da demanda de saúde mental da região onde mora essa pessoa. (BRASIL, 2004).

A Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde (GM) nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os NAPS e CAPS existentes devam ser cadastrados nas modalidades

CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II, pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, extensivo aos novos CAPS que vierem a ser implantados. (BRASIL, 2004).

A Portaria (GM) nº. 336/2002 também estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) poderão constituir-se nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, mas cumprindo a mesma função no atendimento público à saúde mental, os quais devem estar capacitados para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, sendo constituídos em serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam segundo a lógica do território. (BRASIL, 2004).

Os dados obtidos no NAPS-Leste e no NAPS-Oeste, em Natal-RN, entre os anos de 1994 e 2001, acerca do histórico de internações psiquiátricas de usuários antes e depois do início do tratamento nos NAPS, demonstram significativos avanços na redução do número das internações psiquiátricas tradicionais, conforme constatado que, antes do início do tratamento nos NAPS, somente 50% dos usuários dos novos serviços não tinham histórico de internação psiquiátrica, 24% desses usuários tinham histórico de uma a cinco internações, 16% com várias internações e 10% desses usuários com seis a dez internações. (NATAL, 1997).

Após ingressarem nos NAPS, os usuários apresentaram considerável redução nas internações psiquiátricas, de forma que, dentre eles, 82% não precisaram desse tipo de internação em nenhum momento do tratamento, 4% ficaram internados três vezes ou mais, 5% duas vezes, 9% uma vez, justificadas essas poucas internações de usuários atendidos pelos NAPS, de acordo com a equipe de profissionais desses núcleos, por falta de recursos terapêuticos, como leitos em Hospitais Gerais ou Centros de Atendimento 24 horas, para acolhimento nas horas de crise. (NATAL, 1997).

A Reforma Psiquiátrica é compreendida como um conjunto de transformação de práticas, saberes, valores culturais e sociais que vem incidindo no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, avançando, intermediado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005).

2.2 Articulação entre a Atenção à Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil teve início em 1994, através do Ministério da Saúde, como um meio de reorientar a organização das ações da atenção básica, com base na divisão territorial, de forma a delimitar uma área de abrangência para cada equipe de saúde da família, que se responsabiliza pelo desenvolvimento dos cuidados à saúde da população que reside em cada área de abrangência. (BRASIL, 2001).

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é formada, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2001). Estima-se que cada equipe acompanhe entre 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o total de 4.500 pessoas. (BRASIL, 2001). Os municípios interessados em ampliar a integralidade da assistência à saúde fazem à opção de acrescentar, além das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), que é composta, cada uma, quando completa, por um dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (BRASIL, 2001).

As equipes de saúde da família estabelecem o vínculo de confiança com as famílias de sua área de abrangência, através dos atendimentos na Unidade de Saúde da Família, das reuniões e das visitas domiciliares, de forma que têm o potencial de conhecer os problemas de saúde que acometem à população sob sua responsabilidade, subsidiadas pelas visitas domiciliares dos agentes, cotidianamente, a essas famílias, como também através do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). (BRASIL, 2001).

Para Lopes, Saupe e Massaroli (2008), a visita domiciliar, na área da saúde, significa o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, ensino e pesquisa, mas que exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação fundamentada na ética. Essas mencionadas autoras ainda afirmam que os profissionais de saúde se proponham a utilizar a visita domiciliar como uma tecnologia de trabalho na qual se possibilita diferentes modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde.

O SIAB é utilizado pela Estratégia Saúde da Família, no qual constam alguns itens para registros dos casos de transtornos mentais, através da Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A), no relatório Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área (Relatório SSA2) e no relatório Produção e marcadores para avaliação (Relatório PMA2). (BRASIL, 2003).

O PSF diferencia-se da concepção dos demais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde por caracterizar-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território delimitado com população adstrita. (BRASIL, 1997). Nesse sentido, tem como finalidade o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, consolidando-se como uma proposta de caráter substitutivo, com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras. (BRASIL, 1997). Dessa forma, este estudo utiliza o termo Estratégia Saúde da Família (ESF) para se referir ao comumente denominado Programa Saúde da Família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe, como diretrizes, a descentralização, com direção única em cada esfera do governo, um atendimento integral, sendo dada prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos para os serviços assistenciais, e a participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde, com vistas a controlar as decisões sobre o planejamento das ações de saúde e emprego dos recursos financeiros. (BRASIL, 1988).

A Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do SUS. (BRASIL, 2001). Esse é organizado de acordo com treze princípios, dentre os quais se destacam: a Universalidade de acesso aos serviços de saúde, garantida em todos os seus níveis de assistência; a Integralidade de Assistência, que diz respeito ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais como coletivos, de acordo com cada caso, em todos os níveis de complexidade do Sistema; Igualdade da Assistência à Saúde, combatendo qualquer forma de discriminação no atendimento ao indivíduo; e Participação da Comunidade, objetivando viabilizar a participação da população no controle das ações e serviços de saúde e na transparência dos serviços financeiros destinados ao SUS. (BRASIL, 1988).

Os conceitos de território e de rede de atenção à saúde mental são utilizados, neste estudo, com a finalidade de retratar a ampliação do processo de desinstitucionalização da assistência à saúde mental. O território significa não apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo, mas é um espaço constituído pelas pessoas que nele habitam, convivendo com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários, como igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, de forma que é essa noção de território utilizada na busca da organização de uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais, e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2004).

Com relação ao conceito de formação de rede de atenção à saúde mental, faz-se necessário a articulação com todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos,

culturais, religiosos e de lazer, para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2004). Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são apresentados e situados como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, frente à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais, de forma que deverão assumir seu papel estratégico na articulação e na organização dessa rede comunitária de cuidados. (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário que os CAPS cumpram suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes sociais, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental. (BRASIL, 2004).

Os CAPS realizam suas funções através do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho, dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família, no cuidado domiciliar as pessoas com sofrimento psíquico. (BRASIL, 2004).

Para Amarante (2007), é preciso investir em treinamento para as equipes de saúde da família no contexto da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária por serem processos sociais complexos que visam à melhoria da assistência médica e processos de cuidados, à promoção da saúde e à construção de consciência sanitária nas comunidades.

Para Oliveira (2006, p. 21):

No movimento da Reforma Psiquiátrica, o tratamento aos portadores de transtorno mental organiza-se em rede de assistência nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Alguns novos equipamentos são substitutivos do atendimento hospitalar: Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e Residências Terapêuticas, além de se prever ambulatorios especializados e inclusão da saúde mental no nível primário de atenção. Os Caps são serviços ambulatoriais de atenção diária, que oferecem assistência aos portadores de transtornos mentais e/ou dependentes químicos, e funcionam segundo a lógica do território. Dessa forma, no contexto de reforma psiquiátrica, considera-se que o articulador dos serviços comunitários de Saúde Mental do SUS são os Caps e, nesse sentido, espera-se que o PSF seja à base de referência e contra-referência.

O CAPS não é o único tipo de serviço de atenção à saúde mental, apesar de seu papel estratégico, como também a atenção a saúde mental deve ser desenvolvida dentro de uma rede de cuidados, constituída pela atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Conforme a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS e podem começar a estruturação de sua rede de cuidados a partir da atenção básica. (BRASIL, 2003).

Para tanto, as ações de saúde mental na atenção básica devem ser estruturadas também sob o enfoque do modelo de redes de cuidados, de base territorial, compartilhadas, de forma transversal, com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, bem como devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003). Assim, para a articulação entre saúde mental e atenção básica, devem ser utilizados, como princípios fundamentais, de forma sintética, a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BRASIL, 2003).

De acordo com Campos e Domitti (2007), os conceitos de Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência foram propostos por Campos (1999) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental de Campinas/SP-BR, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas/SP-BR e, num processo contínuo, algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde, como Saúde Mental Humaniza – SUS e Atenção Básica/Saúde da Família (2005) incorporaram essa perspectiva. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial (AM) constitui um arranjo organizacional cuja finalidade é desenvolver suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, podendo compartilhar alguns casos com as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território, com vistas à co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL, 2003).

Os parâmetros que servem de base para a organização do apoio matricial orientam que nos municípios onde houver CAPS e/ou outros equipamentos de Saúde Mental, os membros dessas equipes de saúde mental se tornem o apoio matricial às equipes da atenção básica, os

quais podem organizar sua carga horária para encontros semanais, bem como formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. (BRASIL, 2003).

Para garantir o apoio matricial a todas as equipes da atenção básica, aos municípios que contam com um número insuficiente de CAPS recomenda-se implantar equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro) e auxiliares de enfermagem, para apoiarem de seis até nove equipes de PSF, ou para grupos populacionais entre quinze e trinta mil habitantes, e/ou planejar a expansão do número de CAPS. (BRASIL, 2003). Entretanto, os municípios com menos de vinte mil habitantes podem organizar equipes de apoio matricial mais simplificada, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior. (BRASIL, 2003).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu como mais uma forma de programar o apoio matricial, com o objetivo de avançar no processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental no contexto do SUS, de forma que, em 2008, houve a regulamentação para a formação dessas equipes, com recomendação explícita da inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental em cada NASF. (BRASIL, 2009).

Portanto, o NASF é direcionado para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território, contribuindo para que o cuidado seja desenvolvido o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, como forma de propiciar a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. (BRASIL, 2009).

Para Campos e Domitti (2007), os conceitos de apoio matricial e de equipe de referência contribuem para a realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, podendo assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde. Nessa perspectiva, garantir a construção de autonomia dos usuários, de forma que sua aplicação, como instrumento concreto e cotidiano, pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde, indicando a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O enfoque da clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico a um método de trabalho que considere a presença de tal processo envolvendo cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo e, novamente, o apoio matricial

desponta como um dispositivo de suma importância para ampliação da clínica. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Figueiredo e Campos (2009), em pesquisa realizada na rede de atenção básica de Campinas – SP com profissionais de saúde mental das equipes de referência e gestores, sobre a avaliação do funcionamento do apoio matricial, na área de Saúde Mental, relatam que os resultados constataram que a partir da sua implantação (apoio matricial), a propagação da atenção à Saúde Mental, restrita ao núcleo especializado, passou a tramitar no fazer das equipes.

Contudo, para Figueiredo e Campos (2009) as mudanças significativas pontuadas no estudo não significam, obviamente, que a subversão da lógica de trabalho buscada pelo apoio matricial esteja concretizada, havendo que se observar ainda a existência de inúmeras variáveis incidindo sobre o desencadeamento de um processo, cujos encaminhamentos deixam de ser automáticos para poderem ser discutidos em equipe, fazendo com que ora predomine a conduta da fragmentação, ora se exercite a co-responsabilização.

Bezerra e Dimenstein (2008), em estudo realizado em 2006 com os trabalhadores de saúde mental nos CAPS II e nos CAPS-ad do município de Natal-RN/BR sobre a implantação da proposta de apoio matricial em saúde mental às equipes do PSF nesse município, constataram, naquele momento, a existência de articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, a necessidade de repensar a função dos CAPS na rede, de rever o modelo de funcionamento ambulatorial pregnante, como também a formação acadêmica dos profissionais, a qual se revela insatisfatória para o cuidado aos portadores de transtornos mentais.

Para Bezerra e Dimenstein (2008), o apoio matricial permite compreender e diferenciar os casos que realmente precisam ser referenciados e atendidos pelos serviços especializados de saúde mental daqueles casos que podem ser acompanhados ou, ao menos, acolhidos pelas equipes de saúde da família, de modo que vem se abrigar no interior de um conjunto de estratégias que estão sendo utilizadas no processo da construção e da transformação da atenção à saúde mental, no qual os CAPS exercem uma função fundamental.

Posteriormente à implantação da Estratégia Saúde da Família, estudos já realizados em diversos estados avaliam o processo de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, bem como o impacto que essa proposta vem causando sobre a qualidade dos serviços de atenção básica à saúde no país, como os estudos de Ronzani e Silva (2008), Henrique e Calvo (2008), Viana et al. (2008) e Rocha et al. (2008).

O estudo realizado por Ronzani e Silva (2008) em dois municípios de pequeno porte em de Minas Gerais-BR identificaram que a maioria dos usuários entrevistados aprova o atendimento realizado na Unidade de Saúde da Família da qual são usuários, mas ressaltam a necessidade da presença de especialistas no PSF e do atendimento de outras categorias profissionais, tais como psicólogo, dentista e assistente social.

Henrique e Calvo (2008) destacam que os resultados da pesquisa com a utilização de dados secundários obtidos do SIAB e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), a qual teve o propósito de avaliar a implantação do PSF nos municípios de Santa Catarina entre os anos de 2001 e de 2004, demonstraram significativa ampliação de sua cobertura populacional no período analisado, mas carecia de qualificação dos profissionais lotados nas equipes de saúde da família para a efetiva mudança do modelo assistencial e para obter resultados expressivos.

Conforme Viana et al. (2008), os resultados da pesquisa Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Estudos de Linha de Base, realizada no estado de São Paulo no período de 2005 a 2006, demonstram que alguns desafios à expansão e consolidação da Atenção Básica e do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, não decorrem somente dos desafios enfrentados pelo próprio setor saúde. Dessa forma, também são conseqüências da seletividade das modernizações inerentes à complexa dinâmica da urbanização brasileira, a qual apresenta, em seu contexto, metrópoles que convivem com as melhores infra-estruturas e os mais altos índices de riqueza e com a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos cidadãos. (VIANA et al., 2008).

Para Viana et al. (2008), as grandes cidades constituem espaços luminosos, espaços com maior densidade técnica, científica, informacional, populacional e, por isso, teoricamente, abrigariam o maior número de possibilidades para a consolidação da Atenção Básica, do PSF e do próprio SUS, desde que fossem estabelecidas redes de integração e cooperação tecnológica e organizacional entre instituições científicas e de serviços de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário a associação da política de saúde com uma política de desenvolvimento urbano, reconhecendo que questões como transporte, habitação e saneamento básico, por exemplo, têm reflexos importantes nas condições de vida e saúde da população. (VIANA et al., 2008).

Rocha et al. (2008), em pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no período de março a julho de 2005 em 21 municípios com mais de 100 mil habitantes em três estados do Nordeste do Brasil (Bahia, Ceará e Sergipe), acerca das

experiências de implantação e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF), constataram como avanços a priorização do PSF em áreas de risco, aprendizado institucional, qualificação dos gestores e equipes, centrais de regulação, vínculo e percepção positiva sobre o PSF.

Para Rocha et al. (2008), a pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base identificou que os desafios a serem superados são o fortalecimento da capacidade formuladora local, a alocação dos recursos na Atenção Básica, a desprecarização do trabalho, a efetivação da rede de atenção, o fortalecimento da participação social, a qualificação do monitoramento e avaliação para tomada de decisão, bem como o aperfeiçoamento na forma de acolhimento ao usuário, a superação das filas para exames, consultas e internação, a melhoria do trabalho em equipe, das atividades promocionais e intersetoriais e o combate às dificuldades de referência e contra-referência.

De acordo com Rocha et al. (2008), os resultados da pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base sugeriram alguns direcionamentos à ação política com vistas à expansão e consolidação do PSF, como a correlação entre o financiamento e os recursos aplicados prioritariamente na Atenção Básica, a melhoria na adequação da estrutura dos serviços, o processo de trabalho diversificado, levando em conta o risco social diferenciado, o estímulo à promoção da saúde, com experiências inovadoras de gestão e cuidado e perfis de equipe compatíveis com o conceito ampliado de saúde.

Campos (2003) destaca que diversos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implantação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto o modo de prestação de serviços de saúde em determinado contexto histórico, bem como também resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde.

Ainda conforme Campos (2003), para que os princípios do SUS, como equidade, integralidade, participação da comunidade sejam alcançados, devem ser pensadas novas formas de financiamento, novos instrumentos de análise da realidade, novos modos de estruturação de equipes que vão agir em saúde.

2.3 Uma abordagem sobre os medicamentos psicofármacos

Para Sadock, Sadock e Sussman (2007), os medicamentos utilizados para tratar transtornos psiquiátricos eram divididos em quatro categorias: medicamentos antipsicóticos ou neurolépticos, utilizados para tratar psicoses; medicamentos antidepressivos, destinados a tratar depressão; medicamentos antimaníacos, ou estabilizadores do humor, indicados para tratar o transtorno bipolar; medicamentos anti-ansiedade ou ansiolíticos, empregados no tratamento de estados ansiosos (que são também eficientes como hipnóticos, em doses elevadas).

Essas distinções por categorias, segundo Sadock, Sadock e Sussman (2007), tornaram-se menos válidas devido vários medicamentos de uma classe serem utilizados agora para tratar problemas anteriormente atribuídos à outra classe, de forma que, atualmente, os medicamentos utilizados para o tratamento de transtornos psiquiátricos são designados por três termos gerais que são usados de forma intercambiável: medicamentos psicotrópicos, medicamentos psicoativos e medicamentos psicoterapêuticos.

Conforme Sadock, Sadock e Sussman (2007), muitos medicamentos antidepressivos são também utilizados para tratar uma ampla faixa de transtornos de ansiedade, assim como medicamentos introduzidos como tratamento para a esquizofrenia e agentes como os antagonistas da serotonina-dopamina (ASD) são também utilizados para o controle do transtorno bipolar e parecem ter alguma atividade antidepressiva.

Ainda, nessa forma intercambiável, de acordo com Sadock, Sadock e Sussman (2007), medicamentos para tratar os transtornos psiquiátricos de todas as outras quatro categorias são utilizados para tratar sintomas e distúrbios, tais como insônia, transtornos da alimentação, transtornos de conduta associados à demência e transtornos do controle de impulsos.

Faz-se importante também destacar que medicamentos como a clonidina, o propranolol, a verapamil, o modafinil e a gabapentina podem tratar com eficiência uma gama de transtornos psiquiátricos, apesar de não se encaixarem facilmente na classificação tradicional de medicamentos, bem como a maioria dos ansiolíticos são sedativos e, em doses elevadas, podem ser utilizados como hipnóticos, e todos os hipnóticos em doses baixas podem ser utilizados para sedação diurna (SADOCK, SADOCK E SUSSMAN, 2007).

Lima et al. (2008) relatam os resultados do estudo com amostragem representativa da população urbana de Botucatu – SP, entre 2001 e 2002, o qual avaliou a influência das condições socioeconômicas na relação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC), uso de

serviços de saúde e de psicofármacos, o qual revelou que 13,4% da amostra de entrevistados procuraram serviços de saúde na quinzena que antecedeu a entrevista, sendo essa procura associada ao sexo feminino e à presença de transtorno mental comum, como também 13,3% da amostra referiram ter usado ao menos um psicofármaco, destacando-se os antidepressivos (5,0%) e os benzodiazepínicos (3,1%).

O estudo ainda revelou que a utilização de benzodiazepínicos mostrou-se mais prevalente no sexo feminino e na presença de TMC, bem como nos segmentos sociais de maior renda, concluindo que menor renda associou-se à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicofármacos, e que a associação entre transtorno mental comum e uso de psicofármacos e maior renda reforça a hipótese da existência de iniquidades no acesso à assistência médica na população estudada. (LIMA et al., 2008).

Lima et al. (2008) chamam a atenção para a necessidade da realização de mais estudos que dimensionem a demanda de saúde mental, o acesso aos serviços de saúde e às intervenções terapêuticas, avaliando essas últimas quanto à sua efetividade, pontuando que as intervenções terapêuticas não devem se restringir à prescrição de medicamentos.

Para Ignácio e Nardi (2007), o consumo de psicofármacos (principalmente antidepressivos e ansiolíticos) apresenta-se associado à instalação de uma eficaz química no organismo, consolidando-se como uma das principais tecnologias de cuidado utilizadas na atualidade, que se encontra intensificada e naturalizada nos corpos, a qual passou a definir as condições de saúde de uma sociedade ao silenciar os corpos.

Galduróz et al. (2005) realizaram estudo, no ano de 2001, sobre a prevalência do uso ilícito de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicofármacos, além de esteróides anabolizantes, nas 107 cidades do Brasil com população superior a 200.000 habitantes, o qual identificou: 68,7% do uso na vida de álcool, próximo aos 70,8% do Chile; 41,1% do uso na vida de tabaco, inferior aos EUA (70,5%); 6,9% do uso na vida de maconha, próximo ao da Colômbia (5,4%) e abaixo dos EUA (34,2%); 2,3% do uso na vida de cocaína, inferior aos EUA (11,2%); 5,8% do uso de solventes, abaixo do Reino Unido (20,0%); 1,5% do uso na vida dos estimulantes; 3,3% do uso na vida de benzodiazepínicos, próximo dos EUA (5,8%) e abaixo do Chile (30,5%).

Dutra et al. (2006) observaram o alto fluxo de pessoas que vinham buscar prescrições médicas de psicofármacos em Centros de Saúde do município de Santa Cruz do Sul – RS, as quais atribuíam, como principal justificativa para essa situação, a de que sofriam de doença dos nervos. Numa etapa posterior, estudaram, em dois postos de saúde desse município, o significado da "doença dos nervos" entre as classes populares. Identificaram diferentes

significados para essa doença, como: o estranhamento, a infantilização e a perda de identidade da pessoa portadora de sofrimento psíquico, cujas causas foram atribuídas a doenças físicas, depressão, falta de trabalho, perdas significativas, solidão, problemas familiares, a violência, dificuldades de acesso ao SUS e também dificuldades de acesso ao transporte coletivo (DUTRA et al., 2006).

Conforme Dutra et al., (2006), o estudo também apreendeu que os encontros do grupo se constituíram em uma oportunidade de troca de experiências e sentimentos entre os participantes, causando-lhes um impacto positivo, observado através de depoimentos no grupo, os quais revelaram sobre estarem se sentindo melhor em poder conversar sobre o sofrimento que os aflige ao saberem que outras pessoas passam por experiências muito semelhantes às suas.

Conforme estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (cinco milhões de pessoas) precisa de cuidados contínuos para transtornos mentais severos e persistentes, e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – vinte milhões de pessoas) necessitam de atendimento eventual para transtornos menos graves, bem como a necessidade regular para transtornos advindos do uso prejudicial de álcool e outras drogas atinge cerca de 6 a 8% da população, entretanto, existem estimativas ainda mais elevadas. (BRASIL, 2003).

Acerca da população que precisa de atendimento regular para transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a assistência ainda vigente, todavia em processo contínuo de revisão e reversão de seu modelo, prioriza as pessoas mais acometidas, nos dispositivos de atenção hospitalar, de forma que chegam a essas unidades hospitalares os usuários vitimados por um longo processo de adoecer, no qual o tempo médio entre a detecção de problemas relacionados ao uso de álcool e a busca efetiva por cuidados pode chegar a cinco anos, evidenciando a existência da relação dessas conseqüências diretas/indiretas com a falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas. (BRASIL, 2003).

Assim, os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população dos consumidores dessas substâncias, revelando que é mais útil pensar em problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas do que em dependência. (BRASIL, 2003).

Estima-se, sem contar com nenhum estudo recente, que grande parte das pessoas com transtornos mentais leves, como queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves estão sendo

atendidas na atenção básica, de forma que é revelado, epidemiologicamente falando, um grande problema de saúde pública a ser enfrentado. (BRASIL, 2003).

Segundo levantamento do Departamento de Atenção Básica, apresentado em Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária – Opas/MS/Universidade de Harvard/UFRJ, em 2002, constata-se que 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental, de forma que as equipes da atenção básica podem ser utilizadas como um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2003).

2.4 Gestões de cuidados na atenção à Saúde mental na Estratégia Saúde da Família

2.4.1 A importância da subjetividade para a vigilância da atenção à saúde integral

Para AmatuZZi (2006), o conceito de subjetividade não deve ser construído na dinâmica da relação tipo sujeito-objeto, mas a partir do interior de uma relação intersubjetiva. Conforme o mencionado autor, a subjetividade se refere ao abstrato do sujeito, de forma que o conceito de subjetividade talvez seja de outro tipo que se diferencia da maioria dos conceitos que são construídos a partir da relação sujeito-objeto, esta tendo o aspecto racional separável do aspecto emocional e do envolvimento experiencial:

A subjetividade é a consciência de si, a autoconsciência. Posso saber muito sobre ela, sem saber nada dela. Posso estudá-la do ponto de vista da relação sujeito-objeto e fazer ciência humana no sentido de quem toma o ser humano como objeto de ciência objetiva. Mas seria isso conhecer a subjetividade? Seria isso me apropriar mais de mim mesmo? Aqui poderíamos pensar: mas para quê isso? Não bastaria conhecer objetivamente a subjetividade? O que se perde com isso? Penso que o que se perde ficando somente no conhecimento objetivo é a própria noção de sujeito. O que se perde é a autonomia humana. É a capacidade de ser senhor de si. Mesmo sendo muito difícil sermos senhores de nós mesmos, não quero deixar de lado essa possibilidade que faz toda a beleza do mistério humano. (AMATUZZI, 2006, p. 95).

Segundo AmatuZZi (2006), para conhecer a subjetividade é preciso sair da relação sujeito-objeto e aceitar que, nesse caso, pensamento, sentimento e decisão estão

indissociavelmente ligados, considerando que o caminho em direção a ela é um caminho de envolvimento pessoal. Ainda, de acordo com esse autor, para pesquisar a subjetividade é necessário, em primeiro lugar, que a conceitue adequadamente, e, em segundo lugar, aproximar-se experiencialmente dela, tendo em vista que a subjetividade não se entrega como objeto de conhecimento se me aproximar dela de modo meramente cognitivo, de forma que somente posso me aproximar dela participativamente, mobilizando-a também dentro de mim, sendo a pesquisa da subjetividade diretamente mobilizadora do sujeito e não apenas instrumentalizadora dele, por isso ela é tão fundamentalmente importante na clínica.

De acordo com Ayres (2001, p. 66), a alegoria kantiana sobre o vôo da pomba “A leve pomba, enquanto, em seu livre vôo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo”, pode remeter “ao processo de construção de identidades que nos indica uma inexorável dialética de negar construindo/construir negando, tão difícil de expor em palavras e tão claramente expressa na metáfora kantiana”. Nesse sentido, destaca que “subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é intersubjetividade”. (AYRES, 2001, p. 67). Assim, na construção de um diálogo sobre uma análise acerca do desenvolvimento dos cuidados em saúde nas práticas de saúde na atualidade, faz a seguinte observação:

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde. Afinal, qual é o nosso sonhado “vácuo”, quando estamos lidando com cada um dos diferentes obstáculos que encontramos à nossa saúde? Sem nos dedicarmos conseqüentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las. (AYRES, 2001, p.69).

2.4.2 Experiência da utilização da Terapia Comunitária no desenvolvimento do cuidado

Guimarães e Ferreira Filha (2006) relatam o estudo com participantes do grupo de Terapia Comunitária (TC) em João Pessoa, Paraíba, Brasil, cujos resultados identificaram que os motivos que levaram essas pessoas a participarem da TC foram o convite dirigido a elas, feito pela equipe de saúde da família, e a necessidade dessas pessoas expressarem suas angústias e sofrimentos do cotidiano.

Prosseguindo, os resultados também revelaram que as mudanças ocorridas no cotidiano dos colaboradores do referido estudo estão voltadas para uma maior compreensão de si e do outro e para a capacidade de transformação pessoal e social, bem como identificaram impacto positivo no fortalecimento dos vínculos familiar, de amizade e espiritual, como também a construção dos vínculos de lazer, social e comunitário, a partir dos encontros de TC, evidenciados pela conformação da rede de apoio social, a partir da mobilização dos participantes em busca de uma melhor qualidade de vida para si e para a comunidade. (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

O Grupo de Terapia Comunitária é um sistema formado por vários subsistemas que se relacionam entre si, constituindo uma rede em que cada um influencia o outro a partir do compartilhamento das informações, de forma que se compreende o problema do indivíduo nas suas relações, nos vínculos estabelecidos, uma vez que o comportamento do mesmo repercute no grupo familiar e comunitário. (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Para Guimarães e Ferreira Filha (2006), a TC, no Brasil, vem sendo utilizada como tecnologia de cuidado para superar o sofrimento, favorecendo o fortalecimento e/ou a construção de vínculos, bem como de redes sociais. Ainda, de acordo com as mencionadas autoras, a TC se estabelece como uma tecnologia de cuidado, que pode ser utilizada pelas equipes de saúde da família, para a promoção da saúde, prevenção do sofrimento psíquico, fortalecimento de vínculos com a comunidade, construção de redes de apoio e inclusão social.

2.4.3 O desafio dos saberes e fazeres dos cuidados em saúde mental pela Estratégia Saúde da Família

Lancetti (2007) destaca a experiência de trabalho exitosa, na Estratégia Saúde da Família, em São Paulo – SP, sobre maneiras de intervenção dos problemas de saúde mental, de solidariedade e de cidadania, de forma que o cuidado ao usuário com transtorno mental, na comunidade, passou a ser incluído no cotidiano das equipes de saúde da família. Conforme o mencionado autor, os profissionais envolvidos foram descobrindo maneiras de cuidar, para lidar e buscar formas de intervenção ao problema de saúde mental, através das visitas domiciliares, da escuta, do diálogo e do compartilhamento com a pessoa com transtorno mental e sua família (do usuário), na perspectiva da Estratégia Saúde da Família,

Casé (2002) relata a experiência vivida em Camaragibe – PE sobre o trabalho de parceria entre equipe de saúde mental e PSF, através da criação de uma proposta de intervenção, com definição de uma estratégia de trabalho, que resultou na inserção da atenção à saúde mental, no planejamento e desenvolvimento das ações da Estratégia Saúde da Família nesse município. Conforme a mencionada autora, a atuação da saúde mental, nesse município, prioriza a comunidade e a família por serem o lugar e o momento em que surgem as primeiras dificuldades e necessidade de cuidados. Segundo Casé (2002), na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, o desafio é a conquista da cidadania dos pacientes psiquiátricos, com ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares e da comunidade.

De acordo com Sampaio e Barroso (2002), a experiência vivenciada no Ceará, que colocou em foco a relação CAPS e PSF, na perspectiva de uma política municipal de saúde mental e das estratégias da atenção primária, apresenta bons e significativos resultados. Segundo esses autores, essa parceria destaca a importância da consolidação das seguintes atividades estratégicas:

- Procedimentos sistemáticos e ágeis de referência e contra-referência, considerando que a Estratégia Saúde da Família tem possibilidades de identificar precocemente problemas psicológico-psiquiátricos e, dessa forma, pedir orientação para o cuidado ou referir ao CAPS;
- Acompanhamento de psicóticos crônicos com quadro estabilizado, tendo o CAPS como retaguarda para intercorrências;
- Realização de grupos de queixa difusa, pelo PSF, sob supervisão do CAPS;
- Participação nas visitas domiciliares prestadas pelos CAPS pode ocorrer com a presença de um membro da equipe de saúde da família, inibindo a fragmentação e a parcialização do cuidado;
- Prevenção à dependência de benzodiazepínicos, chamando a atenção para esse grave problema de saúde pública que pode ser revertido pela parceria CAPS / PSF.

Para Sampaio e Barroso (2002), faz-se necessário que a política nacional, estadual e municipal de saúde mental delinear um subsistema de saúde mental, integrado ao sistema de saúde, que estabeleça formas de financiamento que privilegiem a indissociabilidade entre promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, tratamento e habilitação social, e que resultem em menores custos econômicos e menor dano aos vínculos culturais.

Nunes, Juca e Valentim, (2007) realizaram estudo em Salvador, Bahia, BR, que identificou, por parte de alguns profissionais lotados em quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), iniciativas, embora insipientes, no campo da integralidade da assistência, com vistas à inclusão da atenção à saúde mental, as quais tentam reduzir o distanciamento

existente, na abordagem ao usuário, entre problemas mentais e problemas somáticos, inovando na necessidade de se reagir socialmente da mesma forma a todo tipo de doença, evitando discriminar a pessoa com doença mental.

O estudo que permitiu analisar a associação entre variáveis do contexto familiar e o risco de problemas emocionais / comportamentais em crianças assistidas pelo Programa Saúde da Família, no Município de Ribeirão Preto - São Paulo, realizado em 2001, apontou para a necessidade de que investimentos sejam feitos na área de saúde mental infantil, de forma que as equipes do PSF sejam capacitadas para atuarem junto às famílias, na atenção ao desenvolvimento psicossocial (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Souza e Scatena (2007) desenvolveram um estudo, no ano de 2003, com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde do Município de Ilhéus – Bahia – Brasil, o qual teve como objetivo analisar necessidades dos portadores de transtornos mentais e os limites e possibilidades do cuidado a eles direcionados, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, o qual constatou que esses usuários apresentam a necessidade de serem ouvidos, acolhidos e acompanhados pelos profissionais e pela família, como também a necessidade de convivência.

Os participantes do estudo pontuaram diversas ações possíveis de serem desenvolvidas, como integrar as pessoas com transtorno mental em programas já existentes de acordo com a área de interesse, orientar famílias e comunidade sobre como lidar com a pessoa acometida por doença mental, cuidar dos casos que podem ser tratados no contexto local, realizar oficinas que proporcionem explorar os potenciais existentes nesses usuários, desenvolver um programa que ofereça direcionamento do cuidado à pessoa com doença mental, integrar a visão de inclusão no atendimento, como também foi cogitada a idéia de elaboração de um Manual pelo Ministério da Saúde. (SOUZA; SCATENA, 2007).

Modesto e Santos (2007) relatam estudo, realizado no ano de 2001, acerca do perfil diagnóstico e sociodemográfico de usuários assistidos em Saúde Mental, pelo PSF, em Cachoeira, Bahia, Brasil, o qual pontuou a insuficiência de informações no contexto brasileiro sobre ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Esse estudo possibilitou a sugestão da inclusão de ações de atenção à saúde mental na Atenção Básica, justificada pela identificação do elevado percentual de transtornos mentais severos identificados, como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos afetivos, retardo mental, transtornos neuróticos, uso abusivo de álcool, um pequeno percentual sem diagnóstico preciso e a precária inserção sócio-econômica desses indivíduos na comunidade onde vivem. (MODESTO; SANTOS, 2007).

Para Maragno et al. (2006), o estudo que investigou a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e certos fatores de risco sociodemográficos em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo-Brasil, realizado em 2001, identificou a prevalência dos TMC significativamente mais alta nas mulheres, nos idosos e nas categorias de menor renda ou de menor escolaridade. Esse estudo sugeriu, para futuras pesquisas nessa área, a investigação sobre os fatores prognósticos de maior valor relacionados aos TMC, qual a possibilidade de tratá-los, como também se o PSF vem realizando tal abordagem, de que forma e qual a capacidade desse programa em trabalhar com essa área. (MARAGNO et al., 2006).

A pesquisa, que teve como objetivo discutir as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde do PSF frente aos pacientes usuários de drogas, pontuou que estudos abordam uma gama de possibilidades para atuação desses profissionais, em seu cotidiano de trabalho, apesar de destacarem que outros estudos deixam evidentes as fragilidades da equipe de saúde da família ao se deparar com a assistência aos usuários de drogas, mas que estas são passíveis de serem superadas através da capacitação da equipe. (BARROS; PILLON, 2006).

O estudo realizado por Brêda e Augusto (2001) no bairro Comunidade do Pontal da Barra, em Maceió – Alagoas assistido pelo Programa Saúde da Família identificou que no cuidado prestado em saúde, aos portadores de transtornos psíquicos, na atenção básica em saúde, recursos terapêuticos de escuta, acolhimento e estabelecimento de vínculo têm sido raramente utilizados, evidenciando, na assistência a essa clientela, forma de abordagem assistencial individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas, sendo conduta freqüente a indicação de benzodiazepínicos.

Para Brêda e Augusto (2001), o estudo, referido no parágrafo anterior, observa que muitos procedimentos poderiam ser realizados pelos profissionais de saúde e pelo PSF, como aconselhamentos, diálogo, oficinas de expressão, trabalhos grupais, não somente direcionada à prevenção de doenças, mas para provocar mudanças na prática da atenção à saúde.

Lucchese e Barros (2009) destacam que, em relação à formação do enfermeiro para atenção psicossocial em saúde mental, existe um longo caminho a percorrer, não bastando fazer a transferência do serviço de atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família do hospital psiquiátrico para os dispositivos comunitários, sendo preciso avançar na construção de conhecimentos em atenção psicossocial, responsabilizar-se pela pessoa e família que se cuida, viver juntos e fortalecer as interações entre trabalhadores, gestores e usuários, acolher a pessoa acometida por sofrimento mental em espaços que cuidem do sujeito, e, sobretudo, avançar na construção do ser autônomo e responsável pela formação continuada.

Fernandes et al. (2009), em estudo teórico acerca do processo de formação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (EP/SM), destacam que a formação em EP/SM necessita ser pautada na adoção de referencial teórico-pedagógico que sustente uma aprendizagem significativa, transformadora e adequada às demandas sociais e profissionais existentes na área da saúde mental, na contemporaneidade, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Assim, é necessário conduzir o aluno a vivenciar experiências que o aproximem da realidade do trabalho, possibilitando a introdução de novas formas de atendimento, de direitos de cidadania, de construção de saberes e práticas antimanicomiais de atenção ao sofrimento psíquico, com ênfase na consolidação do SUS. (FERNANDES et al., 2009).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa baseada na metodologia história oral, na modalidade história oral de vida, como base para a elaboração dos procedimentos metodológicos desta pesquisa, de forma que os conceitos e as orientações específicos serão esclarecidos durante a descrição das etapas desta metodologia.

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se ocupa com um nível de realidade que não pode e não deveria ser quantificado, abordando o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

De acordo com Meihy (2002), a história oral pode ser utilizada como método e técnica para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos sobre a experiência de pessoas e de grupos. “Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva”. (MEIHY, 2002, p. 13).

Ainda segundo Meihy (2002, p. 14), “História oral é uma alternativa para estudar a sociedade por meio de uma documentação feita com o uso de depoimentos gravados em aparelhos eletrônicos e transformados em textos escritos”.

Na história oral, os termos usados em entrevistas, como ator, informante, sujeito, ou objeto de pesquisa, são substituídos pelo nome colaborador para se reportar ao narrador, pois, afinal, o trabalho com a entrevista é algo que demanda dois lados pessoais e humanos. (MEIHY, 2002).

A dependência em relação ao colaborador passa a ser muito maior do que antes, considerando que ele não apenas deve conceder a autorização para publicação de parte ou do todo da entrevista, mas também participa das etapas de transcrição e revisão do texto a ele relacionado. (MEIHY, 2002).

A modalidade história oral de vida, como o próprio nome indica, narra o conjunto da experiência de vida de uma pessoa, de forma que o colaborador tem maior liberdade para dissertar, o mais livremente possível, sobre sua experiência pessoal, sugerindo entradas para o entendimento do espaço pessoal subjetivo, buscando a versão sobre a moral existencial. (MEIHY, 2002). Nesse sentido esclarecedor, afirma que:

Existe uma variação da história oral de vida conhecida como narrativa biográfica. Ela se distancia da história oral subjetiva em razão da substituição do sentido moral ou contemplativo pelo alinhamento dos fatos. No primeiro caso, na história oral de vida, a atenção é para o valor moral da experiência pessoal. No segundo, na narrativa biográfica, cuida-se mais do roteiro cronológico e factual das pessoas, além de dar atenção às particularidades que remetem a acontecimentos materiais e concretos julgados importantes. (MEIHY, 2002, p. 133).

A metodologia da história oral se desenvolve a partir da elaboração do projeto de pesquisa, o qual se compõe de duas partes complementares: fundamentos temáticos e teóricos, e parte operacional. (MEIHY, 2002).

A primeira parte, ou seja, os fundamentos temáticos e teóricos, segundo Meihy (2002), compreendem-se as razões dos estudos, a relevância do esforço e seu eventual impacto, os quais são compostos pelo tema, justificativa que contenha os objetivos, definição da colônia, formação da rede e hipótese do trabalho.

A segunda parte, denominada de parte operacional, de acordo com Meihy (2002), inclui: a especificação da operação, na qual consta o significado do detalhamento sobre as entrevistas; transcrição; conferência; uso e arquivamento.

3.1.1 Fundamentos temáticos e teóricos

Meihy (2002, p. 165) afirma que “Todos os projetos de história oral, principalmente quando tratam de colônias, devem ter uma pergunta de corte”. Em seguida, estabelece o conceito de pergunta de corte, assim como o lugar em que tal pergunta deve ficar na entrevista. Ainda segundo esse mesmo autor, pergunta de corte é uma questão que perpassa todas as entrevistas e que deve referir a comunidade de destino que marca a identidade do grupo analisado. Quase sempre a pergunta de corte vem no final da entrevista. (MEIHY, 2002).

A colônia é composta pelo grupo de pessoas a serem estudadas e que pertencem à comunidade do desenvolvimento da pesquisa. Neste sentido, acerca do conceito de colônia, Meihy (2002, p. 166) afirma:

O conceito de colônia se liga exclusivamente ao fundamento da identidade cultural do grupo; é formado pelos elementos amplos que marcam a identidade geral dos

segmentos dispostos à análise. Os pontos básicos de classe social, gênero e etnia configuram o conceito de colônia.

A rede é parte da colônia, sendo constituída pelo grupo de colaboradores. Conforme Meihy (2002, p. 166): “Rede é uma subdivisão da colônia e visa a estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado e quem não se deve entrevistar”. Contudo, o referido autor comenta que em estudo onde seja difícil estabelecer prioridades, sugere-se que se defina uma entrevista como ponto zero, o qual, de acordo com o mesmo autor, é assim conceituado:

Entende-se por ponto zero um depoente que conheça a história do grupo ou de quem se quer fazer a entrevista central. Deve-se, depois de tomar ciência do que existe escrito sobre o caso, fazer uma ou mais entrevistas em profundidade com esta pessoa, que é a depositária da história grupal ou a referência para histórias de outros parceiros. (MEIHY, 2002, p. 167).

Para Meihy (2002), de acordo com o que se pesquisa, o ponto zero se transforma na primeira entrevista, porque, muitas vezes, ele se transforma em guia capaz de orientar o andamento das entrevistas. Esse autor ainda observa que:

Idealmente, supõe-se que um entrevistado indique outro ou outros, e a rede deve servir para abordar o argumento do projeto segundo a sugestão da comunidade e não da vontade exclusiva do diretor da pesquisa. Isso valorizaria a identificação da visão do outro. Ao mesmo tempo, essa atitude exercita a formação da argumentação interna do grupo, fornecida pela comunidade entrevistada e não por alguma hipótese de trabalho escolhida ao acaso. É conveniente lembrar que essa postura é mais aplicável às histórias de vida e diferencia-se da tradição de entrevistas conduzidas, em que se busca mais a referência temática. (MEIHY, 2002, p. 167).

3.1.2 Fundamentos operacionais

A segunda parte da história oral, como já citado anteriormente, denominada de parte operacional, inclui as entrevistas, a transcrição, a conferência, o uso e arquivamento.

Conforme Meihy (2002), a fase da entrevista se subdivide em três etapas:

A primeira delas corresponde a pré-entrevista, onde ocorre a preparação do encontro para a realização da gravação, na qual o colaborador toma conhecimento do projeto e do âmbito de sua participação, bem como lhe é informado da gravação de sua fala, de forma que um oralista jamais deve gravar qualquer conversa, debate, opinião, sem a prévia anuência da outra parte. (MEIHY, 2002);

A segunda etapa trata-se da realização, propriamente dita, da entrevista, na qual o oralista garante que a sessão de entrevista ocorra num clima de solidariedade profissional, aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito. (MEIHY, 2002);

A terceira etapa, denominada de pós-entrevista, significa a ocasião em que são enviadas a cada colaborador cartas ou telefonemas de agradecimento, os quais têm a finalidade de manter a continuidade do processo. (MEIHY, 2002).

Na metodologia de história oral, é aconselhável a utilização de um caderno de campo durante o acompanhamento das entrevistas, bem como no registro da evolução do projeto, de forma que facilita o diálogo com o desenvolvimento do estudo. (MEIHY, 2002).

Segundo Meihy (2002), posteriormente à realização das entrevistas segue-se a fase da transcrição da gravação oral para a documentação escrita, subdividida, também, em três etapas:

A transcrição literal da gravação oral, que mantém o sentido intencional dado pelo narrador, o qual articula seu raciocínio com as palavras. (MEIHY, 2002);

A textualização, onde são suprimidas as eventuais perguntas que se fundem nas respostas e superam sua importância, de forma que o texto passa a ser predominantemente do narrador, que assume o exclusivismo da primeira pessoa, bem como, durante essa etapa da textualização, escolhe-se o tom vital. (MEIHY, 2002);

A transcrição, na qual o texto pode ser refeito várias vezes, podendo haver interferência do autor na redação do texto, por considerar-se que não são as palavras que interessam, e sim, o que elas contêm, para tornar o depoimento escrito compreensível para o leitor. (MEIHY, 2002). Assim, as entrevistas são trabalhadas de modo a sintetizar as idéias, nas quais se

procederam a soluções formais adequadas à boa recepção, mas obedecendo a certos combinados com o colaborador, o qual legitimou o texto na etapa da conferência. (MEIHY, 2002).

Sobre o tom vital, Meihy (2002, p. 173) faz a seguinte observação:

Durante o tratamento da textualização, escolhe-se um tom vital, que corresponde à frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista. É sobre essa frase que se pretende organizar o critério de percepção do leitor. Assim, portanto, a frase escolhida funciona como um farol a guiar a recepção do trabalho.

De acordo com Meihy (2002), em seguida à fase da transcrição da gravação oral é realizada a fase da conferência, na qual, segundo esse mesmo autor, depois do texto trabalhado, encontrando-se, supostamente, em sua versão final, o autor entrega a versão a cada um dos colaboradores para ser submetida à conferência e legitimação, e também para que possa ser autorizada para o uso, arquivamento e, se possível, publicação dos resultados.

3.2 Local de estudo

O presente estudo teve como cenário de pesquisa a área de abrangência da equipe de saúde da família nº. 034, da Unidade de Saúde da Família Santarém (USF Santarém), pertencente ao Distrito Sanitário Norte II, da Secretaria Municipal de Saúde, no município de Natal-RN. A escolha dessa área deveu-se ao fato por ser, atualmente, o serviço de atenção básica no qual se exerce a função de enfermeira.

A área de abrangência da USF Santarém é composta, além do Conjunto do mesmo nome, por algumas ruas dos Conjuntos Soledade II e Nova Natal, acrescida de uma parte do Loteamento José Sarney, bem como dos Loteamentos Pajuçara II e Dom Pedro I. Nessa Unidade estão lotadas, no momento, quatro equipes de saúde da família (ESF), cada uma delas composta por um (a) médico (a), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, como também quatro equipes de saúde bucal (ESB), composta, cada uma, por uma dentista e uma atendente de consultório dentário, de forma que

cada uma das equipes de saúde bucal corresponde, proporcionalmente, a uma equipe de saúde da família.

3.3 Os colaboradores

Foram entrevistadas oito pessoas dentre o total de cinquenta e nove usuários que utilizam psicofármacos por tempo prolongado, residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família nº. 34, da USF Santarém – Natal/RN (Apêndice B), os quais se dispuseram a narrar suas histórias de vidas. Este estudo considerou como uso de psicofármacos por tempo prolongado o usuário em uso intermitente de psicofármacos por no mínimo de três meses.

A colônia do presente estudo foi composta pela totalidade da população usuária de psicofármacos por tempo prolongado, residentes na área de abrangência escolhida para o estudo. Os usuários entrevistados foram selecionados intencionalmente, posteriormente convidados a participar deste estudo, os quais aceitaram, após explicação sobre os objetivos e finalidades desta pesquisa. Dessa forma, comprometeram-se em narrar as histórias de suas vidas, constituindo, assim, a rede de colaboradores. Doravante, esses usuários que participaram desta pesquisa, como entrevistados, são denominados de colaboradores, conforme recomendação do próprio método e técnica de coleta de dados.

Definiu-se o limite de colaboradores quando os argumentos narrativos começaram a ficar repetitivos, conforme Thompson (2002), o qual designa tal critério para orientar a decisão da conclusão da coleta de dados. À medida que as entrevistas vão sendo realizadas, o investigador deverá ficar atento para saber decidir quando o conteúdo dos dados, apreendido nas entrevistas realizadas, torna-se suficiente para, após análise, alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

3.4 Instrumento para a apreensão das histórias de vidas

As narrativas das histórias de vidas, pelos colaboradores, deram-se através da realização das entrevistas intermediadas por um questionário (Apêndice E), subdividido em duas partes. A primeira parte possibilitou a coleta dos dados de identificação do colaborador,

como as iniciais do nome, nome fictício, idade, gênero, estado civil, profissão, tempo de profissão, empregado ou desempregado, carga horária semanal de trabalho, escolaridade e renda familiar. A segunda parte consta de um roteiro, composto por cinco questões pré-estabelecidas, com a finalidade de auxiliar na narração de acontecimentos de grande significado nas histórias de vidas dos colaboradores, as quais estão relacionadas a seguir:

- 1- Quando começou a fazer uso de psicofármacos?
- 2- Por que começou a fazer uso desses medicamentos?
- 3- O que você sabe sobre esses medicamentos?
- 4- O que você faz, além de tomar esses medicamentos, para superar o problema?
- 5- Como você descreve sua vida hoje? (Pergunta de corte)

Denomina-se pergunta de corte aquela que se encontra presente em todas as entrevistas, como uma forma para marcar a identidade do grupo analisado. (MEIHY, 2002). A pergunta de corte escolhida - Como você descreve sua vida hoje? – tem a finalidade de incentivar que cada colaborador descreva sua vida como está sendo vivenciada hoje. Assim, pretende-se que essa pergunta contribua para identificar o impacto que o uso de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado vem causando na vida de cada colaborador, bem como caracterizar a identidade do grupo em estudo.

Utilizou-se, na ocasião das entrevistas, um recurso de áudio, ou seja, um gravador que, após permissão do (a) colaborador (a), os depoimentos foram gravados, como também o investigador esclareceu ao colaborador que estava utilizando um caderno de campo para o registro, se necessário, de anotações, durante a entrevista, sobre este estudo.

3.5 Procedimentos para a apreensão das histórias de vidas

Estes procedimentos ocorreram em três momentos, a saber: reunião com os agentes comunitários de saúde para buscar ajuda na seleção dos colaboradores; formação da rede de colaboradores; coleta dos dados propriamente dita, ou seja, apreensão das narrativas dos colaboradores acerca de suas histórias de vidas.

No primeiro momento, os Agentes Comunitários de Saúde da equipe de saúde da família nº. 34, da USF Santarém, foram convidados a participar de uma reunião, na qual se apresentou os objetivos desta pesquisa e, em seguida, foram convidados a auxiliarem na seleção dos usuários que receberam o convite para participarem do estudo. Considerou-se que

esses profissionais desenvolvem visitas domiciliares de rotina a todas as famílias de suas respectivas micro-áreas de abrangência, de forma que têm a possibilidade de conhecer a totalidade da população usuária de psicofármacos por tempo prolongado residente nessas micro-áreas.

No segundo momento, mediante aceite do convite, esses Agentes Comunitários de Saúde auxiliaram na seleção de um primeiro usuário para ser o ponto zero. Fez-se a visita domiciliar, acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde, ao usuário escolhido para ser o ponto zero, o qual aceitou participar deste estudo como colaborador, todavia informou não ter conhecimento de nomes e endereços de outras pessoas, residentes no campo de estudo, que utilizem psicofármacos por tempo prolongado. Como garantia, repetiu-se esse procedimento, em busca da definição do ponto zero, em cada uma das cinco micro-áreas que compõem a área de abrangência da equipe de saúde da família em estudo, mas os demais usuários contatados igualmente aceitaram participar do estudo como colaboradores, mas não apresentaram as informações pertinentes a respeito da identificação de usuários de psicofármacos para que fosse definido o ponto zero.

Assim, não foi possível formar a rede de colaboradores a partir do ponto zero, pois não existia nenhum desses usuários que conhecia o suficiente a população em estudo, condição indispensável para que pudesse formar o elo que resultasse na formação da rede de colaboradores. Dessa forma, contemplou-se a formação da rede de colaboradores deste estudo através da seleção intencional dos colaboradores.

No terceiro momento, ocorreu a apreensão das narrativas dos colaboradores acerca de suas histórias de vidas através de entrevistas, no período compreendido entre quatorze a trinta de setembro de 2009, respeitadas as etapas de pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista, de acordo com Meihy (2002).

A pré-entrevista foi realizada por intermédio de uma visita domiciliar a cada um dos usuários selecionados. Nessa ocasião, houve a preparação do encontro para a realização da entrevista, de forma que, através de um diálogo, apresentaram-se as informações sobre o projeto e os objetivos deste estudo. Fez-se o convite a cada um para participarem da pesquisa como colaboradores, como também o esclarecimento sobre o uso de um gravador para o registro dos depoimentos e da utilização de um caderno de campo, pela investigadora, para, se necessário, fazer o registro de anotações acerca da entrevista. Explicou-se a respeito da garantia do anonimato e da privacidade dos colaboradores.

Todos os selecionados disseram que compreenderam os objetivos da pesquisa, bem como aceitaram o convite para participarem do estudo como colaboradores, permitiram que as

entrevistas fossem registradas por meio de um gravador e que a investigadora utilizasse o caderno de campo para as anotações necessárias. Assim, a investigadora agendou o próximo encontro com cada um deles para a realização de cada entrevista, com definição de hora e lugar, conforme a disponibilidade do colaborador.

A realização de cada entrevista ocorreu, conforme as orientações de Meihy (2002), num clima de solidariedade profissional, aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito. De início, solicitou-se a cada colaborador que escolhesse, por livre escolha, um nome fictício para ser identificado neste estudo, sem que a investigadora sugerisse nomes. Assim, seria mais uma possibilidade de revelação da subjetividade e, possivelmente, de lembranças vividas por cada colaborador.

Perceberam-se, no decorrer de cada entrevista, através da entonação da voz, das expressões apresentadas no olhar e na face de todos os colaboradores, as emoções presentes em consequência do despertar de lembranças de acontecimentos em suas vidas, bem como um aspecto de bem-estar, apresentado pelos colaboradores, ao término das narrativas de suas histórias de vidas. Dessa forma, evidencia-se a importância da escuta como um instrumento de cuidado, possível de ser utilizado pelos profissionais de saúde no desenvolvimento da atenção à saúde mental.

Depois da conclusão de cada entrevista, fez-se um agradecimento a cada colaborador pela investigadora da pesquisa por estarem contribuindo com o estudo de forma tão humana, através do compartilhamento de suas histórias de vidas, como uma forma de demonstrar a expressão da subjetividade mútua vivida durante cada entrevista, bem como o reconhecimento pelo grandioso gesto de doação da narrativa de suas vidas.

Para Meihy (2002), na etapa que corresponde a pós-entrevista, cartas ou telefonemas de agradecimento deverão ser remetidos a cada colaborador com a finalidade de manter a continuidade do processo. Dessa forma, também se ressaltou a importância de manter-se o elo de comunicação e a continuidade do processo deste estudo.

3.6 Considerações éticas

A pesquisa atendeu a Resolução Nº. 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o Projeto de Pesquisa foi

encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN para fins de aprovação, conforme exigido por essa resolução quando se pretende desenvolver pesquisa envolvendo seres humanos.

Sendo assim, foi entregue na ocasião do início da realização das entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos colaboradores deste estudo, em duas vias, o qual foi lido, preenchido e assinado por cada um deles, sendo uma cópia destinada ao colaborador e a outra cópia ficou em poder do investigador desta pesquisa (Apêndice F).

Respeitou-se o anonimato e a privacidade de cada colaborador, como também seu direito de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que essa decisão, se tivesse ocorrido, lhe acarretasse nenhum prejuízo ou penalidade, como também cada um deles teria sido ressarcido se algum gasto ou dano viesse a ocorrer decorrente de sua participação nesta pesquisa, conforme o TCLE.

Segundo Meihy (2002), na metodologia história oral é utilizada a carta de cessão, em duas vias assinadas pelo colaborador, na ocasião da entrevista, com cópia reconhecida a firma em cartório, constando os limites do uso da entrevista, ou seja, se além de poder ser ouvida e publicada no todo ou em parte poderá ou não ser colocada em uso imediatamente ou se deve aguardar prazos (Apêndice G).

Contudo, em atendimento às considerações feitas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o Projeto de Pesquisa desenvolvido por este estudo, não se utilizou a Carta de Cessão. Dessa forma, o detalhamento sobre a participação dos colaboradores, como também em relação aos procedimentos realizados na referida pesquisa, estão contemplados no TCLE.

3.7 Transcrição e conferência das narrativas das histórias

Conforme as orientações de Meihy (2002), após a realização das entrevistas, ocorreu a fase da transcrição da gravação oral para a documentação escrita, em três etapas:

1- A transcrição literal da gravação oral, em que permaneceu o sentido intencional dado pelo narrador; 2- A textualização, na qual foram suprimidas as eventuais perguntas que se fundiram nas respostas, passando o texto a ser predominantemente do narrador, que assumiu o exclusivismo da primeira pessoa, bem como, durante essa etapa, escolheu-se o tom vital; 3- A transcrição, na qual o texto foi refeito várias vezes, tendo havido interferência do autor na

redação do texto a fim de tornar o depoimento escrito compreensível para o leitor, de forma que as entrevistas foram trabalhadas para sintetizar as ideias e nas quais se procederam a soluções formais adequadas à boa recepção, mas obedecendo a certos combinados com o colaborador.

Posteriormente à fase da transcrição da gravação oral, ocorreu a fase da conferência, de acordo com as orientações de Meihy (2002). Assim, a versão de cada narrativa trabalhada foi entregue ao correspondente colaborador. Dessa forma, cada versão foi submetida à conferência e legitimação, como também autorizada para o uso, arquivamento, e, se possível, publicação dos resultados.

4 ANÁLISE DAS HISTÓRIAS

Para Meihy (2002), a história oral apresenta quatro etapas principais e nítidas, mesmo que eventualmente complementares, a saber: a elaboração do projeto de pesquisa; a gravação da entrevista; a produção do documento escrito através da utilização da gravação da entrevista; e a sua eventual análise.

Existem grupos que só aceitam a história oral quando esta, depois de escrita, também desenvolve a etapa da análise, ao contrário de outros, que entendem que a confecção do texto escrito e o exame da entrevista podem ou não ocorrer, havendo também grupos que consideram a elaboração do documento tarefa suficiente para cumprir os ideais da história oral. (MEIHY, 2002).

Para Bardin (2000), a análise de conteúdo utiliza-se de um conjunto de técnicas, havendo várias maneiras de analisar conteúdos de dados de pesquisa. Assim, a mencionada autora conceitua a análise de conteúdo como se segue:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (p. 31).

Conforme Bardin (2000), a análise de conteúdo se compõe de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento e interpretação dos resultados. Para essa autora, a primeira etapa corresponde à fase de organização, na qual se pode utilizar vários procedimentos, como a leitura flutuante, as hipóteses, os objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro; na terceira etapa se faz a categorização, ou seja, a classificação dos elementos, de acordo com suas semelhanças e diferenciação, seguida de reagrupamento, em função de características comuns.

Gomes (2007) destaca algumas maneiras de análise de conteúdos de materiais de pesquisa, como a análise de avaliação ou representacional, a análise de expressão, de enunciação e a análise temática. Segundo Bardin (2000, p. 153):

No conjunto das técnicas de análise de conteúdo, a análise por categorias é de citar em primeiro lugar: cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

A análise temática consiste em identificar os núcleos de sentido presentes numa comunicação, cuja presença ou frequência tem significado relacionado com o objetivo analítico a ser apreendido, como também comporta um feixe de relações, podendo ser vista através de uma palavra, frase ou resumo. (MINAYO, 2004).

A análise das narrativas das histórias de vidas ocorreu através da utilização da modalidade temática, visto que o estudo encontra-se centrado no tema da utilização de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado. De início, fizeram-se sucessivas leituras cuidadosas das narrativas transcritas e conferidas, das quais emergiram os elementos, que foram agrupadas conforme suas características em comum. Assim, com base nesse agrupamento, foram definidos os eixos temáticos, norteadores da análise e interpretação das narrativas, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pelo presente estudo.

A escolha do tom vital, que serviu de epígrafe para cada narrativa, também contribuiu para a análise, de forma que a seleção de uma frase capaz de sintetizar uma mensagem marcante da narrativa fortaleceu a análise de cada uma das frases contidas nos depoimentos, no tocante à percepção da subjetividade e do impacto do uso de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, no cotidiano das vidas dos colaboradores, como também para identificar as respostas para os objetivos propostos pelo estudo.

4.1 Identificação dos colaboradores

Os colaboradores encontram-se identificados por nomes fictícios, de forma a conservar o anonimato das suas verdadeiras identidades. A seguir, seus dados de identificação são demonstrados através da construção de um quadro sinóptico.

Quadro sinóptico 1: Dados de identificação dos colaboradores

NOME FICTÍCIO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	RENDA FAMILIAR MENSAL
Agente X	27 anos	União estável	2º grau	Balconista	Desempregado	01 salário mínimo
Estrela da Manhã	56 anos	Casada	4ª série	Do Lar	Não se aplica	03 salários mínimos
Fagner	49 anos	Divorciado	8ª série incompleta	Aposentado	Não se aplica	De 01 a 02 salários mínimos
Araújo	38 anos	União estável	2º grau	Cambista	Empregado	De 01 a 02 salários mínimos
Margarida	55 anos	Solteira	2º grau (Magistério)	Professora	Aposentada	De 02 a 03 salários mínimos
João Maria	46 anos	Casado	2º grau	Vigilante	Desempregado	Menos de 01 salário mínimo
Pérola	16 anos	Solteira	Cursando a 8ª série	Estudante	Não se aplica	Menos de 01 salário mínimo
Orquídea	53 anos	Casada	5ª série	Do Lar	Não se aplica	De 02 a 03 salários mínimos

4.2 Histórias de vidas dos colaboradores

HISTÓRIA DE VIDA DE AGENTE X

Falar de mim, da minha vida, muitas lembranças vieram a minha mente quando falei do passado, das ocorrências que eu tive na vida. Senti-me bem, não senti nenhum constrangimento, nenhum tipo de vergonha, foi tranquilo [...].

O colaborador, cujo nome fictício é Agente X, tem vinte e sete anos, sexo masculino, estado civil união estável, profissão balconista, cinco anos de tempo de profissão, atualmente desempregado, escolaridade 2º grau, renda familiar de um salário mínimo nacional vigente. Ele faz uso de medicamento psicofármaco há cerca de cinco anos.

Vamos começar pela minha infância, quando comecei a ter alguns problemas de saúde. Meu problema é convulsões, desmaios, convulsões. Começou quando eu tinha de sete para oito anos de idade. Eu tinha crises nesse meio tempo, poucas, tinha espasmos leves, eram rápidos, não ficava desacordado por muito tempo. Não fui levado ao médico nessa época, se fui não me lembro, mas se fui, não foi constatado nada, não comecei a tomar medicamento nessa época.

Quando cheguei mais ou menos aos meus quinze para dezessete anos, tornei a ter crises, mas eram poucas, era uma vez, duas vezes, demorava muito para acontecer. Então, procurei um médico, mas não fui orientado a ir a um especialista. Fui ao médico, mas nada foi constatado, não fui encaminhado ao especialista. Até quando cheguei aos vinte para os vinte e três anos, já namorando, eu tive uma crise, fiquei tendo crises frequentemente. Procurei esta Unidade de Saúde da Família Santarém, e fui orientado a procurar um neurologista. Assim, a partir da consulta com o neurologista, comecei a tomar o medicamento, dos vinte e três para os vinte e quatro de idade, faz pouco tempo de uso.

O neurologista solicitou exame para eu fazer, um eletroencefalograma, e me disse que se eu tivesse algum problema, eu iria fazer um tratamento. Não foi constatado nenhum problema no exame, mas comecei a tomar o medicamento. Parei de ter crises a partir do momento em que comecei a tomar o medicamento.

Houve um tempo que parei de tomar o medicamento por conta própria. Então, com mais ou menos um ano que eu tinha parado de tomar o medicamento, voltei a ter desmaios e crises. Voltei ao clínico para obter um encaminhamento para o neurologista, mas demorou, em média, um ano para marcar a consulta com o neurologista. Eu tinha cerca de vinte e cinco anos, ele passou uma tomografia, e novamente, um eletroencefalograma, então eu recomecei a tomar o medicamento.

Desde o começo eu só tomo o medicamento oxcarbazepina. Atualmente, uso o de 300 mg, um comprimido de 12 em 12 horas, pela manhã e à noite. Dos meus vinte e três para os meus vinte e quatro anos, quando comecei a tomar o medicamento, não me sentia bem, tomava oxcarbazepina 600 mg, por isso, parei de usar o medicamento. Assim, como estava com dor de cabeça, com tontura, sem conseguir me concentrar direito, abandonei meu trabalho.

Retornei ao neurologista, então ele mudou a dosagem do medicamento para 300 mg, um comprimido, de 12 em 12 horas, um pela manhã e um à noite. Nessa época, eu tinha mais ou menos uns vinte e cinco para uns vinte e seis anos de idade, e comecei a ter uma melhora muito boa, parei de sentir tontura e de sentir aquelas dores de cabeça que eu sentia antes.

Faz cerca de um ano que fiz a tomografia e outro eletroencefalograma e não acusaram nada. O médico nunca chegou a falar que eu tinha alguma coisa, os exames não acusaram nada. Eu sei que o medicamento que uso é antiepilético.

Irei retornar ao médico no final deste ano de 2009, aos meus 27 anos, para repetir os exames. E continuo tomando o medicamento. Esta é a data prevista que o médico me disse para eu repetir os exames.

Quando comecei a tomar o medicamento pela primeira vez, interferia muito na minha vida, no sentido de eu querer fazer alguma atividade física e não ter ânimo, devido às tonturas e as dores de cabeça que eu sentia. Quando eu fazia muito esforço físico me dava tontura. Aconteceu de eu desmaiar, de ter crise, por isso eu não fazia mais atividade física. Já na segunda vez, quando retornei a tomar o medicamento, mas na dosagem de 300 mg, duas vezes ao dia, tudo ficou normal, comecei a fazer atividade física.

Antigamente, jogava muita bola. Quando eu era mais novo, acampava com meus amigos em praia, esses cantos assim, passava a noite acampando... Essas atividades eu retomei algumas vezes atualmente.

Eu sei sobre esse medicamento que uso, baseado no que li na bula, que se trata de um medicamento antiepilético para evitar crises, mas não tenho conhecimento aprofundado sobre ele.

O médico não me aconselhou nada para eu fazer outro tipo de tratamento, a não ser o uso do medicamento para superar este meu problema de desmaios, convulsões, crises. Não tenho outras orientações para fazer outros tipos de tratamento.

Os meus exames não acusaram nada. Então, não fiquei assim tão preocupado sobre ter algum problema. Contudo, fico pensando porque isso ocorre. E até agora não obtive nenhuma resposta. Estou tomando o medicamento, que está me fazendo muito bem, parei de ter crises, dores de cabeça, tonturas. Eu tinha muita preocupação com isso. Se eu fosse procurar alternativa seria a de saber por que ocorre a doença, aprofundar-me mais sobre este assunto.

Hoje me sinto muito bem. Eu tinha muito medo quando acontecia crise, podia ocorrer em qualquer lugar, como já ocorreu no ônibus. Tive uma vez também, quando era criança, em uma igreja. Acontecia muito de eu sair e ter alguma crise, algum desmaio. Hoje eu posso sair normalmente que não ocorre mais crise. Posso ir pra algum lugar, alguma festa, e não ocorrer esse tipo de crise, não ocorrer de eu desmaiar, estando lá sozinho, e não ter algum conhecido pra me ajudar, pra cuidar de mim.

Quando comecei a tomar o medicamento, eu não era casado ainda, namorava, foi no começo do meu namoro. Hoje em dia eu vivo bem assim, devido está tomando o medicamento. Já sou casado, tenho dois filhos, um menino e uma menina. No trabalho também não tenho preocupação de ter algum desmaio, devido eu está tomando o medicamento.

Se eu não estivesse usando o medicamento, poderia ter alguma crise e até perder o emprego. Hoje em dia, como estou tomando o medicamento, não tenho essa preocupação de perder o emprego.

Eu gosto muito da Unidade, sempre que precisei pegar a receita do medicamento todos os meses, ou de sessenta em sessenta dias, não tive nenhum problema a esse respeito. Também tive a orientação do médico para ir ao especialista. Precisa diminuir a demora para conseguir a consulta com o especialista. A demora para ir ao especialista é grande, demora para marcar para o especialista, porque é muita gente.

A Unidade poderia fornecer orientação sobre esse tipo de doença, apesar de não ter nenhuma reclamação desta Unidade, sempre me ajudaram nesta questão do medicamento, quando precisei de médico, me ajudaram, me orientaram, não tenho o que falar de mal.

Vou falar um pouco sobre o meu nome fictício. Eu escolhi Agente X, porque no momento me veio à cabeça. Não foi planejado, nem comentado, nem indicado por alguém. Lembrei-me muito quando assisti a um filme, antigamente, que tinha um Agente com este

nome. Não quis escolher um nome que não combinasse comigo. Então, pensei, e me veio na mesma hora, no momento da entrevista, a lembrança desse filme. Assim, coloquei este nome.

Falar de mim, da minha vida, muitas lembranças vieram a minha mente quando falei do passado, das ocorrências que eu tive na vida. Senti-me bem, não senti nenhum constrangimento, nenhum tipo de vergonha, foi tranquilo, foi muito boa a entrevista. Gostei das perguntas que colocaram, não tive nenhuma dificuldade em respondê-las.

Neste momento, eu estava pensando sobre o tempo que eu já venho tomando o medicamento. Desde então, já faz uns cinco anos... Ou mais... O objetivo que tenho é o de me cuidar e me informar mais sobre isto. Tenho curiosidade de saber mais sobre isto. Não sei se eu vou ficar tomando o medicamento para sempre, não sei, vou procurar saber mais sobre isto. O objetivo é tentar parar de tomar o medicamento, ninguém sabe...

HISTÓRIA DE VIDA DE ESTRELA DA MANHÃ

Eu já tive de contemplar o dia amanhecendo. Então, vi a estrela da manhã, achei-a muito bonita, e fiquei com ela em minha mente.

A colaboradora de nome fictício Estrela da Manhã tem cinquenta e seis anos, sexo feminino, casada, profissão do Lar, escolaridade 4ª série, renda familiar de três salários mínimos nacionais vigentes. Ela faz uso de medicamentos psicofármacos há cerca de oito anos.

Eu comecei a tomar esses medicamentos, porque estava ouvindo vozes, não estava dormindo bem. Eu não dormia à tarde para a noite dormir bem, mas continuava do mesmo jeito, sem dormir bem. E chorava muito. Eu era uma pessoa que não tinha paz comigo mesma, vivia muito deprimida, chorando demais, por tudo eu estava chorando. Tudo para mim era ruim, nada para mim era bom.

Eu me sentia uma pessoa inútil. E até hoje, eu não sei por que me sinto uma pessoa inútil para fazer trabalhos manuais. Eu não sei por que, e quero até saber as causas de eu me sentir uma pessoa inútil para fazer trabalhos manuais. A minha mente não consegue aprender nenhum tipo de trabalho manual. Gostaria de saber fazer crochê, porque é um trabalho que acho muito bonito e me chama muito a atenção. Eu nunca pedi a ninguém para me ensinar, porque já imagino que não vou aprender.

Eu atribuo os motivos deste meu problema a convivência com o alcoolismo. Meus pais eram alcoólatras. Então, desde criança que tenho trauma de alcoolismo. Em seguida, me casei. O esposo alcoólatra também. E desde criança, eu sentia a minha mente atrofiada, não aprendia nada, principalmente na matéria de matemática. Assim, parei de estudar muito cedo.

Desde criança eu sinto que a minha mente é atrofiada. Tenho este grande pensamento de criança, porque fui uma filha muito maltratada pelo alcoolismo. Eu sentia muito a dor do alcoolismo dos meus pais. Fui uma filha que passei por esses problemas. Então, eu senti que a minha mente ficou atrofiada.

Sabe o que é que está acontecendo comigo? Algum acontecimento que se passa no início da semana, no final da semana eu já esqueci. Eu esqueci as coisas que eu sabia fazer no

meu passado. Um bolo... Eu não sei fazer bolo. Eu atribuo esse esquecimento ao meu problema psiquiátrico. A psiquiatra me disse que tenho transtorno de ansiedade.

Faz de sete a oito anos que faço uso desses tipos de medicamentos. Atualmente, eu uso Clorpromazina e Carbamazepina. Sei que se eu não tomá-los, não consigo dormir. O benefício maior desses medicamentos é me fazer dormir e ficar mais tranqüila, porque eu sou uma pessoa, no meu laudo até tem escrito, que o meu transtorno é de uma pessoa tranqüila, não agressiva. No meu laudo tem dizendo que eu não sou agressiva, que sou tranqüila, e atribuo a esses medicamentos. Com certeza, é melhor com esses medicamentos.

Já usei vários tipos de medicamentos. A médica já mudou várias vezes. Tem medicamento que me deixa engordar, tem medicamento que me deixa, às vezes, sentindo os dedos dormentes, tem medicamento que me deixa muito aérea. Agora, esses medicamentos que estou tomando ultimamente estão sendo perfeitos. Este ano todinho eu estou usando-os e estão me deixando perfeita. Só que esse meu esquecimento já contei para minha psiquiatra. Ela me disse para eu prestar atenção se está evoluindo mais, que por enquanto não ia passar medicamento não. Eu não aprendo nada, você me conta uma história agora, e eu não sei dizer praticamente nada do que você conversou comigo. Eu não sei dizer praticamente nada.

Sou acompanhada pela psiquiatra do Centro Clínico da Zona Norte, e faço minhas coisas rotineiras. Tenho vontade de participar do Clube de Mães, mas sou uma pessoa evangélica, e nos Clubes de Mães têm uns tipos de atividades que é dança, essas coisas que eu não gosto, de dança. Eu só gosto de ir à praia, de ficar em casa a tarde todinha, ou do contrário, ir à igreja. As mulheres do Clube de Mães gostam do tipo de atividade que eu não gosto.

Eu participo de um grupo, com duas psicólogas, no Centro Clínico da Zona Norte. É um grupo de quatorze a quinze pessoas. As psicólogas atendem individualmente, mas para nós elas fazem o grupo. Eu nunca tinha participado de grupo de psicólogo, tinha muita vontade, então houve essa chance de eu participar desse grupo. Estou participando há mais de um ano. As reuniões são de oito em oito dias. Sou atendida por esse grupo de psicólogas e me consulto com a psiquiatra de lá.

Antes de eu tomar esses medicamentos, eu era uma pessoa muito agitada, não suportava nada, era calada, não queria revidar, e agora, depois que estou tomando esses medicamentos, estou me sentindo muito tranqüila, uma pessoa tranqüila.

Escolhi este nome fictício, Estrela da Manhã, porque foi o que veio à minha mente. Eu já tive de contemplar o dia amanhecendo. Então, vi a estrela da manhã, achei-a muito bonita, e fiquei com ela em minha mente.

Senti-me uma pessoa importante em colaborar com esta pesquisa, porque graças a Deus, foi quem você escolheu, essas pessoas que tomam esses medicamentos. Então, a gente conversando, a gente desopila mais, a gente perde mais a timidez, que eu sou muito tímida.

Eu tenho uma pergunta: eu quero perguntar se esses nossos problemas, eles têm uma solução?

HISTÓRIA DE VIDA DE FAGNER

Eu estou gostando de ser colaborador desta pesquisa, é uma coisa que eu estava precisando muito. Eu estava conversando com minha Mãe hoje, a gente conversa muito com Deus, e estava pensando: Não aparece ninguém pra me ajudar... Estava sentindo falta.

O colaborador identificado pelo nome fictício Fagner tem quarenta e nove anos, sexo masculino, divorciado, aposentado, escolaridade 8ª série incompleta, renda familiar de um pouco mais que um salário mínimo nacional vigente. Ele faz uso de medicamentos psicofármacos há cerca de vinte e oito anos.

Comecei a fazer uso desses medicamentos quando fui ao psiquiatra. Desde pequeno que tenho esse problema. Eu me sentia mal, não andava só, ia para o colégio e desmaiava, não chegava nem sequer a ir para a aula, sempre ficava tonto... Via o mundo rodando, e pedia auxílio às pessoas para me levarem até o colégio. Elas me acompanhavam, assim, me segurando de lado, eu não me sentia bem.

A pessoa me deixava no colégio, mas para eu voltar era o mesmo problema. Tinha vergonha de pedir auxílio, só o pedia quando estava muito mal mesmo. Então, a pessoa me deixava em casa.

A gente morava em Macau. Em 1979, a gente veio morar aqui em Natal. Estudava na Escola Rotary, ali ainda não era asfaltado, era só barro. Meu irmão ia comigo, quando chegava próximo ao colégio, no meio do caminho, eu já me sentindo mal, eu parava, ele se adiantava, eu passando mal, ele dizia: “Olhe, vou dizer à Mamãe que você não quer ir pro colégio não”. Mas eu estava passando mal.

Comecei a sentir tudo isso quando estava na faixa de uns dez a doze anos. Lá em Macau, em Imburana, tinha uma novena na igreja, ia todo mundo lá de casa, eu ia também, mas não conseguia chegar lá, via o mundo rodando, daí voltava para casa, e me deitava, e ficava lá deitado, e fechava as portas, não podia olhar para o céu, que as nuvens andando me deixavam tonto também.

Agora os motivos do meu problema eu não sei por que não. Morava em Macau, e fui mais a Clínico Geral. Mamãe sempre me trazia também de lá pra cá para os médicos daqui. E os médicos só receitavam uma injeção de fortificante, e eu tomava, e não melhorava não,

vivia tomando injeção. Eu culpava também até o calçado que eu usava, por exemplo, Mamãe comprava um tênis, eu me arrumava, ia andando, mas sentia o chão, assim, pendendo, como se ele estivesse inclinado. Então, eu voltava, e calçava outro sapato.

Não conseguia ficar em fila. Mamãe me botava na fila do barracão pra comprar carne, mas quando estava na fila, desmaiava lá, caía, voltava pra casa.

Eu sempre tive crises, minha mulher, essa da qual eu sou divorciado, sempre me levou aos médicos. Eu ligava a televisão, desligava, apagava a luz, e o mundo ficava rodando, rodando, como se eu fosse morrer mesmo.

Eu estava com uma crise muito grande, com muita tontura. Disseram-me sobre um psiquiatra muito bom. Eu telefonei-lhe. Ele me disse: “Rapaz, eu estou na minha fazenda, mas estou indo para casa”. Era um dia de domingo. Pedi a um amigo meu para ir comigo, me levar em seu corcel, ele me levou, mas daqui pra lá, pra mim eu não ia mais viver não, pra mim ia morrer de tão tonto, estava passando mal. O psiquiatra me atendeu lá no escritório dele, me examinou todo, e voltei pra casa. Eu tinha na faixa de uns trinta anos.

A primeira vez que comecei a tomar remédio controlado foi de vinte e oito para os trinta anos de idade, não me lembro mais direito não. Eu disse para o neurologista: Doutor, estou com medo de voltar pra casa. Ele começou a conversar comigo, e eu lhe disse: chegando lá em casa, estou com medo de morrer. Ele me disse: “Não. Tome esse remédio, chegando lá, você vai se sentir bem”. Ele passou Valium e Ludiomil. O Ludiomil eu deixei de tomar faz tempo.

Agora, só tomo Valium, de 10 mg. Atualmente, preciso tomá-lo todo dia, mas se eu tomá-lo todo dia, estou sentindo que ele está me prejudicando quando acordo. Estou tomando-o só quando preciso, pra não me viciar. Quando eu o tomo, resseca minha pele todinha.

Outra coisa também: se eu tiver com dois comprimidos eu me preocupo, porque, para mim, é difícil pegar a receita. Se eu passar mal e tiver que tomar um, só vai ficar um, vai ficar só um, e o que é que eu vou fazer? Porque se eu tiver que pegar a receita, eu não consigo entrar naquele Posto, me sinto mal... Canto fechado assim, eu me sinto mal. A não ser que eu vá acompanhado por uma pessoa.

A minha pele fica como pano branco, toda manchada, eu começo a espirrar. Tomo o medicamento quando, por exemplo, se eu for pra Santarém agora, a minha menina mora lá, se eu for lá, tenho que tomar um comprimido, não consigo ir andando de bicicleta daqui pra lá sem tomar o comprimido.

Comecei a fazer uso desse tipo de medicamento depois que o psiquiatra me receitou. Ele apenas disse... Não me lembro, porque quando eu ia me consultar, estava muito grave, e

um acompanhante ia comigo. Mamãe alugava a Kombi, iam dois sobrinhos, e minhas filhas todas iam comigo lá.

Na minha carteira profissional tem registrado que a doença que eu tenho é o código 32. Entrei na internet, é como se fosse esquizofrenia, é alguma coisa assim, eu entrei na internet, procurei e encontrei dizendo que é isso.

Eu sei que é muito prejudicial à pessoa está tomando esses medicamentos. Estou notando, e logo no começo era muito bom, porque ele resolvia logo, não dava o efeito que está dando agora, por exemplo, se eu agora estiver passando mal, peguei um, tomei, me deitei, adormeci, mas quando acordo, fico com a mente pesada. Mas é o único com que eu tenho conserto.

Eu procuro amigos. Procuro fazer amizades. Melhora quando eu converso com alguém, quando chega alguém perto de mim. Não tenho um acompanhamento médico regular, já fui muitas vezes ao psiquiatra, meu irmão tirava ficha pra mim. Mas só que é assim, quando você diz: Doutor, assim, assim... Ele pega a caneta... Diazepam. Eu não vou tomar Diazepam, porque tenho esse problema, mas tenho consciência de que não sou doido.

Inclusive, quando eu fui fazer o exame de labirintite, meu colega quem me levou, o dono da empresa que eu trabalhava mandou me levar. Então, a médica disse: “Você não tem nada na cabeça, não tem nada na cabeça não, seu problema é só labirintite”. E na empresa que eu trabalhava, minha mesa ficava perto de onde fazia muito barulho, e a médica me perguntou, e eu lhe disse que me sentia mal com o barulho. Não tomo medicamento pra labirintite, porque a labirintite, na hora que eu estou em crise, se eu tomar o remédio, ele não resolve, demora o efeito dele.

Já me foi dito que tenho síndrome do pânico. Tenho esse problema desde pequeno, desde que comecei a trabalhar pagava a pessoa pra me levar em casa. Com o tempo, esse problema se agravou, e tive que sair do emprego.

Eu pensei... Já procurei até amigos meus... Eu sou assim, mas tenho muitas amizades, Graças a Deus, as pessoas têm muita atenção a mim. Falei com um amigo para me levar numa Junta Médica, mas ele não me levou. Eu fico pensando, e sofro muito, acho que sou a única pessoa que tem esse problema.

No momento que chega a crise mesmo, o Valium dá pra resolver um pouco. Mas só que ultimamente, mesmo eu tomando o medicamento, fico não só tonto, eu fico, como se diz, gelado, com os pés e as mãos gelados. Não estou muito bem não, estou mal, mal, mal mesmo, até pensei em ficar num canto assim, internado, num canto que não fosse primeiro andar, tivesse a assistência de um médico acompanhando, pra mim estava bom.

Escolhi este nome fictício Fagner, porque dizem que a minha voz, quando estou cantando, é igual à dele. Um amigo meu, uma vez que eu estava numa festa cantando, chegou até mim, e me disse: “Rapaz, eu vim aqui só pra lhe ouvir cantando, pois me disseram que sua voz é igualzinha a dele, e olha, não perdi minha viagem não”. Eu ponho o DVD, gosto de assistir aos shows dele quando vou dormir, fico assistindo. Então, adormeço. Gosto de Canteiros, Asa Partida, Canção da Floresta, que fala sobre a floresta, que o pessoal está matando os índios, matando a floresta, e ninguém vê. “Tombam árvores, morrem índios Queimam matas, ninguém vê Que o futuro está perdido Uma sombra e não vai ter...”.

Eu estou gostando de ser colaborador desta pesquisa, é uma coisa que eu estava precisando muito. Eu estava conversando com minha Mãe hoje, a gente conversa muito com Deus, e estava pensando: Não aparece ninguém pra me ajudar... Estava sentindo falta.

HISTÓRIA DE VIDA DE ARAÚJO

Quero que o Serviço de Saúde me ofereça um tratamento mais perto, como por exemplo, um tratamento que seja semanal, quinzenal, ficando em contato durante a semana, durante a quinzena, ou um mês [...].

O colaborador cujo nome fictício é Araújo tem trinta e oito anos, sexo masculino, estado civil união estável, profissão cambista, dois meses de tempo de profissão, empregado, o local de trabalho é a sua própria residência, carga horária de trabalho correspondente há cerca de sessenta e sete horas por semana, renda familiar mensal de um pouco mais de um salário mínimo nacional vigente. Há cerca de nove anos que ele faz uso de medicamentos psicofármacos.

A primeira vez que fiz um tratamento foi em 1998, aos vinte e sete anos, eu usei droga, e por causa dessa droga, o sistema nervoso me atacou. Eu não podia nem sair de dentro de casa, quando eu saía até a calçada, meu coração acelerava, os nervos me atacavam. Então, tive o cuidado de vir embora aqui para Natal. Eu fiz um tratamento, mas tinha ficado bom.

Eu morava no interior na época em que vim me consultar com o psiquiatra aqui em Natal, que passou o medicamento, e fiquei bom, graças a Deus. Ele me disse que eu tinha sistema nervoso, nervosismo. Eu fiquei bom, e andava para todo canto, e trabalhava. Fiz três meses de tratamento, tomei o medicamento e fiquei bom. Desse episódio em diante, trabalhava, andava à noite, só que... Com o passar de um tempo... Voltei a ter problema de nervosismo, como atualmente estou sentindo.

Comecei a fazer uso de medicamentos psicofármacos, pela segunda vez, depois que meu irmão morreu, em 2001. Eu estava com trinta anos. Acontece que depois que meu irmão morreu, eu comecei a tomar Diazepam, porque eu não conseguia dormir à noite. Então, fiquei dependente de Diazepam, só dormia se tomasse Diazepam, no dia em que eu não tomava o Diazepam, ficava nervoso. Mas eu trabalhava, quando eu tomava Diazepam, trabalhava, e andava para todo canto.

De 2005 para cá me deu um nervosismo, que eu não posso mais sair de casa, tenho medo de ficar só, não consigo ficar só de jeito nenhum em casa, não saio pra canto nenhum, a

minha sorte é que eu trabalho aqui em casa mesmo, eu não consigo trabalhar em outro canto, não consigo trabalhar em outro lugar.

Este nervosismo, este medo de sair de casa, acho que me dar por que... O medo me dar muito apanhado, aperto na minha cabeça. Então, eu tenho medo de perder a cabeça e endoidar de repente. Acho que este medo se instalou porque me acomodei muito dentro de casa... De tudo eu tenho medo, não sei como explicar.

Antes de 2005, quando usava apenas Diazepam, eu trabalhava no carro que meu Pai tinha, chamado uma Rural. Vendia nas festas, no interior, vendia nas festas, refrigerante, cerveja, mineral, passava noites e noites trabalhando, nunca senti nada, tomava só Diazepam, eu tomava às nove horas da noite, passava a noite acordado, só dormia se quisesse o Diazepam que me obrigava a dormir.

Eu passava a noite trabalhando, chegava em casa só de manhã, dormia bem, estava tranquilo, normal, mas de 2005 pra cá, não consegui mais nem sair de casa, não consegui mais trabalhar.

Atualmente, eu tomo estes medicamentos aqui: o Clonazepam 2 mg para dormir, um comprimido à noite. E tomo este outro, junto com ele, o Cloridrato de Clorpromazina 25 mg, também um comprimido à noite. E tomo este aqui, o Cloridrato de Imipramina 25 mg, um comprimido, às seis horas da noite. Sobre estes medicamentos eu não sei de nada, só sei que... Só sei dormir. Tomo estes medicamentos pra dormir.

Eu tomo estes medicamentos a partir da morte do meu outro irmão, que mataram este ano, faço uso destes medicamentos a partir de março deste ano de 2009. Antes, eu só tomava Diazepam, de 10 mg, diariamente, desde 2001, e desde 2005, não conseguia nem sair de dentro de casa.

Eu retorno ao psiquiatra de três em três meses, no Centro Clínico da Zona Norte. Ultimamente, marcava a consulta lá com ele, mas agora, na última vez que eu estive lá, disseram que deve ter um acompanhamento do Posto de Saúde, e marcar a consulta através do Posto.

Não tenho nenhuma outra coisa que uso para superar este meu problema. Quero que o Serviço de Saúde me ofereça um tratamento mais perto, como por exemplo, um tratamento que seja semanal, quinzenal, ficando em contato durante a semana, durante a quinzena, ou um mês, porque a ida ao psiquiatra é de três em três meses, tem dia que eu estou péssimo, tem dia que eu estou mal, é assim, sinto tontura, então, eu queria um acompanhamento mais curto, que eu vá ao médico mais cedo.

Quando me consultei com o psiquiatra, e contei pra ele que tinha medo até de andar de coletivo... Eu tenho medo de andar só. Ele me disse que eu estava com síndrome do pânico. Com tudo eu fico nervoso, depois que mataram meu irmão, agora em março, só em falar eu já ficava nervoso. Quando o celular aqui tocava, eu já ficava nervoso, porque quando tocava, eu já sabia que era notícia ruim, às vezes não era nem notícia ruim, era notícia boa, mas eu já ficava com medo. Então, o psiquiatra passou esses medicamentos pra mim.

Antes desses medicamentos, eu me sentia mal, não podia sair de casa, eu não andava só. Hoje eu saio de casa, graças a Deus. Eu ando só, mas aqui na Zona Norte. Quando eu vou para outro bairro, aqui na Zona Norte mesmo, eu vou nervoso, não sei por que, por isso que eu quero uma ajuda do médico, que me acompanhe o mais cedo possível, porque ali no Centro Clínico é de três em três meses, e vem acontecendo coisas comigo que não é para acontecer, por exemplo, medo.

Eu tenho um amigo meu que está aqui em Pajuçara, tenho muita vontade de ir vê-lo, mas eu tenho medo. Quando eu fico com medo, me dá arrocho na cabeça. Eu tenho medo que aconteça de eu ficar louco. Eu penso que, de repente, eu vou endoidar. Eu penso em ir visitar esse meu amigo, mas fico nervoso. Tenho esse medo de ficar louco, que não está me deixando sair. Eu até marquei uma vez para a gente se encontrar na Itapetinga, mas eu não fui.

Eu tenho uma filha com vinte e um anos, tenho duas netas, uma com sete anos, a outra com três meses. Eu gostaria de me tratar e voltar a ser feliz, mais do que eu sou hoje. Eu sou feliz, graças a Deus, mas eu quero ser mais feliz ainda, voltar a ser como eu era antes, um rapaz trabalhador, não tinha cara feia pra trabalhar, em todo serviço eu trabalhava. Hoje não posso mais trabalhar, não sou mais homem para pegar todo serviço. Não tenho condições de sair de casa para ir trabalhar.

Eu quero ter um acompanhamento médico que seja o mais rápido possível, assim por semana, por quinzena. Tem dia aqui que eu choro, quando eu choro muito, choro, choro, choro, me alivia, eu fico bom. Tem dia aqui que me dá arrocho na cabeça, fico nervoso. Então, me dá vontade de tomar o remédio antes da hora, mas eu não o tomo, primeiramente eu tenho fé em Deus, oro muito para não ficar louco.

Escolhi o nome fictício Araújo, porque era um homem de um filme que assisti, “O homem que desafiou o diabo”, é o nome do filme. Araújo era um manicaca. Manicaca é que é manobrado pela mulher. Mas depois que ele deixou de ser manicaca, ele passou a ser Ojuara. Ojuara é um homem que não tem medo de nada, desafiou até o diabo, não tem medo de nada que rasteja nesta terra, só teme a Deus.

Senti-me bem ao colaborar com esta pesquisa, estou me sentindo bem, volte sempre para eu me sentir melhor ainda.

HISTÓRIA DE VIDA DE MARGARIDA

[...] Margarida é uma flor, e eu gosto muito de flores, e nós estamos na primavera.

A colaboradora identificada pelo nome fictício Margarida tem cinquenta e cinco anos, sexo feminino, solteira, professora aposentada, trinta e um anos de tempo de serviço, escolaridade 2º grau, curso magistério, renda familiar mensal equivalente a três salários mínimos nacionais vigentes. Há cerca de vinte e quatro anos que ela faz uso de medicamentos psicofármacos.

Comecei a fazer uso de medicamentos psicofármacos em 1985, porque eu tive um noivado de sete anos, e terminou. Então, fiquei muito depressiva, e comecei a tomar esses medicamentos.

O Limbitrol (5 mg de clordiazepóxido e 12,5 mg de cloridrato de amitriptilina), comecei a tomar agora em 1990, por motivo de depressão. Ele é justamente para depressão. Eu o recebo no Posto. Esse Bromazepam, de 6 mg, eu comecei em 1985, justamente pelo motivo que falei, do noivado que terminou, que a gente passou sete anos juntos.

Tomo dois comprimidos de Bromazepam, um pela manhã e outro à noite. O Limbitrol eu tomo um comprimido, à noite, também. O Haloperidol 2 mg/ml 0,2%, 10 gotas à noite, foi desde 2000, porque eu peguei uma depressão em sala de aula. Então, fui ao médico, pois estava sem dormir, mesmo tomando os dois medicamentos, e ele passou este outro pra fazer efeito pra eu dormir. Então, eu consegui.

Quem prescreve é o psiquiatra, no Centro Clínico da Zona Norte. Eu vou ao médico do Programa Saúde da Família, no Posto, ele me dar a receita. Eu vou ao psiquiatra quando estou muito depressiva, porque é muito difícil pegar uma ficha para ele. A gente marca uma ficha para ele neste mês de setembro de 2009 para o mês de Janeiro de 2010. É muito difícil uma ficha para ele.

Eu sei que esses medicamentos são antidepressivos e calmantes. Pra tranquilizar o organismo da pessoa, porque eu vivia muito estressada pelo motivo de trabalhar em de sala de aula. O tempo que eu passava em sala de aula, toda manhã, das 07:00 às 11:30h, uma sala com trinta e cinco alunos, todos pequenos, de oito a nove anos, me estressou demais, durante trinta e um anos de tempo de serviço. Então, ficou muito difícil para mim. É tanto que eu

antes de me aposentar tive seis meses de licença, porque eu não conseguia mais ficar em sala de aula.

Meu problema é depressão. Eu tenho problema de estômago também, me consulto com o especialista, e ele também prescreve a receita pra mim. E o médico do Programa Saúde da Família aqui do Posto de Saúde também. Não participo de nenhum grupo de terapia, porque eu não tinha tempo. Agora é que eu estou botando as coisas em dia, e vou ver se eu tenho tempo de conseguir agora. Estou com vontade de ser arrecadadora da Rádio Rural, da Canção Nova, lá tem um trabalho, a gente fica trabalhando... É... Como é que se diz, conseguindo pessoas pra doarem dinheiro pra Canção Nova. A gente vai à casa da pessoa, a pessoa doa, a gente dá um recibozinho, e vai pra Canção Nova, pra Rádio Rural, e deixa lá.

Hoje estou bem, agora não estou tão bem quanto eu vivia antes de tomar o medicamento não, porque a pessoa que é dependente de um medicamento desses é difícil de viver. Porque eu vivo dependendo de receita, e tenho que ter o dinheiro na hora certa pra comprar o medicamento, que eu não posso ficar sem o medicamento. Então, o meu organismo já se acostumou com o medicamento, e pra eu tirá-lo de repente, assim, não é fácil.

Eu já tentei, mas não consegui, porque fiz o tratamento pela metade, com a psicóloga. Mas vou voltar a fazê-lo, agora estou com tempo, graças a Deus. Vou voltar a fazê-lo, e vou fazer de tudo pra conseguir me libertar desse medicamento.

Vou ver se consigo fazer o tratamento com a psicóloga aqui no Posto de Saúde do Soledade II. Lá tem a psicóloga. Fui falar com ela, e ela me disse que o que pudesse fazer por mim, faria, era só eu me aposentar, poder sair, ter tempo disponível. Escolhi o nome fictício Margarida, porque Margarida é uma flor, e eu gosto muito de flores, e nós estamos na primavera.

Senti-me bem em colaborar com esta pesquisa, porque você já é uma pessoa conhecida do Posto, eu gosto muito de você, e sempre que eu preciso, você está sempre à minha disposição lá no Posto de Saúde do Santarém. E eu tenho o maior prazer mesmo de ir e ser bem atendida, porque sempre você me atende muito bem. Então, eu não deixaria de fazer esta entrevista nunca com você.

HISTÓRIA DE VIDA DE JOÃO MARIA

[...] eu me sinto feliz, e ao mesmo tempo, me sinto como se fosse um desabafo, porque quando eu passo minha vivência, o que eu vivi e estou vivendo até hoje, para mim é como um desabafo, e me alivia bastante.

O colaborador de nome fictício João Maria tem quarenta e seis anos, sexo masculino, casado, profissão vigilante, tempo de profissão de cinco anos, atualmente desempregado, escolaridade 2º grau, renda familiar menor que um salário mínimo nacional vigente. Ele faz uso de medicamentos psicofármacos há trinta e dois anos.

A minha vida é... Em termos de... Em relação a minha doença... Bom, isto tudo começou quando eu tinha quatorze anos. Nessa época, eu tinha chegado aqui em Natal, saí de casa e fui em direção a Ponta Negra, e depois vim pela Via Costeira. Na Via Costeira, eu já vinha muito cansado de tanto andar desse percurso de ido à Ponta Negra e vindo pela Via Costeira. Cheguei à Praia dos Artistas, e uma pessoa jogou uma bola de tênis em mim, e eu joguei uma lata nele. Então, começou a briga. E nessa briga eu levei uma raquetada na cabeça. Desse período pra cá, eu vim tendo umas crises, e essas crises acontecem de ano em ano, às vezes de dois em dois anos.

Na crise acontece de eu sair sem destino andando, quanto mais ando, quanto mais eu ando, mais vontade de andar eu tenho. Eu venho me tratando com o psiquiatra, já desde essa época, eu venho me tratando com ele, e sempre tomando o medicamento. Essas crises me dão quando me dá dor de cabeça, e me dá aquela ansiedade de andar. Eu fico muito ansioso. Então, me dá aquela vontade de andar, e quanto mais eu ando, mais tenho vontade de andar. Às vezes, eu chego até a estourar os pés de tanto andar, mas enquanto eu ando é como se fosse uma libertação. Quanto mais eu ando, eu me sinto mais liberto. É uma voz dizendo ande, ande que você se liberta. Eu ouço vozes, na época da crise, eu ouço vozes dizendo pra eu andar.

O médico não chegou a me dizer o porquê do uso desses medicamentos, mas chegou a me dizer que eu tinha uma ansiedade muito grande. Quando, na época das crises, eu me sentia ansioso, ansioso demais, aquela ansiedade fazia com que eu andasse muito. Os medicamentos

que eu tomo é pra me acalmarem, e pra eu dormir, porque desde os quatorze anos até hoje, só durmo se tomar os medicamentos.

Os nomes dos medicamentos que tomo eu não sei, mas tenho aqui nesta caixa as receitas e os comprimidos. Antes, já tomei Rivotril. Há mais de cinco anos que faço uso destes três medicamentos: Carbamazepina 200 mg, um comprimido à noite; Cloridrato de Clorpromazina 100 mg, um comprimido à noite; Haloperidol 5 mg, um comprimido à noite.

Tenho acompanhamento só com o psiquiatra, mais ou menos de três em três meses. Sempre quando eu termino o medicamento, volto a ele, e ele passa nova receita do medicamento. Ele atende no Hospital Onofre Lopes. A gente marca, quando a gente não tem contato com ele, o medicamento é passado aqui no Posto de Saúde pelo médico do Programa Saúde da Família. Sempre é difícil conseguir a consulta com o psiquiatra. Então, dos últimos cinco anos pra cá, eu venho mais recebendo esses medicamentos através do médico do Posto de Saúde daqui. Ele renova a receita, e eu recebo o medicamento.

Minha vida, atualmente, em termos financeiros, não é muito bom, porque eu vivo desempregado, e a vida de uma pessoa desempregada é muito difícil. Eu tomo esses medicamentos, fico bem, consigo um emprego, quando estou bem no emprego, vêm as crises. Então, eu saio do emprego. Os empregos que eu tive durante esse período, dos quatorze anos até hoje... Eu trabalhei dois anos... Saí do emprego por causa dessas crises que me dá. Eles me mandam embora, eu nunca pedi pra sair não. Essas crises é isso, eu me sinto ansioso, e não consigo ficar naquele determinado local. Eu não consigo ficar parado, tenho que sair, se eu não sair, explodo, tenho que sair.

Escolhi o nome fictício João Maria porque é o nome de um parente. É porque ele é um rapaz trabalhador, e eu o admiro, porque ele é uma excelente pessoa.

Eu me senti, ao fazer parte desta pesquisa como colaborador, eu me sinto feliz, e ao mesmo tempo, me sinto como se fosse um desabafo, porque quando eu passo minha vivência, o que eu vivi e estou vivendo até hoje, para mim é como um desabafo, e me alivia bastante.

HISTÓRIA DE VIDA DE PÉROLA

Eu só vou seguindo minha vida mesmo. No caso assim... Tudo que outra pessoa normal faz, eu faço também. Tudo que uma pessoa que não tem epilepsia faz, eu faço.

A colaboradora identificada neste estudo pelo nome fictício de Pérola tem dezesseis anos, sexo feminino, solteira, estudante, cursando a 8ª série, renda familiar mensal de menos que um salário mínimo nacional vigente. Há cerca de dois anos que ela faz uso de medicamento psicofármaco.

A minha vida é... Só estudo... Casa... Estudo... Casa... Às vezes, à noite, eu saio pra me divertir com meus amigos. Vida normal, como qualquer outra.

Uso esse medicamento desde os quatorze anos, porque comecei a ter epilepsia com a perda do meu avô, e meu noivo também estava brigando direto comigo, e meu pai também. Então, entrei em depressão, e depois de alguns meses, fui acordando com a língua toda machucada. Então, foram ver que eu estava com epilepsia.

O neurologista passou os medicamentos. Tenho acompanhamento regularmente com ele. Faço uso de Gardenal 100mg, uma metade pela manhã, e um inteiro à noite, porque agora como estava muito forte, ele teve que aumentar a dose. Eu sei que este medicamento deixa o sono mais pesado, é para poder dormir, pra tranquilizar minhas emoções. Foi o que ele falou pra mim.

Eu só vou seguindo minha vida mesmo. No caso assim... Tudo que outra pessoa normal faz, eu faço também. Tudo que uma pessoa que não tem epilepsia faz, eu faço. Procuro sempre botar na minha cabeça que não sou doente como minha mãe fala. Além de tomar o medicamento pra superar o problema.

A epilepsia em mim é causada por muita emoção forte, não posso ter emoção forte. Então, eu prefiro assim: que não aconteça nada de muito bom nem também de muito ruim, é tanto que eu fico mais em casa, para não ter muita emoção forte. Se eu estiver brigando direto com minha mãe, ou se tiver namorando e ele fizer alguma coisa que me deixe muito triste, com muita raiva, então, às vezes, dá o desmaio. Pronto, o ano passado, eu terminei o namoro, e eu gostava muito dele, quando foi à noite me deu epilepsia. Antes, tive uma emoção porque

fui assaltada. Fiquei muito nervosa. Então, tive três ataques de epilepsia numa noite. Acho que faz uns quatro meses que eu tive o último ataque de epilepsia.

Minha vida hoje é controlada. Acontece que têm várias pessoas, porque eu sempre procuro saber sobre epilepsia, que têm preconceito, muito preconceito, mas eu não ligo muito. É tanto que minha mãe briga comigo se, por exemplo, eu contar pra algum amigo, minha mãe briga muito. Só que eu acho isso besteira, porque eu mesma faço tudo que uma pessoa que não tem epilepsia faz, eu faço. E com responsabilidade.

É só você saber se cuidar, não sentir muita emoção, e tomar o medicamento direitinho.

Escolhi o nome fictício Pérola, porque eu acho um nome bonito.

Como colaboradora desta pesquisa eu me senti bem em colaborar, me senti bem.

HISTÓRIA DE VIDA DE ORQUÍDEA

[...] eu vivo rezando e indo pra igreja. É o que eu faço: vou à missa, participo de reunião da igreja, de grupo de oração, pra me libertar desse medicamento.

A colaboradora identificada neste estudo pelo nome fictício Orquídea tem cinquenta e três anos, sexo feminino, casada, profissão do Lar, escolaridade 5ª série, renda familiar entre dois a três salários mínimos nacionais vigentes. Há cerca de nove anos que ela faz uso de medicamentos psicofármacos.

Há mais de trinta anos que eu sofro dos nervos, tomo medicamento controlado, venho de médico em médico, e não consigo ver totalmente um resultado. Faz muitos anos que eu luto para ficar boa, deixar de tomar esses medicamentos, não agüento mais tomar medicamento controlado, e a despesa é muito grande pra mim, porque só quem trabalha é meu esposo, eu não tenho condições de trabalhar. Então, eu sofro muito por isto.

Sofro do pânico, do medo, da depressão, angústia, tristeza, todas essas palavras que eu falei. Tudo isso passa por mim, um dia estou boa, outro dia estou de cama, e assim por diante.

Venho lutando esses anos todinhos pra me libertar de todo o medo, da depressão, da angústia, do sistema nervoso, de tudo aquilo que me perturba. Sofro muito por isto. Sofro eu, e sofre minha família.

Comecei a fazer uso desses medicamentos, porque fiquei sem dormir, já muito jovem, não conseguia dormir, me atacou o sistema nervoso, eu só dormia com o medicamento. E acho que é um problema familiar, da minha família, todas elas sofrem desses problemas, mas eu sou quem mais eles derrubam.

Parei de tomar esses medicamentos por uns tempos, e vi que piorou. Então, tive que voltar a usá-los. Comecei com uns 26 anos. Daí, eu parei, passei muitos anos sem tomá-los, cinco anos, depois eu voltei a tomá-los, parei, voltei de novo. A segunda vez que parei fiquei quatro anos sem tomar o medicamento. Faz uns oito a nove anos que venho tomando esses medicamentos sem parar.

Tenho acompanhamento com o psiquiatra, mas eu já fui a vários outros psiquiatras, e clínico geral.

Sobre esses medicamentos, eu não vejo muito resultado, porque eu fico com sintomas diferentes: boca seca, aquela boca seca, boca seca, muito seca, e ataca muito o meu estômago, muito, muito, muito, muito, isso de eu tomar o medicamento todo dia. Eu estava tomando quatro por dia, cada um, um tipo diferente. Então, o médico baixou, diminuiu.

Tomo Diazepam 10 mg, um à noite; Anafranil (cloridrato de clomipramina) 25 mg, um pela manhã. Quando eu tenho uma melhora, o médico muda, porque eu tomava um muito forte, e não me segurava não, tremia muito, tremia muito, também eu tomava um muito mais forte, de 40 mg, muito forte, que era Paroxetina. Ele suspendeu, porque minha boca não tinha saliva, fica zero com esse medicamento, passei uns cinco anos tomando aquele, ele mudou pra esse agora.

Além de usar esses medicamentos, eu vivo rezando e indo pra igreja. É o que eu faço: vou à missa, participo de reunião da igreja, de grupo de oração, pra me libertar desses medicamentos.

É o que eu preciso muito, mais do que tudo, mais do que ninguém, é me libertar desses medicamentos, que eu não precise tomar tanto medicamento como eu tomo, e poder dá conta da minha casa. O meu marido fica fazendo tudo em casa, porque não tem quem tome conta. Quero me libertar assim de uma vez, de uma vez, e do gasto que é muito grande, é muito grande o gasto com medicamento que eu tomo, muito, muito, muito, muito mesmo.

Apesar de tudo isso, eu me sinto uma pessoa muito feliz, porque eu tenho um esposo muito bom, como hoje no mundo não existe pessoa igual a ele. Ele faz tudo por mim, me carrega demais, me carrega nos braços, levanta pro médico, vai pra um canto, vai pra outro, não está trabalhando, pois não tem quem fique aqui pra fazer nada pra mim. Faz uma semana que ele não trabalha. Eu agradeço a Deus e a ele.

Mesmo assim, com tudo isso, eu ainda sou feliz, porque tem muita gente sofrendo, e o marido não liga, passa por cima, deixa aí, quiser que morra aí... E ele não, ele é companheiro de verdade.

Escolhi este nome fictício porque foi o que me agradou mais.

Senti-me bem em colaborar com esta pesquisa. Às vezes, a gente conversar até que é bom. A gente conversar e contar o que a gente está sentindo, o que a gente já passou, o que a gente passa, por uma parte é bom.

4.3 Síntese das histórias de vidas

Esta pesquisa não teve a pretensão de realizar um extensivo e aprofundado estudo sobre a etiologia do uso de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado de cada colaborador, a qual envolve aspectos acerca da subjetividade, da diversidade e do modo como a sociedade se encontra organizada. Contudo, foi possível visualizar reminiscências, na narrativa de cada colaborador, associadas ao uso de psicofármacos por tempo prolongado, cuja síntese sobre a problemática acerca do seu uso fez-se baseada nas respostas às questões norteadoras, a qual se encontra demonstrada no quadro sinóptico a seguir:

Quadro sinóptico 2: Identificação da problemática acerca do uso de psicofármacos por tempo prolongado, segundo as narrativas dos colaboradores.

NOME FICTÍCIO	TEMPO DE USO DE PSICOFÁRMACO(S)	POR QUE USA PSICOFÁRMACOS: CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DO PROBLEMA	O QUE SABE SOBRE O(S) PSICOFÁRMACO(S) QUE USA	CUIDADOS UTILIZADOS PARA SUPERAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	COMO DESCREVE SUA VIDA HOJE
Agente X	Há cerca de 5 anos.	Causas: desconhece. Caracterização: crises convulsivas.	É um antiepiléptico.	Acompanhamento com o neurologista; consulta com o clínico geral; faz uso do medicamento.	Sente-se bem. As crises convulsivas estão controladas.
Estrela da Manhã	Há cerca de 8 anos.	Causas: alcoolismo na família. Caracterização: insônia, depressão.	Combate a insônia. Tranquiliza. Provoca reações indesejáveis, como: aumento de peso, sensação de dormência.	Acompanhamento com o psiquiatra; participa de grupo com psicólogas.	Apresenta esquecimento, mas sente-se muito tranquila.

Quadro sinóptico 2 (continuação): Identificação da problemática acerca do uso de psicofármacos por tempo prolongado, segundo as narrativas dos colaboradores.

Fagner	Há cerca de 28 anos.	Causas: não sabe o porquê. Caracterização: insônia, medo, tontura.	É muito prejudicial. Provoca ressecamento, manchas na pele e sensação de mente pesada.	Faz uso do medicamento.	Não está muito bem. Está mal mesmo.
Araújo	Há cerca de 9 anos.	Causas: devido à perda de ente querido por violência. Caracterização: insônia, nervosismo, pânico.	Para fazer dormir.	Acompanhamento com o psiquiatra.	É feliz, mas quer ser mais feliz, não sentir o pânico, conseguir trabalhar como antes.
Margarida	Há cerca de 24 anos.	Causas: devido ao rompimento de um relacionamento afetivo. Caracterização: depressão, insônia.	São antidepressivos e calmantes.	Acompanhamento com o psiquiatra, gastroenterologista e clínico geral.	Está bem, mas não tão bem, visto que tem dependência desses medicamentos.
João Maria	Há 32 anos.	Causas: não sabe por que ocorre. Caracterização: crises de ansiedade, insônia.	Para acalmar e fazer dormir.	Acompanhamento com o psiquiatra; consulta com o clínico geral.	Não está boa, do ponto de vista financeiro, pois vive desempregado.

Quadro sinóptico 2 (continuação): Identificação da problemática acerca do uso de psicofármacos por tempo prolongado, segundo as narrativas dos colaboradores.

Pérola	Há cerca de 2 anos.	<p>Causas: devido ao óbito do avô, rompimento de relacionamento afetivo, dificuldade de diálogo com os pais.</p> <p>Caracterização: crises convulsivas.</p>	Faz dormir, tranquiliza as emoções.	Acompanhamento com o neurologista.	Controlada; não liga para o preconceito; leva a vida normal.
Orquídea	Há cerca de 9 anos.	<p>Causas: não sabe.</p> <p>Caracterização: pânico, medo, depressão, angústia, tristeza, nervosismo.</p>	Provoca reações, como: boca seca, ataca o estômago.	Acompanhamento com o psiquiatra; reza; vai à missa; participa de reunião da igreja, do grupo de oração.	Deseja deixar de usar esses medicamentos; mas, apesar de tudo, sente-se uma pessoa feliz.

4.4 Eixos temáticos

Os eixos temáticos utilizados para a análise do conteúdo do estudo foram crise, preconceito e cuidado, definidos através da categorização dos elementos comuns encontrados por intermédio das sucessivas e cuidadosas leituras das narrativas. Os elementos convulsões, depressão, nervosismo, medo e ansiedade foram agrupados sob o eixo temático crise. Da mesma forma, a referência à existência de preconceito definiu o eixo temático preconceito. Os elementos necessidade de escuta, dificuldade de acesso aos serviços de referência, dependência do medicamento e cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde da família foram classificados no eixo temático cuidado.

A seguir, são apresentados, através de quadro sinóptico, os eixos temáticos caracterizados pelos seus elementos comuns que lhes definiram, identificados após sucessivas e cuidadosas leituras das histórias de vidas.

Quadro sinóptico 3: Eixos temáticos.

CRISE	PRECONCEITO	CUIDADO
Convulsões	Existência de preconceito	Necessidade de escuta
Depressão	-	Dificuldade de acesso aos Serviços de Referência
Nervosismo	-	Dependência do medicamento
Medo	-	Cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde da família
Ansiedade	-	-

4.4.1 Eixo temático: Crise

Os colaboradores narraram lembranças de acontecimentos em suas vidas, nos quais vivenciaram sofrimentos psíquicos que antecederam o uso de psicofármacos por tempo prolongado. Dessa forma, essas narrativas pontuaram possíveis causas que antecederam o

surgimento dos transtornos psíquicos que os conduziram a fazer uso de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado.

A seguir, são apresentados recortes dessas narrativas:

Meu problema é convulsões, desmaios, convulsões. Começou quando eu tinha de sete para oito anos de idade. Eu tinha crises nesse meio tempo, poucas, tinha espasmos leves, eram rápidos, não ficava desacordado por muito tempo. Não fui levado ao médico nessa época, se fui não me lembro, mas se fui, não foi constatado nada, não comecei a tomar medicamento nessa época. (Agente X).

Eu atribuo os motivos deste meu problema a convivência com o alcoolismo. Meus pais eram alcoólatras. Então, desde criança que tenho trauma de alcoolismo. Em seguida, me casei. O esposo alcoólatra também. E desde criança, eu sentia a minha mente atrofiada, não aprendia nada, principalmente na matéria de matemática. (Estrela da Manhã).

Comecei a fazer uso desses medicamentos quando fui ao psiquiatra. Desde pequeno que tenho esse problema. Eu me sentia mal, não andava só, ia para o colégio e desmaiava, não chegava nem sequer a ir para a aula, sempre ficava tonto... Via o mundo rodando, e pedia auxílio às pessoas para me levarem até o colégio. Elas me acompanhavam, assim, me segurando de lado, eu não me sentia bem. (Fagner).

Acontece que depois que meu irmão morreu, eu comecei a tomar Diazepam, porque eu não conseguia dormir à noite. Então, fiquei dependente de Diazepam, só dormia se tomasse Diazepam, no dia em que eu não tomava o Diazepam, ficava nervoso. Mas eu trabalhava, quando eu tomava Diazepam, trabalhava, e andava para todo canto. [...] me deu um nervosismo, que eu não posso mais sair de casa, tenho medo de ficar só, não consigo ficar só de jeito nenhum em casa, não saio pra canto nenhum, a minha sorte é que eu trabalho aqui em casa mesmo, eu não consigo trabalhar em outro canto, não consigo trabalhar em outro lugar. (Araújo).

Comecei a fazer uso de medicamentos psicofármacos em 1985, porque eu tive um noivado de sete anos, e terminou. Então, fiquei muito depressiva, e comecei a tomar esses medicamentos. (Margarida).

Bom, isto tudo começou quando eu tinha quatorze anos. Nessa época, eu tinha chegado aqui em Natal, saí de casa e fui em direção a Ponta Negra, e depois vim pela Via Costeira. Na Via Costeira, eu já vinha muito cansado de tanto andar desse percurso de ido à Ponta Negra e vindo pela Via Costeira. Cheguei à Praia dos Artistas, e uma pessoa jogou uma bola de tênis em mim, e eu joguei uma lata nele. Então, começou a briga. E nessa briga eu levei uma raquetada na cabeça. Desse período pra cá, eu vim tendo umas crises, e essas crises acontecem de ano em ano, às vezes de dois em dois anos. (João Maria).

Uso esse medicamento desde os quatorze anos, porque comecei a ter epilepsia com a perda do meu avô, e meu noivo também estava brigando direto comigo, e meu pai também. Então, entrei em depressão, e depois de alguns meses, fui acordando com a língua toda machucada. (Pérola).

Comecei a fazer uso desses medicamentos, porque fiquei sem dormir, já muito jovem, não conseguia dormir, me atacou o sistema nervoso, eu só dormia com o medicamento. (Orquídea).

Os relatos sobre a existência de convulsões, depressão, nervosismo, medo e ansiedade foram apreendidos nas narrativas sobre suas histórias de vidas, de forma a terem como característica em comum a instalação de uma crise na saúde dos colaboradores. Assim, esses elementos foram agrupados sob o eixo temático crise. A seguir, recortes de algumas narrativas identificam a existência desses elementos:

Meu problema é convulsões, desmaios, convulsões. Começou quando eu tinha de sete para oito anos de idade. Eu tinha crises nesse meio tempo, poucas, tinha espasmos leves, eram rápidos, não ficava desacordado por muito tempo. (Agente X).

Meu problema é depressão. Eu tenho problema de estômago também, me consulto com o especialista, e ele também prescreve a receita pra mim. (Margarida).

Este nervosismo, este medo de sair de casa, acho que me dar por que... [...] Acho que este medo se instalou porque me acomodei muito dentro de casa... De tudo eu tenho medo, não sei como explicar. (Araújo).

Essas crises me dão quando me dá dor de cabeça, e me dá aquela ansiedade de andar. Eu fico muito ansioso. Então, me dá aquela vontade de andar, e quanto mais eu ando, mais tenho vontade de andar. Às vezes, eu chego até a estourar os pés de tanto andar, mas enquanto eu ando é como se fosse uma libertação. (João Maria).

Sofro do pânico, do medo, da depressão, angústia, tristeza, todas essas palavras que eu falei. Tudo isso passa por mim, um dia estou boa, outro dia estou de cama, e assim por diante. (Orquídea).

Conforme Costa (2007, p. 96), crise em saúde mental corresponde à seguinte designação:

Termo geralmente utilizado no campo da Saúde Mental para designar um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinantes das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental.

Percebe-se, nas narrativas, a existência de momentos de crise vivenciada pelos colaboradores, que requer a atenção da equipe de saúde da família, no tocante a desenvolver modos de cuidar, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Assim, o desenvolvimento de cuidados na atenção à saúde mental requer o compromisso e a soma das atribuições de diversos atores, seja no campo da atenção básica em saúde pública, seja nos serviços especializados de saúde mental, bem como no exercício da intersetorialidade, o qual remete à utilização da formação de uma ampla rede de apoio em saúde mental, suscitando a definição de atribuições a se unirem na realização da vigilância na atenção à saúde mental.

Nesse sentido, Costa (2007) diz que é preciso incorporar as perspectivas de desnaturalização da crise nas ações territoriais, nas relações cotidianas, na construção dos saberes, na articulação comunitária e intersetorial, para que se caminhe rumo às transformações necessárias à possibilidade de conviver com a loucura e outras diferenças, sem segregação e sem tanto sofrimento.

Para Jardim e Dimenstein (2007), os vários serviços de urgência psiquiátrica da atual Rede de Atenção à Saúde Mental do Brasil estão caracterizados pela herança manicomial dos hospitais psiquiátricos, se traduzindo em manicômios menores, com abordagem biomédica, os quais tratam exclusivamente o sintoma, como também não questionam o serviço nem a crise, dificultando a formação de vínculo e ignorando a complexidade do sofrimento, através da atenção simplificada ao sintoma, a qual retira da pessoa a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida através da emissão do atestado de que o que está se manifestando é a doença, e não ela própria. Assim, a descontextualiza e a insere em um cotidiano artificial e isolado, de forma a roubar sua autonomia, bem como desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação. (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Jardim e Dimenstein (2007) ressaltam que é necessário investir na discussão sobre o serviço de urgência e repensar estratégias que não privilegiem a crise e seus sintomas, mas sim a pessoa que sofre, considerando que as pessoas em crise precisam de ajuda e, em determinados casos, essa ajuda necessita ser imediata, sendo que é preciso desconstruir a ideia de urgência em psiquiatria e pensar em uma ética-cuidado que se aproxime mais de uma atenção urgente à pessoa em crise.

Alarcon (2005) destaca que a atual Política Nacional de Saúde do Brasil, através da utilização da Lei 10.216/2001, não conseguiu estabelecer a extinção dos hospícios, mas conseguiu superar a lógica do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento, por meio da estruturação de uma rede diversificada de serviços baseada numa lógica de complexidade piramidal.

Nesse sentido, Jardim e Dimenstein (2007) chamam a atenção sobre a disposição atual, nessa pirâmide, dos Serviços de Saúde Mental, focalizando as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) na base, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços substitutivos logo acima; em seguida, encontra-se a Urgência Psiquiátrica e, por último, o hospital psiquiátrico.

Dessa reconfiguração da Atenção à Saúde Mental, as equipes da Estratégia Saúde da Família, atuando na base desta pirâmide, têm a função primordial de desenvolver as atribuições que lhe competem na Atenção à Saúde Mental, na Atenção Básica à Saúde, com vistas a perceber a pessoa em sofrimento psíquico, e, assim, movimentar-se no desempenho de cuidados continuados a essa pessoa, na perspectiva da desinstitucionalização da atenção à saúde mental, fortalecendo a formação do vínculo de confiança e de co-responsabilidade, bem como de produção de subjetividades, disponibilizando, ao usuário que sofre e/ou com adoecimento mental, o apoio da equipe de saúde da família, seja no sentido de responder a sua necessidade atual, seja para referi-lo a serviços especializados em saúde mental.

Cecarelli (2005) chama a atenção para a crítica que se faz ao Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e o igualmente reputado Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID – 10), porque não levam em conta a subjetividade, tanto do usuário quanto daquele que classifica. Esse autor ainda relembra que em julho de 2002 a Associação Mundial de Psiquiatria e a Organização Mundial de Saúde decretaram uma moratória de dez anos para seus sistemas classificatórios – o DSM-IV e o CID-10 – considerando as severas críticas feitas a eles, os quais se revelaram inoperantes sobre o ideário de se criar uma nomenclatura única para diagnóstico do agravo de saúde mental, considerando que se centralizam na nosografia e deixam de lado os problemas etiológicos.

Para Coimbra et al. (2005), a ampliação de apoio técnico por uma equipe de saúde mental à equipe de saúde da família e a realização de treinamentos com essas equipes são importantes como recursos capazes de possibilitar maior resolutividade para com a atenção à saúde mental e, assim, proporcionar maior envolvimento com os usuários com transtorno psíquico e sua família. As mencionadas autoras referem-se a transtorno psíquico, como:

esquizofrenia; distúrbio bipolar afetivo; depressão; neuroses; alcoolismo; drogadição; fármaco-dependência de benzodiazepínicos; tentativa de suicídio; e problemas de ordem social que afetam direta e indiretamente as pessoas e suas famílias, como a violência sexual, a violência urbana, os maus tratos a crianças e idosos, dentre outros.

Nesse sentido, é necessário que as equipes de saúde da família, durante o planejamento e desenvolvimento de cuidados, na atenção à saúde mental, na perspectiva da abordagem integral ao ser humano, considere-o de forma integral, ou seja, em todo o seu contexto biopsicossocioeconômico e cultural, independentemente da dimensão do sofrimento psíquico em que ele se encontra.

A Estratégia Saúde da Família desenvolve atividades preventivas para a promoção da saúde, na perspectiva da abordagem integral ao ser humano. Sendo assim, é preciso fazer o questionamento sobre: Como fazer prevenção para a promoção da saúde mental? Na tentativa de responder a essa questão, é importante que os profissionais de saúde considerem a subjetividade no desenvolvimento de todo e qualquer atendimento à pessoa. Ao focalizar a subjetividade, adotem uma abordagem integral, por exemplo, tanto ao atender um usuário com hipertensão arterial e/ou com uma infecção respiratória aguda, como quando atender um usuário que já narra, em sua história clínica, a ocorrência de algum transtorno mental.

4.4.2 Eixo temático: Preconceito

Rose (1972, p.162) utiliza o seguinte conceito para o termo preconceito: “... o termo preconceitos para designar um conjunto de atitudes que provocam, favorecem ou justificam medidas de discriminação”. Conforme o mencionado autor, o preconceito resulta em discriminação, que atinge as pessoas do qual são alvo, com um tratamento imerecido.

Para Rose (1972), o preconceito pode ser transmitido às crianças e adultos, mas pode ser combatido por meio da educação, bastando, por vezes, que os pais, professores, amigos, um livro educativo lhes mostrem seu equívoco e suas conseqüências nefastas.

Rose (1972) ressalta que existem as implicações racionais no preconceito quando ele serve a determinados objetivos, é fruto da ignorância, dá continuidade a uma tradição, mas ele também é irracional quando tem por função satisfazer uma situação psicológica, visto que, sem a existência desses dois lados, o preconceito sucumbiria naturalmente ao final de algumas

gerações, prevendo que as pessoas, progressivamente, compreenderiam terem sido alvo de determinados indivíduos que mantinham cegamente uma tradição nefasta ou que tinham por fim atender a certos interesses psíquicos.

Para Spadini e Souza (2006), há o paradigma da exclusão social diante do adoecer psíquico, que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais. Ainda destacam que a estigmatização da loucura faz com que a pessoa com doença mental perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade, e ressaltam a necessidade de esclarecimento da população sobre a doença para que os preconceitos e estigmas diminuam. Conforme essas autoras, sabe-se que, hoje, a doença mental, explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada, com vistas à ressocialização da pessoa com doença mental e de apoio adequado para esta e para a família.

Conforme Goffman (1978), o termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais com os quais se buscava evidenciar algo extraordinário ou mau sobre o status moral das pessoas que os carregavam. De acordo com o mencionado autor, esses sinais eram feitos no corpo com cortes ou fogo e significavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, que devia ser evitado, principalmente em lugares públicos.

Para Goffman (1978), o termo estigma atualmente é amplamente usado, porém é mais atribuído a uma desgraça do que a uma evidência corporal. Nesse sentido, observa: “Deve-se ver, então, que a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade”. (Goffman, 1978, p. 141).

A existência do preconceito com os transtornos mentais é passível de ser percebido na seguinte narrativa:

Acontece que têm várias pessoas, porque eu sempre procuro saber sobre epilepsia, que têm preconceito, muito preconceito, mas eu não ligo muito. É tanto que minha mãe briga comigo se, por exemplo, eu contar pra algum amigo, minha mãe briga muito. (Pérola).

Segundo Guilhoto et al. (2008), a Associação Brasileira de Epilepsia (ABE) é uma sociedade sem fins lucrativos, com interesse em divulgar conhecimentos relativos às epilepsias, como também em promover a melhora da qualidade de vida das pessoas com epilepsia. A Associação Brasileira de Epilepsia nos últimos vinte anos vem promovendo amplo entendimento das epilepsias, por intermédio da realização de atividades presenciais, ou

pela mídia digital, impressa, ou por meios de comunicação de massa, através da disseminação de conhecimentos à população em geral, com a finalidade de diminuir o estigma e o preconceito da sociedade às pessoas com epilepsia, a fim de promover melhor inserção social das mesmas. (GUILHOTO et al., 2008).

Conforme Fernandes et al. (2009), o VII Encontro Nacional de Associações e Grupos de Pacientes com Epilepsia foi realizado nos dias 27 e 28 de março de 2009 na cidade de João Pessoa – PB, como parte do movimento nacional da epilepsia em nosso país. De acordo com os mencionados autores, nesse evento realizou-se a Assembléia Geral da Federação Brasileira de Epilepsia (EPI-Brasil), com a intenção de discutir e fortalecer o movimento de epilepsia em nosso país, com vistas a dar continuidade à luta pela qualidade do desenvolvimento da atenção em saúde às pessoas com epilepsia. Dentre as resoluções da Assembléia, incluiu-se o fortalecer do combate ao preconceito na epilepsia, começando pelo uso de termos mais adequados para o paciente, de forma a propor que os termos epilético e portador não devem ser utilizados, e sim que se exercite o uso de termos adequados como pessoa com epilepsia ou paciente com epilepsia. (FERNANDES et al., 2009).

A referência ao preconceito requer a abordagem da discussão acerca da promoção de atitudes que visem à inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, Nunes e Torrenté (2009), em estudo que teve como objetivo analisar processos de estigmatização e modalidades de violência vividas por pessoas com transtornos mentais atendidas em centros de atenção psicossocial (CAPS), obtiveram como resultados os relatos de usuários e familiares sobre ocorrências de desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e agressões físicas, com a finalidade de dominação, exploração e opressão, como também profissionais referiram que pessoas que sofrem transtornos mentais permanecem como alvo de preconceitos arraigados e naturalizados na cultura. Os mencionados autores destacam a proposta da constituição de observatórios estaduais capazes de planejar e avaliar contra-ações às estigmatizações.

Para Nunes e Torrenté (2009), muitos dos esforços direcionados à transformação das formas de cuidado e ao desenvolvimento de estratégias de inclusão social de pessoas com transtorno mental têm tido como perspectiva assegurar-lhes um novo lugar na sociedade. Para esses autores, viver a experiência de um sofrimento psíquico grave tem grandes implicações nas formas de interação e aceitação sociais, como também na geração de um estigma social. Dessa forma, o desenvolvimento de ações, na micropolítica do cotidiano, nas quais estão envolvidas as relações entre sujeitos plenos de novos sentidos e a ressignificação de práticas

alimentadoras de velhos estigmas, apresenta-se como os maiores recursos na inclusão social das pessoas com transtorno mental. (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

4.4.3 Eixo temático: O Cuidado

O significado original de cuidados se insere na compreensão de manter, promover e desenvolver tudo o que existe ou todo o potencial de vida que os seres humanos conservam consigo, de modo que tomar conta da vida continua a ser tão vital, para a humanidade de hoje, como para a de ontem. (COLLIÈRE, 1989).

Para Waldow (1998), o cuidado humano significa uma forma de viver, de ser, de se expressar. Conforme essa mesma autora, consiste em uma postura ética e estética frente ao mundo. Ainda segundo Waldow (1998), para a ocorrência plena do cuidado é preciso que o (a) cuidador (a) expresse conhecimento e experiência ao desempenhar as atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família, de forma a evidenciar a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado, através da conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.

Waldow (1998) ressalta que o cuidado humano deve ser reconhecido pelas pessoas que são cuidadoras profissionais, como por todas as pessoas que direta ou indiretamente estão envolvidas nele, pois todos somos ou deveríamos ser cuidadores, sendo nessa condição que reside o verdadeiro cuidado humano. No entanto, para essa autora, a enfermagem, devido exercer o maior contato com a clientela e por ter em sua formação a educação para o cuidar profissional, tem como responsabilidade a iniciativa de praticá-lo, de promovê-lo e de torná-lo perceptível.

Rodrigues, Lima e Roncalli, (2008) destacam que o Programa Saúde da Família incentiva a produção do cuidado na perspectiva da implantação de um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento.

Ao analisar as narrativas das histórias de vidas, percebe-se que cada colaborador deteve-se, predominantemente, em sua problemática de usar medicamento (os) psicofármaco (os) por tempo prolongado. Assim, as narrativas versaram, na maior parte do tempo, sobre: as causas que fizeram os colaboradores usarem e continuarem a usar esses medicamentos; acerca

dos nomes dos medicamentos que utilizam e seus efeitos sobre seus organismos e suas vidas; e como se sentem hoje, em comparação com a época antes de usarem esses medicamentos.

Por exemplo, os colaboradores relatam:

Hoje me sinto muito bem. Eu tinha muito medo quando acontecia crise, podia ocorrer em qualquer lugar, como já ocorreu no ônibus. Tive uma vez também, quando era criança, em uma igreja. Acontecia muito de eu sair e ter alguma crise, algum desmaio. Hoje eu posso sair normalmente que não ocorre mais crise. Posso ir pra algum lugar, alguma festa, e não ocorrer esse tipo de crise, não ocorrer de eu desmaiar, estando lá sozinho, e não ter algum conhecido pra me ajudar, pra cuidar de mim. (Agente X).

Faz de sete a oito anos que faço uso desses tipos de medicamentos. Atualmente, eu uso Clorpromazina e Carbamazepina. Sei que se eu não tomá-los, não consigo dormir. O benefício maior desses medicamentos é me fazer dormir e ficar mais tranqüila [...]. (Estrela da Manhã).

No momento que chega a crise mesmo, o Valium dá pra resolver um pouco. Mas só que ultimamente, mesmo eu tomando o medicamento, fico não só tonto, eu fico, como se diz, gelado, com os pés e as mãos gelados. Não estou muito bem não, estou mal, mal, mal mesmo [...]. (Fagner).

Eu sou feliz, graças a Deus, mas eu quero ser mais feliz ainda, voltar a ser como eu era antes, um rapaz trabalhador, não tinha cara feia pra trabalhar, em todo serviço eu trabalhava. Hoje não posso mais trabalhar, não sou mais homem para pegar todo serviço. Não tenho condições de sair de casa para ir trabalhar. (Araújo).

Hoje estou bem, agora não estou tão bem quanto eu vivia antes de tomar o medicamento não, porque a pessoa que é dependente de um medicamento desse é difícil de viver [...]. Então, o meu organismo já se acostumou com o medicamento, e pra eu tirá-lo de repente, assim, não é fácil. (Margarida).

Quando, na época das crises, eu me sentia ansioso, ansioso demais, aquela ansiedade fazia com que eu andasse muito. Os medicamentos que eu tomo é pra me acalmarem, e pra eu dormir, porque desde os quatorze anos até hoje, só durmo se tomar os medicamentos. (João Maria).

Faço uso de Gardenal 100mg, uma metade pela manhã, e um inteiro à noite, porque agora como estava muito forte, ele teve que aumentar a dose. Eu sei que este medicamento deixa o sono mais pesado, é para poder dormir, pra tranqüilizar minhas emoções. [...] A epilepsia em mim é causada por muita emoção forte, não posso ter emoção forte. Então, eu prefiro assim: que não aconteça nada de muito

bom nem também de muito ruim, é tanto que eu fico mais em casa, para não ter muita emoção forte. (Pérola).

Parei de tomar esses medicamentos por uns tempos, e vi que piorou. Então, tive que voltar a usá-los. Comecei com uns 26 anos. Daí, eu parei, passei muitos anos sem tomá-los, cinco anos, depois eu voltei a tomá-los, parei, voltei de novo. A segunda vez que parei, fiquei quatro anos sem tomar o medicamento. Faz uns oito a nove anos que venho tomando esses medicamentos sem parar. [...] Sobre esses medicamentos [...] eu fico com sintomas diferentes: boca seca, aquela boca seca, boca seca, muito seca, e ataca muito o meu estômago, muito, muito, muito, muito, isso de eu tomar o medicamento todo dia. (Orquídea).

É sabido que durante a coleta de dados, na etapa correspondente a pré-entrevista, os colaboradores tiveram conhecimento sobre o tema e os objetivos desta pesquisa, bem como as entrevistas utilizaram questões norteadoras, as quais, em sua maioria, investigaram sobre peculiaridades do uso desses medicamentos, mas também incentivaram que narrassem suas histórias de vidas e empregaram a questão de corte, a qual os conduziu a descreverem, no momento da entrevista, sobre como atualmente se encontram suas vidas.

A questão de corte, como já explicado nos procedimentos metodológicos deste estudo, de acordo com Meihy (2002), permeia todas as entrevistas e se refere à identidade do grupo analisado. Contudo, as narrativas da suas histórias de vidas estão repletas de lembranças, em torno dos sofrimentos psíquicos e suas conseqüências, e poucos relatos de recordações acerca de outras vivências em suas vidas, como, por exemplo, relacionadas à vida afetiva, ao trabalho, ao estudo, ao lazer. Assim, essa característica que perpassa todas as narrativas deste estudo denuncia o imenso impacto que os transtornos psíquicos estão causando em suas vidas. Os recortes das narrativas, a seguir, exemplificam determinadas dificuldades vividas pelos colaboradores:

Já me foi dito que tenho síndrome do pânico. Tenho esse problema desde pequeno, desde que comecei a trabalhar pagava a pessoa pra me levar em casa. Com o tempo, esse problema se agravou, e tive que sair do emprego. (Fagner).

[...] eu não posso mais sair de casa, tenho medo de ficar só, não consigo ficar só de jeito nenhum em casa, não saio pra canto nenhum, a minha sorte é que eu trabalho aqui em casa mesmo, eu não consigo trabalhar em outro canto, não consigo trabalhar em outro lugar. (Araújo).

[...] saí de casa e fui em direção a Ponta Negra, e depois vim pela Via Costeira. Na Via Costeira, eu já vinha muito cansado de tanto andar desse percurso de ido à Ponta Negra e vindo pela Via Costeira. Cheguei à Praia dos Artistas, e uma pessoa jogou uma bola de tênis em mim, e eu joguei uma lata nele. Então, começou a briga. E nessa briga eu levei uma raquetada na cabeça [...] eu vivo desempregado, e a vida de uma pessoa desempregada é muito difícil. Eu tomo esses medicamentos, fico bem, consigo um emprego, quando estou bem no emprego, vêm as crises. Então, eu saio do emprego. Os empregos que eu tive durante esse período, dos quatorze anos até hoje... Eu trabalhei dois anos... Saí do emprego por causa dessas crises que me dá. (João Maria).

É o que eu preciso muito, mais do que tudo, mais do que ninguém, é me libertar desses medicamentos, que eu não precise tomar tanto medicamento como eu tomo, e poder dá conta da minha casa. (Orquídea).

Toda a subjetividade emerge nas narrativas, que identifica toda a condição da humanidade desvelada na revelação dos seus sentimentos e dificuldades psicossociais, que traduz o impacto que os transtornos psíquicos e o uso de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado causam sobre suas vidas. Dessa forma, remete à necessidade de se incluir a abordagem integral no atendimento à pessoa com transtorno psíquico, com vistas a demonstrar a importância dos serviços de saúde investir em tecnologias de cuidado que contenham o potencial de contribuir para a superação da crise, para a inclusão social e para a implicação da pessoa acometida por transtorno psíquico em seu próprio processo de cura.

Os colaboradores escolheram os nomes fictícios como pseudônimos para lhe identificarem neste estudo, propiciando, nessa ocasião, a apreensão da sensibilidade e singularidade inerentes à pessoa humana, as quais remetem, mais uma vez, a visão da subjetividade, conforme os recortes das narrativas:

Eu escolhi Agente X, porque no momento me veio à cabeça. Não foi planejado, nem comentado, nem indicado por alguém. Lembrei-me muito quando assisti a um filme, antigamente, que tinha um Agente com este nome. Não quis escolher um nome que não combinasse comigo. Então, pensei, e me veio na mesma hora, no momento da entrevista, a lembrança desse filme. Assim, coloquei este nome. (Agente X).

Escolhi este nome fictício, Estrela da Manhã, porque foi o que veio à minha mente. Eu já tive de contemplar o dia amanhecendo. Então, vi a estrela da manhã, achei-a muito bonita, e fiquei com ela em minha mente. (Estrela da Manhã).

Escolhi este nome fictício Fagner, porque dizem que a minha voz, quando estou cantando, é igual à dele. Um amigo meu, uma vez que eu estava numa festa cantando, chegou até mim, e me disse: “Rapaz, eu vim aqui só pra lhe ouvir cantando, pois me disseram que sua voz é igualzinha a dele, e olha, não perdi minha viagem não”. Eu ponho o DVD, gosto de assistir aos shows dele quando vou dormir, fico assistindo. Então, adormeço. Gosto de Canteiros, Asa Partida, Canção da Floresta, que fala sobre a floresta, que o pessoal está matando os índios, matando a floresta, e ninguém vê. “Tombam árvores, morrem índios Queimam matas, ninguém vê Que o futuro está perdido Uma sombra e não vai ter...”. (Fagner).

Escolhi o nome fictício Araújo, porque era um homem de um filme que assisti, “O homem que desafiou o diabo”, é o nome do filme. Araújo era um manicaca. [...]. Mas depois que ele deixou de ser manicaca, ele passou a ser Ojuara. Ojuara é um homem que não tem medo de nada [...] só teme a Deus. (Araújo).

Escolhi o nome fictício Margarida, porque Margarida é uma flor, e eu gosto muito de flores, e nós estamos na primavera. (Margarida).

Escolhi o nome fictício João Maria porque é o nome de um parente. É porque ele é um rapaz trabalhador, e eu o admiro, porque ele é uma excelente pessoa. (João Maria).

Escolhi o nome fictício Pérola, porque eu acho um nome bonito. (Pérola).

Escolhi este nome fictício, porque foi o que me agradou mais. (Orquídea).

Necessidade de escuta

A necessidade de escuta, identificada neste estudo como um dos elementos que definiram o eixo temático cuidado, emerge em todas as narrativas de forma a evidenciar a necessidade que os colaboradores têm de serem escutados. Assim, a apreensão dessa necessidade remete ao pensar sobre a possibilidade dos serviços de saúde utilizarem tecnologias de cuidado que valorizem o processo de escuta para a expressão da subjetividade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, Gonçalves e Machado (2008), em pesquisa, através do referencial metodológico História Oral de Vida, que teve como objetivo descrever e compreender histórias de vidas de mulheres com depressão, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na região norte da cidade de São Paulo,

destacam que estudos como estes, que objetivam apreender como as pessoas constroem significados, como elas vivem a experiência do adoecer, corroboram que a prática da escuta, pelo enfermeiro, e ajudam a construir um plano terapêutico coerente com as necessidades da pessoa atendida.

Para Gonçalves e Machado (2008), as colaboradoras da referida pesquisa (as mulheres entrevistadas), colocadas diante de sua própria narrativa de vida puderam reviver fatos e analisar suas próprias vidas, e algumas agradeceram muito essa oportunidade. Assim, essas autoras destacam que se faz essencial considerar que as pessoas não vivenciam a depressão de maneira uniforme, elas têm vida, projetos e necessidades diferentes, de forma que o cuidado deve ser dirigido para atender à sua singularidade no mundo.

A seguir, os recortes das narrativas de todos os colaboradores, que exemplificam a existência da necessidade de escuta:

Falar de mim, da minha vida, muitas lembranças vieram a minha mente quando falei do passado, das ocorrências que eu tive na vida. Senti-me bem, não senti nenhum constrangimento, nenhum tipo de vergonha, foi tranquilo, foi muito boa a entrevista. (Agente X).

Senti-me uma pessoa importante em colaborar com esta pesquisa, porque graças a Deus, foi quem você escolheu, essas pessoas que tomam esses medicamentos. Então, a gente conversando, a gente desopila mais [...]. (Estrela da Manhã).

Eu procuro amigos. Procuro fazer amizades. Melhora quando eu converso com alguém, quando chega alguém perto de mim. Não tenho um acompanhamento médico regular, já fui muitas vezes ao psiquiatra, meu irmão tirava ficha pra mim. (Fagner).

Quero que o Serviço de Saúde me ofereça um tratamento mais perto, como por exemplo, um tratamento que seja semanal, quinzenal, ficando em contato durante a semana, durante a quinzena, ou um mês, porque a ida ao psiquiatra é de três em três meses, tem dia que eu estou péssimo, tem dia que eu estou mal, é assim, sinto tontura, então, eu queria um acompanhamento mais curto, que eu vá ao médico mais cedo. (Araújo).

Então, o meu organismo já se acostumou com o medicamento, e pra eu tirá-lo de repente, assim, não é fácil. Eu já tentei, mas não consegui, porque fiz o tratamento pela metade, com a psicóloga. Mas vou voltar a fazê-lo, agora estou com tempo, graças a Deus. Vou voltar a fazê-lo, e vou fazer de tudo pra conseguir me libertar desse medicamento. (Margarida).

Eu me senti, ao fazer parte desta pesquisa como colaborador, eu me sinto feliz, e ao mesmo tempo, me sinto como se fosse um desabafo, porque quando eu passo minha vivência, o que eu vivi e estou vivendo até hoje, para mim é como um desabafo, e me alivia bastante. (João Maria).

É só você saber se cuidar, não sentir muita emoção, e tomar o medicamento direitinho. [...] Como colaboradora desta pesquisa eu me senti bem em colaborar, me senti bem. (Pérola).

Às vezes, a gente conversar até que é bom. A gente conversar e contar o que a gente está sentindo, o que a gente já passou, o que a gente passa, por uma parte é bom. (Orquídea).

Conforme Pinheiro (2001), a história oral vem sendo utilizada, pela enfermagem, como uma metodologia de grande significado, as quais poderão ser úteis no planejamento da assistência de enfermagem, por considerar a experiência vivenciada pelo ser humano, bem como destaca que, na área da saúde, as ciências que despontaram com a utilização dessa metodologia em pesquisas foram a medicina psiquiátrica, a enfermagem psiquiátrica e a psicologia.

Dificuldade de acesso aos Serviços de Referência

Os colaboradores relataram a dificuldade de acesso aos serviços de referência, de forma que esse elemento também definiu o eixo temático cuidado, visto que é uma necessidade de atenção à saúde a ser atendida, tanto no que se refere ao desenvolvimento do cuidado pelas equipes de saúde da família, como acerca do fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde mental, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Então, com mais ou menos um ano que eu tinha parado de tomar o medicamento, voltei a ter desmaios e crises. Voltei ao clínico para obter um encaminhamento para o neurologista, mas demorou, em média, um ano para marcar a consulta com o neurologista. Eu tinha cerca de vinte e cinco anos, ele passou uma tomografia, e

novamente, um eletroencefalograma, então eu recomecei a tomar o medicamento. (Agente X).

Quem prescreve é o psiquiatra, no Centro Clínico da Zona Norte. Eu vou ao médico do Programa Saúde da Família, no Posto, ele me dar a receita. Eu vou ao psiquiatra quando estou muito depressiva, porque é muito difícil pegar uma ficha para ele. A gente marca uma ficha para ele neste mês de setembro de 2009 para o mês de Janeiro de 2010. É muito difícil uma ficha para ele. (Margarida).

Tenho acompanhamento só com o psiquiatra, mais ou menos de três em três meses. [...]. A gente marca, quando a gente não tem contato com ele, o medicamento é passado aqui no Posto de Saúde pelo médico do Programa Saúde da Família. Sempre é difícil conseguir a consulta com o psiquiatra. Então, dos últimos cinco anos pra cá, eu venho mais recebendo esses medicamentos através do médico do Posto de Saúde daqui. Ele renova a receita, e eu recebo o medicamento. (João Maria)

Dependência do medicamento

Os colaboradores relataram, neste estudo, que sentem a necessidade da utilização de medicamentos psicofármacos para alívio dos sintomas e controle do transtorno mental, mas que sofrem conseqüências advindas do seu uso prolongado, como os efeitos colaterais indesejáveis e a dependência desses medicamentos. Assim, constata-se a existência de um problema de saúde pública, que requer atenção dos serviços de saúde, com a finalidade de discutirem essa problemática e de buscar modos de cuidar, com vistas ao desenvolvimento da intersetorialidade. A narrativa do colaborador Fagner exemplifica a apreensão dessa realidade:

Agora, só tomo Valium, de 10 mg. Atualmente, preciso tomá-lo todo dia, mas se eu tomá-lo todo dia, estou sentindo que ele está me prejudicando quando acordado. Estou tomando-o só quando preciso, pra não me viciar. Quando eu o tomo, resseca minha pele todinha. [...] Mas é o único com que eu tenho conserto. (Fagner).

Cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde da família aos usuários de psicofármacos

Identifica-se, nas narrativas, que os colaboradores recebem, predominantemente, atendimento individualizado através da consulta com o psiquiatra, no serviço de referência e da consulta com o clínico geral, na Estratégia Saúde da Família. Geralmente, é durante a consulta com o clínico geral, de acordo com as narrativas, que dar-se a renovação da prescrição dos medicamentos psicofármacos. Percebe-se, neste estudo, a ausência do desenvolvimento, pela equipe de saúde da família, de uma assistência sistematizada para o acompanhamento aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado.

Identificou-se também, na realidade estudada, a não realização da consulta de enfermagem para cuidar dos usuários de psicofármacos. Tal fato evidenciou-se porque os colaboradores não explicitaram oralmente o acompanhamento, nem individual nem em reuniões, do seu problema de saúde mental e assistência, tampouco da utilização de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, pelo (a) enfermeiro (a), na Estratégia Saúde da Família, bem como no Serviço de Referência.

Assim, apreende-se no cenário em estudo uma lacuna, dentre as atividades desenvolvidas no cotidiano pela equipe de saúde da família, inerente à inserção do desenvolvimento de cuidados sistematizados para o acompanhamento dos usuários de psicofármacos por tempo prolongado, na perspectiva da desinstitucionalização da atenção à saúde mental. As seguintes narrativas exemplificam a apreensão dessa realidade:

Não tenho outras orientações para fazer outros tipos de tratamento. Os meus exames não acusaram nada. Então, não fiquei assim tão preocupado sobre ter algum problema. Contudo, fico pensando porque isso ocorre. E até agora não obtive nenhuma resposta. Estou tomando o medicamento, que está me fazendo muito bem, parei de ter crises, dores de cabeça, tonturas. Eu tinha muita preocupação com isso. Se eu fosse procurar alternativa seria a de saber por que ocorre a doença, aprofundar-me mais sobre este assunto. (Agente X).

Eu participo de um grupo, com duas psicólogas, no Centro Clínico da Zona Norte. É um grupo de quatorze a quinze pessoas. As psicólogas atendem individualmente, mas para nós elas fazem o grupo. Eu nunca tinha participado de grupo de psicólogo, tinha muita vontade, então houve essa chance de eu participar desse grupo. Estou participando há mais de um ano. As reuniões são de oito em oito dias. Sou atendida por esse grupo de psicólogas e me consulto com a psiquiatra de lá. (Estrela da Manhã).

Eu procuro amigos. Procuro fazer amizades. Melhora quando eu converso com alguém, quando chega alguém perto de mim. Não tenho um acompanhamento médico regular, já fui muitas vezes ao psiquiatra, meu irmão tirava ficha pra mim. (Fagner).

Eu retorno ao psiquiatra de três em três meses, no Centro Clínico da Zona Norte. Ultimamente, marcava a consulta lá com ele, mas agora, na última vez que eu estive lá, disseram que deve ter um acompanhamento do Posto de Saúde, e marcar a consulta através do Posto. Não tenho nenhuma outra coisa que uso para superar este meu problema. (Araújo).

Quem prescreve é o psiquiatra, no Centro Clínico da Zona Norte. Eu vou ao médico do Programa Saúde da Família, no Posto, ele me dar a receita. Eu vou ao psiquiatra quando estou muito depressiva, porque é muito difícil pegar uma ficha para ele. (Margarida).

Tenho acompanhamento só com o psiquiatra, mais ou menos de três em três meses. Sempre quando eu termino o medicamento, volto a ele, e ele passa nova receita do medicamento. Ele atende no Hospital Onofre Lopes. A gente marca, quando a gente não tem contato com ele, o medicamento é passado aqui no Posto de Saúde pelo médico do Programa Saúde da Família. Sempre é difícil conseguir a consulta com o psiquiatra. Então, dos últimos cinco anos pra cá, eu venho mais recebendo esses medicamentos através do médico do Posto de Saúde daqui. Ele renova a receita, e eu recebo o medicamento. (João Maria).

O neurologista passou os medicamentos. Tenho acompanhamento regularmente com ele. Faço uso de Gardenal 100mg, uma metade pela manhã, e um inteiro à noite, porque agora como estava muito forte, ele teve que aumentar a dose. [...] Eu só vou seguindo minha vida mesmo. No caso assim... Tudo que outra pessoa normal faz, eu faço também. Tudo que uma pessoa que não tem epilepsia faz, eu faço. Procuro sempre botar na minha cabeça que não sou doente [...]. (Pérola).

Além de usar esses medicamentos, eu vivo rezando e indo pra igreja. É o que eu faço: vou à missa, participo de reunião da igreja, de grupo de oração, pra me libertar desses medicamentos. (Orquídea).

O distanciamento do (a) enfermeiro (a), na equipe de saúde da família, para com os usuários de psicofármacos por tempo prolongado residentes em sua área de abrangência é percebido neste estudo. Revela-se que o desenvolvimento da assistência à pessoa que utiliza psicofármaco por tempo prolongado, na equipe de saúde da família estudada, é predominantemente focado na consulta médica e na renovação da prescrição dos medicamentos psicofármacos. Portanto, não existe, nessa realidade estudada, um

desenvolvimento sistematizado de gestão de cuidados, e particularmente, de enfermagem, a essa clientela.

A identificação dos cuidados de enfermagem na Atenção à Saúde Mental, como parte integrante do desenvolvimento de cuidados em saúde mental pelas equipes de saúde da família, requer a ocorrência de um planejamento em equipe. Contudo, frente às evidências deste estudo, compete ao enfermeiro pensar sobre as razões do seu distanciamento, no seu cotidiano de trabalho, do usuário com transtorno mental. Tal aproximação tem o intuito de ampliar uma discussão que possibilite modificar o contexto em que ora se encontra à assistência de enfermagem, na Atenção à Saúde Mental, na Atenção Básica em Saúde Pública e na Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, Azevedo (2008), em estudo com os familiares dos usuários dos CAPS II e CAPSad do município de Natal-RN, suscita uma reflexão sobre o papel do enfermeiro e do técnico de enfermagem nos CAPS, considerando que esses familiares nem ao menos associaram a figura do pessoal de enfermagem a de um elemento existente na equipe de profissionais desses CAPS.

Essa invisibilidade do pessoal de enfermagem, no conjunto de profissionais de saúde dos CAPS investigados, deve ser alvo de discussões e estudos que busquem responder a questionamentos sobre a existência de uma falta de qualificação ou formação específica na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. (AZEVEDO, 2008). Assim, também buscar uma compreensão para essa fuga, do profissional de enfermagem, do processo de cuidados à pessoa com transtorno mental e usuário de psicofármacos, no cenário substitutivo, de forma que se faz necessário investigar se esse fato tem relação com um passado recente de práticas de assistência psiquiátrica manicomial, a qual negava, excluía e “continha e impregnava” a percepção diante dessa clientela e suas famílias. (AZEVEDO, 2008).

Ainda sobre o estudo com familiares de usuários dos CAPS II Leste e Oeste e CAPSad Leste e Norte do município de Natal-RN, Azevedo (2008) constatou que os familiares identificaram, através de suas presenças nos serviços e da convivência com esses usuários nos domicílios, que o tratamento recebido nesses CAPS favorece melhoras substanciais nas condições de vida e de saúde de seu familiar usuário, como também em suas relações familiares, dentro e fora do lar. Contudo, de acordo com os familiares, no desenvolvimento das atividades terapêuticas, há necessidade de aumento da oferta e de um maior envolvimento da equipe técnica, bem como a necessidade de avançar no desenvolvimento de estratégias que promovam uma maior efetivação da inserção do familiar nos cenários investigados.

Ribeiro (2007) realizou estudo que investigou em torno das concepções e das práticas dos enfermeiros no acompanhamento ao doente mental na Estratégia Saúde da Família sob o

enfoque da integralidade da assistência à saúde, através da história oral temática, em três Unidades de Saúde pertencentes à rede de serviços de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde, no município de Natal-RN, sendo duas Unidades de Saúde da Família e uma Unidade de Referência em Saúde Mental, o qual evidenciou que a prática voltada ao usuário com transtorno mental na rede básica é focada tão somente na renovação de receitas de psicofármacos, não existindo qualquer tipo acompanhamento, pelos enfermeiros, aos usuários com transtornos mentais e seus familiares.

O estudo de Ribeiro (2007) destaca a importância de que seja viabilizada a capacitação técnica para o desenvolvimento da atenção à saúde mental com os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica em saúde. Demonstra, ainda, a necessidade de mudanças na prática da atenção à saúde mental pela Estratégia Saúde da Família, as quais podem ser alcançadas mediante investimento, não somente financeiro, mas nos recursos humanos, que contemplem o desenvolvimento da prática desses profissionais de saúde, no contexto da integralidade da assistência.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário que se estimule a discussão, em parceria com os Serviços de Saúde Mental, sobre o papel da Estratégia Saúde da Família diante da inserção da Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica. Nesse sentido, através da sensibilização e treinamento das equipes de saúde da família, torna-se possível construir um caminho possível para a realização de um planejamento das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família com a finalidade de encontrar modos de cuidar, de acordo com suas necessidades, das pessoas com transtornos mentais e suas famílias, como também o desenvolvimento de cuidados sistematizados aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado.

Assim, torna-se salutar que o (a) enfermeiro (a) pense sobre como fazer o planejamento e desenvolvimento da assistência de enfermagem, na atenção à saúde mental, do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde, de forma que cause a ruptura desse distanciamento entre o enfermeiro e a demanda de saúde mental, na Estratégia Saúde da Família, conforme se evidenciou neste estudo.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estudo, baseado nas narrativas dos colaboradores, identificou que conviver com o uso de psicofármacos por tempo prolongado causa imenso impacto no cotidiano de suas vidas, o qual se encontra caracterizado sob os aspectos positivos e negativos. Percebe-se o impacto positivo do uso de medicamentos psicofármacos no benefício do controle da crise que o uso desses medicamentos proporciona. Seu impacto negativo se caracteriza pela não resolução definitiva de seu transtorno mental, a dependência desses medicamentos, e suas reações indesejáveis.

As narrativas também revelaram que quatro dos colaboradores atribuem o uso de psicofármacos por tempo prolongado por sofrerem de transtornos mentais influenciados e/ou desencadeados por causas, como: uma causa relacionada à convivência com o uso de alcoolismo dos familiares; uma causa ligada a óbito de familiar por violência; uma causa relacionada a rompimento de relacionamento afetivo; e outra ligada a óbito de membro da família, rompimento de relacionamento afetivo e dificuldade de diálogo com os pais. E quatro dos colaboradores disseram não saber as causas que influenciaram e/ou desencadearam o desenvolvimento dos transtornos mentais que os fazem usar psicofármacos por tempo prolongado.

Através do estudo das narrativas sobre as histórias de vidas de usuários de psicofármacos por tempo prolongado, foi possível buscar um maior conhecimento sobre essa problemática de saúde pública, com vistas a estimular a discussão sobre o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, bem como na Atenção à Saúde Mental, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

O estudo identificou que os usuários de psicofármacos por tempo prolongado são acometidos por crise em saúde mental, bem como a existência do preconceito social para com as pessoas com transtorno mental e a não realização do desenvolvimento de gestão de cuidados, pela equipe de saúde da família, e, particularmente, dos cuidados de enfermagem às pessoas acometidas por transtornos mentais e aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado. Assim, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário estimular a discussão sobre o desenvolvimento da gestão de cuidados na atenção à saúde mental. Nessa perspectiva, a realização do diagnóstico epidemiológico da demanda de saúde mental, existente na área de abrangência das equipes de saúde da família, torna-se uma forma de subsidiar o planejamento e desenvolvimento de cuidados em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

Ressalta-se que as informações disponíveis no SIAB sobre os casos de transtornos mentais existentes na área de abrangência das equipes são insuficientes para o registro e o diagnóstico mais completo dessa situação. Assim, faz-se necessário delinear um instrumento de registro mais pormenorizado para os casos de agravos à saúde mental, com vistas a realizar o diagnóstico epidemiológico desses casos pelas equipes de saúde da família.

O enfermeiro, como um dos componentes que integram a equipe de saúde da família, tem a oportunidade de se aproximar da pessoa acometida por transtorno mental e do usuário de psicofármacos por tempo prolongado. Assim, do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde, o enfermeiro se depara com a necessidade de pensar em como fazer os cuidados de enfermagem, no seu trabalho cotidiano, a essa clientela, sob o enfoque da construção coletiva, na equipe, do planejamento e desenvolvimento de cuidados, na Atenção à Saúde Mental, na Estratégia Saúde da Família.

Desta forma, na busca do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos usuários de psicofármacos por tempo prolongado e na atenção à saúde mental, de forma integral, na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro poderá pensar e fazer um desenho sobre os modos de realização dos cuidados de enfermagem a essa clientela, diante da instalação da crise, do preconceito social para com a pessoa com transtorno mental, da necessidade de escuta e da dependência dos medicamentos com suas reações indesejáveis, relatada pelos colaboradores, e da dificuldade de acesso aos serviços de referência. Nessa busca, a consulta de enfermagem, a realização da visita domiciliar, a construção coletiva de espaços para escuta e socialização poderão ser utilizados como caminhos possíveis para a construção desses cuidados.

A construção coletiva das atribuições das equipes de saúde da família para com a atenção à saúde mental, em parceria com os Serviços de Saúde Mental, atravessa o percurso da construção de novas abordagens do processo de cuidar, o qual perpassa o reconhecimento pelas equipes da importância do desenvolvimento desses cuidados, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Assim, ainda há muito a se avançar no processo de formação da rede de atenção à saúde mental, havendo que se investir em treinamentos para as equipes de saúde da família, na implantação de equipes de apoio matricial em saúde mental, na expansão dos CAPS, das residências terapêuticas, do programa de redução de leitos psiquiátricos do SUS, dos centros de convivência e cultura, bem como na criação de estratégias que fomentem a participação de usuários, familiares e comunidade na luta pela transformação do tradicional modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrica.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sergio. Da reforma psiquiátrica à luta pela “vida não-facista”. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702005000200002&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2010.

AMARANTE, Paulo. (Org.). In: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMATUZZI, Mauro Martins. A subjetividade e sua pesquisa. **Memorandum**, Belo Horizonte, n. 10, p. 93-97, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2008.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100005&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2009.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal–RN**. Natal, 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Sociais da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2000.

BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442006000100019&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2008.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 91-131.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção Básica. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, vol. 28, no.3, p. 632-645, set. 2008.

Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932008000300015&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social – Seção II – Da Saúde, 1988.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm>. Acesso em: 26 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16>. Acesso em: 07 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual de sistema de informação de atenção básica**. 1. ed., 4ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siab/manual.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2009.

_____. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2009. Disponível em:

Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area925>. Acesso em: 11 maio 2009.

BRÊDA, Mércia Zeviane; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200016&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2008.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200018&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023112007000200016&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1411381231999000200013&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2009.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde de família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, Antonio (Org). **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 121-136.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722005000300015&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2008.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. A atenção em saúde na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.01, p. 111-113, 2005. Disponível em: <http://www.fen-ufg.br/revista/revista7_1/revisão_03.htm>. Acesso em: 26 maio 2008.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Lisboa, Portugal: Printipo, 1989.

COSTA, Mônica Silva da. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arq. bras. psicol.**, vol. 59, n. 1, jun. 2007, p. 94-

108. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pd=S180952672007000100010&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

DUTRA, Denise Silveira et al. Doença dos nervos: sentidos e representações. **Psicologia, Ciênc. Prof.**, vol. 26, n. 1, p. 4-11, mar. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000100002&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2009.

FERNANDES, Josicelia Dumê et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000400031&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2010.

FERNANDES, Paula T. et al. Relatório do VII Encontro Nacional de Associações e Grupos de Pacientes com Epilepsia. **J. epilepsy clin. Neurophysiol.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167626492009000200009&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2010.

FERRIOLLI, Silvia Helena Tortul; MARTURANO, Edna Maria; PUNTEL, Ludmila Palucci. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000200012&Ing=pt&nrm=iso>. Epub 15–Fev-2007. Acesso em: 06 jul. 2008.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100018&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2009.

GALDURÓZ, José Carlos F et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. esp, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000700017&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2009.

GOFFMAN, Erving. **ESTIGMA**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores, 1978.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 79-106.

GONÇALES, Cíntia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2009.

GUILHOTO, Laura Maria de Figueiredo Ferreira et al. Associação Brasileira de Epilepsia: a história de duas décadas de atuação e serviço à comunidade. **J. epilepsy clin. Neurophysiol.**, Porto Alegre, v.14, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167626492008000200007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2010.

GUIMARÃES, Fernanda Jorge; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 404-414, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm>. Acesso em: 05 abr. 2009.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n. 4, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000400011&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2009.

IGNACIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.19, n.3, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822007000300013&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2010.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, vol. 13, n. 1, jun. 2007, p. 169-190. Disponível em: <http://pepsic.bvs.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682007000100011&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

LIMA, Maria Cristina Pereira et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400019&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2009.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, Brasil, abr/jun 2008.

Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/wiew/512/3247>>. Acesso em: 04 fev. 2010.

LUCCHESI, Roselma; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100020&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2010.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa de saúde da família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102311X2006000800012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2008.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MODESTO, Teresa Neuma; SANTOS, Darci Neves. Saúde mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.19, 24 jan /jun2007. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%2019.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2008.

NATAL. Prefeitura Municipal. **Relatório das atividades do Núcleo de Atenção Psicossocial do ano de 1997**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

NATAL. Prefeitura Municipal. **Proposta de reorganização da atenção em saúde mental no município de Natal-RN**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

NUNES, Mônica; JUCA, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001000012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2008.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034_89102009000800015&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2010.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro. In: VIEIRA, Marcos Antônio Moura (Org.); OLIVEIRA, Alice G. Bottaro; ANDRADE, Socorro de Maria Ribeiro. **Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d 'água, 2006.

PINHEIRO, Valdelize Elvas. **O ensino de enfermagem no estado do Amazonas**. Manaus: Ed. da Universidade do Amazonas, 2001.

RIBEIRO, Laiane Medeiros. **Saúde mental e enfermagem: em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família**. Natal, 2007, 118 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.

RODRIGUES, Maísa Paulino; LIMA, Kenio Costa de; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2009.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2009.

ROSE, Arnold M. A origem dos preconceitos. **Raça e Ciência II**. Editora Perspectiva S.A. - São Paulo - 1972. p. 161 a 194.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virgínia J; SUSSMAN, Norman. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In:

LANCETTI, Antonio (Org.) **Saúde Loucura**: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.199-220.

SOUZA, Rozemere Cardoso; SCATENA, Maria Cecília Morais. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.147,160 jan/jun 2007. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%20147.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2008.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000100018&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2010.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2009.

Waldow, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 1. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

APÊNDICE A

Tabela 1 – Distribuição de número, por sexo e faixa etária, da população residente por área de abrangência das equipes, e número e percentual por sexo e faixa etária, da população residente na área de abrangência da USF Santarém – Natal – RN, Março de 2008.

Sexo	Faixa etária	Áreas				Total	%
		34	35	36	37		
M	< 1	24	22	24	20	90	1,4
A	1 a 4	68	84	85	86	323	4,9
S	5 a 6	50	54	55	69	228	3,5
C	7 a 9	69	77	97	93	336	5,1
U	10 a 14	114	125	148	158	545	8,3
L	15 a 19	181	181	155	162	679	10,4
I	20 a 39	583	647	553	606	2389	36,5
N	40 a 49	184	256	202	219	861	13,2
O	50 a 59	167	177	102	123	569	8,7
	60 e mais	203	128	93	103	527	8,0
Sub-Total		1643	1751	1514	1639	6547	46,7
F	< 1	15	22	26	29	92	1,2
E	1 a 4	54	88	91	105	338	4,5
M	5 a 6	63	45	58	70	736	9,9
I	7 a 9	65	102	101	88	356	4,8
N	10 a 14	130	166	145	169	610	8,2
I	15 a 19	159	272	152	137	720	9,6
N	20 a 39	643	682	633	676	2634	35,2
O	40 a 49	274	279	226	262	1041	13,9
	50 a 59	231	201	151	147	730	9,8
	60 e mais	248	165	149	143	705	9,4
Sub-Total		1882	2022	1732	1826	7462	53,3
Total		3525	3773	3246	3465	14009	100,0

Fonte: Relatório A3 – SIAB – SMS – Natal - RN, Março de 2008.

APÊNDICE B

Tabela 02 – Distribuição do número de famílias por equipes de saúde da família da USF Santarém – Natal - RN, Março de 2008.

Equipes	Nº. de famílias	%
034	851	24
035	895	25
036	855	25
037	944	26
Total	3545	100

Fonte: Relatório SSA2-SIAB-SMS-Natal-RN, Março 2008.

APÊNDICE C

Distribuição por sexo, faixa etária e área de abrangência de cada equipe, do número de pessoas que usam psicofármacos, entre a população residente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Santarém – Distrito Sanitário Norte II – Natal – RN, Março de 2008.

SEXO	FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE PESSOAS				TOTAL
		ÁREAS				
		034	035	036	037	
M A S C U L I N O	5 – 6	--	--	01	--	01
	7 – 9	--	01	--	--	01
	10 – 11	01	--	--	01	02
	15 – 19	--	--	--	--	--
	20 – 39	04	06	05	06	21
	40 – 49	05	03	02	07	17
	50 – 59	05	04	01	02	12
	60 e mais	05	05	03	07	20
	SUBTOTAL	20	19	12	23	74
	F E M I N I N O	5 – 6	--	--	--	--
7 – 9		--	--	--	--	--
10 – 11		--	--	--	--	--
15 – 19		--	01	--	--	01
20 – 39		02	06	05	02	15
40 – 49		14	08	05	09	36
50 – 59		10	07	07	04	28
60 e mais		13	11	08	15	47
SUBTOTAL		39	33	25	30	127
TOTAL			59	52	37	53

Fonte: Busca ativa realizada nos domicílios, na área de abrangência da USF Santarém, Distrito Sanitário Norte II, Natal-RN, pelos Agentes Comunitários de Saúde, Março de 2008.

APÊNDICE D

Demonstrativo dos tipos de psicofármacos utilizados entre a população residente na área de abrangência da USF Santarém - Distrito Sanitário Norte II – Natal – RN, Março de 2008.

NOMES DOS PSICOFÁRMACOS	Nº. DE PESSOAS QUE OS UTILIZAM
Diazepam	48
Diazepam e Amitriptilina	04
Diazepam e Cloridrato de Clorpromazina	03
Diazepam e Haloperidol e Cloridrato de Clorpromazina	01
Diazepam e Haloperidol	02
Diazepam e Carbamazepina e Fenobarbital	01
Diazepam e Haloperidol e Biperideno	01
Diazepam e Cloridrato de Clorpromazina e Maleato de Levomepromazina	01
Diazepam e Cloridrato de Clorpromazina e Carbamazepina e Haloperidol	01
Diazepam e Carbolitium	01
Diazepam e Fenobarbital e Cloridrato de Clorpromazina e Maleato de Levomepromazina e Fenitoína	01
Diazepam e Fenobarbital	01
Diazepam e cloridrato de Clorpromazina e Cloridrato de Parocetina	01
Diazepam e Cloridrato de Biperideno e Cloridrato de Clorpromazina	01
Diazepam e Cloridrato de Biperideno e Haloperidol e Maleato de Levomepromazina	01
Diazepam e Cloridrato de Clorpromazina e Carbamazepina e Haloperidol e Amitriptilina	01
Bromazepam	23
Bromazepam e Haloperidol e Cloridrato de Biperideno e Amitriptilina	01
Bromazepam e Cloridrato de Sertrolina	01
Bromazepam e Cloridrato de Clomipramina	01
Bromazepam e Cloridrato de Amitriptilina	01
Clonazepam	22
Clonazepam e Carbamazepina e Cloridrato de Tioridazina	01
Clonazepam e Carbamazepina	02
Clonazepam e Fluoxetina	01
Clonazepam e Cloridrato de Biperideno	01
Clonazepam e Amitriptilina e Cloridrato de Clorpromazina	01
Clonazepam e Amitriptilina e Prometrisina	01
Clonazepam e Clordiazepóxido/ Cloridrato de Amitriptilina e Fenobarbital	01
Clonazepam e Maleato de Levomepromazina e Carbamazepina	01
Fenobarbital	14
Amitriptilina	06
Haloperidol	06
Haloperidol e Clorpromazina	03
Haloperidol e Maleato de Levomepromazina e Cloridrato de Biperideno	02
Haloperidol e Cloridrato de Biperideno	01

NOMES DOS PSICOFÁRMACOS	Nº. DE PESSOAS QUE OS UTILIZAM
Haloperidol e Cloridrato de Biperideno e Cloridrato de Clorpromazina	01
Haloperidol e Carbamazepina	01
Levodopa / Carbidopa	02
Carbamazepina	06
Cloridrato de Biperideno	01
Neuleptil	02
Paroxetina	01
Cloridrato de Clorpromazina	01
Fluoxetina	01
Clordiazepóxido e Cloridrato de Amitriptilina (Limbitrol)	06
Fenitoína	01
Maleato de Levomepromazina	03
Lorozepam	03
Nortriptilina	01
Sulpirida e Maleato de Levomepromazina	01
Alprazolam	01
Rivastigmina	01
Cloridrato de Tioridazina e Risperidona	01
Oxcarbazepina e Clobazam e Topiranomato	02
Cloxazolam	01
Maleato de Levomepromazina e Carbamazepina	01
Cloridrato de Nortriptilina e Gabapentina e Fenobarbital	01
Cloridrato de Clordiazepóxido	01
Depakine	01
Ziprazidona	01
TOTAL	201

Fonte: Busca ativa realizada nos domicílios e pela consulta aos prontuários, na área de abrangência da USF Santarém, Distrito Sanitário Norte II, Natal-RN, pelos Agentes Comunitários de Saúde, Março de 2008.

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal – RN.
CEP: 59072-970. Fone/Fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

PROJETO DE PESQUISA: HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do cuidar para a enfermagem

Roteiro da entrevista com os usuários de psicofármacos

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do Nome _____
Nome fictício _____
Idade _____
Gênero: M () F ()
Estado civil: Solteiro (a) () Casado (a) ()
União estável () Divorciado (a) ()
Profissão _____
Tempo de profissão _____
Empregado (a) () Desempregado (a) ()
Carga Horária Semanal de Trabalho _____
Escolaridade _____
Renda Familiar _____

II – Questões:

- 1- Quando começou a fazer uso de psicofármacos?
- 2- Por que começou a fazer uso desses medicamentos?
- 3- O que você sabe sobre esses medicamentos?
- 4- O que você faz, além de tomar esses medicamentos, para superar o problema?
- 5- Como você descreve sua vida hoje? (Pergunta de corte).

APÊNDICE F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para o (a) Senhor (a) participar da pesquisa **HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS**: o desafio do cuidar para a enfermagem, acompanhada por Rita de Cássia Dantas, Enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e coordenada pela Professora Doutora Clélia Albino Simpson, membro da Base de Pesquisa II, intitulada Enfermagem nos Serviços de Saúde, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Esta pesquisa tem como objetivos: narrar as histórias de vidas de usuários de psicofármacos por tempo prolongado, na USF Santarém, Natal/RN-BR; identificar as possíveis causas que influenciam e desencadeiam, respectivamente, o uso de psicofármacos por tempo prolongado; buscar um maior conhecimento sobre essa problemática de saúde pública; contribuir com o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, aos usuários de medicamentos psicofármacos por tempo prolongado, bem como na Atenção à Saúde Mental, de forma integral, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

A justificativa para a realização deste estudo baseia-se na importância da sua contribuição para o planejamento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, na atenção à saúde mental, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

Caso decida aceitar o convite, o (a) Senhor (a) será entrevistado (a), pelo (a) investigador (a) desta pesquisa, através da utilização de um roteiro pré-estabelecido, o qual contém questões norteadoras sobre o tema a ser pesquisado, para auxiliar na obtenção dos objetivos do presente estudo. Com a sua permissão, o (a) investigador (a) irá usar um gravador para fazer o registro do seu depoimento, bem como utilizará um caderno de campo para fazer as anotações acerca deste estudo. A sua entrevista, depois de gravada, será transcrita e submetida à sua conferência e legitimação, e também lhe será solicitada a sua autorização para que possa ser usada, no todo ou em partes, sem restrições de prazos, bem como para seu arquivamento, e se possível, publicação dos resultados.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, que serão minimizados através das seguintes providências: o (a) Senhor (a) será esclarecido (a) que sua participação nesta pesquisa será a de narrar sua história de vida, de forma voluntária, como também se lhe ocorrer algum dano decorrente de sua participação na presente pesquisa, o (a) Senhor (a) será indenizado (a), se assim comprovarem as leis brasileiras.

O (a) Senhor (a) terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: estará contribuindo com o planejamento e desenvolvimento de cuidados de enfermagem, na atenção em saúde mental, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

Se o (a) Senhor (a) tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, o (a) Senhor (a) será ressarcido (a), caso solicite.

Projeto de Pesquisa: HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do cuidar para a enfermagem

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

O (a) Senhor (a) ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a coordenadora deste estudo, a Professora Doutora Clélia Albino Simpson, no endereço Secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, s/n, BR-101 – Lagoa Nova – Natal/RN – CEP 59072-970, ou pelo telefone: (84) 3215.3196.

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no endereço: Comitê de Ética – UFRN. Praça do Campus Universitário, BR 101 - Lagoa Nova - Natal – RN. Caixa Postal 1666. CEP 59072-970. Ou pelo telefone/fax: (84) 215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS**: o desafio do cuidar para a enfermagem. Estou ciente de que ficarei com uma cópia deste documento.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Pesquisador (a) responsável pela presente pesquisa:
Professora Doutora Clélia Albino Simpson



Impressão digital

Assinatura

Endereço profissional do (a) pesquisador (a) responsável: Secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, s/n, BR-101 – Lagoa Nova – Natal/RN – CEP 59072-970. Telefone: (84) 3215.3196. E-mail: cleliasimpson@pop.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN: Comitê de Ética – UFRN. Praça do Campus Universitário, BR 101 - Lagoa Nova - Natal – RN. Caixa Postal 1666. CEP 59072-970. Telefone/fax: (84) 215-3135. E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br
Página na Internet: www.ética.ufrn.br

Projeto de Pesquisa: HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do cuidar para a enfermagem

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE CESSÃO

Natal, __/__/____.

Prezado (a) Pesquisador (a)

Eu, _____, de Estado Civil _____, e portador (a) da Carteira de Identidade número _____, Órgão Expedidor _____, declaro para os devidos fins que participei, de forma voluntária, como colaborador (a), da pesquisa intitulada **HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do cuidar para a enfermagem**, bem como também declaro que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita e autorizada para leitura, em __/__/____, para que a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob a coordenação da Professora Doutora Clélia Albino Simpson, possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à UFRN, que tem sua guarda.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

Nome e assinatura do colaborador

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE ANUÊNCIA

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: HISTÓRIAS DE VIDAS DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: o desafio do cuidar para a enfermagem

LOCAL DE PESQUISA: Unidade de Saúde da Família (USF Santarém), Distrito Sanitário Norte II, Secretaria Municipal de Saúde - Natal - RN.

COORDENADORA (PESQUISADORA RESPONSÁVEL): Professora Doutora Clélia Albino Simpson.

PESQUISADORA: Rita de Cássia Dantas.

Após análise dos objetivos e da metodologia do projeto de pesquisa: Autorizamos a coleta de dados na área de abrangência da equipe de saúde da família nº. 34, da Unidade de Saúde da Família Santarém, Distrito Sanitário Norte II, Secretaria Municipal de Saúde – Natal - RN: Sim () Não ().

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da Instituição no relatório técnico-científico: Sim () Não ()

Quanto ao relatório técnico-científico escrito:

Requeremos a apresentação dos resultados na Instituição: Sim () Não ()

Natal - RN: __/__/____.

Núbia Galvão Fernandes
Administradora da Unidade de Saúde da Família Santarém