

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

**USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS E SUA RELAÇÃO COM OS
ARRANJOS DA CLÍNICA AMPLIADA: “UMA PEDRA NO SAPATO”**

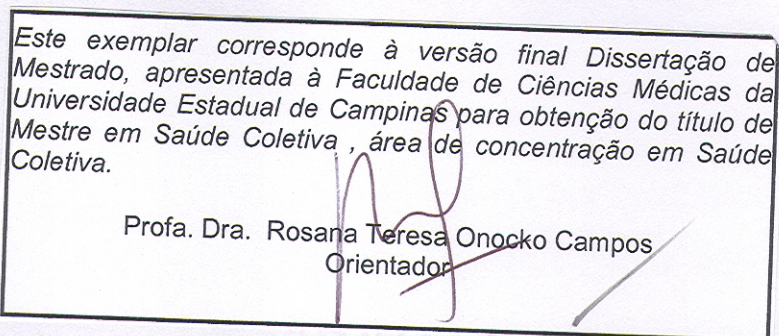
CAMPINAS

2009

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS



**USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS E SUA RELAÇÃO COM OS
ARRANJOS DA CLÍNICA AMPLIADA: “UMA PEDRA NO SAPATO”**

CAMPINAS

2009

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

**USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS E SUA RELAÇÃO COM OS
ARRANJOS DA CLÍNICA AMPLIADA**

Um subprojeto do ESTUDO AVALIATIVO DE ARRANJOS E ESTRATÉGIAS INOVADORAS NA
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (convênio Fapesp – CNPq – SUS) Processo No 06/61411-4

Dissertação de Mestrado defendida junto ao Curso de
Saúde Coletiva, na área de concentração política,
gestão e planejamento

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59u	Santos, Deivisson Vianna Dantas dos Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada / Deivisson Vianna Dantas dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2009. Orientador : Rosana Onocko Campos Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Psicotropicos. 2. Assistência em saúde mental. 3. Avaliação em saúde. I. Campos, Rosana Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	--

**Título em inglês : Psychotropic use at Southwest Campinas Primary Care and its
relationship with clinical expanded arrangements**

Keywords: • Psychotropic
• Mental health assistance
• Health evaluation

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:
Profa. Dra. Rosana Onocko Campos
Prof. Dr. José Neury Botega
Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Data da defesa: 17-02-2009

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Rosana Teresa Onocko Campos

Aluno(a): Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Membros:

1. Prof^{fa}. Dr^a. Rosana Teresa Onocko Campos

2. Prof^{fa}. Dr^a. Pedro Gabriel Godinho Delgado

3. Prof^{fa}. Dr^a. José Neury Botega

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 17/02/2009

“Escolha um trabalho que goste e nunca precisará trabalhar”

Confúcio

Agradecimentos

Unir a pesquisa acadêmica com as necessidades mais prementes da comunidade sempre me fascinou. Fico muito feliz de, seguindo linhas tortas, ter encontrado um grupo de pesquisa tão companheiro e uma orientadora que também acredita no SUS e nas infinitas possibilidades de aprimoramento deste. Isto possibilitou que eu pudesse fazer e aprender pesquisa na área na qual trabalho que é a gestão. A simbiose é tanta que, às vezes, não sei se estou pesquisando ou trabalhando, o que aumenta a disposição e motivação para ambos.

Por isso, agradeço ao grupo de pesquisa, a todos que ajudaram a tornar esta experiência de aprendizado possível e principalmente às minhas três “chefes”: Deise Fregni Hadich, coordenadora do distrito sudoeste por ter paciência e incentivar a simbiose dita antes. À Rosana Onocko Campos por todo apoio, estímulo e reforços positivos constantes, apesar de todas as dificuldades encontradas em campo. E finalmente à Sabrina Stefanello, esposa e companheira que sempre me faz lembrar que apesar de minha vida ser focada no coletivo, o coletivo é composto de indivíduos, e são eles que, no final, povoam o nosso cotidiano.

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Sumário

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I	8
UM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA	8
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	9
PROGRAMAS VINCULATIVOS DE CLÍNICA AMPLIADA E APOIO PAIDEIA	10
UMA ANÁLISE DOS ARRANJOS DE GESTÃO	11
CAPÍTULO II	14
CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA DE MERCADO	14
CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA DE MERCADO NA SAÚDE MENTAL....	16
O USO DE PSICOFÁRMACOS NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	17
OBJETIVOS	21
MATERIAL E MÉTODOS	22
COMPENDO UM PROJETO DE PESQUISA	22
DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA DELIMITAÇÃO DO CAMPO	22
A TÉCNICA DE CLUSTER	24
DIFERENCIAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS	28
COLETA DE DADOS QUALITATIVOS: GRUPOS FOCALIS E ENTREVISTAS	33
TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	35
COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS	37
RESULTADOS	41
RESULTADOS DA COLETA DE DADOS PELO DIM	41
O DISCURSO NOS GRUPOS FOCALIS	49
O DISCURSO NAS ENTREVISTAS: UMA TABELA COMPARATIVA	54
DISCUSSÃO	64
CONCLUSÃO	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	79

RESUMO

Palavras chaves: psicotrópicos, assistência em saúde mental, avaliação em saúde.

No âmbito da saúde, as novas intervenções clínicas que aparecem na mídia, logo adquirem uma aura mítica, sustentadas pelo argumento de moderno e melhor. Os riscos são minimizados e esses produtos tornam-se necessidades sociais de consumo tanto para população como para classe médica. Principalmente no caso da saúde mental, onde as doenças são construtos diagnósticos que envolvem coletâneas de sintomas, este fenômeno encontrou campo fértil de expansão. Sucessivos trabalhos demonstram que populações com quadros psiquiátricos expressivos são submedicalizadas enquanto populações com sintomas que não configuram transtornos mentais são iatrogenizadas. Desta maneira, a medicalização atinge não necessariamente o público que teria um benefício comprovado, mas um público com outras demandas socioeconômicas, com aval dos profissionais de saúde.

O objetivo do trabalho é o de comparar se os equipamentos com e sem arranjos da clínica ampliada têm comportamentos diferentes em relação ao emprego de psicotrópicos na dinâmica de suas ações em saúde.

Foi realizada categorização de unidades básicas de Campinas semelhantes sócio-econômicamente quanto à presença ou não de arranjos da clínica ampliada (existência de equipe e reuniões para construção de Projeto Terapêutico; de cadastramento e adscrição de clientela; de matriciamento; de gestão colegiada; de grupos de educação, promoção e atendimento domiciliar) pela técnica de construção dos *clusters*. A partir da formação destes agrupamentos, quantificamos a dispensação de psicofármacos e, além disso, realizamos grupos focais e entrevistas individuais com trabalhadores e usuários, para inquirir sobre o papel do uso destes nas suas ações de saúde.

Observamos altas taxas de dispensação de psicofármacos entre a população adscrita em ambos os agrupamentos: 8 a 10% em uso de antidepressivos, e 7,5% em uso de benzodiazepínicos. A eficácia destes arranjos mostrou maior impacto na produção de sujeitos críticos de suas ações. E isso foi mais evidente entre os trabalhadores e não aparece ainda, no discurso dos usuários. Evidencia-se uma dificuldade de estabelecer um diálogo, em padrões acessíveis para os usuários do SUS, sobre os efeitos das medicações.

Os usuários buscam informações sobre seus tratamentos em bulas farmacêuticas, uma vez que não se sentem apoiados pelas equipes. Esse papel é desempenhado apenas pelos psiquiatras, não sentindo os outros membros, como médicos e enfermeiros da equipe como responsáveis por essa parte do cuidado com o paciente. Nas tentativas de descontinuação ou paradas devido aos efeitos colaterais, por o fazerem sem o devido apoio, pioram clinicamente, o que reforça o temor em questionar o poder médico. A

despeito disso, os usuários valorizam abordagens multivariadas para os seus problemas e criticam o pequeno investimento das equipes nestas intervenções.

ABSTRACT

Keywords: psychotropic, mental health care, health hazard evaluation.

New clinic interventions in health care, soon acquire a mythic aura, by the argument that they are modern and better. The risks are minimized and the products become social necessities for consumers and physicians. In case of mental health, where diseases are diagnostic constructs, this phenomenon has expanded. Many studies show that people with severe mental disorders are undertreated while people with random symptoms that not constitute a psychiatry disease receive an iatrogenic treatment. Thus, the use of psychotropic affects not necessarily the public who would have a real benefit.

The objective of this project is comparing the use of psychotropic at health units with and without clinical expanded arrangements. Furthermore the objective is also analyzing differences of this use in the services dynamics.

The health units from low socioeconomic index zones of Campinas-SP was categorized on the presence or absence of clinical expanded arrangements (existence of team meetings, management care case; registration of customers; good relationship between general practices and experts; democratic local administration; groups education, promotion and home care) by the cluster technique. We have quantified the prescription of psychotropic. Moreover, we've done focus groups and individual interviews with health workers and patients, to inquire them about the psychiatry medicines role on theirs practices.

We've observed high rates of drugs prescription among the population in both groups: 8 to 10% of antidepressants, and 7.5% of benzodiazepines. The clinical expanded arrangements effectiveness has a greater impact on the production of critical workers, but this effect wasn't seen on patients. There wasn't an open dialogue about the medicines, and its uses between health workers and patients.

Patients are used to seek information about their treatment in pharmaceutical leaflets, since it does not feel supported by the health teams. Only psychiatrists are responsible for psychotropic prescription in Campinas. Other team members such as general practices and nurses don't feel responsible for this. In attempts to stop their medicine, mainly due to side effects, patients do it without proper medical support. Then, they suffer with the withdraw syndrome, which reinforces the fear to question the medical power. Despite of this, they valorize alternative approaches to their problems and criticize the lack of marketing on these interventions.

INTRODUÇÃO:

CAPITULO I

Foco na Atenção Básica

Apesar de ser promovida desde os anos 70, a estratégia de estruturação de uma “Atenção Primária à Saúde” (APS) continua gerando questões sobre sua implantação, sobretudo em busca de melhores condições de viabilidade dos sistemas de saúde como um todo (Testa, 1993) e também em relação à eficácia de suas práticas.

A partir do Relatório Dawson – Inglaterra, 1920 – (Moraes Novaes, 1990) e das experiências pioneiras da Grã-Bretanha, Suécia e ex-URSS, constituiu-se uma doutrina que difundiu alguns arranjos de gestão por todo o mundo. Mediante financiamento público, recomendava-se a construção de sistemas públicos de saúde, organizados segundo algumas diretrizes: universalidade de acesso, busca pela equidade e pela integralidade da atenção. O modelo preconizado para alcançar essas diretrizes era o da hierarquização e regionalização de uma rede de serviços com distintas complexidades, com ênfase na constituição de ampla rede de atenção primária e na ampliação da capacidade de promoção à saúde. Com a Conferência de Alma Ata, em 1978, alcançou-se um consenso de que a Atenção Primária seria definida como uma estratégia fundamental e porta de entrada do sistema de saúde. (Starfield, 2002).

A partir de então, afirma-se que a Atenção Primária deva resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os sistemas de saúde precisam ser reorganizados, tendo a ela como estratégia fundamental. Vários estudos mostram que, nos países em que esta organização atua adequadamente, há considerável melhora de indicadores de saúde com redução relativa dos custos. Essa associação é mais forte quanto mais a Atenção Primária é tratada como parte fundamental da Política de Saúde, assumindo a função de porta de entrada para o sistema como um todo (Starfield, 2002).

A proposta brasileira de Sistema Único de Saúde (SUS) filia-se a essa tradição (Brasil, 1988; 1990) e, segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aumento da verba destinada à Atenção Primária de cerca de dois bilhões e duzentos milhões de reais no ano de 2000 para mais de 7 bilhões em 2007, demonstrando a escolha brasileira em dar primazia a essa estratégia de

gestão. Essa questão ressalta a importância de estudos avaliativos de arranjos de gestão como subsídio à formulação de políticas públicas mais abrangentes.

A Reforma da Assistência Psiquiátrica priorizou o investimento em recursos extra-hospitalares, antes concentrados apenas nos grandes manicômios do país. Assim, este amplo movimento sócio-político que resultou na mudança de paradigma de assistência à saúde nesta área, também corroborou para colocar a Atenção Primária na pauta da saúde mental. Seria nela onde grande parte dos transtornos mentais seria tratada, mas que ainda carece de qualificação para o manejo desta demanda.

A Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, desde 1994, a expansão da Atenção Primária no SUS tem-se dado prioritariamente através da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com informações do Ministério da Saúde, a implantação de Equipes de Saúde da Família tem sido realizada em todo o território nacional e passou de 300 equipes em 1994 para cerca de 27000 equipes em 2008. Apesar deste crescimento significativo a cobertura do programa ainda não ultrapassa 44% da população brasileira, representando 78 milhões de habitantes (Andrade et al, 2006), isto denota que o país possui uma baixa cobertura em comparação com outros países que possuem sistemas direcionados para a atenção primária.

A ESF objetiva a reorganização da prática assistencial, com atenção centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2004). Ela preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, articuladas com a assistência curativa, de média e alta complexidade, de forma integrada, contínua, resolutiva e humana, para uma área adscrita. É organizada segundo uma equipe mínima composta de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001). A ESF é, assim, uma estratégia prioritária para o aumento da cobertura da atenção à saúde, assumindo que o acesso a ela é um direito de cidadania. Os espaços dessa atenção passam a ser fundamentalmente os domicílios e as unidades básicas de saúde (UBBS), mais próximas da população.

A ESF propõe mudanças paradigmáticas na maneira de se conceber a relação do profissional com a população e com a questão saúde-doença. Estas mudanças são muito difíceis de serem realizadas porque implicam em uma cadeia de transformações que afetam desde concepções pessoais a respeito do problema, até as questões políticas mais amplas.

Para Testa (1993), os aspectos que garantiriam que a APS fosse eficaz, relacionam-se com: a universalidade, o acesso, a regionalização, a referência e contra-referência, garantindo entrada a outros níveis de atenção. Para esse autor, a Atenção Primária se transforma em primitiva nos países subdesenvolvidos dependentes por causa de escassez de recursos; indisciplina social; incoerência entre formas organizativas e propósitos declarados; isolamento e falta de coordenação dos serviços.

Porém, o trabalho e o planejamento em saúde têm respondido quase sempre de maneira prescritiva e tecnocrática, não sabendo como lidar com a complexidade que envolve o tema saúde e com a variação de problemas do território. Desconsiderando, muitas vezes, que a eficácia guarda relação com a produção de saúde e com o impacto nos indicadores de saúde da população (Onocko Campos, 2003; Gomes da Silva, 1998; Texeira & Solla, 2005).

Programas vinculativos de clínica ampliada e apoio Paidéia

Neste contexto fomenta-se a discussão, muito presente da saúde coletiva, sobre os modelos clínicos como um imperativo em prol da eficácia do Sistema de Saúde (produção de saúde/ custo-benefício/ direito a assistência). Alguns autores retomaram essa questão de formas diversas, como Menendez (1992), quando introduz a dimensão da atenção na sua conceituação de processo de saúde/doença/atenção; Campos (1994), na sua proposta de reforma da reforma e Duncan (2004) na retomada do paradigma quanto à questão da eficácia utilizando como instrumento a medicina baseada em evidências.

O município de Campinas atual é pautado em arranjos de gestão implantados pelo Programa Vinculativo de Clínica Ampliada e Apoio Paidéia (Campos, 2003; 2005). Este programa procurou interferir no modelo assistencial da cidade a partir de 2001, alterando o modo tradicional de atendimento em todos os níveis de atenção do sistema. Trata-se de um modelo de

atendimento singularizado e personalizado, no qual cada profissional ou cada Equipe de Referência se vincula a um conjunto definido de pessoas sob sua responsabilidade, criando um sistema de referência entre equipe e pacientes (Campos, 2003).

Baseado em Starfield, 2002 e em Campos, 1994 que trazem uma série de evidências sobre como horizontalização da atenção influencia positivamente os indicadores de saúde, o Programa citado corroboraria com isso, fortalecendo o vínculo das equipes com os usuários a partir deste sistema de referência. Logo, aumentar-se-ia a responsabilização das equipes, melhorando com isso a eficácia e eficiência do trabalho a partir da ampliação da clínica praticada.

Apesar de ter sido, no seu advento uma política de governo, a implantação destes arranjos ocorreu de maneira desigual, com maior aceitação em alguns territórios do que outros. A organização da saúde no município atual segue um mosaico em que modelos de assistência clínicos tradicionais convivem com alguns arranjos da clínica ampliada.

O conceito de clínica ampliada inclui ainda a saída do paradigma biomédico tradicional com a incorporação, durante o trabalho clínico, de recursos diagnósticos e terapêuticos advindos da saúde mental, da saúde coletiva e da gestão. Com bases nestes arranjos visa-se reduzir e combater a lógica da construção de uma clínica mercadológica que será detalhada no porvir.

Uma Análise dos Arranjos de Gestão

Antes de tudo, será preciso definir o que seria um arranjo de gestão, uma vez que há uma imprecisão e até confusão deste termo com outro bastante utilizado nesta área que é o de dispositivo. Segundo Campos 2005, as organizações ou estabelecimentos funcionam em base a regras explícitas ou implícitas. Essa formação de compromisso e formulação de contratos são duas categorias centrais para o entendimento das relações da organização com seus sujeitos.

Os Arranjos são incluídos neste universo descrito, mas com uma estruturação e permanência de contratos firmados. Apesar de trabalharmos tentando desenvolver arranjos que têm a potencialidade de produzir um fluxo na direção contrária ao do já institucionalizado, eles não estão a salvo de serem cooptados pela lógica dominante. Alguns deles são descritos sucintamente a seguir.

Colegiados de Gestão: espaços em que os representantes de uma organização deliberam sobre diretrizes e rumos da mesma. São levadas para esse espaço aquelas questões sobre as quais o próprio serviço não tem autonomia para decidir, em forma de demandas que desencadeiam deliberações. Na medida do possível, todas as outras decisões são tomadas pela equipe, em comunicação lateral com os outros sujeitos, e só chegam ao Colegiado se não conseguiram entender-se. Isso institui as reuniões periódicas e abre a possibilidade de recriar processos intermediários e participativos entre os membros da equipe. (Onocko, 2002)

Apoio Matricial: um contrato em que o suporte especializado (técnico) continua existindo na forma de um apoio desvinculado das linhas de comando, buscando personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Esse apoio alimenta o desenvolvimento técnico profissional no núcleo disciplinar de cada um, reduzindo as tensões que os poderes oriundos do saber especializado produzem nos componentes de uma equipe (Campos, 2007).

Equipe de referência, adscrição do usuário: De acordo com Onocko, 2002, esse arranjo está fundamentado na importância do vínculo entre pacientes e profissionais. Uma das características das organizações contemporâneas é ter eliminado o reconhecimento do outro como ser singular. Na medida em que os profissionais conhecem os pacientes e estes os técnicos, é possível criar graus de confiança maiores, os usuários autorizam-se a perguntar e participar mais de seu próprio tratamento e as respostas profissionais deixam de ser estereotipadas. Esse arranjo consiste em que todo usuário tem um profissional de referência, responsável por seu tratamento. Este vínculo tem a potencialidade de melhorar e ampliar a clínica, logo conhecer o caso outorga aos profissionais a possibilidade de decidir com mais calma as condutas e avaliações.

Já os dispositivos caracterizam-se pelo “seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo” (Baremlitt, 1992) Ele é contrário a um equipamento, trabalhando para subverter as linhas de poder. Se o que caracteriza um dispositivo é seu funcionamento, nunca poderemos definir um *a priori*, pois outra característica dele é a sua transitoriedade, devendo ser postas em ação segundo necessidade ou demanda, que depois de um tempo cessam e dão lugar a outras. Na medida em que sua fixação/cooptação ocorre pela lógica da organização, ele deixa de ser um dispositivo. Alguns destes que são experimentados em vários serviços são:

- Cursos/capacitações/formação;
- Análise/ supervisão institucional;
- Assembléias;
- Planejamento de projetos;
- Grupos-tarefa: destinados a desenvolver projetos pontuais e específicos.

CAPÍTULO II

Construção de uma clínica de mercado

A construção da clínica moderna firma-se cada vez mais como um expoente do desenvolvimento cultural moldado na progressão da superestrutura capitalista dos últimos quinhentos anos. Karl Marx, nos primeiros capítulos de O Capital, postulou a idéia de fetiche da mercadoria. Segundo ele, essa idéia opõe-se à de "valor de uso", ou seja, de que um objeto tenha seu valor relacionado à sua utilidade, aproximando-se por sua vez ao conceito de “valor de troca”, ou seja, seu valor quantitativo.

O termo fetiche relaciona-se ao simbolismo que paira sobre o objeto, projetando nele uma relação social definida, estabelecida entre os homens. Para Guy Debord, 1967, nesta relação, o simbolo da mercadoria assume formas diferentes em todas as interações sociais priorizando o quantitativo sobre o qualitativo. O valor de troca, seja ele monetário ou não, reforça a interpretação quantitativa do objeto, como é observado pelo autor antes mencionado em seu livro *A sociedade do Espetáculo*:

“É todo o trabalho vendido de uma sociedade, que se torna globalmente mercadoria total, cujo ciclo deve prosseguir.

Para fazê-lo, é preciso que esta mercadoria total regresse fragmentariamente ao indivíduo fragmentário, absolutamente separado das forças produtivas e operando como um conjunto. Assim, a ciência especializada da dominação se especializa: fragmentando tudo, em sociologia, psicotécnica, cibernética, semiologia, etc., velando pela autoregulação de todos os níveis do processo.”

A ambiguidade que se promove, entre objetos de consumo e objetos de desejo, desarticula, de certa forma, a relação dos sujeitos com a dimensão simbólica do desejo, e lança a todos no registro da satisfação de necessidades, que é real no subjetivo de cada cidadão. Deste modo, toda descoberta científica, mesmo que intangível, é uma invenção e pode assumir o papel de uma mercadoria. Uma mercadoria que nos moldes atuais possui mais acentuado o valor de troca, traduzindo-se por expressões de que quanto mais novo melhor ou quanto mais caro mais eficaz um produto o é.

Não obstante, podemos também relacionar que existe um fetiche, um imaginário ao conhecimento técnico-científico produzido atualmente, alimentado pelos meios de comunicação existentes. Uma projeção da satisfação de necessidades já mencionada ocorre através de produtos ou invenções revestidos de uma racionalidade instrumental imparcial que na verdade é irreal.

No âmbito da saúde, que nos interessa, novos procedimentos diagnósticos, equipamentos e intervenções clínicas que aparecem na mídia, logo adquirem um valor muito diferente. Em torno deste procedimento elabora-se uma aura mítica, sustentada pelo argumento de moderno e melhor. Os riscos e possíveis iatrogenias são minimizados e o produto é mais demandado pelo seu valor de troca do que pelo seu valor de uso e como já mencionado anteriormente, tornam-se necessidades sociais. Constroem-se assim novas demandas, influenciando a percepção de qualidade da população e de profissionais de saúde. (Tenório, 2005)

Mesmo pesquisas cuidadosas podem conter vieses ou bias influenciados pelos aspectos financeiros do complexo industrial médico hospitalar representado pelas indústrias farmacêuticas e de materiais de procedimentos médicos. Kjaergard e Als-Nielsen, 2002 demonstraram, comparando diversos tipos de conflitos de interesses declarados em estudos científicos randomizados, que os financeiros são os que mais afetam o tipo de resultado alcançado. Estes mesmos estudos são utilizados por diversos profissionais de saúde para fundamentar suas práticas clínicas, sem os questionarem antes de os adotarem como verdade corrente.

Existem outras variáveis implicadas não apenas nos rumos e resultados da construção do conhecimento científico, mas também na própria tomada de decisão médica, mais precisamente na prescrição de medicações. Prosser, 2003 aponta que uma dessas variáveis são os representantes de laboratórios como forte indutores da prescrição de novas drogas. Também nesta direção Avorn, 1982 demonstrou que a atualização científica sobre medicamentos de muitos médicos provém dos materiais advindos de propaganda de laboratórios, mesmo que estes forneçam informações que vão de encontro a estudos validados por revistas científicas reconhecidas.

É neste ambiente que presenciamos um aumento do uso de psicofármacos na prática clínica em todo o mundo, congruente com o maior uso de procedimentos médicos invasivos em várias áreas da saúde.

Construção de uma clínica de mercado na saúde mental

Problemas de saúde mental são muito frequentes, figurando como uma das principais demandas da população nos estabelecimentos de saúde, principalmente nos serviços que compoem a Atenção Primária. Goldberg, 1982 concluiu que o Médico de Família presta os primeiros cuidados a mais de metade dos cidadãos que procuram ajuda por perturbações mentais, podendo mesmo dizer-se que arca com a responsabilidade de lidar com mais de 95% dos problemas desta natureza.

Esse fenomeno tambem é verificado no Brasil. Tanaka & Ribeiro, 2006, em estudo nas unidades básicas de saúde de São Paulo, mostraram que apesar das queixas de saúde mental serem pouco valorizadas, são constadas como a principal demanda por 56% da equipes de saúde da família. Contrastando com essa evidente necessidade, percebe-se que há uma fragilidade na articulação entre os campos da saúde mental e atenção primária. Neste estudo, foi demonstrado também que os profissionais pesquisados desconsideram intervenções do tipo ouvir mais, conversar, consultas mais freqüentes, dar atenção como parte dos recursos possíveis de manejo destas queixas. As atuações reconhecidas são circunscritas ao universo de procedimentos médicos que ganham a alcunha de modernos e científicos, entre eles o uso de medicações.

Não podemos negar que os transtornos mentais respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos mentais, mas em contrapartida, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Tal descompasso produz uma realidade em que os custos indiretos gerados pela desassistência a esses problemas, provenientes do aumento da duração dos transtornos e da conseqüente incapacitação, acabem por superar os custos diretos (OMS, 2001).

Por outro lado, o próprio complexo médico hospitalar utiliza o argumento das altas taxas de prevalência de transtornos mentais para justificar o aumento do uso de psicofármacos na prática clínica de saúde mental. Este aumento, por sua vez, não é causa apenas das altas prevalências e possui vários fatores de desencadeamento deste processo. Alguns destes já foram mencionados, como foi o caso do forte investimento das indústrias farmacêuticas na propaganda

e divulgação dos seus produtos. Além disso, Almeida, 1984, ressalva as próprias contradições internas do saber acadêmico biomédico. Este discurso acadêmico é insuficiente para abranger e solucionar do que ele chama de demanda extra-hospitalar, deixando um amplo espaço a ser ocupado qualquer discurso que apresente um forte apelo fetichista.

Principalmente, no caso da saúde mental, onde as doenças são construtos diagnósticos que envolvem coletâneas de sintomas, percebemos que este fenômeno encontrou campo fértil de expansão. Há uma grande confusão entre os profissionais médicos sobre o que é uma doença que mereça uma intervenção medicamentosa e sobre outra que mereça outras formas de intervenções. Diversos estudos (Maragno, 2006, Robins e Regier, 1991, Roberts F, 1998) revelam que o aparecimento da sintomatologia “considerada da área da saúde mental” possui relação explícita com os fatores socioeconômicos. A prevalência destes sintomas mostra-se associada segundo Maragno, aos indivíduos de maior vulnerabilidade social, à baixa escolaridade e à menor renda per capita, evidenciando que qualquer intervenção deve incluir a abordagem destes temas, o que raramente é feito pelas equipes de saúde.

Existe também uma dificuldade na diferenciação entre sintomas e diagnósticos. É comum a existência de sintomas isolados sem compor com demais um diagnóstico validado, a isto se entende por Transtornos Mentais Comuns (TMC) ou Distúrbios psiquiátricos menores (minor psychiatric disorders). A presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas podem ocorrer sem delinear de fato uma doença mental merecedora, a priori, de uma intervenção farmacológica. Em estudos de base populacional a prevalência deste “transtorno” varia entre 7% a 30% (Coutinho et al., 1992; Ludermir e Melo Filho, 2002), chegando a 56% em estudo recente na atenção primária de Petrópolis-RJ (Fortes, 2004).

O uso de psicofármacos na clínica da Atenção Primária

Nos últimos 10 anos verificou-se um aumento significativo do consumo de psicofármacos em todo mundo. Os fármacos antidepressivos, segundo Cadilhe S., em 2002, eram a 3ª classe terapêutica em termos de gastos financeiros, com um aumento de 18% em 2000, representando, em 2002, 4,2% do mercado farmacêutico global. O seu uso e prescrição têm aumentado, não

apenas em quantidade, mas também em duração do uso, por períodos às vezes maiores do que os preconizados na literatura especializada. (Hull SA., 2006). No próprio município de estudo, Campinas, Ribeiro et al, 2007 identificou que o tempo médio do uso de benzodiazepínicos era de 10 anos e que mais da metade da população estudada não recebera informação sobre sua medicação de uso.

Diversos países, sobretudo os que possuem NHS (National Health System), vêm gradativamente se debruçando mais e mais sobre a questão. Vedia (2005) demonstrou altas taxas de prescrição de psicofármacos na atenção primária europeia, sendo que o índice médio chega a 8% da população (ADQ-average daily quantities: 7,97%). Não apenas organizações ligadas à saúde pública se preocupam com a escalada do uso de psicofármacos, mas também outras entidades internacionais. É o caso da *International Narcotics Control Board* que considera preocupante o uso de benzodiazepínicos (psicofármacos do subgrupo dos ansiolíticos), que, em 2005, apresentou uma das maiores taxas de utilização na Europa com aumento de 3,9% na participação no mercado total de medicamentos (INCB, 2004).

Em recente trabalho, Castro (2005) verificou que a prescrição de um psicofármaco possui uma relação definida de proporcionalidade direta com fatores como: especialização do profissional, número de médicos por habitantes, perfil etário da população, frequência à unidade de saúde, renda familiar, distância da unidade de saúde; muito mais do que apenas pela existência ou não de um diagnóstico psiquiátrico. Ou seja, o fato de uma pessoa viver em uma região com maior concentração de médicos acarreta em uma chance maior de receber a prescrição de uma medicação do que uma pessoa que vive em uma região com menor concentração. Outro fato interessante é perceber que a probabilidade de se prescrever um psicofármaco também é maior em pessoas que vão mais aos estabelecimentos de saúde ou que estão mais próximas destes. Existe, portanto, um potencial de maior utilização desse procedimento, pelos serviços e profissionais obedecendo a outras lógicas que não apenas a indicação técnica especializada.

Se por um lado observamos a medicalização excessiva da população, por outro alguns autores como Simon GE, 2004 apontam que os médicos de família não conseguem reconhecer doentes com episódios depressivos maiores apesar das altas prevalências desta condição na população geral, o mesmo pode-se dizer quanto aos transtornos mentais comuns. Neste estudo internacional (Espanha, Israel, Austrália, Brasil, Rússia e EUA), voltado para a atenção primária

destas nações, verificou-se que apenas a minoria dos pacientes portadores no caso de transtorno depressivo maior é tratada com antidepressivos ou qualquer outro tipo de abordagem. Ademais, concluem a partir das tabelas 2 e 3 reproduzidas a seguir que a probabilidade da existência de um tratamento adequado parece estar mais associada ao sistema de saúde de cada local e ao conhecimento quanto aos efeitos das medicações do que a características clínicas dos pacientes; como também as barreiras financeiras podem ser mais importantes do que o estigma como um impedimento para esse tratamento.

TABLE 2. Primary Care Patients With Current Depressive Disorder Who Received Treatment for Depression During a 9-Month Period at Study Sites in the Longitudinal Investigation of Depression Outcomes^a

Treatment	Barcelona (N=185) (%)	Be'er Sheva (N=161) (%)	Melbourne (N=170) (%)	Porto Alegre (N=155) (%)	St. Petersburg (N=155) (%)	Seattle (N=142) (%)	χ^2 (df=5)	p
Any antidepressant	21	4	11	11	0	38	115	<0.001
Effective dose of an antidepressant	20	2	9	10	0	33	107	<0.001
Any specialty mental health visit	13	14	29	8	3	22	58	<0.001
More than three specialty mental health visits in 3 months	8	9	19	4	1	13	41	<0.001
Any treatment	29	17	34	17	3	49	104	<0.001
Any potentially effective treatment	24	10	24	11	1	40	96	<0.001
Any benzodiazepine	14	5	13	0	3	0	56	<0.001

^a The Longitudinal Investigation of Depression Outcomes is a cross-national observational study of major depression and its correlates in primary care in six field study sites.

TABLE 3. Barriers to Receiving Treatment for Depression Reported by Primary Care Patients With Current Depressive Disorder at Study Sites in the Longitudinal Investigation of Depression Outcomes^a

Barrier	Barcelona (N=185) (%)	Be'er Sheva (N=157) (%)	Melbourne (N=169) (%)	Porto Alegre (N=155) (%)	St. Petersburg (N=155) (%)	Seattle (N=142) (%)	All Sites (N=963) (%)	χ^2 (df=5)	p
Treatment is embarrassing	8	21	27	7	21	30	15	48	<0.001
Seeking treatment might compromise job opportunities	14	15	16	20	16	20	17	4.0	0.54
Family or friends discourage treatment	7	3	11	11	5	8	8	14.8	0.01
Taking medication makes you feel unwell	25	21	37	32	16	42	28	36	<0.001
Treatment is long distance away or inconvenient	4	13	15	5	22	17	12	39	<0.001
Treatment is not affordable	24	26	32	40	75	38	38	117	<0.001

^a The Longitudinal Investigation of Depression Outcomes is a cross-national observational study of major depression and its correlates in primary care in six field study sites.

Esta ultima análise poderia ser contraditória com todo texto já exposto, afinal como poderia haver uma medicalização da sociedade se esta é baseada também nos diagnósticos médicos, se estes últimos são subrealizados?

A resposta para esta pergunta está no fato de que as duas afirmações são verdadeiras e não excludentes. Ocorre o que podemos chamar de paradoxo do suporte psicofarmacológico na clínica médica da saúde mental: populações com quadros depressivos expressivos são submedicalizadas enquanto populações portadoras de sintomas e que não chegam a preencher os

critérios diagnósticos para transtornos mentais são iatrogenizadas. Portanto, uma posição contrária ao uso de remédios é de certo modo muito superficial quando nos deparamos com o uso direcionado também pela lógica do valor de troca, do mercado. Neste sentido a medicalização atinge não necessariamente o público que teria um benefício comprovado, mas um público com outras demandas socioeconômicas com aval dos profissionais de saúde.

Balestrieri e Carta, 2004 realizaram um estudo na atenção primária italiana e demonstraram que 50% do pacientes com o diagnóstico de depressão realizado pelos médicos não apresentavam pontuação para depressão segundo escalas validadas como a de Hamilton. Por outro lado, somente 21% do total de pacientes que teriam benefícios com antidepressivos estavam recebendo tratamento medicamentoso. O mesmo estudo também aponta que dentre os pacientes com o diagnóstico de depressão realizado pelos médicos, 28% deveriam ser tratados com antidepressivos e quase metade deles não estavam recebendo o tratamento medicamentoso, corroborando assim com outros trabalhos já descritos.

Outra faceta deste problema envolve também o baixo “empowerment” que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, isto é, a baixa apropriação que os usuários possuem quanto ferramentas que os transformem em sujeitos ativos de decisões sobre o seu tratamento. Há, principalmente, um baixo conhecimento em relação aos efeitos benéficos e colaterais de qualquer tratamento medicamentoso. Winter, 2007 expõe que apenas 39% dos entrevistados de serviços de atenção primária do Canadá foram informados dos efeitos colaterais possíveis pelo seu médico e apenas 23% destes foram informados das alternativas à tomada de medicação psiquiátrica. O baixo envolvimento dos usuários reduz ainda mais a capacidade crítica do processo decisório na escolha do tratamento, permitindo que o poder desta decisão recaia apenas nos profissionais de saúde.

Illich, 1982 já apontava que a transformação de situações corriqueiras ou variações cotidianas em objeto de estudo da medicina estigmatiza as pessoas, gerava medo, insegurança e dependência de serviços médicos. Todos estes fatores podem ser classificados como espectro do baixo empowerment e conhecimento dos usuários em relação aos respectivos tratamentos. Este movimento apenas aumenta a vulnerabilidade da clínica à economia de mercado, ao complexo médico hospitalar e enfraquece o vínculo terapêutico que é sustentado por outros arranjos clínicos ampliados.

OBJETIVOS:

GERAL: Avaliar uso de psicofármacos em unidades de saúde da atenção primária de Campinas, inseridas em zonas de alta vulnerabilidade social, relacionando-o com as diferentes formas de arranjos organizacionais da estratégia de saúde da família.

ESPECÍFICOS:

- Averiguar as taxas de dispensação de psicofármacos para a população adscrita nas regiões já citadas, associando às variáveis organizacionais.

- Analisar o papel que os psicofármacos desempenham nos arranjos terapêuticos estudados a partir do discurso dos atores envolvidos no processo.

MATERIAL E MÉTODOS:

Compondo um projeto de pesquisa

Este projeto desenhou-se como um componente de uma pesquisa denominada “ESTUDO AVALIATIVO DE ARRANJOS E ESTRATÉGIAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” (Convênio Fapesp – CNPq – SUS Processo No 06/61411-4). Esta, por sua vez, avaliou a rede de atenção primária de saúde de Campinas em relação ao impacto de alguns novos arranjos e estratégias. A consolidação do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública, trouxe a necessidade de investigações acerca de seu processo de implantação, da eficácia de seus métodos de trabalho e do respeito às suas diretrizes, sendo, portanto, uma pesquisa avaliativa destes novos arranjos que serão pormenorizados no decorrer da metodologia.

A pesquisa na qual este projeto está inserida tem diversos eixos de investigação. No entanto, a coleta dos dados qualitativos a partir dos grupos focais foi feita em conjunto, utilizando roteiro que abrange todas as outras questões estudadas, inclusive a deste projeto.

Definição de Critérios para Delimitação do Campo

A cidade de Campinas possui pouco mais de um milhão de habitantes e divide-se em cinco distritos sanitários (DS) que administram as redes de saúde de suas referências. Devido ao seu tamanho e complexidade em termos de aparelhos de saúde, definiram-se como alvo para estudo as áreas de periferia do município, com populações em grande parte dependentes exclusivamente do SUS, com baixa escolaridade e renda familiar. A partir dos dados do IBGE em relação ao Censo Demográfico 2000 coletamos as informações quanto aos indicadores socioeconômicos. Como resultado, foram escolhidos para a análise os distritos de saúde SUL e SUDOESTE (pintados de roxo e amarelo no mapa a seguir).

O município configura-se com uma grande diversidade não apenas em sua rede de saúde, mas também quanto aos indicadores sócio-econômicos até mesmo dentro de um mesmo DS,

dificultando o estudo de intervenções e arranjos em saúde direcionados a um determinado território. Desta maneira, o estudo focalizar-se-á apenas em algumas Unidades Básicas de Saúde dos distritos escolhidos, que compartilhem de condições sociais semelhantes.

Estabelecemos os seguintes critérios sociais de inclusão para o estudo:

- SUS dependência alta (acima de 70% da população).
- Proporção de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo muito baixa (até 4% das famílias).
- Proporção de chefes de família com renda igual ou maior a 10 salários mínimos muito baixa. (até 7% das famílias).

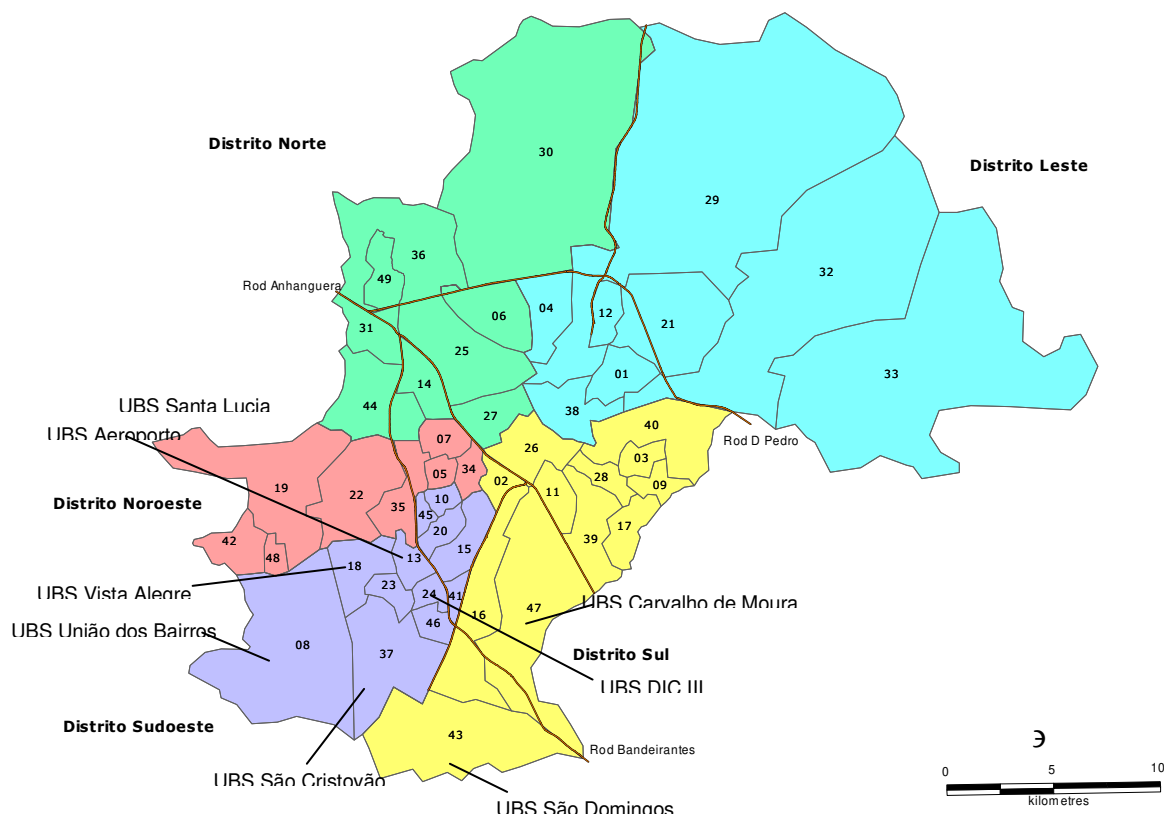
Outros critérios foram utilizados com o intuito de visar uma maior uniformidade também do ponto de vista da estrutura de recursos físicos e humanos. Foram utilizados como parâmetros:

- Número de equipes de saúde da família entre 3 a 4 por unidade.
- Possuam número de médicos 36h semanais entre 4 a 8 por 20.000 habitantes.

A partir dos critérios de inclusão supracitados buscamos maior homogeneização dos aspectos sociais e estruturais dos serviços em análise, reduzindo a influência de possíveis vieses quanto à diferença de perfis e demandas de saúde secundárias a esses fatores.

Nos distritos em análise, oito unidades básicas de saúde preencheram os critérios supracitados. São elas: UBS União dos Bairros, UBS Santa Lúcia, UBS Aeroporto, UBS Vista Alegre, UBS Dic III, UBS São Cristóvão, UBS São Domingos e UBS Carvalho de Moura (figura 1).

LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES ESCOLHIDAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS. (figura1)



A técnica de Cluster

As técnicas de *cluster* são “relativamente” recentes. Têm mais ou menos 40 anos e ganharam impulso com o advento dos computadores. São técnicas estatísticas em que são analisadas as linhas e as colunas de uma determinada matriz de dados. Por meio dessas técnicas é possível dizer quais das unidades básicas possuem características que estão mais próximas entre si, em função das variáveis consideradas.

Mastermann, 1970 defende a utilização de K-algoritmos (que são uma forma de se fazer *clusters*) para descobrir novas relações entre os objetos estudados e, assim, identificar novos eventos e associações e, por meio delas, reformular ou questionar os paradigmas existentes e analisar até onde, os paradigmas existentes, são capazes de explicar os eventos observados.

A construção dos *clusters*, embora seja uma técnica de matemática algébrica elaborada, não pode prescindir de uma etapa inicial muito ligada aos aspectos subjetivos de quem vai fazer a pesquisa. A identificação de unidades de estudo, isto é: quem vai ser analisado, onde vou encontrar essas unidades, quando vou estudá-las, não é tão subjetiva, mas a seleção das variáveis que devem ser estudadas, além da identificação das questões centrais as quais a construção de *clusters* ajuda a responder, são etapas que envolvem um grande componente qualitativo e que deve ser feito de forma a considerar diferentes olhares, isto é, deve ser feito de forma interdisciplinar. Mesmo qualitativo tal componente possui um rigor na sua aferição pela forma de determinação dos clusters a partir dos cuidados que foram tomados na coleta e processamentos de dados que será discriminada na seqüência do texto.

Essa técnica será utilizada para definição de grupos de unidades de saúde com semelhanças nos aspectos de utilização dos seguintes arranjos de gestão eleitos:

- Constituição de equipe de saúde da família
- Existência de cadastramento e adscrição de clientela nos principais programas de atuação da unidade;
- Existência de reuniões de equipe de referencia com participação da maior parte da equipe e com regularidade e espaços fixos de discussão.
- Presença da equipe de saúde mental.
- Existência de matriciamento com regularidade e discussão conjunta com as equipes de referencia
- Existências de estratégias de acolhimento à crise em saúde mental.
- Construção de Projeto Terapêutico Singular para os casos de maior risco clínico e vulnerabilidade social
- Abordagem dos casos com ações diversas, e não apenas consultas individuais, como grupos de educação, promoção e atendimento domiciliar.

Os arranjos a serem estudados foram definidos como os acima após uma série de reuniões com pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social, representantes gestores da rede básica-alvo e pesquisadores externos. Este grupo de trabalho serviu para construir e validar

coletivamente um instrumento (questionário) que se encontra em anexo (I). Foram realizadas duas etapas de reuniões com os componentes mencionados em que se determinou a importância de cada uma das variáveis eleitas, sendo definidos pesos para cada uma delas. A partir de então uma pontuação foi criada para delinear a “força” de cada um dos arranjos: por exemplo, uma unidade que referia possuir colegiado gestor, mas que se reunisse periodicamente, em que participasse mais de duas categorias profissionais e que elaborasse as suas pautas pelo grupo e não apenas pelo coordenador pontuava mais do que aquelas que apenas referiam ter colegiado gestor e que, contudo, não apresentaram estes outros diferenciais. Para isso foi criada uma escala de pontuação que quantificava a magnitude da utilização dos arranjos em cada unidade (ver questionário em anexo).

O instrumento foi testado em duas unidades básicas de saúde fora do campo de pesquisa (UBS Santa Bárbara e UBS Santa Mônica), após este teste ele retornou para o grupo ampliado de pesquisa com a participação de representantes de gestores da rede para nova discussão e adaptação final. O questionário pôde ser usado para pesquisar todos os itens citados acima a partir de avaliações da qualidade da implantação dos arranjos.

A seguir, na tabela 1, demonstramos as definições dos pesos de cada uma das variáveis definidas a partir destes encontros com o grupo de pesquisa ampliado. Uma importância maior foi dada aos arranjos ligados a práticas de co-gestão e de organização do processo de trabalho a partir de ferramentas da clínica ampliada, apenas 10% da formação do vetor caracterizador da unidade foi destinado a fatores estruturais, uma vez que na pré-seleção destas mesmas unidades eles já foram levados em consideração.

Variável	Pesos	Contribuição
Recursos Humanos (médicos)	3	8%
Estruturação da Reunião de Equipe	4	11%
Elaboração de Projetos Terapêuticos	2	6%
Existência de Apoio em Saúde Mental	5	11%
A Existência de Equipe de saúde Mental	1	2%
Atividades assistenciais coletivas/equipe	7	16%
Estratégias de intervenção no território	6	15%
Existência de gestão colegiada	7	18%
Atuação da comunidade na gestão	5	12%
Total	41	100%

Tabela 1

Nas primeiras aplicações “piloto” percebeu-se a relevância de preencher o instrumento coletivamente, com a presença de vários integrantes da equipe. A discussão que ocorria no momento de responder determinada questão, também revelava, em parte, o grau de implantação daquele item na unidade. A aplicação foi realizada por dois pesquisadores, sendo um responsável por colocar o problema para a equipe e outro por anotar os dados e pontuá-los. O período de aplicação do questionário foi entre novembro a dezembro de 2007. Utilizamos uma estratégia de não perguntar diretamente a respeito do item a ser discutido, mas sim, introduzir aquela problemática de maneira mais ampla de modo que em algum momento da discussão respondessem o que era preciso. Sua aplicação, em cada unidade, contou com a participação de cinco a oito trabalhadores pertencentes a diferentes categorias profissionais.

Após cada UBS receber pontuações comparáveis em todos os itens discriminados, utilizamos o software S-Plus 4.0 para medir as distâncias entre cada unidade de saúde em função do grau de existência dessas características. O programa se valeu da análise de agrupamento ("Cluster Analysis").

O objetivo desta técnica multivariada é: dado um número de objetos ou indivíduos, cada um descrito por um conjunto de medidas, obter um esquema de classificação para agrupar os indivíduos em um número de classes tal que os indivíduos dentro das classes são similares em algum aspecto e diferente das outras classes. O número de classes e as características de cada classe devem ser determinados. Em suma, esta técnica agrupa elementos de modo a formar grupos homogêneos dentro deles e heterogêneos entre eles (Everitt, 1974). As técnicas de análise de agrupamento podem ser usadas como redução de dados, visto que reduzem a informação de um conjunto total de N indivíduos para a informação sobre K- grupos, onde K é muito menor de que N.

O critério para formação dos grupos é dado por medidas de similaridades, sendo a mais utilizada a distância euclidiana. As medidas das distâncias euclidianas são mensurações do comprimento de um segmento de reta desenhado entre dois objetos, tal que, dadas duas variáveis X e Y, que possam ser representadas num espaço bidimensional por pontos cujas coordenadas sejam X1, Y1 e X2, Y2 tem-se que:

$$D (\text{Distância}) = \sqrt{(X_2 - X_1)^2 + (Y_2 - Y_1)^2} .$$

A matriz de distância entre os grupos é o ponto de partida dos diferentes métodos usados para resolver o problema de análise de cluster, sendo o mais utilizado o exposto acima. A fórmula geral da medida da distância euclidiana ($D_{i,j}$) entre a observação i e a observação j , num espaço n -dimensional, é dada por:

$$D_{i,j} = \sqrt{\sum_{k=1}^n (x_{ki} - x_{kj})^2}$$

Onde x_{ki} é o valor da variável x_k para a observação i , x_{kj} é o valor da variável para a observação j , e a soma ocorre para todas as variáveis x consideradas. Os pontos de observação foram, no nosso estudo, as oito unidades básicas de saúde eleitas para a pesquisa. Desta maneira a determinação das variáveis e a definição de sua contribuição na caracterização dos agrupamentos são grandezas qualitativas

Uma vez definidos os clusters ou agrupamentos de unidades semelhantes, procedeu-se à coleta de dados. O projeto teve três fontes de captação de informação: uma a partir de grupos focais, outra a partir de entrevistas com usuários de psicotrópicos a mais de seis meses e outra através da coleta de dados sobre a dispensação de psicofármacos nestes distritos.

A diferenciação dos agrupamentos

Após a aplicação do piloto, procedemos com a coleta de dados a partir da aplicação do questionário do anexo I nas unidades pré-selecionadas e tivemos nosso primeiro contato com os representantes das equipes de saúde da família de cada unidade. Estes questionários foram processados pelo grupo de pesquisa e a tabela seguinte lista as pontuações de cada centro de saúde em cada um dos itens do questionário:

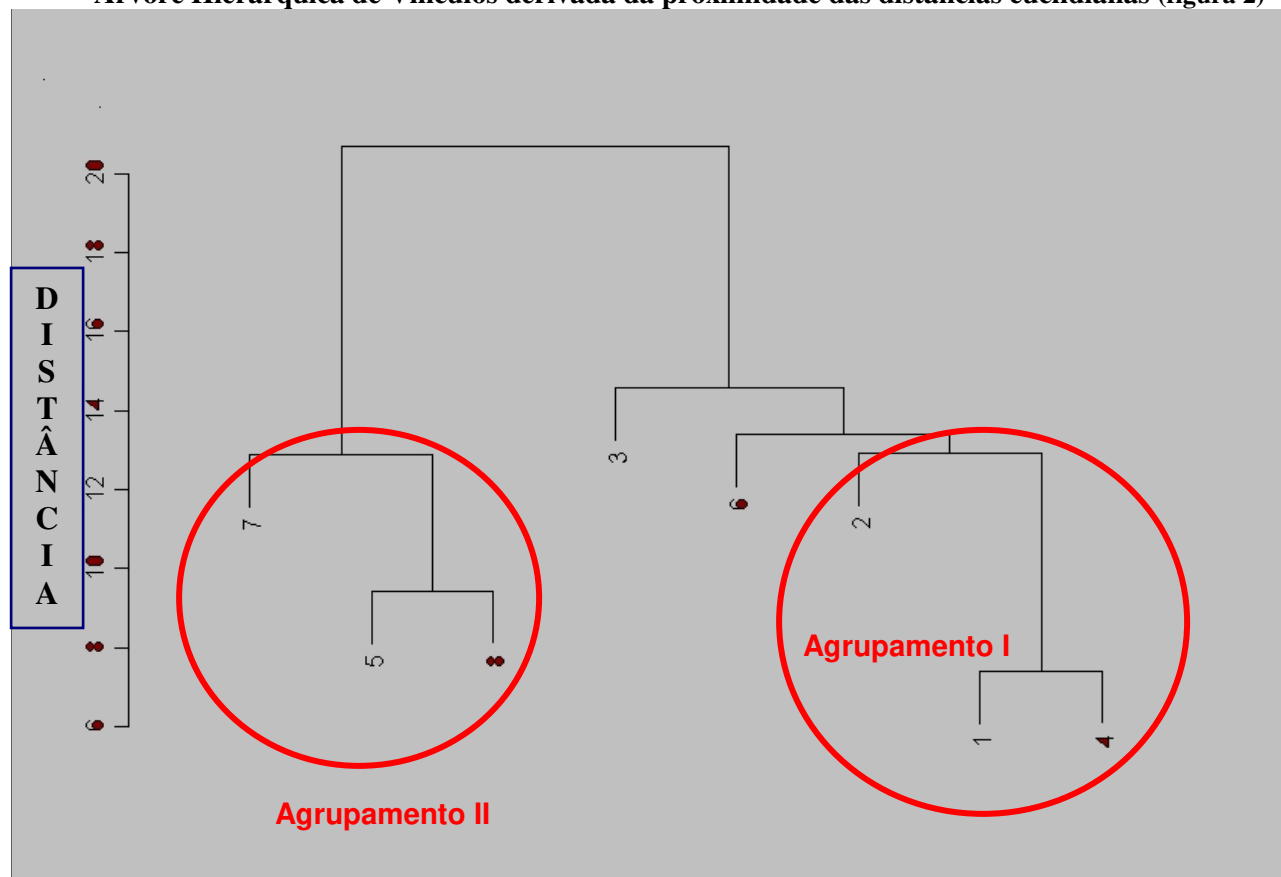
	1	2	3	4	5	6	7	8
Item Avaliado	DIC III	Aeroporto	São Cristovão	C. Moura	União Bairros	S. Domingos	Vista Alegre	Santa Lucia
1. Cadastro, acesso e adscrição de Clientela	12	12	13	12	7	11	12	9
2. Recursos Humanos (médicos)	14	7	6	12	7	11	9	9
3. Estruturação da reunião de equipe	11	12	13	13	8	10	2	4
4. Elaboração de Projetos Terapêuticos	6	5	2	5	4	0	4	1
5. Existência de apoio matricial em SM	10	0	9	5	7	4	2	2
6. Existência de Equipe própria de SM	3	2	2	1	2	3	2	3
7. Atividades assistenciais coletivas/equipe	18	17	18	16	11	8	17	6
8. Estratégias de intervenção no território	12	17	15	10	16	13	12	11
9. Fluxo específico da saúde mental	3	4	3	1	4	3	3	1
10. Existência de gestão colegiada	18	20	10	20	8	18	5	5
11. Atuação da comunidade na gestão	12	15	11	9	10	8	11	10
12. Integração com outros serviços de saúde	8	10	8	1	10	6	5	3
13. Total	127	121	110	100	96	94	85	64

Tabela 2

A análise seguinte ocorreu utilizando o software S-Plus 4.0 a partir do qual foram descartadas as variáveis que eram similares quanto ao comportamento em todas as unidades e que não influenciavam na diferenciação da formação do vetor que as caracterizavam. Foram elas as variáveis (1) Cadastro, acesso e adscrição de clientela, (9) fluxo específico da saúde mental e (12) Integração com outros serviços de saúde.

Assim, com base nas nove variáveis restantes procedeu-se com a construção da matriz de diferenças euclidianas entre cada combinação de UBS, obtendo uma "árvore hierárquica de vínculos" ("linkage tree"), figura 2, que começa com tantos grupos quanto unidades observadas (cada unidade é um grupo) e termina com um só grupo que inclui todas as unidades. A seguir, podemos visualizar a matriz de proximidade entre cada centro de saúde, tabela 3. Nela, percebemos que os mais próximos entre si são os CS DIC III (1) e o CS Carvalho de Moura (4) (distância 7,42) e os mais distantes são os CS Aeroporto (2) e Santa Lúcia (8), (distância 20,69).

Árvore Hierárquica de Vínculos derivada da proximidade das distâncias euclidianas (figura 2)



Legenda

1	2	3	4	5	6	7	8
DIC III	Aeroporto	São Cristovão	C. Moura	União Bairros	S. Domingos	Vista Alegre	Santa Lucia

	MATRIZ DE PROXIMIDADE DAS DISTÂNCIAS EUCLIDIANAS ENTRE AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE							
	Unidades Básicas de Saúde							
Unidades	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,00000							
2	12,92285	1,00000						
3	10,58301	14,59452	1,00000					
4	7,41620	11,74734	13,22876	1,00000				
5	15,09967	16,52271	9,59166	16,52271	1,00000			
6	13,37909	13,41641	13,89244	10,29563	12,68858	1,00000		
7	17,77639	19,10497	13,85641	19,20937	12,88410	19,62142	1,00000	
8	20,02498	20,68816	15,77973	19,94994	9,43398	15,09967	11,53256	1,00000

Tabela 3

Estabelecemos como ponto de corte para a formação dos agrupamentos as diferenças maiores do que 13.00, desta forma dois grupos se sobressaem conforme as similaridades: O agrupamento denominado I que é composto pelas UBS Aeroporto, DIC III e Carvalho de Moura. Já o agrupamento denominado II é composto pelas UBS Santa Lúcia, Vista Alegre e União dos Bairros. Assim pelo critério arbitrário de corte em distâncias não superiores a 13.00 as UBS São Cristóvão e São Domingos foram excluídas do estudo. E finalmente, devido à inexistência do DIM nas unidades União dos Bairros e Carvalho de Moura, estas também foram excluídas.

Desta maneira obtivemos a caracterização de dois agrupamentos com pequenas diferenças quanto aos arranjos de gestão. Essa distinção não é absoluta nem excludente, pois não podemos afirmar que nos agrupamentos resultantes existam ou não tais arranjos, mas sim que possuem maior proximidade quanto à proposta teórica dos arranjos estudados.

Logo, podemos observar o **Agrupamento I** (UBS Aeroporto, DIC III e Carvalho de Moura) como uma unidade de atenção à saúde com 10 equipes de saúde da família, responsável cada uma delas por 5000 habitantes em média, totalizando uma população de 50.000 pessoas. A maior deficiência de recursos humanos para estas equipes eram os agentes comunitários de saúde, necessitando de mais 32 profissionais para que se atingisse o preconizado de um agente para cada 750 pessoas. Quanto aos recursos médicos, apenas duas das dez equipes, na época da coleta de dados, não possuíam generalistas e todas tinham apoio de pediatras e ginecologistas, em média um para cada duas equipes. Quanto ao processo de trabalho, predominava neste, a existência de uma gestão colegiada a partir de fóruns há mais de um ano (colegiado gestor e núcleos de saúde coletiva) com periodicidade regular, contando com a participação de mais de duas categorias profissionais, com elaboração de pautas conjuntas e sua divulgação entre os elementos representados. Outro ponto visível neste cluster, é que as equipes se organizavam para garantir espaços fixos de reunião com a participação de todos os integrantes, com o objetivo de planejarem as suas ações, discutirem casos e formularem projetos terapêuticos para aqueles que consideravam mais complexos. Também possuíam um número alto, em comparação com outras unidades, de atividades em grupos, tanto dentro do serviço, como utilizando outros espaços comunitários. Apesar de não uniforme possuíam estratégias contínuas de apoio especializado da saúde mental e atuavam no território adscrito a partir de reuniões intersetoriais e visitas

domiciliares. Portanto este agrupamento tem um maior grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada.

Em contrapartida observamos o **Agrupamento II** (UBS Santa Lúcia, Vista Alegre e União dos Bairros) que presta assistência a 71.000 habitantes perante as mesmas condições sócio-econômicas do agrupamento I. É composto teoricamente por 13 equipes de saúde da família responsáveis por 5.500 habitantes em média. Digo teoricamente, pois uma das unidades não se organizava, na época do estudo, formalmente subdividida em equipes, contando com uma divisão de trabalho por área de especialização da saúde como atenção à mulher, à criança, à saúde mental e etc... Aqui, novamente o profissional mais escasso era o agente comunitário de saúde, onde seriam necessários mais 48 para que o preconizado de um agente para cada 750 habitantes, no cluster, fosse alcançado. Das treze equipes, nove possuíam generalistas e existiam, da mesma forma, um pediatra e um ginecologista em média para cada duas equipes. No tangente ao processo de trabalho, inexistiam arranjos como colegiados ou núcleos de gestão participativa, sendo a maior parte das decisões tomadas pela coordenação local. Havia, de maneira irregular, reuniões de equipes como estratégia organizadora do trabalho. Elas eram mais espaçadas e não contavam com a participação de todos os integrantes da mesma. Algumas equipes elaboravam projetos terapêuticos, mas eram feitos de maneira isolada por alguns componentes, uma vez que os espaços de trocas coletivas eram reduzidos. Realizavam um número razoável de atividades em grupos, menor em termos relativos ao agrupamento I, mas também utilizavam outros espaços comunitários de maneira freqüente. Atuavam no território adscrito efetuando visitas domiciliares e reuniões intersetoriais. Por conseguinte este agrupamento tem um menor grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada.

Ambos os agrupamentos possuíam equipes de saúde mental. O **agrupamento I** contava com um psicólogo, dois terapeutas ocupacionais e dois psiquiatras, já o **agrupamento II** contava com três psicólogos, três terapeutas ocupacionais e dois psiquiatras. Ressalta-se aqui também que em ambos os casos os transtornos mentais eram tratados pelas equipes de saúde mental e as prescrições feitas quase exclusivamente por psiquiatras, cabendo neste caso, um papel muito reduzido aos generalistas dos territórios.

Coleta de dados qualitativos: Grupos Focais e Entrevistas

Essa técnica vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia para a captação de dados e para a avaliação de programas e serviços (Wiggins, 2004), mostrando-se pertinentes em processos de avaliação participativa (Furtado, 2001).

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do por que eles pensam de determinada forma. Além disso, possibilita a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Westphal et al., 1996; Morgan, 1997).

Com base na divisão dos agrupamentos ou clusters foram realizados grupos focais comparativos com as mesmas categorias nos dois agrupamentos resultantes, totalizando quatro grupos focais, sendo:

- **(1) Um grupo de trabalhadores das UBSs do agrupamento I** (agrupamento em que existe um maior grau de implantação de arranjos da clínica ampliada)
- **(1) Um grupo de trabalhadores das UBSs do agrupamento II** (agrupamento em que existe um menor grau de implantação de arranjos da clínica ampliada)
- **(2) Um grupo de usuários do agrupamento I.**
- **(2) Um grupo de usuários do agrupamento II.**

Critérios de inclusão

Os seguintes critérios foram propostos para a inclusão no grupo focal de trabalhadores (1):

- Ter nível médio ou universitário.
- Não desempenhar tarefas de agente comunitário de saúde.
- Ter representatividade das varias categorias profissionais.
- Trabalhar a mais de seis meses na unidade de saúde.
- Ter interesse em participar do estudo.

Os seguintes critérios foram propostos para a inclusão no grupo focal de usuários (2):

- Conhecer a unidade há mais seis meses.
- Ter interesse em participar do estudo.
- Ter utilizado unidade pelo menos três vezes no último semestre

No encontro com cada grupo, foi explicado o desenho geral da investigação, seus propósitos, motivações e questões pertinentes aos investigadores. O período da coleta de dados foi entre maio a junho de 2008. Foram também levantadas e debatidas questões específicas dos participantes em relação aos serviços avaliados e que foram consideradas no processo avaliativo: quais são suas percepções e interpretações das situações que vivenciam, que percepções recíprocas os atores tem e quais seriam as insatisfações expressas. Desta forma, almejou-se alcançar os conflitos manifestos e os latentes além dos interesses em conflito que explicariam distintas tomadas de decisão.

A seguir encontra-se parte do roteiro para a condução dos grupos focais que foi específico deste projeto, no qual se incluem perguntas direcionadas para profissionais e usuários com o intuito de investigar qual o uso simbólico e real que estes grupos atribuem a esta ferramenta – uso de psicofármacos – no leque de ações da Atenção Primária.

Roteiro de grupo focal – saúde mental
Trabalhadores

1. Como os psicofármacos são utilizados nos casos de saúde mental? Para quais casos estes são prescritos? Há avaliação da prescrição destes medicamentos na unidade? Quem faz a avaliação? De que maneira ela é feita?

Roteiro de grupo focal – saúde mental
Usuários

1. Quem cuida de vocês no posto? Há quanto tempo fazem tratamento lá? O que vocês fazem quando lá vão? Vocês participam de alguma atividade em sua comunidade indicada pela equipe de saúde? Quais? Achem que isso faz parte do seu tratamento? Se sentem melhores participando destas atividades?

(Caso não participem de atividades na comunidade: sabem de alguma atividade existente? Gostariam de participar? Por quê?)

2. Vocês tomam remédios? Quantos? Achem muito ou pouco? Há quanto tempo? Achem que é muito ou pouco tempo? Quem passou esses remédios para vocês? Vocês sabem para que servem os remédios que tomam? O que esperam deles? Alguém conversou com vocês sobre os efeitos bons ou ruins destes remédios?

Outra fonte de dados foi obtida através da realização de visitas domiciliares e entrevistas com usuários de psicofármacos. Ao todo foram 10 entrevistas e visitas domiciliares realizadas por dois alunos de iniciação científica que faziam parte do projeto maior, sendo 5 delas em cada um dos agrupamentos. A seleção desses dez usuários foi feita pelas equipes das UUBBS estudadas, respeitando o critério de serem moradores da região de referencia da unidade de saúde e que utilizam psicotrópicos por mais de seis meses . O roteiro de entrevista encontra-se no anexo II e elas foram gravadas, transformadas em narrativas e depois validadas por outros componentes do grupo de pesquisa. Tanto a orientadora, como o autor desta dissertação, acompanharam os alunos em questão.

Tratamento e interpretação dos dados

Os dados foram considerados, como já afirmado, a partir da abordagem que permitiu conjugar análise e interpretação com a construção de novas alternativas, tarefa para a qual foi utilizada a hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur (1997, 1990), por sua vez inspirada na hermenêutica gadameriana (Gadamer, 1997).

A interpretação é composta de dois movimentos: análise e construção (Onocko Campos, 2002; Roudinesco e Plon, 1998); sendo a análise necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso e a construção (Freud, 1975), à maneira de uma narrativa, fundamental para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos que poderiam ser agenciados por trabalhadores e gestores no aprimoramento da atenção em saúde no Brasil.

Como ressaltado por Gadamer (1997), a hermenêutica não deve ser considerada uma metodologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos. Pretendeu-se, honrando a abordagem hermenêutica, trabalhar o material produzido pelos grupos focais da seguinte forma:

1. Após a primeira aproximação do material gerado nos grupos focais (transcrição), uma primeira interpretação das narrativas foi produzida, considerando o material de cada grupo como unidade narrativa.

2. Após essa construção narrativa, empreendeu-se uma segunda fase de interpretação confrontando as narrativas produzidas com a sua transcrição equivalente: seus diálogos, convergências, diferenças e pontos de recalque. O produto dessa fase foi considerado como uma validação da narrativa anterior e foi realizada por outro pesquisador.

3. Em uma terceira etapa organizou-se a narrativa produzida em núcleos argumentais referentes à tessitura explicativa das diversas vozes dos grupos focais quanto a um determinado assunto também relacionado ao roteiro percorrido.

4. Finalmente, foi realizada uma terceira volta hermenêutica validativa desta narrativa organizada por núcleos argumentais pelos pesquisadores que também realizaram os grupos focais referente a elas. Nesse momento, se buscou identificar a presença das várias tradições e, novamente, seus pontos de diálogo, interação, convergências, diferenças e recalques.

5. O produto dessas quatro etapas de trabalho foi apresentado e discutido com os participantes dos grupos de interesse. Contudo para utilização desta pesquisa utilizou-se os núcleos argumentais referentes ao papel dos psicotrópicos na clínica de cada agrupamento.

A partir das entrevistas foram produzidas narrativas e em uma segunda etapa, construímos grupos de grades de interpretação de cada entrevistado relativas aos núcleos argumentais relacionados ao roteiro. Neste caso, os argumentos foram extraídos das próprias questões

propostas pelo roteiro e foram posicionadas em uma tabela de tal forma que cada núcleo argumental pode ser comparado entre os diversos entrevistados.

Dessa maneira, procura-se cumprir com o postulado hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar e que caracteriza o círculo hermenêutico. Círculo que não deve ser visto como vicioso, pois apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma altitude diferente, de maneira que *“quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente”* (Gadamer, 1997).

Este mesmo círculo perpetuou-se na complementaridade da análise qualitativa e quantitativa que veremos a seguir. Os dados quantitativos foram mais compreendidos pelo desenho qualitativo, sendo estes, “cruzados” com as interpretações das narrativas estudadas. Logo, pretendeu-se fugir da controvérsia entre os dois métodos buscando uma dupla análise circular e hermenêutica para aumentar a complexidade da avaliação.

Coleta de dados quantitativos

O Município de Campinas implantou a informatização da dispensação de medicamentos em 2007. Trata-se de um sistema informatizado com capacidade de gerenciar a distribuição de medicamentos em toda rede pública municipal de saúde onde são dispensadas, em média, 20 mil receitas por dia.

O sistema foi confeccionado pela IMA (Informática de Municípios Associados, uma empresa pública de tecnologia da informação) em conjunto com técnicos da Secretaria de Saúde de Campinas e o projeto de informatização no qual ele está inserido é denominado de DIM (dispensação individualizada de medicamentos). Esse sistema possibilita aumento do controle sobre os estoques, validade e lote dos medicamentos, melhora a distribuição de medicamentos e, por ser incluído nos processos de trabalho de dispensação farmacêutica da atenção primária, há uma quase total captação de dados em relação aos medicamentos dispensados, garantindo uma fonte confiável para a análise desta informação.

O sistema ainda possui a capacidade de fazer a identificação informatizada do paciente, do prescritor (médico ou dentista) e do medicamento, com duração do tratamento, quantidade, número do lote e validade, além disso, é interligado em rede.

A partir do acesso a esta base de dados será possível quantificar a dispensação de psicofármacos divididos pelas seguintes categorias de análise disponível na rede básica:

- Antidepressivos tricíclicos (amitripitilina, nortripitilina, imipramina e clomipramina).
- Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina)
- Benzodiazepínicos (diazepam e clonazepam)
- Antipsicóticos fenotiazínicos (clorpromazina, levomepromazina)
- Antipsicótico típico de alta potencia (haldol)

A coleta foi realizada no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008. Por se tratar de software recente na rede básica de saúde alguns serviços não o possuem instalado em sua rede de distribuição de medicamentos ou foram implantados há pouco tempo, por isso o período recente para o início da coleta das informações. A seguir, exemplificamos a página de coleta das informações pelo DIM (figura 4).

Página de pacientes por medicamento do DIM-Campinas (figura 4)



Unidade: COORDENADORIA
Pacientes por Medicamento



CRITÉRIOS DE PESQUISA

Período: 06/10/2007 à 06/11/2007
 Unidade: CS T NEVES
 Medicamento: 344 - FLUOXETINA 20 MG COMP Lote: Todos os Lotes Fabricante: Todos os Fabricantes

Unidade: CS T NEVES

Medicamento: 24286 - 344 - FLUOXETINA 20 MG COMP

Paciente	Lote	Fabricante	Validade	Qtd Retirada	Data de Retirada
	2572024	N/A	30/04/2009	120	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	60	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	08/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	60	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	30	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	90	09/10/2007
	2572024	N/A	30/04/2009	60	09/10/2007
2572024	N/A	30/04/2009	90	09/10/2007	

Apesar de alguns medicamentos apresentarem formas variadas de apresentação eles foram convertidos para uma única formulação. Essa medida visa facilitar a comparação do uso médio por pessoa conforme a defined daily dose (DDD). Esta é uma classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) utilizada mundialmente e validada pela organização mundial de saúde (OMS). O sistema DDD/ATC tem como objetivo de servir como parâmetro internacional de pesquisa de utilização e consumo de drogas. Longe de ser um guia de doses recomendadas, o índice aponta uma média da dose de manutenção diária de uma medicação para a principal doença a que se destina o seu uso, dose esta estabelecida considerando a monoterapia com a droga em questão. A classificação final do sistema é decidida anualmente no International Working Group for Drug Statistics Methodology da OMS.

Na Tabela 4 a seguir é demonstrado o DDD/ATC de cada psicofármaco estudado:

Medicamento	ATC/DDD em mg
Fluoxetina	20
Clonazepam	8
Diazepam	10
Imipramina	100
Nortripitilina	75
Clomipramina	100
Amitripitilina	75
haloperidol	8
Clorpromazina	300
Levomepromazina	300

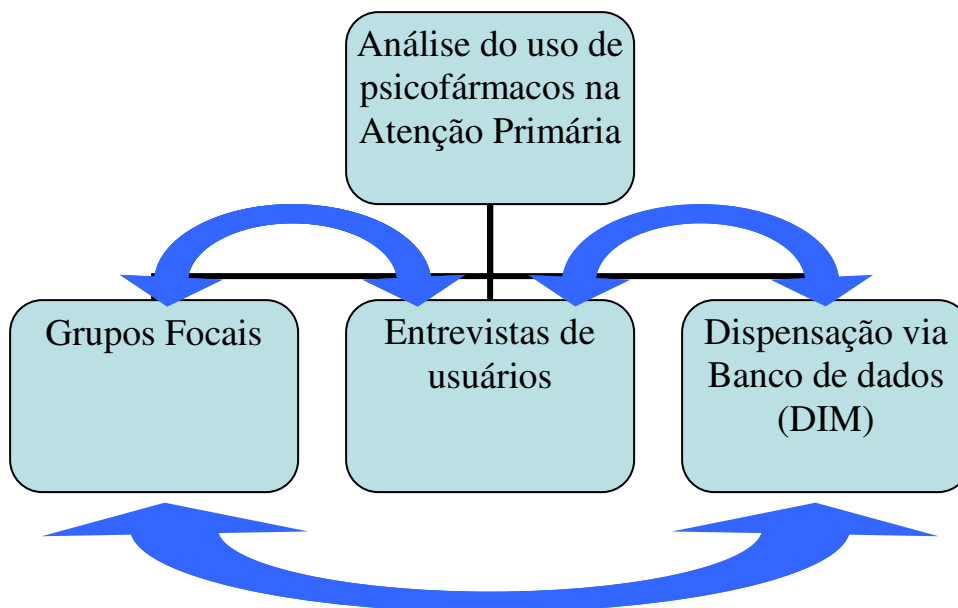
Tabela 4

Averiguamos as doses diárias médias as quais os usuários dos agrupamentos são submetidos e as comparamos entre si e com as da ATC. Foi analisada também a quantidade de comprimidos média mensal dispensada por agrupamento, as taxas de dispensação média por categoria de psicofármacos acima citada e a proporção de usuários adscritos no DIM que fazem

uso dos mesmos. Estes índices serão comparados quanto ao grau de existência dos arranjos e estratégias de gestão e organização do trabalho eleitos por esta pesquisa nos agrupamentos já explicados.

Com o intuito de prosseguir na complementaridade hermenêutica dos métodos, confrontamos os resultados quantitativos quanto à dispensação de psicofármacos com os construtos narrativos coletados nos grupos focais. Atemos-nos aos pontos relacionados ao papel que os psicofármacos possuem nos arranjos de organização da clínica estudados. Para facilitar a visualização dos instrumentos usados para a análise do objeto de estudo vide o esquema abaixo:

Figura 5



RESULTADOS

Resultados da coleta de dados pelo DIM

Conforme explicado antes na metodologia, algumas unidades de saúde não possuíam o programa de dispensação individualizada de medicamentos no momento da coleta de dados. Portanto, no agrupamento I apenas os Centros de Saúde Aeroporto e DIC III tinham a possibilidade de oferecer os dados para a equipe de pesquisa. Da mesma maneira, no agrupamento II, apenas os Centros de Saúde Vista Alegre e Santa Lucia o fizeram. Assim, os dados referentes abaixo vieram apenas das unidades citadas e quando falarmos agora de agrupamento I e II será tocante a essas limitações descritas.

Abaixo, observamos a cobertura de cada um dos agrupamentos, representando o universo populacional que é referencia para os respectivos centros de saúde.

	Área de cobertura populacional	População inscrita no DIM	Percentual de Cobertura do DIM
Agrupamento I restrito pelo DIM	38.523 hab	8.826 hab	22,9%
Agrupamento II restrito pelo DIM	41.883 hab	8.102 hab	19,3%

Fontes PNAD, IBGE 2007 e IMA/DIM PMC. Tabela 5

Já nas tabelas seguintes, notamos as quantidades absolutas e médias dispensadas de psicofármacos em oito meses de monitoramento, assim como o número de usuários (pessoas-uso) que os retiraram no mesmo espaço de tempo, de acordo com cada droga discriminada.

Dispensação de Psicofármacos no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008

	Fluoxetina 20mg		Sertralina 50mg	
	comprimidos	pessoas-uso	comprimidos	pessoas-uso
CS Aeroporto	50.002	288	335	2
CS DIC III	73.028	397	500	3
Total	123.030	686	835	5
Média mensal dispensada	15.379		104	
CS Vista Alegre	77.395	448	0	0
CS Santa Lúcia	66.137	354	2.000	12
Total	143.532	802	2.000	12
Média mensal dispensada	17.942		250	

Fonte IMA/DIM PMC Tabela 6

Dispensação de Psicofármacos no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008

	Clonazepam 2mg*		Diazepam 10mg	
	comprimidos	pessoas-uso	comprimidos	pessoas-uso
CS Aeroporto	21.861	236	20.308	142
CS DIC III	16.411	147	29.184	140
Total	38.272	382	49.492	282
Média mensal dispensada	4.784		6.187	
CS Vista Alegre	20.994	179	19.771	141
CS Santa Lúcia	16.435	122	24.133	147
Total	37.429	301	43.904	288
Média mensal dispensada	4.679		5.488	

*Foram convertidas as outras apresentações para a sua equivalente de 2mg

Fonte IMA/DIM PMC Tabela 7

Dispensação de Psicofármacos no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008

	Clomipramina 25mg*		Amitriptilina 25mg	
	Comprimidos	peessoas-uso	comprimidos	peessoas-uso
CS Aeroporto	8.648	30	40.547	201
CS DIC III	12.800	45	39.367	215
Total	21.448	75	79.914	416
Média mensal dispensada	2.681		9.989	
CS Vista Alegre	7.574	29	49.501	256
CS Santa Lúcia	5.700	19	38.766	203
Total	13.274	47	88.267	460
Média mensal dispensada	1.659		11.033	

*Foram convertidas as outras apresentações para a sua equivalente de 25mg

Fonte IMA/DIM PMC

Tabela 8

Dispensação de Psicofármacos no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008

	Imipramina 25mg		Nortriptilina 25mg	
	comprimidos	peessoas-uso	comprimidos	peessoas-uso
CS Aeroporto	8.181	37	5.792	26
CS DIC III	10.965	38	7.005	31
Total	19.146	74	12.797	56
Média mensal dispensada	2.393		1.600	
CS Vista Alegre	12.877	49	13.560	47
CS Santa Lúcia	12.163	43	5.024	19
Total	25.040	92	18.584	66
Média mensal dispensada	3.130		2.323	

Fonte IMA/DIM PMC Tabela 9

Dispensação de Psicofármacos no período de 01 de fevereiro a 01 de outubro de 2008

	Haloperidol 5mg*		Clorpromazina100mg*		Levomepromazina100mg*	
	comprimidos	peessoas-uso	comprimidos	peessoas-uso	comprimidos	peessoas-uso
CS Aeroporto	7901	65	7.623	44	2.502	16
CS DIC III	8440	63	7.574	64	848	10
Total dispensado	15718	128	15.197	108	3.350	26
Média mensal dispensada	1964,75	16	1.900		419	
CS Vista Alegre	5.157	64	3.460	30	956	18
CS Santa Lúcia	4.186	33	1.603	16	360	8
Total	9.343	96	5.063	46	1.316	26
Média mensal dispensada	1.168		633		165	

*Foram convertidas as outras apresentações para as suas equivalentes de 5 e 100mg, respectivamente Fonte IMA/DIM PMC Tabela

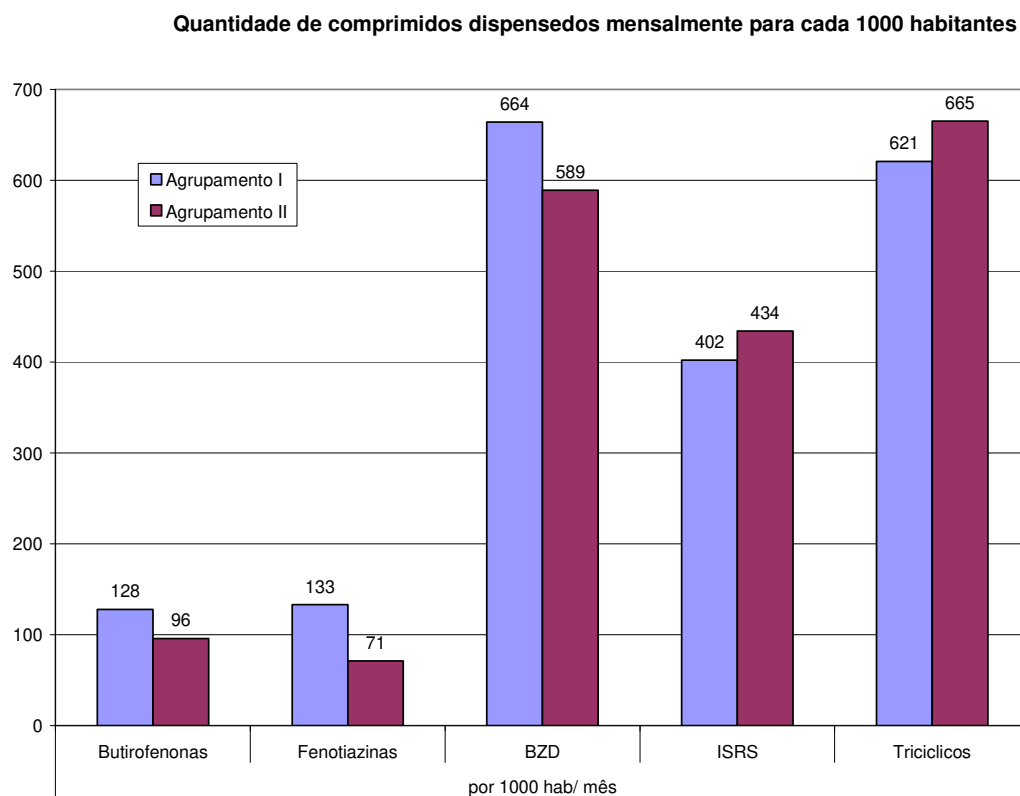
10

Abaixo e no gráfico a seguir, podemos examinar a dispensação média mensal de cada uma das classes de psicofármacos para cada mil habitantes. Percebemos que o agrupamento II dispensa quantidades mensais superiores ao agrupamento I de ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) e tricíclicos. Contudo, esta “dispensação maior” é de menos de 10% em ambos os casos, não havendo diferença relevante entre o agrupamento com a menor grau de implantação de arranjos de gestão da clínica (II) em comparação com o de maior grau (I). Quanto aos benzodiazepínicos, butirofenonas e fenotiazinas essa diferença chega a se inverter tendo o agrupamento I dispensações maiores que o agrupamento II.

		Quantidade em número de cápsulas
		Quantidade mensal dispensada/1000 hab
ISRS	Agrupamento I	402
	Agrupamento II	434
Benzodiazepínicos	Agrupamento I	664
	Agrupamento II	589
Tricíclicos	Agrupamento I	621
	Agrupamento II	665
Butirofenonas	Agrupamento I	128
	Agrupamento II	96
Fenotiazinas	Agrupamento I	133
	Agrupamento II	71

Fonte IMA/DIM PMC Tabela 11

Figura 6



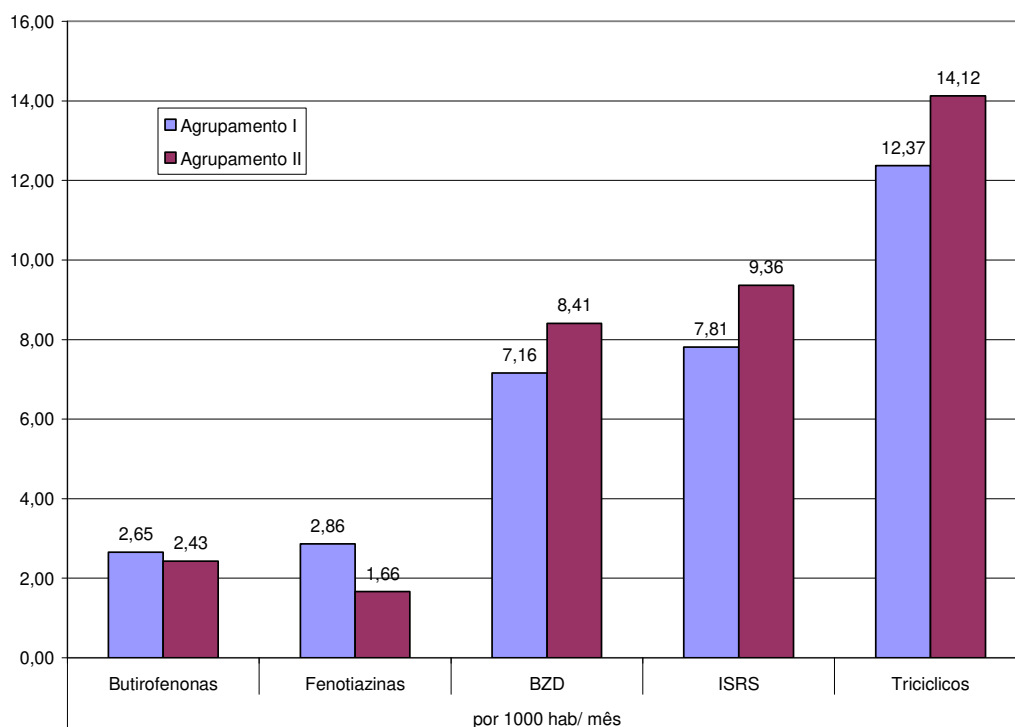
Ao nos defrontarmos com o número de usuários em uso dos psicofármacos estudados para cada 1000 habitantes, apesar de ser pequena, vemos uma diferença entre os agrupamentos. Existe maior número de usuários consumindo antidepressivos tricíclicos, ISRS e benzodiazepínicos no agrupamento com menor grau de implantação de arranjos de gestão da clínica (II). Nos casos das butirofenonas e fenotiazinas, ocorre o inverso, o agrupamento I possui mais usuários com sua utilização, mas em ambos, esta não ultrapassa 1,5% do total de adscritos nas respectivas unidades.

Usuários por classe de psicofármacos			
		Usuários/1000 hab	Percentual de usuários em relação à adscritos no DIM
ISRS	Agrupamento I	7,81	7,8%
	Agrupamento II	9,36	10,0%
Benzodiazepínicos	Agrupamento I	7,16	7,5%
	Agrupamento II	8,41	7,3%
Tricíclicos	Agrupamento I	12,37	7,0%
	Agrupamento II	14,12	8,2%
Butirofenonas	Agrupamento I	2,65	1,5%
	Agrupamento II	2,43	1,1%
Fenotiazinas	Agrupamento I	2,86	1,5%
	Agrupamento II	1,66	0,8%

Fonte IMA/DIM PMC Tabela 12

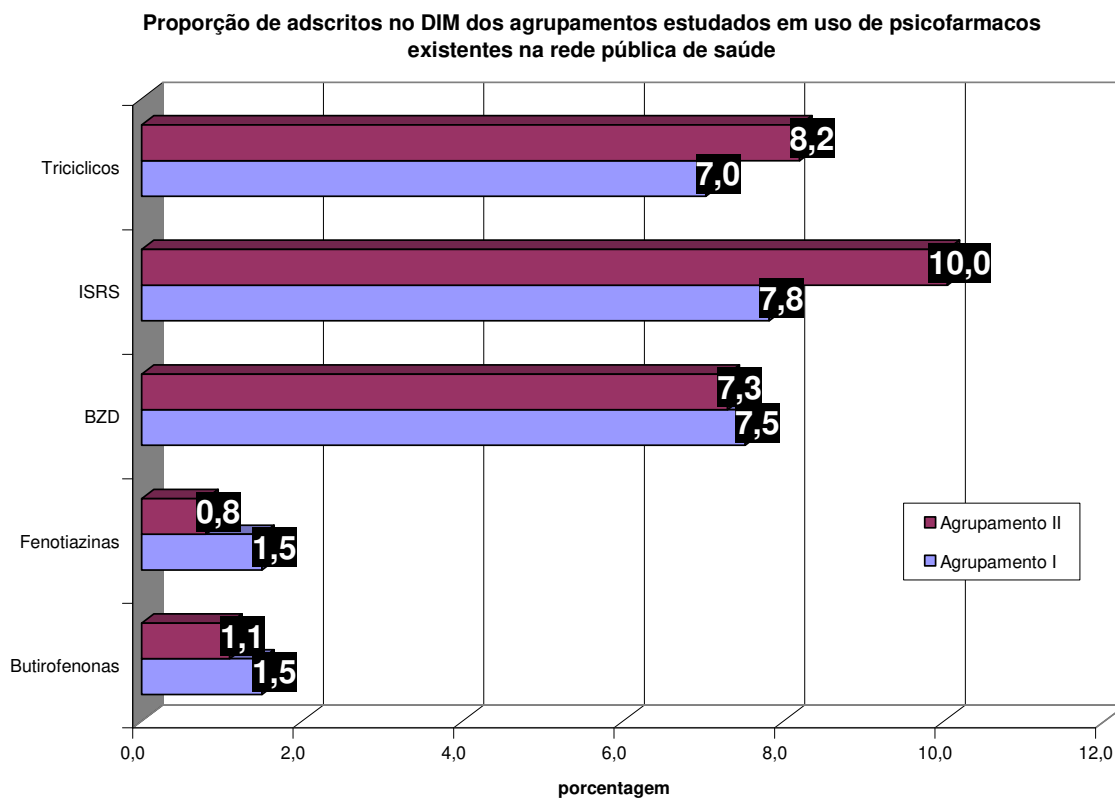
Figura 7

Número de pessoas em uso de psicofármacos para cada 1000 habitantes



Na página seguinte, relacionamos os usuários para os quais são prescritos psicofármacos com a população que retira algum tipo de medicação das farmácias de referência nos centros de saúde de cada agrupamento. Nesta proporção, notamos diferenças em algumas classes de medicamentos. No gráfico, 8,2% da população adscrita no agrupamento II retira antidepressivos do tipo dos tricíclicos, em comparação com 7% do agrupamento I. Já os ISRS são dispensados para 10% desta população no cluster II e para 7,8% no cluster I. Assim o agrupamento com um menor grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada (II) possui maiores proporções de usuários em uso dessas duas classes do que o agrupamento I. Em relação aos benzodiazepínicos esta diferença é praticamente inexistente (7,3% e 7,5%, respectivamente) e quanto à butirofenonas e fenotiazinas, o agrupamento com maior grau de implantação (I) ultrapassa o II em proporção de usuários em uso: 1,5% contra 1,1% (butirofenonas) e 1,5% contra 0,8% (fenotiazinas), respectivamnte.

Figura 8



Na Atenção Primária da região estudada, os antidepressivos ultrapassam os benzodiazepínicos em termos de quantidade total de comprimidos dispensados, número usuários em uso e proporção da clientela das farmácias das unidades básicas. Entre os antidepressivos, os tricíclicos possuem uma participação maior quanto ao volume total de medicamentos. Em termos proporcionais, os ISRS, que neste caso são representados por uma única droga – a fluoxetina – constitui o psicotrópico de maior uso, alcançando entre 8 a 10% dos adscritos no DIM.

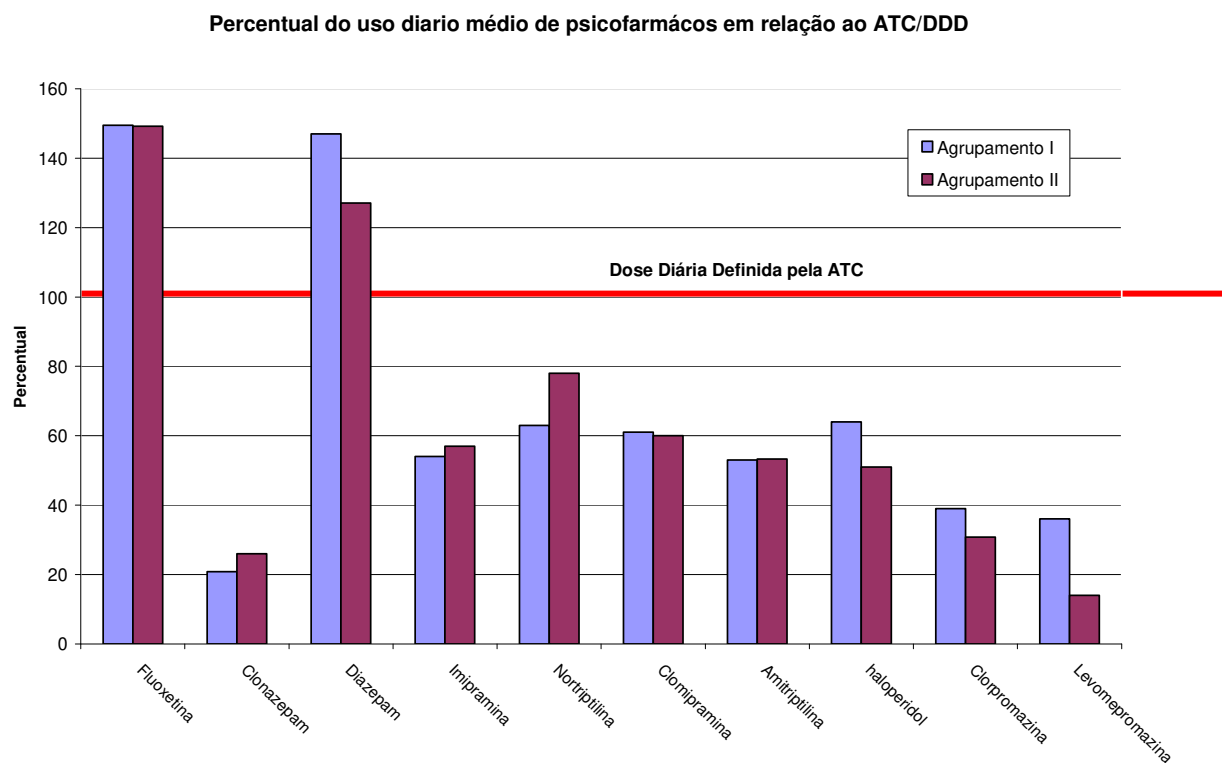
Finalmente, analisamos a dose diária definida pela ATC de cada uma das medicações e observamos que em ambos os grupos, principalmente os tricíclicos não alcançam o patamar da DDD. Neste caso, as doses médias por pessoa alcançam de 40 a 63% da DDD desta classe de antidepressivo. Já a fluoxetina, nos dois agrupamentos tem uma dose média de administração de 30mg (50% a mais que a DDD/ATC). O diazepam também ultrapassa este índice, mas a distância é maior no agrupamento I (148%) do que no II (116%). Quanto aos antipsicóticos, apesar dos valores serem abaixo do indicador na maior parte das drogas, tem taxas mais próximas de prescrição ao DDD nos três medicamentos desta classe.

Uso diário médio de psicofármacos em relação ao ATC/DDD

Psicofármaco	ATC/DDD	Agrupamento I		Agrupamento II	
		Dose Diária Média per capita (mg)	Percentual em relação à ATC/DDD	Dose Diária Média per capita (mg)	Percentual em relação à ATC/DDD
Fluoxetina	20 mg	30,22	151,11	30,03	150,15
Clonazepam	8 mg	1,89	23,59	1,64	20,48
Diazepam	10 mg	14,76	147,63	11,63	116,26
Imipramina	100 mg	54,65	54,65	55,30	55,30
Nortriptilina	75 mg	49,89	66,52	59,18	78,91
Clomipramina	100 mg	63,41	63,41	57,33	57,33
Amitriptilina	75 mg	40,64	54,18	39,93	53,24
haloperidol	8 mg	5,84	72,99	3,65	45,57
Clorpromazina	300 mg	120,25	40,08	92,33	30,78
Levomepromazina	300 mg	95,09	31,70	44,12	14,71

Obs: A Sertralina não foi analisada neste caso, pois não era presente em todas as unidades. Fonte IMA/DIM PMC Tabela 13

Figura 9



O discurso nos grupos focais

A respeito do tema do papel da medicação na lógica de trabalho das unidades, os trabalhadores do agrupamento com menor implantação dos arranjos da clínica ampliada (II) reconhecem a existência de um problema ligado à repetição de receita por tempos indeterminados sem o paciente possuir um seguimento contínuo por parte do prescritor. Relatam que, no caso da saúde mental, isto tem melhorado por causa do matriciamento. Dizem que em alguns casos, o paciente já é bem conhecido pela equipe e possuem boa comunicação com o médico a respeito da medicação que aquele utiliza.

Já os profissionais do agrupamento com maior implantação de arranjos da clínica ampliada (I) têm, entre eles, divergências a respeito do manejo com a medicação. Em uma unidade de saúde deste cluster, nunca ocorre a troca de receita sem consulta médica. Na outra, quando o paciente está estabilizado acontece a troca e a orientação para que o paciente marque uma nova consulta médica. Esta repetição pode acontecer duas vezes, mas na terceira passa a ser

necessária uma reavaliação médica. As repetições de receita podem durar até um ano com o paciente em uso da mesma posologia da medicação. Os trabalhadores sentem-se incomodados com este modo de operar, mas não sabem se isto acontece devido ao excesso de demanda, em que o profissional médico não tem tempo para atender e realizar reavaliações da terapêutica em curso, ou se é algo que já está institucionalizado na cultura do serviço e da população, não havendo uma iniciativa mais concreta para reverter à situação. Cabe ressaltar que o prescritor em ambos os agrupamentos é o médico especialista, isto é, o psiquiatra. Por ambas as equipes o generalista não é visto como candidato para exercer este tipo de ato.

Este mesmo agrupamento (I) apresenta uma reflexão sobre o excesso de medicação prescrita, afirmando que deveriam ter outros recursos antes dela. Afirmam que geralmente os problemas de saúde mental estão diretamente relacionados à grande vulnerabilidade social de sua clientela. No entanto, entendem que a precariedade das condições socioeconômicas é insolvível e que necessitam respondê-las eficazmente, recorrendo ao uso de psicofármacos para tal.

Os dois clusters relatam que deveriam avaliar melhor a prescrição dos psicotrópicos, pois a reversão do processo uma vez iniciado é difícil de ocorrer. Entendem esta avaliação como um papel deles que não está sendo desempenhado da maneira como gostariam. Reclamam que, muitas vezes, a medicalização acontece pela falta de tempo dos profissionais de conversar e avaliar o caso, no entanto apresentam dúvida se teriam condições de sanar todo o sofrimento que lhes chega sem o uso dela. Preocupam-se também com o aumento do número de casos de suicídio que, inclusive, em algumas situações são ocasionados por grande ingestão de remédios, na sua maioria, psicofármacos.

Este discurso crítico é mais presente no agrupamento com maior grau de implantação dos arranjos ligados à clínica ampliada (I). Nele, os trabalhadores dizem que a medicalização é uma característica do mundo moderno, onde os fármacos são encarados como alívio para os problemas. Descrevem o seu uso inadequado, com doses erradas e descontinuação do tratamento, assim como identificam que acontece troca de medicação entre os usuários, onde uns sugerem aos outros o que tomar para alcançarem o bem estar. Contam que muitos pacientes não compreendem as informações técnicas que são passadas. Concluem assim que existe uma falha no serviço, pois não há orientações mais detalhadas para os pacientes que tem dificuldades e dúvidas quanto a efeitos colaterais, tempo necessário de uso e posologia da medicação. Queixam

que não são usados artifícios facilitadores desta comunicação com os usuários e possíveis terapêuticas alternativas à medicalização como pedir ajuda para os familiares.

“Nós somos críticos com relação ao excesso de medicação. Neste mundo moderno estressante e corrido ela acaba sendo usada como alívio. Perguntamos-nos o que poderíamos dar em troca da medicação? Achamos que deveríamos ser mais criteriosos ao introduzi-la, pois depois é difícil tirar.

Há uma falha no serviço no que diz respeito à orientação com relação ao remédio. Para alguns pacientes, nós teríamos que ser mais detalhistas e utilizar estratégias para simplificar a explicação.”

Narrativa do grupo focal de trabalhadores, agrupamento I

Narram também, ainda no agrupamento I, que muitos pacientes teriam recursos para resolver seus problemas sem o uso da medicação. Já no agrupamento II, pouco se elabora sobre essa questão como um problema central na clínica das equipes, onde elas poderiam intervir de alguma maneira para a qualificação deste trabalho.

Enquanto as diferenças são mais evidentes entre os agrupamentos na narrativa dos trabalhadores, elas são praticamente inexistentes quando ouvimos os usuários a este respeito. Primeiro, eles reclamam sobre um grande uso de remédios, muitas vezes sem saber o porquê ou por quanto tempo os tomarão.

“Quase todos tomamos medicação (para ansiedade, para dormir, irritação, nervoso, desmaio, pressão alta, convulsão, para dor). Tomamos há cerca de 15 a 30 anos. Alguns acham que vão tomar o resto da vida, ou que se não tomarem, vão internados. O médico passou um remédio para depressão e falou que tinha que

tomar para o resto da vida. Mas o remédio fazia mal...
Quando a gente vem no posto, desse remédio eles dão
uma caixa enorme, quase a gente não agüenta
carregar!”

Narrativa do grupo focal de usuários, agrupamento II

Existe uma comunicação deficiente entre as equipes assistenciais e os usuários. Temas como efeitos colaterais, interações medicamentosas raramente são tratados, levando-os a buscarem como principal fonte de conhecimento sobre seu tratamento as bulas farmacêuticas. Esta desinformação leva a uma maior insegurança, reduzindo a chance de deixar de fazer o uso crônico de psicotrópicos. As poucas experiências que tiveram neste sentido, por falta de apoio adequado, culminaram em pioras clínicas importantes. Percebe-se um ciclo em que os usuários relatam reforçarem uma dependência em relação aos fármacos, por experiências anteriores desastrosas quando eles tentam por si só retirá-los. Sem suporte neste momento em que despertam criticamente para o uso prolongando, realizam descontinuações bruscas que acarretam “sintomas indesejáveis”, levando-os a relatarem a necessidade de realmente os tomarem para o resto da vida. Neste retorno, passam a ser críticos do oposto, ou seja, de qualquer tentativa de substituição ou retirada da medicação.

“A gente deve sempre ler a bulinha, ver se o remédio
está compatível. Tomar o comprimido e ver a reação
do corpo. Sabemos dos efeitos colaterais lendo a bula.
Difícilmente o médico explica. Se não nos adaptamos,
ele apenas troca uma medicação por outra, chegamos a
ter uma farmacinha em casa..

Cabe a cada um saber : “como é que está meu corpo”,
“como eu estou agora”? “por que eu não estou
conseguindo dormir”? A gente precisa pensar sobre
esse assunto: “Eu vou continuar sendo o tempo todo
usuário de uma droga para depressão”?

Narrativa do grupo focal de usuários, agrupamento I

Nos dois agrupamentos, os usuários reconhecem que as medicações são apenas parte da terapêutica e muitas vezes nunca as mais importantes, mostram diversos arranjos nas unidades que ajudam mais do que os remédios, como as atividades grupais ou simplesmente o fato de conversar com os trabalhadores. Entendem essas atividades com efeitos calmantes, ansiolíticos e que contribuem positivamente para o estado mental de cada um. Possuem apropriação das atividades que ocorrem tanto na unidade básica de saúde como em espaços comunitários, fora dela. Ambos os clusters contam que existem informações afixadas sobre elas, mas que carecem de uma divulgação melhor pelas equipes de saúde, como podemos perceber nos fragmentos abaixo:

“A gente sabe que o posto oferece algumas atividades que acontecem fora do espaço da Unidade: ginástica, caminhada, aulas de artesanato, convênio com locadoras de vídeo. Sabemos que na comunidade existe a associação amiga do bairro, que tem cabeleireiro, corte e costura, escola para criançada, inclusive que o próprio serviço de saúde encaminha. Além disso, no posto tem um painel de informações onde ficam fixadas todas as atividades da comunidade, quem quiser participar é só ir! Consideramos estas atividades como parte do tratamento e gostaríamos que o posto pudesse oferecer mais coisas para a comunidade. Achamos que estas atividades ajudam muito mais que a própria medicação, porque fazendo alguma coisa, estas pessoas se tornam mais confiantes, se sentem mais úteis, começam a dar mais valor à vida.”

Narrativa do grupo focal de usuários, agrupamento I

“No posto tem também uma tal de ioga pra fazer ginástica, tem bastante coisa escrita. Tem a sala da alegria que as pessoas se encontram à tarde para contar piada e dar risada, às vezes dançamos, fazemos um monte de coisa depois tem um lanchinho e vamos embora. Participar das atividades oferecidas faz parte do nosso tratamento e nos sentimos muito bem fazendo: é como um calmante, um relaxante. Além disso, essas atividades ajudam na questão psicológica, de saúde mental, depressão, porque você ocupa a sua mente e o seu corpo. No entanto as pessoas não divulgam as atividades e sabemos delas pelos cartazes que ficam no próprio posto.”

Narrativa do grupo focal de usuários, agrupamento II

Demonstram estranheza pelo fato da equipe de saúde pouco utilizar estes recursos alternativos, queixado que não há espaço para o diálogo, o que facilita o desembocar da solução de qualquer problema em uma prescrição. Alertam também para o diálogo punitivo, onde, muitas vezes, eles têm receio de contar sobre suas dúvidas e aflições sobre a medicação, pois vivenciam cobranças e reclamações dos trabalhadores de saúde quando não conseguem seguir o tratamento adequadamente.

O discurso nas entrevistas: uma tabela comparativa

Nas páginas seguintes (tabela 14), aparecem todas as entrevistas realizadas com os usuários de psicofármacos há mais de seis meses, corroborando com as informações antes destacadas pelo grupo focal de usuários. São reforçadas as questões sobre a falta de informação sobre o seu próprio tratamento, a dificuldade de diálogo com aqueles que deveriam auxiliá-los quanto ao manejo medicamentoso e que as decisões das formas de tratamento recaem apenas sobre o poder médico, sendo os usuários pouco consultados a respeito.

As diferenças entre os agrupamentos I e II também são poucas nas entrevistas individuais, assim como foram nos grupos focais destinados a clientela dos serviços. Quanto aos medicamentos e seu tempo de uso, fala-se em períodos de anos em quase a totalidade delas e o uso é sempre de mais de uma droga, por vezes seguindo prescrição médica e por outras de acordo com o entendimento pessoal de cada usuário: *“Se eu sei que vou ficar agitado, tomo mais.”* (entrevista 3, agrupamento I).

Nesta população, as intervenções terapêuticas se resumem ao uso de psicofármacos. Existem relatos de algumas experiências de outra natureza, mas todas entendidas como infrutíferas, gerando o entendimento que, no final, a medicação produz melhores resultados do que os demais tipos de intervenções. A maior parte das entrevistas aponta que nem tentativas prévias de terapias alternativas são propostas antes da prescrição. Evidencia também que sempre contrapõem uma contra a outra, como se o uso da medicação e de tratamentos não medicamentos fossem excludentes:

“O médico nunca me receitou outro tipo de tratamento. Já acompanhei com psicólogo mas este já me dispensou dizendo não haver mais necessidade” (entrevista 2, agrupamento I)

“Antes do tratamento com os remédios o medico não propôs nada não e eu acho que na parte psiquiátrica não existe outra alternativa.” (entrevista 5, agrupamento I)

Além de existir uma separação entre a terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa, a segunda é vista como não essencial, quase se desenhando como elemento figurativo. Como no caso do usuário 2, que usa continuamente lítio, risperidona e já tomou haldol e tioridazina (melleril). Apesar do pesquisado tomar diversos medicamentos e por apresentar um quadro supostamente grave não parece merecedor de outras abordagens terapêuticas, afinal ele informa: *“Já acompanhei com psicólogo, mas este já me dispensou dizendo não haver mais necessidade”*. Apenas na história do usuário 8 existe uma abordagem combinada de seu problema: *“Médico falou que o remédio era uma ajuda, mas que eu devia seguir o grupo de mulheres também.”*

Independente do agrupamento, a maioria dos entrevistados referiu que a deliberação pela forma e início do tipo de seguimento clínico a ser dado foi feita apenas pelo médico e em alguns

casos, consideraram a relação terapêutica como uma imposição. No tocante à saúde mental está relação para além de ser apenas com o médico, o é apenas com o psiquiatra locado na atenção primária. Nos dois únicos depoimentos onde expuseram ter participado desta decisão, o fizeram devido pioras clínicas após terem descontinuado o tratamento. Quando relatam que existe participação no tratamento, denotam-na de maneira passiva, sempre em concordância com as orientações de seus cuidadores.

“Os médicos me impuseram o tratamento. Todos os médicos vão falando apenas: vai tomando, vai tomando o remédio.” (entrevista 6, agrupamento II)

“A decisão de tomar o medicamento foi do médico, foi uma coisa imposta, ele decidiu que era necessário e eu, evidentemente, aceitei.” (entrevista 2, agrupamento I)

Os motivos do início do uso dos psicotrópicos estão discriminados na tabela comparativa. Boa parte está relacionada a sintomas inespecíficos e situações de vida como: “Depois da separação”, “porque eu tenho um filho que usa drogas”, tenho “algo estranho, uma irritabilidade”, quando “comecei a sentir mal, comecei a desmaiar” e por ser “impaciente, muito preocupada com as coisas”, outra parte menor dos entrevistados relacionou o início com um diagnóstico como “depressão”, “síndrome do pânico” e “epilepsia”.

Essa imprecisão quanto ao conhecimento da razão do uso da medicação também aparece na explicação dos seus efeitos. Em todos os agrupamentos fala-se bem dos remédios, com relatos de que responderam às expectativas dos usuários. Utilizam como marco comparativo de sua eficácia a melhoria dos sentimentos e sintomas ruins que tinham antes: “Sem ele a separação estaria sendo impossível”, “eles são muito bons, tiram a dor do meu corpo, a tremedeira e a coisa ruim”. Eles explicam que as informações dadas pelos médicos e equipes de saúde para sanar esta imprecisão pouco ajudam ou são inexistentes. O fato de *“os médicos psiquiatras são bem sucintos, eles falam bem pouco assim”*, conforme descreve o entrevistado 5, corrobora com as expressões de pouca informação que usuários recebem da equipe.

Paradoxalmente, alguns deles acabam assumindo o controle de suas prescrições mesmo sem o apoio da equipe, muitas vezes se auto medicando conforma necessidade. Falas como *“eu*

mesma cuidado do meu tratamento.” (entrevista 10, agrupamento II), *“quando eu sinto que a crise vai acontecer, vou respirando fundo, fundo e tomo de gotinha em gotinha até passar”* (entrevista 9, agrupamento II) e *“se eu sei que vou ficar agitado, tomo mais pois na adolescência eu tomava calmantes por conta própria”* (entrevista 3, agrupamento I) reforçam que mesmo sem uma relação que os capacitem quanto ao manejo dos seus próprios tratamentos tentam o controle sobre eles.

Outra parte dos entrevistados não mudou ou diminui a posologia dos remédios e toma-os rigorosamente como prescrito. Aqui, assim como ocorreu nos grupos focais, referem que nas tentativas de parar ou reduzi-las, pioram do quadro e tem mais crises. Isto abala a confiança deles neste tipo de postura, culminado no rápido retorno das dosagens anteriores e um temor maior em tentar novamente qualquer tipo de mudança na forma da terapêutica. Passam a seguir o tratamento “a risca” e nunca mais voltam a questionar as condutas propostas para eles, como exemplificado abaixo. Todavia existem outras razões para descontinuar o tratamento: como os efeitos colaterais e a dificuldade de acesso aos medicamentos.

“Já cheguei a até brigar com os médicos para não associar medicamentos, mas entrei em crise e me ferrei, hoje brigo pelo contrário, mas os médicos nunca aceitaram de imediato minha opinião.” (entrevista 5, agrupamento I)

“Já parei, pois atrapalhavam minha vida de motorista. É que nem pedra no sapato: mesmo que você tire depois de um tempo aparece outra: temos que conviver com isso.” (entrevista 6, agrupamento II)

Não apenas os mecanismos de ação dos psicotrópicos carecem de explicação para a clientela do serviço, mas também os seus efeitos colaterais e as interações medicamentosas. Percebe-se que a maioria da população pesquisada compensa a falta de informação com consultas às bulas farmacêuticas ou mesmo à internet, sendo esta fonte de informação mais frequente do que a própria equipe de saúde, da mesma forma que apareceu nos grupos focais. Já outra parte relata constante interlocução sobre o assunto apenas com o médico e nunca mencionam a equipe de saúde como participantes deste processo de informação.

“O médico não explicou, só descobri quando fui ao otorrino, pois estava com secreção na garganta. Agora sei que prendem o intestino, provocam fraqueza e dor no estômago.” (entrevista 8, agrupamento II)

“A médica não explicou. Mas eu li na bula que causa catarata e que engorda. Também não explicou sobre interação.” (entrevista 9, agrupamento II)

Perguntas relacionadas ao roteiro	Medicamento e Tempo de uso.	Outros tipos de tratamentos anteriores	Participação na decisão de iniciar o tto	Motivo de início do tto.	Se foi explicada sobre a ação do remédio.	Como age o remédio, na compreensão do usuário.	Se foi explicado sobre os efeitos colaterais e Interação.	Mudou-se a prescrição do remédio por conta própria
Usuário 1 Agrupamento I	Fluoxetina 20mg e Diazepam há 8 meses	Não foi proposto outro tratamento. Desde o começo fui direto no remédio	Foi receitado e eu tomo.	Depois da separação estava muito triste.	O médico disse que o remédio não me deixaria ter pensamentos ruins.	Sem ele a separação estaria sendo impossível, iria tentar me acalmar na bebida. Psicologicamente o remédio está agindo, mas não estou bem fisicamente.	Não foram mencionados. Disse que tomava outros remédios, mas nada comentou e receitou assim mesmo. Estou muito emagrecido, como muito e não durmo bem.	Às vezes não tomo o diazepam que não ta fazendo diferença nenhuma. Já a fluoxetina, tomo rigorosamente
Usuário 2 Agrupamento I	Uso psicofármacos desde 1996. Atualmente uso lítio, risperidona, biperideno e rivotril	Já usei haldol e melleril. O médico nunca me receitou outro tipo de tratamento. Já acompanhei com psicólogo, mas este já me dispensou dizendo não haver mais necessidade	A decisão de tomar o medicamento foi do médico, foi uma coisa imposta, ele decidiu que era necessário e eu, evidentemente, aceitei.	Tive uma crise psicótica em 1996	O médico me explicou sobre a ação deles, que eles iriam controlar meus pensamentos, evitar agressividade e pensamentos absurdos e não deixar que eu tivesse delírios.	A risperidona tem um bom efeito, e complementada com o lítio, conseguem fazer bastante coisa por mim.	Tenho tremor, mas o médico havia me avisado sobre isso. Quanto aos efeitos colaterais nada foi falado, mas percebo que um remédio controla os efeitos do outro, logo um remédio puxa o outro. Eu li as bulas e soube que a interação de uns com os outros podem dar danos irreversíveis.	Nunca parei de tomar ou diminui as doses dos remédios por conta própria. Desde 1996 não tive mais crises e devo isso aos medicamentos, por isso sigo o tratamento a risca e estou feliz com o resultado.
Usuário 3	Tomo diazepam	Fiz tratamento	Participei da	Em 1999,	As ações dos	Os remédios	Os efeitos	Nunca parei ou

Agrupamento I	30mg há 40 anos, paroxetina 90mg há 3 anos e 3 a 4 comprimidos de carbamazepina a depender do dia. Se eu sei que vou ficar agitado, tomo mais. Na adolescência eu tomava calmantes por conta própria.	com psicólogo por um ano e meio, mas parei por falta de psicólogo no posto. Depois disso, nenhum outro tipo de tratamento que não o com medicamentos foi proposto.	decisão de tomar o medicamento, pois já o tomava antes do seguimento por causa das coisas que eu sentia por medo de voltar a ter os sintomas.	procurei um neuro porque sentia explosões na cabeça. Ele me diagnosticou com Sd. do pânico e sugeriu o tratamento, até então eu tomava remédio por conta e depois parei.	medicamentos não foram explicadas, eu dei uma procurada na internet.	agem da maneira esperada, porque com eles eu não tenho mais as coisas que sentia antes (choques no corpo, estampido e zumbido no ouvido).	colaterais não foram explicados, eu sei quais são porque sinto alguns deles. Já quanto às interações medicamentosas conversei com os médicos sobre isso.	diminui a dose por conta própria, porque tenho compulsão por remédio desde criança.
Usuário 4 Agrupamento I	Faz uns 13 anos que tomo remédio Os diversos médicos já passaram vários (amitriptilina, fluoxetina, sertralina), mas o diazepam sempre ficou.	Antes de começar com os remédios, eu passei por psicólogo. Mas não adiantou, a psicóloga me mandou pro psiquiatra.	Não	Eu comecei a tomar remédio porque eu tenho um filho que usa drogas e meu esposo bebia e me agredia. Sentia angústia, um sufocamento, só tinha vontade de chorar e morrer.	Não explicou as ações.	Mas eles são muito bons, tiram a dor do meu corpo, a tremedeira e a coisa ruim. To preferindo esse medicamento de agora, a Sertralina. Eu sei que eles viciam, mas se eu parar de tomar, fico ruim.	Não se comentou sobre efeitos colaterais. Não sei o que é interação medicamentosa, o médico só falou que não podia tomar a amitriptilina por causa da doença de Chagas.	Já diminui por vontade própria, pois eu sentia ansia, vomitava quando tomava a fluoxetina de estômago vazio. Só depois descobri que isso fazia mal.
Usuário 5 Agrupamento I	Eu tomo três lítios, duas	Antes do tratamento com	Eu participei da decisão de	Desde 1993 quando tive	As ações do medicamento não	O medicamento age da maneira	Os efeitos colaterais	Já cheguei a até brigar com os

	carbamazepinas, um amplictil e meio rivotril (1mg) a cerca de 13 anos	os remédios o medico não propôs nada não e eu acho que na parte psiquiátrica não existe outra alternativa.	começar a tomar o medicamento, pois quando parei piorei.	minha primeira crise.	foram explicadas, mas vem na bula e você pode ler. Os médicos psiquiatras são bem sucintos eles falam bem pouco assim.	esperada sim porque já faz oito anos que eu não tenho mais crise.	também não foram discutidos, não falou nada. Eu li a bula e fiquei com medo. O lítio me dá vontade de beber água, já o amplictil boca seca e desconforto	médicos para não associar medicamentos, mas entrei em crise e me ferrei, hoje brigo pelo contrário, mas os médicos nunca aceitaram de imediato minha opinião.
Usuário 6 Agrupamento II	Diazepam 10mg, Imipramina 25mg e Neozine 25mg. Há quatro anos faço uso consecutivo sem saber por que, mas usa desde os 24 anos.	Já foi internado, já fui ao neurologista e já tomei toda espécie de remédio de 10mg, todos sem efeito	Os médicos me impuseram o tratamento. Todos os médicos vão falando apenas: vai tomando, vai tomando o remédio	Desde que fui internado, pois senti algo estranho, uma irritabilidade.	Os médicos explicaram, mas fui aprendendo aos poucos	Sei que um deles é pra dormir, outro pra ansiedade e dor crônica, alguns viciam e perdem o efeito.	Eu tenho uma filha que ta dessa largura por causa da imipramina, o conhecimento que tenho é devido à bula, ninguém nunca falou comigo sobre isso	Já parei, pois atrapalhavam minha vida de motorista. É que nem pedra no sapato: mesmo que você tire depois de um tempo aparece outra: temos que conviver com isso
Usuário 7 Agrupamento II	Haloperidol 5mg, biperideno 5mg. Faz mais de 20 anos	Não. Apenas Enquanto eu tava no hospital, ia no baile, fazia crochê, ficava na cozinha, ajudava a dar banho nos pacientes mais velhos.	Não	Fiquei doente, comecei a sentir mal, comecei a desmaiar. Fiquei 9 dias em coma, depois tive alta e dei uma recaída. Tenho 28 internações, e desde a primeira eu uso remédio.	Não explicou.	Mas eu acho que os remédios estão sendo bons pra mim, porque senão eu não durmo. Ta sendo efetivo, ta me fazendo melhorar.	Não falou de efeitos colaterais. Eu não sinto nada, só tremo quando não tomo. Eu falei que tomava remédio pra pressão e diabetes, mas nem falou nada sobre interação.	Uma vez eu parei porque não queria ser dependente de droga, achava que já tava bem. Mas senti mal e tive que voltar a tomar.
Usuário 8 Agrupamento II	Nortriptilina 25mg, clorpromazina	Médico falou que o remédio era uma ajuda, mas	Não	Sou ansiosa, muito ansiosa, nervosa,	Sim, são inibidores de ansiedade e pra	O remédio funcionou pra dormir, agora	O médico não explicou, só descobri quando	Parei uma vez há muito tempo, quando ainda

	25mg e hypericum há 8 meses, desde quando relatei meus problemas psicológicos pro meu médico	que eu devia seguir o grupo de mulheres também.		impaciente, muito preocupada com as coisas além de ser muito insegura.	dormir	para ansiedade não mudou em nada, não vejo nenhum resultado.	fui ao otorrino, pois estava com secreção na garganta. Agora sei que prendem o intestino, provocam fraqueza e dor no estômago. Quanto à interação medicamentosa eu nem sei o que é isso.	eram outros medicamentos. Achei que estava melhor, mas os sintomas voltaram e retornei aos remédios.
Usuário 9 Agrupamento II	Clonazepam 30 gotas há mais de 10 anos e amitriptilina 25mg há 5 anos.	Não.	Não cheguei a opina.	Foi constatada epilepsia após umas crises de acesso e desmaio que tive	Não.	Não comentou. “Quando eu sinto que a crise vai acontecer, vou respirando fundo, fundo e tomo de gotinha em gotinha até passar, e é assim a minha vida, tomando remédio à noite”	A médica não explicou. Mas eu li na bula que causa catarata e que engorda. Também não explicou sobre interação.	Às vezes faltam remédios, pois o centro de saúde não quer dar frascos suficientes e eu tenho que diminuir a dosagem. Outra coisa que dificulta é o transporte, pois pegamos remédios em lugares diferentes, deveríamos ter cartão gratuito pra isso.
Usuário 10 Agrupamento II	Fluoxetina 20mg há mais de 8 anos. Antes eu tomei diazepam e	No começo eu tratei uns 2 anos com psiquiatra, depois fiquei	Não participei.	Eu sentia dor de cabeça, desmaiava, minha pressão era alta.	Não explicou. Só passava os remédios e mandava tomar.	Acho que tá sendo mais ou menos efetivo. E agora eu tento me	Se explicou os efeitos colaterais, eu não lembro. Comentei com o	Já parei e fiquei ruim. Resolvi parar porque tava cansada de todo

	haloperidol faz uns 12 a 15 anos.	internada numa clínica psiquiátrica e depois já comecei com os remédios. Passei por psicólogo, fiz 6 meses de terapia + remédio.		Quando eu mudei pra Campinas eu entrei em depressão.		controlar mais. Quando não to legal eu saio, vou conversar, vou pra igreja, pra casa dos filhos, curtir os netos. Eu mesma cuido do meu tratamento. Não devo ficar só na cama deitada, tomando medicamento e chorando.	médico que uso outros medicamentos, mas ele não chegou a comentar sobre interação.	dia de manhã ter que sentar pra comer e ter que tomar remédio. Parei uns 3 ou 4 meses, mas eu não dormia, não me controlava, tinha muita choradeira. Voltei a tomar o remédio e me deu um alívio.
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	---

Tabela 14

DISCUSSÃO

Debatendo com o projeto de pesquisa maior

No momento do desenho do projeto “ESTUDO AVALIATIVO DE ARRANJOS E ESTRATÉGIAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” a idéia de focar no uso de psicofármacos como parte da análise da efetividade dos arranjos da clínica ampliada surgiu. Entendíamos que as unidades que possuíssem trabalho de equipe mais organizado nos conceitos da clínica ampliada teriam um uso racionalizado de psicotrópicos. Justamente por terem melhor contato e co-participação com os usuários do SUS, trabalharemos em lógicas matriciais de trocas de conhecimentos e produziremos mais ações territoriais e intersetoriais com a comunidade. Este uso racionalizado de psicofármacos se basearia no conhecimento dos usuários sobre seus efeitos. E que também associassem esta intervenção às alternativas terapêuticas não medicamentosas que incluíssem os múltiplos fatores que influenciam na complexidade do caso.

Para que uma medida de eficácia destas fosse possível era importante classificarmos grupos de unidades de saúde que utilizassem e que não utilizassem tais arranjos, criando um universo caso e outro controle passível de comparação. Esta tarefa, entretanto, mostrou-se utópica, pois no primeiro trabalho de campo ao pontuarmos as equipes quanto ao grau de implantação dos arranjos, percebemos que não existia, no distrito alvo, nenhuma espécie maniqueísta de unidade que não se organizava em nenhuma medida com algumas destas estratégias. Assim como inexistia uma unidade modelo que aderiu por completo à política municipal que fomentou tais arranjos.

Podemos perceber que apesar das sucessivas gestões municipais imprimirem suas diretrizes organizativas, não significou que as equipes as aceitaram por completo. A região estudada tem modelos híbridos que variam entre si e dentro de cada unidade de saúde também. As equipes assimilaram as propostas dos governos que se seguiram conforme suas afinidades e disponibilidades, o que dificultou a formação de agrupamentos diametralmente opostos e impossibilitou a criação de um controle.

A despeito disso, a ferramenta do *cluster analysis* foi determinante, pois possibilitou que criássemos agrupamentos que mesmo que não fossem como em um estudo caso controle tinham diferenças entre si. A caracterização foi determinada pelas similaridades entre as unidades com base nos arranjos-objetos de estudo. Além disso, o fato de trabalharmos como uma pesquisa

participativa e com a instituição de fóruns de encontros periódicos, entre o grupo de pesquisa e gestores da rede em análise, facilitou o processo de construção de instrumentos capazes de avaliar e dividir as UBS conforme a existência de uma rede com maior ou menor grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada.

Na análise dos resultados, nos deparamos com a diferença de impacto que clínica ampliada tem sobre os trabalhadores e sobre os usuários. As narrativas dos usuários do SUS, tanto nas entrevistas como nos grupos focais, são indistinguíveis entre os agrupamentos. Uma das causas das disparidades poderia ser o curto tempo de prática de estratégias como: gestão colegiada e matriciamento, no meio do exercício da clínica em comunidade. Mudanças na cultura de consultas tradicionais voltadas apenas para abordagem curativa sob a qual a sociedade brasileira, principalmente em regiões periféricas, por muito tempo viveu, não ocorrerão em curto prazo. Outro fator remete à rotatividade não apenas de profissionais nas unidades, mas de modelos de assistência à saúde a cada eleição municipal que atrapalha a continuidade de qualquer proposta.

Igualmente, o peso dado às variáveis que definiram a constituição dos agrupamentos foi maior para os elementos de democratização de gestão e para a ampliação da clínica direcionada às práticas mais comunitárias e territoriais. Isso explicaria porque a maior distinção entre os dois clusters está na capacidade dos trabalhadores de levantarem questões e incluírem suas formas de trabalho como parte do problema.

Por se tratar de modelos híbridos, nenhum indicador sozinho pode ser considerado como medidor de uma maneira prescritora de psicotrópicos adequada ou não. Adequada, no sentido de informar e responsabilizar o paciente por seu tratamento, dando-lhe o poder de decidir sobre sua própria vida. Além de exercer não apenas a prescrição, mas o seguimento constante, oferecimentos de terapêuticas adjuvantes e revisões periódicas destas. Demonstrar números sobre a quantidade de pessoas e de comprimidos em uso de uma determinada droga tem um alcance válido, mas limitado de avaliação. Esta análise pode ser complementada com abordagens que dêem voz tanto para os fornecedores do cuidado como para seus receptores. Os números apenas nos dizem algo quando os cruzamos com o fato de que o discurso dos trabalhadores e usuários informa-nos que não existe uma gestão da clínica no tocante a esta questão.

Em estudo comparativo sobre as condições dos sistemas de saúde mental com 153 países, o Brasil possuía 4,8 psiquiatras por 100.000 habitantes (Jacobs, 2007). Países com os melhores índices como Mônaco, França e Finlândia têm 22 psiquiatras. A cidade de Campinas possui 7,2 por 100.000 habitantes apenas na rede municipal, de acordo com dados da secretaria municipal de saúde. Em termos de recursos, somente a rede pública possui quantidade destes profissionais melhor do que 80% das nações estudadas, contudo a qualidade da clínica destes profissionais é outro indicador e não possui relação direta com a quantidade de recursos. Basta atentarmos para o objeto deste estudo, a análise do papel do uso de psicofármacos nas intervenções clínicas na atenção primária, que observamos diversas práticas não produtoras de saúde na população.

Podemos assim, confirmar o que a revisão bibliográfica nos alertou: mesmo países com grande número de recursos de médicos psiquiatras à disposição, vivem o problema de altas taxas de medicalização em populações que não apresentam diagnósticos psiquiátricos estabelecidos, como também o oposto: baixa captação de casos merecedores de um tratamento psicofarmacológico. A quantidade de utilização de antidepressivos encontrados nas unidades estudadas são parecidos com a bibliografia internacional, 7% a 10% da população adscrita nos centros pesquisados. Na análise do discurso, transparece a carência de seguimentos dos tratamentos ofertados, onde predomina uma política de renovação de receitas mesmo sem a avaliação da equipe assistente.

Quanto a isso, fica evidente em ambos os agrupamentos que a tarefa de “cuidar” da prescrição é eminentemente psiquiátrica, não sendo parte do processo de trabalho dos outros médicos e muito menos dos demais trabalhadores teoricamente também responsáveis por esta população. Isto não seria tão grave se não concluíssemos que a maioria dos tratamentos de saúde mental dados ao público compõe-se apenas de medicamentos, não sendo oferecidas outras terapêuticas alternativas, relegando-as a um caráter secundário e não de coadjuvante no tratamento. Uma característica, talvez, de municípios que possuem especialistas, como os psiquiatras, lotados na atenção primária como fornecedores de cuidados ambulatoriais diretos, com uma clientela paralela ao dos generalistas da própria unidade.

Uma vez que a equipe pouco participa deste processo de cuidado, a comunicação sobre as ações e efeitos dos psicotrópicos fica restrita à relação médico-paciente. As informações são passadas de maneira deficiente, mas não são inexistentes. O linguajar técnico e pouco adaptado à

cultura e realidade dos usuários gera conhecimentos desencontrados: “o médico disse que o remédio não me deixaria ter pensamentos ruins.” ou “o médico me explicou que eles iriam controlar meus pensamentos” (entrevistados 1 e 2). Mas o que significa para a população controlar os pensamentos? Como isso se traduz no imaginário popular?

Inexiste uma forma participativa e construtiva de diálogo, onde a equipe de saúde possa entender o ponto de vista de seu público-alvo e vice-versa. Tal modo de operar não proporciona para o usuário a autonomia necessária para que ele assuma a responsabilidade sobre seu cuidado e tratamento. Pelo contrário, a não transferência de conhecimento apenas reforça uma relação de tutela e dependência entre cuidador e sujeito cuidado. Com isso, muitos pacientes tornam-se passivos, tanto que nos grupos focais e entrevistas existem poucas reclamações quanto às medicações, apenas queixas de certas classes, mas na esperança que outra possa ser melhor. No entanto, os usuários ficam desapontados com a postura do serviço de saúde perante os pontos aqui levantados. Reclamam da falta de proposta de outras formas terapêuticas, pouca disponibilidade para conversar, tirar dúvidas e de seguimentos esparsos ocasionados por uma “política” de renovação de receitas. Ao mesmo tempo, eles reconhecem que apenas os remédios não são suficientes para a multiplicidade de problemas na área da saúde mental. Identificam diversas estratégias tanto nos seus bairros como nos centros de saúde que lhes seriam benéficas, mas estranham o fato delas não fazerem parte de seus projetos terapêuticos.

Todavia, este fenômeno não é exclusivo da saúde mental. Nas outras áreas e programas de saúde ocorre o mesmo. Por exemplo, portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) também têm pouco conhecimento das suas doenças e tratamentos. Ademais, os profissionais criticam que os usuários não assumem a responsabilidade por eles.

Podemos compreender parte deste paradoxo analisando os grupos focais realizados com os agentes de saúde. Não os mencionei antes por fazerem parte do objeto de trabalho do projeto maior do qual esta tese é componente. Neste outro estudo, os agentes comunitários de saúde nomeiam-se os principais protagonistas das atividades de grupo, projetos intersetoriais de parceria com a escola e comunidade. Além disso, põem-se separados do restante da equipe (médicos e enfermeiros) denotando diferenças socioeconômicas que simplesmente o fato de trabalharem juntos não suplanta. Os agentes, por fazerem parte do território que atendem, sentem-se muito mais integrantes da população do que dos seus colegas de serviço, os quais

acham pertencentes à outra classe social e com dificuldade de compreenderem os hábitos de vida da população que fazem parte. Desta maneira, como sentem dificuldade de serem ouvidos pelos médicos e pela enfermagem, os grupos que os agentes coordenam pouco entram no leque de ações dos outros servidores da saúde.

Indo de encontro a isto apresentado, os trabalhadores contam o oposto da população, levantando que já existe uma cultura de procura exclusivamente do médico e por soluções rápidas aos seus problemas. Chegam a culpar os usuários como responsáveis em parte pela redução do tratamento da saúde mental à prescrição medicamentosa.

Apesar das similaridades vistas entre os agrupamentos no discurso do usuário, o maior efeito destes arranjos até então é o de incitar nos trabalhadores um espírito crítico em relação ao seu papel nesta degradação do cuidado clínico na saúde mental. No agrupamento I vemos os trabalhadores mais questionadores apesar de ainda não verificarmos este reflexo no discurso dos usuários. Por si só isso já é um avanço, pois sensibiliza estes funcionários à políticas que proponham uso racional dos medicamentos, qualificação do manejo de casos e intervenções que ampliem a clínica, envolvendo aspetos não apenas sintomáticos dos sofrimentos mentais. O efeito destes arranjos nos trabalhadores não é pequeno se considerarmos que a forma de trabalho tradicional, fragmentada e que pouco considera o paciente como objeto de investimento é a que predomina nos serviços vinculados ao SUS (CAMPOS, 1994).

Ao mesmo tempo as equipes de saúde não conseguem deixar de trazer para si a responsabilidade de cuidar de seu público, independente do que esse cuidado represente. Não cabe a eles a dúvida de não responder às demandas aos quais são expostos, assumindo o que Balint, em 1964, chamou de uma “função apostólica”, indiscriminadamente curativa e por vezes iatrogênica, principalmente na área da saúde mental. As iatrogenias ocorrem principalmente pela confusão entre sintoma e diagnóstico que é mais evidente na atenção primária. A prevalência de sofrimento mental comum (sintomas que não são suficientes para determinação de um transtorno psiquiátrico) é alta na comunidade (até 56% - Fortes, 2004), mas a de transtornos psiquiátricos graves – principal alvo dos psicofármacos – não é tão prevalente assim. Nessa confusão, muitos pacientes com sofrimentos mentais comuns são medicalizados enquanto pacientes com transtornos mentais graves não são diagnosticados e não recebem o tratamento adequado. Logo, a pobreza e as necessidades sociais que afligem o território, transmitem para equipe uma demanda

assistencial que por sua vez, por não ter tempo para adquirir um discernimento real dessas questões, respondem a elas da única maneira que aprenderam: com o filtro teórico da saúde. Assim, apesar de identificarem questões dessa natureza como a problemática central, respondem a elas com a medicalização.

Existe uma propensão dos profissionais em saúde a “darem algo” e não a “provocarem algo” nas populações que os procuram. A possibilidade de investir no protagonismo e autonomia dos usuários pode produzir inicialmente nos trabalhadores uma fantasia de que eles perderão “espaço” e poder. Frequentemente instaura-se uma crise de papéis. A impressão dos trabalhadores, mais acostumados com o cuidado passivo e assistencial, ao se depararem com as propostas de co-gestão da clínica, é de que a sua função esvazia-se. De fato muitas vezes é difícil para a auto-imagem dos servidores conseguirem colocar-se a questão: qual o papel do cuidador seja ele, médico, enfermeiro ou outro especialista em uma co-gestão? O fato é que este papel é muito mais complexo porque implica em lidar com processos subjetivos nos coletivos envolvidos. Implica em conseguir lidar consigo mesmo, seus desejos de poder e receios, no exercício permanente de diferenciar o “ser responsável por alguém” do “apoiar alguém dentro da liberdade de decisão desta pessoa”. (Onocko, 2003).

Existe um esvaziamento da discussão política para além do serviço de saúde, no sentido, inclusive, de estimular a participação social de suas clientela para exigirem soluções aos problemas vivenciados. Intervenções somente no âmbito da saúde nunca serão eficazes. É necessária a exigência pela sociedade de outros aparelhos sociais nos seus bairros, como escolas, creches, teatros, delegacias, ações de combate à violência, ao tráfico de drogas, programas de geração de renda e outros.

Este estudo não se propôs a negar a importância dos remédios, afinal este que vos escreve é um psiquiatra que já tratou casos graves de saúde mental e se curva perante sua eficácia, mas de promover o debate por um uso racionalizado dos mesmos. Por se tratar de uma pesquisa participativa, terá um momento de devolução dos achados para os gestores da secretaria de saúde que dela participaram. Contudo, aparece em uma das falas do usuário entrevistado 6, que fazia uso de Imipramina 25mg, Neozine 25mg e Diazepam 10mg há quatro anos: *“Já parei (a medicação), pois atrapalhavam minha vida de motorista. É que nem pedra no sapato: mesmo que você tire depois de um tempo aparece outra: temos que conviver com isso.”*. Os

psicotrópicos em uso por ele não se encontravam em dose terapêutica para nenhum tipo de doença mental preconizada, ou seja, serviam apenas de sintomáticos leves para os seus problemas e mesmo assim os utiliza cronicamente, sem nenhum outro tipo de terapêutica alternativa associada. Se os remédios têm o seu lugar no panteão da clínica como não transformá-los em “pedras no sapato”? Que às vezes atrapalham mais do que ajudam aos cidadãos?

Assim, para definição de uma política para o problema levantado só falar de acesso universal ao medicamento é um empobrecimento da diretriz de qualificação da clínica que o SUS necessita. Identificamos como essencial promover estratégias de fortalecimento do usuário para assumir, como em outros aspetos de sua vida, o seu tratamento. Desde 1993, a Associação de Recursos Alternativos em Saúde Mental do Quebec, em colaboração com pesquisadores da equipe de pesquisa e ação em saúde mental e cultura (ÉRASME), implantou um processo de questionamento, de experimentação e de pesquisa para interrogar sobre o lugar da medicação na vida das pessoas, seu papel nas práticas profissionais e sua penetração e percepção no conjunto da sociedade. A abertura desses espaços de expressão e de diálogo permitiu enriquecer o olhar sobre as práticas em saúde mental e elaborar uma nova abordagem de intervenção denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Este projeto em desenvolvimento no Canadá (Rodriguez, 2008), desde essa época, pressupõe ser o diálogo e a troca de experiências parte da essência de sua abordagem. Iniciou-se por integração em grupos de debate de usuários e técnicos que inicialmente questionavam a medicação. Logo, a questão se deslocou para o reconhecimento de que havia um sofrimento colocado antes do tratamento farmacológico e assim o eixo já não é mais posto na suspensão da medicação, mas na partilha da significação de sua utilização.

Tal compartilhamento do saber sobre os psicotrópicos seria uma ferramenta útil para a efetivação da prevenção quaternária na vigilância à saúde da atenção primária. Segundo Jamoulle, 1985 a prevenção quaternária é a ação tomada para identificar um paciente com o risco de sobremedicalização com o intuito de protegê-lo de iatrogenias e sugerir intervenções eticamente aceitáveis. Esta ação tornar-se-ia mais factível com a participação dos usuários implicados nos riscos relatados. Pensamos que a possibilidade de contar com um recurso desse tipo, permitiria enfrentar a utilização pouco crítica do uso medicamentoso. O que provoca não somente custos crescentes, mas também, um novo tipo de exclusão dos pacientes graves, que

nunca conseguem debater com os profissionais que os tratam o tipo de vida que estão dispostos a levar.

Outro ponto para apoiar uma política para o uso racional da medicação seria na educação de profissionais, inclusive médicos psiquiatras. Estimular nos programas de formação, residenciais e nos cursos de psicofarmacologia a idéia da negociação da dose, de incluir a voz do paciente na decisão do tratamento. Fazendo-o assumir a responsabilidade pela terapêutica construída pela resultante da compreensão tanto dele como do médico. Isto implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores de seu público e não como detentores do conhecimento e decisões sobre a vida dos outros.

CONCLUSÃO

Na pesquisa foi dada prioridade aos arranjos da clínica que favorecessem o trabalho em equipe, a coordenação do caso, o vínculo com os usuários e que garantissem processos de trabalhos mais democráticos e participativos. As unidades que apresentaram maior grau de implantação destes arranjos foram caracterizadas como agrupamento I enquanto as demais denominamos de agrupamento II. A eficácia destes arranjos de produzir sujeitos críticos de suas ações foi mais evidente entre os trabalhadores e não mostrou impacto ainda, na percepção dos usuários, quanto qualquer mudança na relação de dependência e de pouca capacidade que lhes é dada de decidir sobre seus tratamentos.

Corroborando com a literatura internacional, vemos altas taxas de dispensação de psicofármacos entre a população adscrita nas unidades de saúde: 8 a 10% em uso de antidepressivos, e 7,5% em uso de benzodiazepínicos. Também são percebidos longos períodos de uso, com esparsas reavaliações destes tratamentos e carência de ofertas terapêuticas alternativas. Parte do problema encontra-se na forma em que as equipes se colocam perante sua missão de cuidadores. Têm dificuldade de estabelecer um diálogo de dupla via com o seu público que possibilite uma linguagem de transmissão do conhecimento especializado em padrões acessíveis para a diversidade cultural do meio em que os usuários do SUS vivem.

Os usuários buscam informações sobre seus tratamentos em bulas e na internet, uma vez que não se sentem apoiados pelos seus médicos a quem denominam de pouco comunicativos. Esse papel, por sua vez, é desempenhado apenas pelos psiquiatras, não sentindo os outros membros da equipe como responsáveis por essa parte do cuidado com o paciente. Nas tentativas de descontinuação ou paradas devido aos efeitos colaterais, por o fazerem sem o devido apoio, pioram clinicamente, o que reforça o temor por qualquer mudança em seus já cristalizados tratamentos. Ademais, valorizam abordagens multivariadas para os seus problemas e criticam o pequeno investimento das equipes nestas intervenções.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, LOM, ICHC BARRETO & CD FONSECA. A Estratégia de Saúde da Família. In: Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, pp 88-100, 2006.

AVORN, J, CHEN & R HARTLEY. Scientific versus commercial sources influence of prescribing behaviour of physicians. American Journal of Medicine, 73, pp 4-8, 1982

BALESTRIERI M, CARTA M, Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol 2004; 39:171-6.

BALINT, M. O médico o paciente e sua doença (1964) Ed. LIVRARIA ATHENEU Rio de Janeiro 1988

BAREMBLITT, Gregório, 1992. Compêndio de análise institucional e outras correntes: *teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do PSF no Brasil: monitoramento da Implantação e funcionamento do PSF 2001-2002, Brasília, 2004.

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

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº8142. Brasília: Centro Gráfico, 1990.

CADILHE S. Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. Rev Port. Clin Geral 2004; 20:193-202.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2ed. SP: Hucitec, 2005.

- CAMPOS, G.W.S. Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde. In: *Inventando a mudança na saúde*. Cecílio, L.C. O. (org). São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G.W.S. Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *saúde Paidéia*. São Paulo: Ed Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação do trabalho em saúde. In: *Saúde Paidéia*. SP: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma da Reforma: Repensando A Saúde. 2. ed. SÃO PAULO: CIÊNCIA TECNOLOGIA E HUMANISMO -HUCITEC, 1994.
- CASTRO, LF e col, Variabilidad de la prescripcion farmaceutica de Castilla La Mancha. *Rer Esp Salud Pública*, 2005; 79: 551-558.
- COUTINHO E Almeida Filho N, Mari JJ, França JF, Fernandes JG, Andreoli B, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Rev ABP-APAL*, 14:93-104, 1992.
- DUNCAN, B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Ed. Artmed., 2004.
- EVENITT, B, Cluster Analysis, London, Heinemann Educational Books, 1974.
- FORTES S., LOPES C.S., VILLANO L.A. Fatores sócio-demográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa saúde da família: resultados do estudo de petrópolis-RJ., 2004
- FREUD, S. - Construções em análise (1937), In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- FURTADO, J.P. – Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):165-182, 2001-a.

HULL SA, AQUINO P, Explaining variation in antidepressant prescribing in east London: a cross sectional study. *Brit Jour Psychiatry* 2006;20

ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. 2. ed. Rio De Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti.

INCB, International Narcotics Control Board. Report of the INCB for 2004. Disponível em: URL: http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb_report_2004_full.pdf

JACOB, KS et AL, Mental Health systems in countries: where are we now? *Lancet*, September 4, p 1-17, 2007

JAMOULLE M. Information et informatisation en médecine générale. [Computer and computerisation in general practice] in: *Les informaticiens*.: Presses Universitaires de Namur; 1986:193-209

GADAMER, H-G. - *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes. 1997, 731p.

GOLBERG D. The recognition of Psychological Illness by General Practitioners. In: Clare Aw, Lader editors. *Psychiatry in General Practice*. London: Academic Press; 1982. p35-41.

GOMES da SILVA, A., 1998. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Ed. Hucitec

GUY DEDORD, *A Sociedade do Espetáculo*, 1967, pág 24-32

KJAERGARD, L.L. & B ALS-NIELSEN. Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ. *BMJ*, vol 325, p. 249 (3 august), 2002.

LUDEMIR A.B., MELO FILHO D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213

MARAGNO L, GOLDBAUM M, GIANINI RJ, NOVAES HMD, CÉSAR CLC. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*, 22 (8): 1639-48, 2006.

MASTERMANN, M. The Nature of a Paradigm. In: LAKATOS, I. MUSGRAVE, A. Criticism and The Growth of Knowledge: proceedings of international colloquium in philosophy of science. London: Cambridge University Press, 1970.

MORAES NOVAES, H., 1990. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS*. São Paulo: Editora Pioneira de Administração e negócios.

MENENDEZ, E. Grupo doméstico y proceso de salud/ enfermedad/ atención. Del teoricismo al movimiento contínuo. In: *Cuadernos Médico Sociales No 59*, pp: 3-18. Rosario:CESS, 1992.

MORGAN, D.L. – Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks, Sage Publications, 1997. p. 80.

OMS – Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001, 173 p.

ONOCKO CAMPOS, R. La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques. Apresentado no Primeiro seminário franco-brasileiro de Análise Institucional, Paris VIII, Julho de 2002.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. SP: Hucitec, 2003. p. 122-149.

PROSSER, AALMOND & E. WALLEY. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs – the importance of who says what. *Family Practice*, vol 2, no 1, pp 61-8. Oxford University Press, 2003

RIBEIRO CS, Azevedo, RCS, Franco VS, Botega NJ, Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil de usuários e padrões de uso, São Paulo Medical Journal, 2007; 125(5): 270-4

RICOEUR, P. - *Tempo e narrativa*. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes, 1997, 327 p.

RICOEUR, P. - *Interpretação e ideologias*. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora. 172 p., 1990.

ROBINS CLN, REGIER DA, editors. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. New York: Maxwelll Macmillan International; 1991.

ROBERTS F, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1998 Oct; 41 (10): 934-41.

RODRIGUEZ del Barrio, L; Perron, N ; e Ouellette, J-N, 2008 Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In : Onocko Campos, Rosana; Pereira Furtado, Juarez; Passos, Eduardo & Benevides, Regina, 2008. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec. (No prelo).

ROUDINESCO, E. & PLON, M.- Dicionário de Psicanálise. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874p

SIMON,G.E.,FLECK, M., LUCAS,R., BUSHNELL, D.M, Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *Am J Psyc*. 61: 1626-1634, 2004.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002

TANAKA, O.Y. & RIBEIRO, L. Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental. Cad. Saúde Pública, 22(9): 1845-1853, 2006.

TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P., 2005. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: *Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS*. Lima & Cols (orgs) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, OPAS, OMS.

TENÓRIO, G. – *A Construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. HUCITEC, 2005.

TESTA, M., 1993. *Pensar em salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial

VEDIA, U.C., BONET, M.S., FORCADA, V.C., PARELLADA, E.N.: Study of use of psychiatric drugs in primary care. *Aten Primaria.*, 30;36(5):239-45, Sep, 2005.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. - Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 120 (6): 472-482, 1996.

WIGGINS, G.S. – The analysis of focus groups in published research articles, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 19(2):143-164, 2004.

WINTER, F, Présentation de le coordennateur de L’A-DROIT de Chaudière-Appalaches, lors de la quatrieme table ronde du forum international sur les psychotropes, 2007 in <http://www.ladroit.org/texteforumgam.pdf>.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>

ANEXO I



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



**Questionário de Avaliação de Arranjos da Clínica Ampliada na Rede de
Atenção Básica de Campinas nos Distritos Sul e Sudoeste**

PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS – PP - SUS 2006/2007

(convênio FAPESP – CNPq – SUS) Processo No 06/61411-4

Data: __/__/____

Pesquisador de campo

Distrito Sanitário: _____ Unidade de Saúde: _____

DADOS ESTRUTURAIS:

1. Cadastro e existência de saúde da família

Existe divisão por equipes de saúde da família? Sim (03), Não (00), Quantas

População em 2007 (IBGE)	Pessoas Cadastradas	Percentual em relação à Meta
IBGE (levar preenchido)		(01) entre 0% e 33,3%
		(02) entre 33,4% e 66,6%
		(03) entre 66,7% e 100%

1. Adscrição da clientela e acesso

Numero de primeira consulta	1ª consultas locais	Percentual em relação ao PPA
PPA/IBGE via SIGAB		(01) entre 0% e 33,3%
		(02) entre 33,4% e 66,6%
		(03) entre 66,7% e 100%

Programas de atenção com cadastramento	Cadastrados	Ações em cada programa
Hipertensos , (20% pop adulta SUS-dep) IBGE_____, Cadastrados_____	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas
	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.
Diabéticos , (12% pop adulta SUS-dep) IBGE_____, Cadastrados_____	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas
	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.
Pré Natal , (____% pop adulta SUS-dep)	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas

IBGE_____, Cadastrados_____	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.

Pontuação total_____

2. Recursos Humanos (Via CNES) - Número de equipes

Profissional	Carga Horária	Tempo na unidade	No. de horas p/ ambulatorio	Percentagem
Médico generalista		(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Ginecologista		(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Pediatra		(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Psiquiatra		(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%

No de médicos de 36h/sem por 10.000 hab= < 1000*Σ horas méd / população> (___)

No de equipes completas.....(___)

Pontuação total_____

ATIVIDADES DE TRABALHO DA EQUIPE:

3. Reuniões de Equipe. Periodicidade e tempo de duração;

Reunião de Equipe/PSF 1		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade,
		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares alem do coordenador e convidados externos.
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)				
Reunião de Equipe/PSF 2		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade,
		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares alem do coordenador e convidados externos.
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)				
Reunião de Equipe/PSF 3		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade,
		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares alem do coordenador e convidados externos.

Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)

Pontuação total_____

4. Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares

Apropriação do conceito pelo PSF 1		Quem Elabora	Quando Reavalia
(01)Sim	(00)Não	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia
		(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Apropriação do conceito pelo PSF 2		Quem Elabora	Quando Reavalia
(01)Sim	(00)Não	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia
		(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Apropriação do conceito pelo PSF 3		Quem Elabora	Quando Reavalia
(01)Sim	(00)Não	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia
		(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Pontuação total_____

5. Apoio em Saúde Mental

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 1		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
(01)Sim	(00)Não	(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)
		(02) quinzenal	(02) minoria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 2		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
(01)Sim	(00)Não	(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)
		(02) quinzenal	(02) minoria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 3		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
(01)Sim	(00)Não	(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)
		(02) quinzenal	(02) minoria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

Pontuação Parcial_____

5. Existência de equipe de Saúde Mental

- Existe equipe de saúde mental na unidade (03) Incompleta (02)
- Não existe equipe de saúde mental própria, mas existe apoio de saúde mental sistematizado em todas as equipes (02)

- c. Não existe equipe de saúde mental própria, mas existe apoio de saúde mental parcial ou não sistematizado na equipe (01)
- d. Não existe equipe de saúde mental própria nem qualquer tipo de apoio em saúde mental (00)

Pontuação total_____

6. Atividades Assistenciais em Grupo

Tipo de Grupo	Média/Participantes Média/Permanência	Atividades	Profissionais
Terapia breve (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Oficinas (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Adolescentes e crianças (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Dependência Química (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Gestantes (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Hipertensão e Diabetes (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Praticas Integrativas (01)	(02) possui controle de permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2

Pontuação total_____

7. Outras Estratégias de Atenção do Serviço

Para equipes de saúde da família, saúde mental e outros programas;

Atividades	Quem Realiza	Como é Avaliada	Planejamento
Visitas Domiciliares	(01) 1 categoria profissional	(00) inexiste	(00) inexiste
	(02) 2 categorias	(02) apenas quando o quadro piora	(02) individualmente
	(03) mais de 2 categorias	(03) com regularidade	(03) em equipe
Reuniões Intersetoriais	(01) 1 categoria profissional	(00) inexiste	(00) inexiste
	(02) 2 categorias	(02) apenas em situações problema	(02) individualmente
	(03) mais de 2 categorias	(03) com regularidade	(03) em equipe

Pontuação total_____

8. Fluxo Específico da Saúde Mental

Existe (acolhimento, triagem, consultas, etc.) na chegada do caso à unidade.

(00)Não (01)Sim

Quem define a priorização deste fluxo? (equipe da saúde da família, técnico de saúde mental, médico, enfermeiro ou recepção)

(00)Ninguém (01)Recepção (02)médico ou enfermeiro (03)critérios estabelecidos em equipe

Estratégias e arranjos de acolhimento à crise em saúde mental, fora do fluxograma.

(00)Inexistente (01)Existente

Pontuação total_____

A GESTÃO DA CLÍNICA

9. Existência de colegiados;

Colegiados	Função	Planejamento da Pauta	Construção da Pauta	Participantes
Existência de fóruns periódicos com temática exclusiva sobre a gestão da unidade.	(01) Divulgação das decisões	(00) Durante a reunião	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Planejada	(01) Pelo grupo	(02) 2 categorias
(00) Não	(01) Remete decisões para a equipe			(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				
Existência de fóruns periódicos com temática exclusiva sobre projetos de vigilância e saúde coletiva	(01) Divulgação das decisões	(00) Durante a reunião	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Planejada	(01) Pelo grupo	(02) 2 categorias
(00) Não	(01) Remete decisões para a equipe			(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				

Pontuação total_____

10. Conselho Local de Saúde;

Conselhos	Função	Planejamento da Pauta	Construção da Pauta	Participantes
Existência de Conselhos decisórios com participação de setores da gestão, trabalhadores e usuários	(01) Divulgação das decisões	(00) Apenas em Situações problema	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Durante a reunião.	(01) Apenas pela comunidade	(02) 2 categorias
(00) Não	(03) participação da comunidade para além dos conselhos	(02) Planejada com antecedência	(02) Planejada com todos os setores	(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				

Pontuação total_____

11. Integração: Serviços com os quais as equipes se relacionam.

Serviço	Forma de Comunicação	Periodicidade	Ações Geradas
Escolas	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Espaços comunitários	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Centros especializados	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
CAPS	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Pronto-Atendimentos	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
SAMU	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Centro de Convivência	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistemáticos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade

Pontuação total_____

ANEXO II

Roteiro de entrevista para usuários de psicotrópicos há mais de seis meses.

1. Quais medicamentos o senhor faz uso e por quanto tempo os tem utilizado?
2. Já fez outros tipos de tratamentos ou foram oferecidas outras formas de abordagem do seu problema?
3. De quem foi a decisão de iniciar o uso de medicação psicotrópica?
4. Qual foi o motivo de começar este tratamento?
5. Foi-lhe explicado como estes remédios agem? E como eles agem então?
6. Quanto aos efeitos colaterais, eles foram mencionados?
7. Foi conversado sobre as possíveis interações medicamentosas destas drogas?
8. Alguma vez parou ou mudou a prescrição da medicação por conta própria?

ANEXO III

TERMO DE PERMISSÃO DO USO DE BANCO DE DADOS

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar uso de psicofármacos em dois distritos sanitários da rede básica de Campinas, relacionando-o com as diferentes formas de arranjos organizacionais do programa de saúde da família. Para isso, serão averiguadas as taxas de dispensação de psicofármacos para a população adscrita nas regiões já citadas. Essas taxas serão associadas à variáveis socioeconômicas e organizacionais a partir da análise do banco de dados de dispensação de psicofármacos da Prefeitura Municipal de Campinas.

Será acessado o banco de dados de medicamentos dispensados via software próprio da municipalidade em questão, denominado de DIM (dispensação individualizada de medicamentos) e os dados serão analisados posteriormente.

A análise dos dados será realizada e coordenada por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos dados da pesquisa, quando da análise quantitativa e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Os gestores da prefeitura municipal de Campinas têm liberdade para se recusarem a permitir ou retirar sua permissão do uso do banco de dados do DIM em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma-se o **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, no uso dos dados armazenados pelo DIM no ano de 2008.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Gestor da Área

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Orientador: Rosana Onocko Campos
Médica sanitária

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Mestrando em Saúde Coletiva

Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM – Unicamp

Em caso de dúvida, entre em contato com Departamento de Medicina Preventiva e Social, telefones para contato: (19) 3287 5136, (19) 9700 625, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar uso de psicofármacos em dois distritos sanitários da rede básica de Campinas, relacionando-o com as diferentes formas de arranjos organizacionais do programa de saúde da família. Para isso, serão averiguadas as taxas de dispensação de psicofármacos para a população adscrita nas regiões já citadas. Essas taxas serão associadas à variáveis socioeconômicas e organizacionais a partir da análise do banco de dados de dispensação de psicofármacos da Prefeitura Municipal de Campinas.

Uma das fases da coleta de dados será a realização de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais envolvidos na rede de Atenção Básica de Campinas, usuários do SUS e familiares.

Esses grupos serão coordenados por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que irão apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

_____,
portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da pesquisa: Rosana Onocko Campos
Médica sanitária
Professora do Departamento de Medicina Preventiva
e Social – FCM – Unicamp

Telefones para contato: (19) 3287 5136

(19) 9700 6253A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.