

El Usuario en Atención Básica y las ofertas en Salud Mental: la percepción de los pacientes acerca de la medicación.

The basic-health users and the offers on mental-health: the perceptions of patients about

Dorigatti, Alcir Escocia¹; Belo, Kamila Oliveira³; Kores, Ricardo Calil²; Trapé, Thiago Lavras⁴; Onocko Campos, Rosana Teresa⁵

“El remedio más usado en medicina es el propio médico, el cual, como los demás medicamentos precisa ser conocido en su posología, efectos adversos y toxicidad”

Michael Balint

¹Estudiante de medicina
- Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Estatal
de Campinas – UNICAMP,
Brasil – alc1r@hotmail.com

² Estudiante de medicina
- Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Estatal
de Campinas – UNICAMP,
Brasil - rickores@hotmail.com

³Enfermera – Departamento
de Enfermería, Facultad
de Ciencias Médicas,
Universidad Estatal de
Campinas – UNICAMP, Brasil
- kamilabelo25@gmail.com

⁴Doctorando en Salud
Coletiva – Facultad
de Ciencias Médicas,
Universidad Estatal de
Campinas – UNICAMP, Brasil
- thitrape@yahoo.com.br

⁵Docente del Departamento
de Salud Coletiva – Facultad
de Ciencias Médicas,
Universidad Estatal de
Campinas – UNICAMP, Brasil
– rosanaoc@mpc.unicamp.br
– 055 (19) 3521-8036

RESUMEN: En Brasil, a partir de la Reforma Psiquiátrica, los servicios de salud mental pasaron a organizarse en una red de atención diversificada, oponiéndose al modelo hospitalario. Sin embargo, hay contradicciones entre los profesionales, que oscilan entre la restricción de libertad y la atención psicosocial y la alienación de los mismos en relación a su trabajo, cuando la medicalización pasa a ser el mecanismo estructurante de todas las prácticas analizadas. El objetivo del trabajo es comprender el fenómeno del uso de psicotrópicos en la atención primaria y desarrollar estrategias de salud pública para mejorar la calidad de la asistencia. Se trata de una investigación evaluativa, de diseño cualitativo. Fueron entrevistados pacientes de Unidades Básicas de Salud. Este material fue transcrito y se confeccionaron narrativas de las cuales emergieron categorías representativas, foco de análisis y discusión. Se percibió el lugar que la medicación ocupa en la perspectiva del usuario y el impacto en las prácticas de salud de la red. Vivimos una práctica hegemónica que aprende el síntoma, imposibilitando la elaboración del sufrimiento. El individuo, comprendido a través del síntoma, se torna objeto de prácticas que no consideran la compleja dimensión humana, perdiéndose cualquier posibilidad de rehacer la propia historia. Las unidades de salud son organizadas para sustentar esta lógica, con pocas reevaluaciones y propuestas terapéuticas diferenciadas, centralizando las acciones terapéuticas exclusivamente en la perspectiva biomédica. La investigación permite apuntar problemas y caminos para superar los desafíos: ampliación de ofertas descentralizadas de la medicación, cualificación en la comprensión del sufrimiento psíquico y la construcción de proyectos terapéuticos singulares, posibilitando que nuevas propuestas aparezcan, para que los equipos y los usuarios no se tornen rehenes de una práctica monista.

ABSTRACT: In Brazil, after the Psychiatric Reform, mental health services began to organize into a diversified healthcare network, opposing the hospital model. However, there are contradictions among professionals, ranging from the restriction of freedom and psychosocial care and alienation related to their work, when medicalization becomes the structuring mechanism of all analyzed practices. The objective of this study is to understand the phenomenon of use of psychotropic drugs in primary care and the development of public health strategies to improve the quality of care. It is an evaluative research, qualitative design. Patients from Basic Health Units were interviewed. The material was transcribed into narratives from which emerged representative categories, the focus for analysis and discussion. The place medication occupies in the user's perspective and the impact on the network's health practices was perceived. We live in an hegemonic practice that learns the symptom, making it impossible to elaborate suffering. The individual, comprehended through the symptom, becomes the object of practices that do not consider the complex human dimension, losing any possibility to remake their own story. Health units are organized to support this logic, with few reassessments and different therapeutic approaches, centralizing therapeutic actions exclusively on the biomedical perspective. The research allows targeting problems and ways to overcome challenges: expanding decentralized medication offers, qualification in understanding psychological suffering and construction of singular therapeutic projects, enabling new proposals to appear, so that teams and users do not become hostages of a monistic practice

INTRODUCCIÓN

La Reforma Psiquiátrica

La Reforma Psiquiátrica en Brasil es un movimiento histórico de carácter político, social y económico influenciado por la ideología contraria a la de los grupos dominantes que estructuraban la atención en salud mental de modo excluyente y segregador.

Ganó fuerza a fines de los años 70 y principio de los 80 siendo una de sus principales vertientes la lucha por la desinstitucionalización con la consecuente deconstrucción de los manicomios y de los paradigmas que lo sustentaban. La sustitución progresiva de los manicomios por otras prácticas terapéuticas y la ciudadanía de las personas con problemas de salud mental, generó mucha polémica en torno a la eficiencia de las nuevas formas de tratamiento y especialmente sobre esa nueva mirada más humana de respeto a la "locura".

El modelo psiquiátrico propuesto hasta entonces, basado en la legislación de 1934, proponía la hospitalización y el aislamiento de los pacientes intentando atender ante todo la seguridad, el orden y la moral pública. Aunque haya predominado, este modelo fallido, muestra una base ideológica peyorativa donde la prioridad no era tratar al usuario sino proteger a la sociedad de los posibles peligros que ellos podrían representar en cuanto estuviesen en libertad (1).

El nuevo modelo que viene siendo construido con la reforma implica la deconstrucción literal de ese otro modelo hasta entonces hegemónico. El movimiento apunta a las incongruencias del esquema basado en la psiquiatría clásica, que convirtió al hospital psiquiátrico en la única alternativa de tratamiento, promoviendo la cronicidad y la exclusión de miles de pacientes en todo el país.

La reforma psiquiátrica es el resultado de una mayor reflexión y organización de los diversos segmentos de la sociedad: profesionales de la salud, académicos y de la sociedad civil organizada, y se basa en los conceptos políticos y teóricos que han guiado la política pública brasileña después de la promulgación de la Ley 10.216 de 2001, que propone una nueva forma de organizar los servicios que componen la red pública invirtiendo el modelo de atención centrado, hasta ahora, en el hospital psiquiátrico (2). Los datos del Centro de Información de Salud, del Ministerio de Salud, revelaron que en 1988, el número de camas psiquiátricas representaba el 19,1% del total de camas disponibles en todo el país, un porcentaje sólo superado por las camas de Medicina Clínica, 21,6% (3).

Pero más allá de la sustitución de los equipamientos de salud mental, Rotelli (1990) citado por HIRDES (2012) afirma que el cuidado debe ser visto como "elemento clave para transformar los modos de vivir y sentir el sufrimiento del "paciente" en su realidad, en la vida cotidiana", por lo que es necesario movilizar a todos los actores

que influyen en los cambios en las estructuras y en los sujetos para una "demolición de las terapias segmentadas (clínica, psicológica, social, farmacológicas, etc.)".

También es importante prestar atención a la formación profesional de los trabajadores, todavía fundadas en el tradicionalismo, Bichaff (2006) y Oliveira (2003) afirman que son guiadas por concepciones coherentes con el modelo hegemónico, cuyo objeto de trabajo es el individuo y su enfermedad, la ciudadanía del usuario está casi siempre disociada de su vivencia y la organización del trabajo por los profesionales y con frecuencia la referencia de ciudadanía predominante es la ciudadanía tutelada.

Estos estudios revelan contradicciones en la práctica de los profesionales, que implican restricción de libertades y atención psicosocial; enajenación de esos valores en relación con su trabajo, en que la medicalización se convierte en el mecanismo de estructuración de las prácticas analizadas. Como propuesta de cambio, señalando que el proceso de reforma "está centrado principalmente en el carácter administrativo, muchos de los problemas técnicos de las perspectivas políticas y éticas son contempladas sólo por una pequeña parte de los trabajadores" (AREJANO, 2006).

A partir del movimiento de RP la oferta de servicios pasa a organizarse y articularse en una red de atención amplia y diversa, compuesta por atención primaria de la salud, Centros de Atención Psicosocial (adultos, niños y adicciones) Centros de convivencia y cooperación (CECCOS) y la internación de urgencias en Hospitales Generales. En esta propuesta organizativa la APS se erige como espacio asistencial fundamental por ser la puerta de entrada y eje estructural del Sistema de Salud de Brasil (Brasil). Por lo tanto existe una necesidad de aproximación entre la salud colectiva y la salud mental para la constitución de un campo interdisciplinario de saberes y prácticas (Campos et al, 2011).

El tratamiento con medicación

Los estudios sobre medicación están entrelazados en una relación que involucra a los servicios de salud y los pacientes en ciertos contextos sociales. Así, el consumo está influido por concepciones de consumidores y prescriptores en un diálogo contextualizado por las condiciones socioeconómicas (4).

Al abordar el término "medicalización", lo comprendemos asociado al impacto de la medicina occidental en la sociedad, que involucra la popu-

larización de sus terapias y conceptos biomédicos relacionados al proceso de salud-enfermedad.

La percepción sobre el proceso salud / enfermedad que favorece el autoconsumo, hace de la toma de medicamentos una práctica que anula otros saberes y terapias no medicamentosas que anteriormente eran utilizadas como alternativa a los medicamentos (5).

La medicalización social es un fenómeno complejo asociado a los cambios derivados de la incorporación de conductas y modelos biomédicos en la sociedad y las interpretaciones de las experiencias humanas siguiendo exclusivamente estos conceptos. La medicalización se asocia con la reducción de la perspectiva terapéutica y la desvalorización del abordaje de factores sociales y subjetivos en el proceso de salud-enfermedad (6).

Estudios Brasileños muestran que los pacientes con síntomas mentales suficientes para diagnosticar un trastorno psiquiátrico corresponden al 56% de la demanda de los equipos de salud de la familia (7) mientras que la prevalencia de trastornos psiquiátricos graves, blanco principal de los psicofármacos, equivale al 3% de la población (8). Sin embargo, el uso de psicofármacos se ha incrementado más allá de lo necesario para el tratamiento de estas enfermedades. (ANVISA, 2011). Por otra parte, los estudios muestran que la percepción de los pacientes sobre su condición no siempre es considerada por los profesionales, lo que debilita la relación terapéutica y genera situaciones de vulnerabilidad que afectan el proceso de diagnóstico y tratamiento (9).

Así, las características y las determinaciones del consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el cuidado de la salud están sujetos a numerosas variables cuyas interrelaciones se cruzan con características cualitativas y cuantitativas. Hasta donde sabemos, no existen estudios brasileños que abordan estas características juntas, lo que justifica la realización de este trabajo, cuya metodología mixta tuvo por objeto contribuir a una mejor comprensión del fenómeno del uso de drogas psicotrópicas en el PSF (Programa de Salud de la Familia) de Campinas y así desarrollar estrategias de salud pública para mejorar la atención de estos pacientes.

OBJETIVOS.

La investigación tiene como objetivo analizar la relación de los pacientes que consumen drogas psicotrópicas y son asistidos por los equipos de salud de la familia en una ciudad brasileña con su tratamiento y las ofertas terapéuticas de UBS.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio evaluativo de diseño predominantemente cualitativo con elementos cuantitativos necesarios para la técnica de triangulación de métodos (Minayo 2006). Se realizaron entrevistas con pacientes y médicos de las Unidades Básicas de Salud incluidos en acciones y programas de salud mental¹.

El proyecto tenía como hilo conductor la integración enseñanza- servicio- comunidad, como una de las acciones intersectoriales dirigidas al fortalecimiento de áreas estratégicas del Sistema Único de Salud- SUS, de acuerdo con sus principios y necesidades y tuvo como presupuesto la educación para el trabajo involucrando alumnos de grado, profesionales de los servicios y tutores, enfatizando el vínculo universidad-servicio, potenciando el conocimiento mutuo (10).

El Campo

El lugar escogido para el estudio fue el municipio de Campinas-SP que tiene una población estimada de 1,2 millones de habitantes (IBGE, 2012) y cuenta con una red de salud amplia y compleja. El municipio cuenta hoy con 61 unidades básicas de salud (denominados Centros de Salud) con amplia cobertura y equipos multiprofesionales. Fueron escogidas tres Unidades Básicas de Salud localizadas en regiones de elevada vulnerabilidad social (IBGE, 2000): Centro de Salud Campo Belo, Centro de Salud Nueva América y Centro de Salud Vista Alegre, siendo la población de los dos primeros 100% y del último 85% de usuario SUS dependientes.

En el Centro de Salud Campo Belo, el equipo de salud mental está compuesto por un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un psiquiatra. El terapeuta ocupacional proviene del Centro de salud San Domingo y el psiquiatra del Centro de Salud San José, situados próximos al territorio del Centro de Salud Campo Belo en el cual realiza apoyo matricial. Semanalmente se programa una agenda de triage en Salud Mental que es realizada por una terapeuta ocupacional y una enfermera. Una vez por semana el psicólogo atiende consultas en la Unidad Básica. La atención del psiquiatra es agendada en el Centro de Salud Campo Belo sin embargo lo usuario son atendidos en el Centro de Salud San Domingo.

En el Centro de salud Nueva América, quincenalmente el equipo discute los casos de Salud Men-

tal y los que necesitan de Proyectos Terapéuticos Singulares con la presencia de una supervisora que brinda apoyo matricial. También quincenalmente, el médico generalista, la pediatra y la ginecóloga participan de las reuniones en el Centro de Salud San José como los demás clínicos (del propio Centro de Salud San José, Carvalho de Moura y monte Cristo) y psiquiatras de referencia, en un intento de disminuir la demanda de las especialidades y la mejora de la atención.

En el Centro de Salud Vista Alegre, el equipo de salud mental contaba con la profesional de psicología, la terapeuta ocupacional y la psiquiatra. El trabajo incluye atención individual y grupal para niños, niñas, adolescentes, adultos y ancianos, además de apoyo matricial, visitas domiciliarias, participación en reuniones entre otros.

Entrevistas

Los coordinadores de los servicios fueron invitados a señalar aquellos usuarios que potencialmente podrían participar del trabajo. Los criterios de inclusión fueron: 1) uso de psicofármacos durante por lo menos seis meses, 2) estar en tratamiento en la Unidad Básica durante por lo menos seis meses, 3) manifestar interés en participar del estudio.

Después del contacto realizado por los coordinadores, los estudiantes ya capacitados realizaron las entrevistas, con el consentimiento de los participantes, que fueron grabadas y posteriormente transcritas. Con el material en mano fue realizado un taller sobre narrativas.

Entiéndase por "narrativa": *la narración de la historia de la gente común en el lugar en que se encuentran*" constituyéndose de historias que pueden ser contadas como son, pues están en el mundo por la acción social (11). En otras palabras: *"La narrativa – como lenguaje- debe su inserción en la economía textual al diálogo con otros textos y al conjunto de características socio-históricas que localizan un contexto. La narrativa se abre a la interpretación al mismo tiempo en que establece condiciones para su circulación, recepción y producción. Así, articula relaciones de poder políticas, identitarias, de contexto, percibida tanto diacrónica como sincrónicamente lo que demuestra la compleja relación de las narrativas con los discursos sociales. En la relación entre texto, narrativa y discurso podrían ser vistas*

las condiciones para la inserción y circulación de las expresiones sociales, de las ideologías y de las realidades de la vida cotidiana" (12).

Después de ser construidas y validadas de forma colectiva, las narrativas fueron clasificadas en "redes interpretativas" a partir de sus "núcleos argumentales". Entendemos que serían el conjunto de frases que no solo se refieren a un tema sino que intentan atribuirle a él algún tipo de explicación en términos de un *porqué*, *para qué*, y de un *cómo*. Llamamos núcleos argumentales no a los temas planteados sino al "tejido de la trama" sobre esos temas. (Onocko Campos, 2008). Teniendo ese vasto material en las manos, fue analizado.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp, y entre otros recaudos, tenemos las "Condiciones de consentimiento libre e informado". Otras precauciones adicionales fueron particularmente tomadas teniendo en cuenta la interacción frecuente con los pacientes de las Unidades Básicas de Salud donde se llevó a cabo la colecta de datos para la investigación. Las mismas consideraciones éticas serán tenidas en cuenta en las presentaciones de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1- MEDICACIÓN

a) Efectos y valores

Hay relatos que atribuyen efectos positivos a la medicación por el hecho de atenuar problemas de ansiedad, depresión/desánimo, stress diario, nerviosismo e insomnio.

Particularmente es interesante notar aquellos relatos que atribuyen una sobrevaloración al medicamento, en que los pacientes afirman "vivir para los remedios". Entre algunas narrativas, hay un paciente que dice "es dios en el cielo y la medicina en la tierra" o incluso que los medicamentos son necesarios para la supervivencia.

Se relatan varios casos de dependencia a la medicación y también problemas con cambios en las dosis, relacionadas con el miedo de los pa-

cientes a cambiar o abandonar la medicación. También hubo reclamos en cuanto a la cantidad de remedios administrados.

Algunos usuarios desconocen los efectos secundarios de su tratamiento diciendo que no tuvieron o no recuerdan haber tenido información relacionada a este aspecto, dicen estar disconformes con los efectos de los medicamentos, como el aumento de sueño, disminución de la disposición general y pérdida de la libido sexual. Se informó de algunos problemas con la administración de los fármacos siendo muchas veces necesaria la ayuda de la familia. Además, algunos pacientes refirieron que se sintieron frustrados por no saber porque toman medicación psicotrópica.

Conforme a lo que discutimos anteriormente, la medicación ocupa un lugar simbólico en la vida de los usuarios. Se crea una relación, como notamos en alguna de las narrativas, de dependencia e incluso de sobre valorización que instala una relación de poder que difícilmente posibilita la inserción de nuevas propuestas terapéuticas. El imperativo de la medicación otorga una explicación para el sufrimiento de orden estrictamente biológica, sin lugar para la reflexión y elaboración de contenidos subjetivos, el hecho de la remisión de los síntomas reafirma el poder del psicofármaco en la vida de algunos usuarios.

Sin embargo, notamos heterogeneidad en las narrativas, la relación de los usuarios con la medicación es ambivalente, ya que ésta remite pero también emite síntomas. Los efectos colaterales son puestos en cuestión ya que muchas veces son omitidos por el profesional prescriptor. Detrás de las narrativas podemos inferir un intercambio entre síntomas.

b) Autogestión de la medicación

Algunos usuarios afirman tomar la medicación conforme a lo prescrito. Sin embargo confiesan fallas en el cumplimiento de la prescripción alegando olvido. Otros cuando se sienten más agitados o "nerviosos", aumentan la dosis del medicamento, variándola de acuerdo con las tareas del día, con la rutina. Esto también sucedía cuando la próxima consulta era en una fecha distante, los pacientes aumentaban la dosis sin orientación del médico. Muchas veces en esos casos el usuario conseguía medicación con parientes o conocidos.

Otro punto a destacar es el miedo que sienten algunos pacientes de quedarse sin medicación.

Opinan que su vida es extremadamente dependiente de los remedios que toman. Hay relatos de pacientes que intentaron disminuir la posología de los medicamentos que toman, sea por voluntad personal o para eliminar los efectos adversos, pero experimentaron recrudescimiento del cuadro y volvieron al uso prescrito, sin embargo otros no experimentaron empeoramiento pasando a creer que no necesitan del medicamento. En ambas situaciones no hubo participación del médico en la decisión, sin embargo revelan preocupación por el cambio de las dosis sin consulta médica y el agravamiento de los cuadros de sufrimiento mental.

Hay experiencias de participación en la gestión de la medicación y negociación de esta con el médico: hacer búsquedas en internet con el fin de comprender los efectos de los medicamentos y procurar mejores alternativas informando sus opiniones al médico.

La relación establecida con el fin de gestionar el uso, es confusa. Las narrativas señalan la medicación como un agente externo que produce algunas veces placer y otras sufrimiento. Dentro de esta dinámica, el usuario hecha manos de diversos artificios y experiencias conforme relatamos. Por lo tanto, se nota que la relación generalmente se da en el dualismo usuario - medicación, estando la figura intermediaria y fundamental del médico-equipo de salud, ausente.

c) Motivo del uso

Los motivos de uso relatados por los pacientes para el uso de medicamentos psicotrópicos se refieren al control de la angustia, fallas de la memoria, desorientación espacial, ansiedad, nerviosismo, impaciencia, incluso locura. Además de eso se destaca el uso de medicamentos para dormir, mejorar los cuadros de desánimo y depresión.

Es común encontrar episodios traumáticos que funcionan de gatillo para el desarrollo de los síntomas. Tenemos casos de accidentes y muertes de familiares, pérdida de empleo, problemas de convivencia con familiares y compañeros. Hay relatos que atribuyen la ansiedad al stress del día a día con rutinas de trabajo agitadas y presión para llevar a cabo las tareas.

Se observa así la explicación del síntoma que inevitablemente está relacionada con cuestiones de la vida, del vivir. Como si hubiese cura para la vida se busca como soporte algún agente externo, en este caso, la medicación.

d) Tiempo de uso

El paciente que toma medicamentos psicotrópicos desde hace más tiempo, lo hace desde hace aproximadamente 20 años.

Otros relatan experiencias que varían entre los 2 y los 7 años, siendo frecuente casos de entre 10 y 15 años. Además hubo relatos de suspensión del uso de medicamentos por períodos variables dentro del período de suministro de la droga psicotrópica. El paciente de mayor tiempo de uso relata 26 años con interrupciones. Conforme a lo señalado en el punto anterior, así como el tratamiento medicamentoso surge como respuesta a la demanda en una fase específica de la vida, muchas veces se torna parte integrante de ella creando entonces una relación de identificación entre usuario y medicación.

e) Renovación de receta

Hay informes de renovación con las enfermeras del Centro de Salud, en los propios grupos de salud mental y en hospitales y médicos privados. En tanto predomina la renovación de recetas a través del clínico general del centro de salud, seguido por el psiquiatra en los centros de salud que poseen uno o a través del apoyo matricial.

Existieron casos de médicos que proporcionaron más de una receta para que el paciente no tuviese que pasar nuevamente por la consulta. También se constataron casos de pacientes que obtuvieron medicamentos sin receta a través de amigos.

Además de esto, también se relatan situaciones de faltante de medicación en la red.

Este eje es fundamental para comprender como este engranaje, que produce una relación individuo-medicación, funciona. La práctica comentada, no posibilita alternativa alguna al problema en cuestión. El acto de rehacer la receta trae aparejado un sentido de disminución de nuevas posibilidades. Casi como si esta práctica remitiese al usuario a un destino de cronicidad o a la imposibilidad de rehabilitación.

f) Uso con otras sustancias

La mayoría de los relatos dicen que no se consumen psicotrópicos con bebidas alcohólicas o drogas psicoactivas siguiendo las instrucciones

del médico. Sin embargo, el uso de medicación junto con alcohol en situaciones conmemorativas o en pequeñas cantidades (una copa de vino por semana), es común. Un usuario refiere nunca haber mezclado pero si haber suspendido el uso de medicación debido a una recaída en el uso de alcohol u otras drogas.

También hay referencias al consumo de té y energizantes paralelamente al medicamento con vistas de aumentar su disposición para el trabajo toda vez que el medicamento lo dejara somnoliento.

2- TRATAMIENTO NO MEDICAMENTOSO

a) Otras ofertas en el CS

No todos los usuarios practican otras actividades ofrecidas por el centro de salud, ya sea porque no les fueron ofrecidas, sea por falta de interés propio, sea por falta de dinero para acercarse al Centro de Salud: *"pero no voy a los grupos porque a veces no tengo ni dinero para el pasaje"*. Quienes hacen uso de las ofertas existentes en sus Unidades Básicas de Salud relatan hacer pintura en latas y paños de cocina, práctica que ayuda a mantener la concentración, Lian Gong (restringido para personas que tienen problemas de columna), caminata, yoga y gimnasia, siendo los dos últimos especialmente efectivos para el alivio de ansiedades aunque no contribuyan a la reducción de la medicación: *"eso ayuda para la ansiedad, alivia las tensiones, porque los nervios se van atrofiando pero no disminuye la medicación"*

Se mencionan tratamientos con psicólogos, acupuntura y terapia grupal, siendo la última la más citada y evaluada de dos maneras por los usuarios: la primera diciendo que les hace muy bien pues comparten sus problemas con personas que están en la misma situación y por ser un grupo cerrado se sienten seguros: *"yo adoro, no veo la hora de que sea lunes para estar en el grupo, si tuviese tres veces por semana, tres veces iría. Me siento bien porque llego allí y me dispongo a hablar sin riesgo de que alguien de fuera este comentando"* y la segunda opinando que la terapia en grupo no ayuda al tratamiento.

Se resalta todavía la oferta de terapia con los psicólogos de la red, para algunos el único espacio de escucha y contención: *"cuando yo me trataba con la psicóloga me sentía bien, porque ella era alguien que conversaba, me escuchaba e intenta-*

ba entender lo que estaba pasando. Es interesante poder tener a alguien así para poder pensar sobre algunas cosas. Pero hoy no tengo a nadie con quien abrirme para conversar".

Las propuestas terapéuticas que llamamos no medicamentosas, todavía se circunscriben de manera inofensiva en la vida de los usuarios. Por más potentes que ellas parezcan en fragmentos de las narrativas, la relación se muestra en todo momento como secundaria a la medicación y no como alternativa. Esa posición nos señala algunos aspectos como la baja legitimidad de las terapias en la sociedad contemporánea o incluso el lugar, muchas veces marginal, que tales prácticas ocupan en la oferta y propuestas de atención en las Unidades Básicas analizadas.

b) Prácticas complementarias

La religiosidad bajo la forma de grupos de oración, curanderas, o de las religiones Evangélicas, Católica o Espiritista, fue citada varias veces como factor de mejora en la salud de los entrevistados, así como permanecer en compañía de los hijos y ver películas: *"Yo creo que la Iglesia ayuda en mi salud porque rezo, pido a dios que me ayude con mis problemas. Pero además de la Iglesia, solo mi hijo me hace sentir bien, cuando lo veo ya me siento alegre"*.

Por otro lado, en el Centro de Salud Vista Alegre, aunque la religión católica sea citada por muchos usuarios como factor de mejora, otros afirman que no tiene relevancia alguna en relación a la enfermedad como en: *"Yo creo que la religión no ayuda en la enfermedad (...) pedía mucho, colocaba el nombre de mi marido en los libros de oración y todo pero no tuve éxito, entonces creo que no ayuda mucho, no"*.

Además se citan como actividades que "distraen el pensamiento" conversar con vecinos o mascotas, llorar, limpiar el jardín, recibir visitas, tomar mate en casa, vender elementos de porcelana a pedido, coser, caminar, realizar tareas domésticas: *"Cuando me doy cuenta que la fluoxetina no tiene efecto en mí, voy a conversar con mi vecina, ella me da fuerzas, comenzamos a bromear, reír, y me deja mejor que el remedio"*.

A pesar de que algunos usuarios afirman que el médico nunca les ofreció ningún otro tipo de tratamiento complementario, son citadas prácticas que tranquilizan y ayudan a tener más paciencia como el macramé, bordados, pintura en tela, tejido y vi-

drio, escuchar la radio, descansar en casa, lectura, actividades relacionadas al trabajo y la cocina, jugos y té para ayudar a dormir, ir a la escuela o estudiar en casa, jugar videojuegos y practicar ejercicios físicos, todo contribuyendo a mejorar la salud mental: *“Tengo otra forma de sacar afuera: limpieza!! Tengo obsesión por la limpieza, tanto que trabajo de eso”*.

CONCLUSIÓN

A través del análisis de las narrativas, pudimos notar el lugar que la medicación ocupa en la perspectiva de los usuarios y analizar las prácticas de salud en las Unidades Básicas. Vivimos una nueva práctica hegemónica, tal vez reinventada, que una vez más atrapa el síntoma e imposibilita la elaboración del sufrimiento. La perspectiva semiológica que analiza, nombra e interviene, continúa difundiendo como corriente dentro de las prácticas de salud. Se discute, piensa y propone muy poco perdiéndose así el carácter holístico de las relaciones y la vida.

El individuo comprendido a través del síntoma, se torna blanco de prácticas que no consideran la compleja dimensión humana y así se desvanece cualquier posibilidad de rehacer la propia historia. Las unidades básicas son organizadas para sostener esta lógica, con pocas reevaluaciones y

propuestas diferenciales de tratamiento, centralizando las acciones terapéuticas única y exclusivamente en la perspectiva biomédica.

Los usuarios a su vez, replican las verdades históricamente construidas y buscan respuestas que reduzcan el dolor y no tanto comprenderlo, tornándose así parte de este engranaje ideológico reduccionista.

La investigación nos permitió apuntar problemas y caminos en la perspectiva de superar este modelo vigente: la ampliación de ofertas terapéuticas no centralizadas en la medicación, la cualificación de los profesionales en la comprensión del sufrimiento psíquico y principalmente la construcción de proyectos terapéuticos singulares que posibiliten que nuevas propuestas aparezcan para que los equipos y usuarios no queden rehenes de una práctica monista.

NOTAS FINALES

†Todos los datos forman parte del proyecto del PET-SAÚDE (“Programa de educación por el Trabajo para la Salud”) “Evaluación del uso de psicotrópicos en el Programa de Salud de la Familia (PSF) del Municipio de Campinas”, siendo la presentación y discusión de los resultados en este artículo un recorte del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonçalves AM, Sena RR. La Reforma Psiquiátrica en Brasil: contexto y reflejos sobre el cuidado con el enfermo mental en la familia. *Rev. Latino-am Enfermería*. 2001. 9(2); 48-55
2. Amarante P. *El Hombre y La Serpiente: Otras Historias para la Locura y la Psiquiatría*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
3. Alves DSN, Seidl EMF, Schechtman A, Silva RCI. Elementos para un Análisis de La Asistencia en Salud Mental en Brasil. En: Conferencia Nacional de Salud Mental. *La Restauración de La Atención en Salud Mental en Brasil*. Brasilia, Brasil: Ministério de Salud; 1992. p. 46-59
4. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RCF. Medicalización de mujeres ancianas y La Interacción con el Consumo de Calmantes. *Salud Soc*. 2008. 17(2); 95-106
5. Conrad P. Medicalización y Control Social. *Annual Review of Sociology*. 1992. 18; 209-232
6. Tesser CD, Barros NF. Medicalización social y medicina alternativa y complementaria: pluralización terapéutica del Sistema Único de Salud de Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2008. 42(5); 914-920]
7. Fortes S. Trastornos mentales comunes en atención primaria: Sus formas de presentación, el perfil nosológico y los factores asociados en unidades del programa de salud de la familia del municipio de Petrópolis, Rio de Janeiro, Te-

- sis (Doctorado en salud colectiva), IMS, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165 p.
8. O.M.S. Informe sobre La salud en el mundo 2001 –Salud Mental: nueva concepción, nueva esperanza. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001, 173 p.
 9. Ribeiro Cs, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Uso crónico de diazepam en centros de salud de atención primaria: perfil de usuarios modos de uso. São Paulo Med. J. 2007, Sep. 6;125(5):270-4
 10. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306 - EM: 04/07/2012
 11. Burke, P. La escritura de La Historia. Nuevas Perspectivas. São Paulo, Ed. UNESP, 2001.
 12. Onocko Campos, R. e Furtado, J.P. Narrativas: Una Revisión.
 13. Santos, DVD, Tesis de Maestría, Uso de psicotrópicos en Atención Primaria en el Distrito Sudoeste de Campinas y su relación con los arreglos de Clínica Ampliada: "Una piedra en el zapato", FCM-UNICAMP, 2009.

