



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KATARINA THEMOTHEO DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ**

SOBRAL
2016

KATARINA THEMOTHEO DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus Sobral*, Ceará, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**SOBRAL
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

-
- A448a Almeida, Katarina Themotheo de.
Análise do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde no município de Sobral, Ceará/
Katarina Themotheo de Almeida. – 2016.
191 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.
1. Saúde da família. 2. Psicotrópicos. 3. Saúde Mental. I. Título. CDD 610
-

KATARINA THEMOTHEO DE ALMEIDA

ANÁLISE DO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus* Sobral, Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 07/07/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catânio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Mendes Fonteles Filho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Agradecimentos

A todos os pacientes usuários de psicofármacos que acompanhei durante a minha trajetória na Estratégia Saúde da Família;

Aos usuários do CSF e seus familiares, a equipe básica, residentes e profissionais do NASF que de forma generosa aceitaram com presteza o convite de fazer parte desta pesquisa.

À equipe do Centro de Saúde da Família do bairro Sumaré, principalmente às Agentes Comunitárias de Saúde, pelo apoio à pesquisa, pelas informações repassadas quando precisei, pela amizade e companheirismo nos 5 anos de convivência;

À atendente de farmácia Maggie, pela valiosa contribuição dada à pesquisa, por conhecer tanto os pacientes que fazem uso de psicofármacos, por tratá-los de forma amigável e respeitosa e por fazer tão bem seu trabalho diariamente;

A meu orientador Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio, pelo apoio e, principalmente, pelo aprendizado que me proporcionou durante esta árdua caminhada;

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, pelo aprendizado e reflexões proporcionados durante o curso;

Aos colegas do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, principalmente às colegas Lívia Muniz e Ítala Sales, por terem dividido as angústias comigo e me incentivado nessa caminhada;

Aos membros da banca examinadora, professor Babi Fonteles e professora Roberta Cavalcante, pela disponibilidade e pelas contribuições ao trabalho;

A todos os familiares e amigos que direta ou indiretamente me incentivaram e me apoiaram desde a minha aprovação;

A meu companheiro de todas as horas, pela paciência, incentivo e por sempre acreditar e torcer por mim.

RESUMO

Os psicofármacos instituíram-se como o principal recurso terapêutico utilizado para tratar qualquer mal-estar, por este motivo, a pesquisa buscou compreender os motivos e motivações para a sua utilização. Trata-se de uma abordagem qualitativa e quantitativa do tipo descritiva, exploratória e documental. Ocorreu no Centro de Saúde da Família do bairro Sumaré. Analisamos 183 prontuários médicos dos usuários de psicofármacos e traçamos o perfil da clientela atendida no CSF que usa medicação controlada. Logo em seguida, realizamos entrevistas semiestruturadas com 09 usuários e 04 familiares. Verificamos também, entre os 10 profissionais de saúde do CSF, 04 integrantes da equipe do NASF e 05 da Residência em saúde da Família, a compreensão deles em relação à prática de prescrição, aquisição e uso da medicação. Como resultado, tivemos que o perfil da clientela de psicofármacos do CSF Sumaré é formado basicamente por mulheres, entre 40 e 59 anos, de baixa escolaridade, ‘sem companheiro’ e fora do mercado de trabalho. Os principais motivos que desencadearam o uso da medicação foram depressão, ansiedade e insônia. A amitriptilina e a fluoxetina foram os principais psicofármacos utilizados. Os pacientes recebem a prescrição principalmente dos médicos não especialistas, estão usando há menos de um ano, e alguns pacientes conhecem o que consomem, outros não. A grande maioria considera que houve melhora após o uso da medicação, devido aos seus benefícios como: melhora do sono, da alimentação, do comportamento e controle da crise. Tanto os usuários quanto os profissionais de saúde consideram importante o uso da medicação, mas também elegem os grupos terapêuticos, como outra ferramenta importante para o tratamento. Acreditam que há muitas pessoas fazendo uso de psicofármacos no meio em que vivem. Os profissionais entrevistados consideram que, diante de pessoas com sintomas depressivos, ansiosos e psicóticos, a melhor conduta é encaminhar o paciente para o médico ou psicólogo, ou se preciso, para o CAPS ou hospitais. Os principais desafios da Estratégia Saúde da Família são a realização de um atendimento adequado em saúde mental, além das renovações de receitas e encaminhamentos a psiquiatras ou psicólogos. Para isso, as equipes precisam ser capacitadas e os gestores deveriam investir mais recursos para a elaboração de programas de assistência aos portadores de transtornos mentais e usuários de psicofármacos.

Palavras – chaves: Saúde da Família. Psicotrópicos. Saúde Mental.

ABSTRACT

Psychotropics were instituted them as the main therapeutic resource used to treat any discomfort, for this reason, the research sought to understand the reasons and motivations for their use. It is a qualitative and quantitative approach to descriptive, exploratory and document type. It occurred in the Health Center of Sumaré neighborhood family. We analyzed 183 medical records of psychotropic drug users and we profile the clientele in CSF using controlled medications. Soon after, we conducted semi-structured interviews with 09 users and 04 family members. We also note, among the 10 CSF health professionals, 04 members of staff and NASF 05 Residence in Health of the Family, their understanding of the practice of prescription, acquisition and use of medication. As a result, we had the profile of CSF Sumaré psychotropics clientele consists mainly of women between 40 and 59 years, with low education, 'unmarried' and outside the labor market. The main reasons that led to the use of the drug were depression, anxiety and insomnia. The amitriptyline and fluoxetine were the main psychoactive drugs used. Patients are prescribed mainly non-medical specialists are using less than a year, and some patients know what they consume, others not. The vast majority believes that there was an improvement after the use of medication due to its benefits such as improved sleep, feeding, behavior and control of the crisis. Both users and health professionals consider important to use the medication, but also elect therapeutic groups, as another important tool for treatment. They believe that there are many people making use of psychotropic drugs in the environment in which they live. Professionals interviewed consider that, before people with depression, anxiety and psychotic symptoms, the best approach is to refer the patient to the doctor or psychologist, or if necessary, to the CAPS or hospitals. The main challenges of the Family Health Strategy is the establishment of an appropriate mental health care, in addition to renewals revenue and referrals to psychiatrists or psychologists. For this, teams need to be trained and managers should invest more resources to the development of assistance programs for people with mental disorders and psychiatric drugs users.

Key - words: Family Health. Psychotropics. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CSF	Centro de Saúde da Família
MASF	Mestrado Acadêmico em Saúde da Família
UFC	Universidade Federal do Ceará
OMS	Organização Mundial de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SNC	Sistema Nervoso Central
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais
IMAO	Inibidores de Monoaminoxidase
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
REME	Relação Estadual de Medicamentos
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
CECOS	Centros de Convivência
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
CEM	Centro de Especialidades Médicas
UIPHG	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital geral
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
VLV	Veículo Leve sobre Trilhos
SOPRI	Sociedade Pró- Infância
CENTRESUM	Centro de Treinamento do Sumaré
CEPROPHI	Centro de Promoção Humana Padre Ibiapina
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico
CID	Classificação Internacional de Doenças
EVPE	Lista de eventos de vida produtores de estresse
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos participantes do estudo	38
Quadro 2 – Grau de escolaridade.....	42
Quadro 3 – Profissão / Ocupação.....	43
Quadro 4 – Fatores desencadeantes	44
Quadro 5 – Problema ou condição avaliada	44
Quadro 6 – Antipsicóticos sedativos	60
Quadro 7 – Antipsicóticos incisivos	60
Quadro 8 – Antipsicóticos típicos ou convencionais no Brasil	61
Quadro 9 – Antipsicóticos atípicos no Brasil	61
Quadro 10 – Ansiolíticos benzodiazepínicos disponíveis no Brasil	63
Quadro 11 – Antidepressivos IMAOs	64
Mapa 1 – Mapa da sede e distrito de Sobral	32
Gráfico 1 – População, Número de CSF e de Equipes por Macroárea de Sobral	33
Gráfico 2 – Total de pessoas em uso de psicofármacos e usuários de álcool e drogas	34
Quadro 12 – Antidepressivos ISRS	64
Quadro 13 – Antidepressivos atípicos	65
Quadro 14 – Principais estabilizadores do humor no Brasil	65
Quadro 15 – Principais anticonvulsivantes no Brasil	66
Quadro 16 – Psicofármacos disponibilizados pela rede de saúde de Sobral	78
Gráfico 3 – Perfil dos profissionais de saúde/Sexo	83
Gráfico 4 – Perfil dos profissionais de saúde/Faixa etária	83
Gráfico 5 – Perfil dos profissionais de saúde/Escolaridade	83
Gráfico 6 – Perfil dos profissionais de saúde/Tempo de atuação no CSF	84
Gráfico 7 – Perfil dos usuários de psicofármacos/SEXO	86
Gráfico 8 – Perfil dos usuários de psicofármacos/FAIXA ETÁRIA	86
Gráfico 9 – Perfil dos usuários de psicofármacos/ESCOLARIDADE	86
Gráfico 10 – Perfil dos usuários de psicofármacos/ESTADO CIVIL	87
Gráfico 11 – Perfil dos usuários de psicofármacos/OCUPAÇÃO/PROFISSÃO	87
Gráfico 12 – Problema ou condição avaliada	96
Gráfico 13 – Hipóteses diagnósticas	98
Gráfico 14 – Classes de Psicofármacos	100

Gráfico 15 – Psicofármacos	101
Gráfico 16 – Importância da medicação (profissionais de saúde)	111
Gráfico 17 – Importância da medicação (usuários/familiares)	113
Gráfico 18 – Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação (profissionais de saúde)	118
Gráfico 19 – Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação (usuários/familiares) .	119
Gráfico 20 – Formas de tratamento (profissionais de saúde)	124
Gráfico 21 – Formas de tratamento (usuários/familiares)	126
Gráfico 22 – Usuários de psicofármacos (profissionais de saúde)	143
Gráfico 23 – Medicamentos utilizados (usuários/familiares)	146
Gráfico 24 – Classe de medicamentos utilizados (usuários/familiares)	147
Gráfico 25 – Responsável pela prescrição psicofarmacológica (usuários/familiares)	151
Gráfico 26 – Tempo de uso da medicação (usuários/familiares)	155
Gráfico 27 – Motivos que desencadearam o uso da medicação (usuários/familiares)	158
Gráfico 28 – Conhecimentos sobre a medicação utilizada (usuários/familiares)	161
Gráfico 29 – Qualidade de vida (usuários/familiares)	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de pessoas por sexo e faixa etária.....	36
Tabela 2 – Dados sociodemográficos	48
Tabela 3 – Dados clínicos.....	48
Tabela 4 – Distribuição de frequências por gênero dos usuários de psicofármacos	88
Tabela 5 – Distribuição de frequências por faixa etária dos usuários de psicofármacos	89
Tabela 6 – Distribuição de frequências por estado civil dos usuários de psicofármacos ...	90
Tabela 7 – Distribuição de frequências por escolaridade dos usuários de psicofármacos ..	92
Tabela 8 – Distribuição de frequências por profissão/ocupação dos usuários de psicofármacos.....	93
Tabela 9 – Distribuição de frequências por médico prescritor de psicofármacos.....	103
Tabela 10 – Benefícios dos psicofármacos (profissionais de saúde)	132
Tabela 11 – Conduitas e encaminhamentos (profissionais de saúde)	136

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Aproximação com o objeto de estudo	15
1.2	Traçando a problemática do estudo	18
2	PERCURSO METODOLÓGICO	29
2.1	Tipo de estudo.....	29
2.2	Cenário da pesquisa	32
2.3	Sujeitos da pesquisa	38
2.4	Fontes e instrumentos usados na produção e análise dos dados	41
2.5	Análise dos dados	48
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E SOCIOHISTÓRICA DO PROBLEMA	53
3.1	Psicofármacos: história, classificação e consumo	53
3.1.1	Relação dos principais medicamentos utilizados na Atenção Primária à Saúde.	59
3.1.1.1	Neurolépticos	59
3.1.1.2	Ansiolíticos, Benzodiazepínicos e Hipnóticos	62
3.1.1.3	Antidepressivos	64
3.1.1.4	Estabilizadores do humor	65
3.1.1.5	Anticonvulsivantes	66
3.2	Contextualização histórica da Reforma psiquiátrica brasileira	67
3.3	A política nacional de saúde mental	70
3.4	Atenção primária à saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	74
3.5	Sobre a construção da rede de saúde mental do município de Sobral	75
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	81
4.1	Resultados e discussão dos dados relacionados à caracterização do perfil dos profissionais de saúde entrevistados	82
4.2	Resultados e discussão dos dados relacionados à caracterização do perfil dos usuários de psicofármacos entrevistados	85
4.3	Resultados e discussão dos dados relacionados às características sociodemográficas e clínicas dos usuários de psicofármacos avaliados pelos prontuários médicos	88
4.3.1	Características sociodemográficas	88
4.3.2	Características clínicas	95
4.4	Resultados e discussão dos dados qualitativos e quantitativos relacionados à construção dos discursos do sujeito coletivo.....	106

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
	REFERÊNCIAS	170
	APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada com os usuários	178
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada com os familiares e/ou acompanhantes de usuários de medicação controlada.....	179
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde	180
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os usuários de medicação que exige controle especial	181
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares ou acompanhantes de usuários de medicação que exige controle especial	182
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais de saúde	183
	ANEXO A – Termo de Compromisso para a utilização de dados em documentos	184
	ANEXO B – Prontuário Médico	185
	ANEXO C – Ficha de Cadastro da Farmácia	187

Os sonhos são como uma bússola,
indicando os caminhos que seguiremos
e as metas que queremos alcançar.

São eles que nos impulsionam,
nos fortalecem e nos permitem crescer.

Augusto Cury

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

A iniciativa em trabalhar a pesquisa sobre análise do consumo de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde (APS) foi marcada por inúmeras situações vivenciadas e conhecimentos adquiridos, ao longo de uma trajetória de formação e prática profissional no início, na faculdade de Psicologia e, nos últimos anos, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o curso de graduação de Psicologia, ocorrido entre os anos de 1999 e 2004, na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), houve uma aproximação com a área da psiquiatria e saúde mental, tanto nas escolhas de cursos extracurriculares e estágios, quanto na área da pesquisa e monitoria.

O ponto de encontro com a área da saúde mental aconteceu a partir da primeira experiência de estágio optativo no final da graduação, realizada no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), no ambulatório de psiquiatria/psicossomática. Essa época de estágio foi muito rica de conhecimentos e experiências ligadas à prática ambulatorial e de acompanhamento de usuários nos leitos durante sua internação hospitalar.

Após a conclusão do curso de graduação, os constructos teóricos e acadêmicos alcançados passaram a fornecer suporte necessário para a inserção no mercado de trabalho, mas o percurso realizado nesse mercado foi cheio de novas experiências em áreas distintas, longe da psiquiatria, longe da psicofarmacologia.

Como muitos recém-formados, não houve uma escolha do campo de trabalho e também não trabalhei na área desejada, até tive experiências profissionais distintas da minha formação acadêmica, porém encontrei um campo fértil de aprendizado.

Entre os anos de 2010 e 2012, a partir do meu interesse pessoal de adquirir experiência no SUS e trabalhar com a área da saúde mental, que até então eu não tinha, iniciei o processo de formação em saúde no campo da prática profissional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), na cidade de Sobral, no Ceará.

Fui residente durante dois anos e nesses anos tive uma maior aproximação com o objeto de estudo na minha prática do dia-a-dia, acompanhando pacientes que fazem uso de psicofármacos, durante os atendimentos individuais, nas visitas domiciliares e no matriciamento em saúde mental.

Os anos na residência permitiram que eu vivenciasse uma experiência única de construção de uma prática voltada para a interação, para a troca de saberes e comunhão de conhecimentos de outras formações profissionais, diferentes da que eu tive; além de uma prática voltada também para o apoio mútuo e troca de experiências distintas, de categorias profissionais diversas, mas que estavam trabalhando de forma interdisciplinar para garantir uma qualidade da assistência e do cuidado em saúde dos usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa prática profissional também era enriquecida pelo compartilhamento de opiniões, dificuldades e vitórias.

Thiesen (2008, p. 546) já trazia para a discussão a importância de práticas interdisciplinares, principalmente no campo das ciências humanas, que objetivavam a superação da fragmentação dos saberes, provocada por uma ciência mecanicista e de tendência positivista do início da modernidade.

[...] A interdisciplinaridade, como um movimento contemporâneo que emerge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento, vem buscando romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes [...]. (THIESEN, 2008, p. 546)

Dentro do meu núcleo de formação, enquanto psicóloga, me deparei com uma imensidão de vidas com histórias esfaceladas pela dor e pelo sofrimento. Acompanhei muitos homens e mulheres, meninos e meninas, muitas crianças, mas também muitos adolescentes, adultos e idosos em sofrimento psíquico ou passando por algum problema de ordem pessoal.

Muitos pacientes vieram para o atendimento espontaneamente ou através de encaminhamentos feitos por profissionais que acreditavam ser importante um olhar da psicologia sobre aquele problema identificado. Alguns desses pacientes encaminhados recebiam prescrição de medicação de controle especial.

Meu percurso de inserção profissional seguiu para a atuação, enquanto psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no mesmo município, durante 3 anos. O NASF define-se a partir de equipes multiprofissionais que trabalham seguindo a lógica do apoio matricial, garantindo a integração às equipes de saúde, apoiando-as e compartilhando saberes.

Para Chiaverini (2011, p.13), “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.”

No NASF, trabalhei nos mesmos territórios onde atuei durante a residência em saúde da família, nos Centro de Saúde da Família (CSF) dos bairros Sumaré e Padre Palhano,

além dos distritos Jordão e Baracho. Diariamente me defrontava, enquanto profissional do NASF, com a mesma realidade anterior vivenciada na residência.

Mais especificamente no NASF, vivenciei uma realidade que até então, enquanto residente, não dava tanta importância, mas enquanto profissional, passei a me interessar mais e dar uma maior importância, não só em acompanhar pacientes e conhecer suas histórias de vida. Observei que muitos deles faziam uso de tratamento medicamentoso e, principalmente, que muitos pacientes tinham diagnóstico de depressão e ansiedade.

Uma das atividades que vivenciei no NASF, todos os anos, e que considero importante enfatizar é o processo de territorialização. Esta prática tinha como objetivo a obtenção de informações e formulação de diagnósticos sobre as reais condições de vida e da situação de saúde da população, a partir do reconhecimento da área de abrangência adstrita, sua população, dados epidemiológicos e equipamentos sociais, para assim planejar e operacionalizar ações e práticas de saúde, para minimizar as fragilidades e potencializar as riquezas do território.

“A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, através de uma atuação a partir de uma delimitação territorial previamente determinada” (MONKEN, 2003, p.20).

Muito além desta definição, poderemos partir do pressuposto que o território é um espaço vivo, dinâmico, em constantes transformações, onde as pessoas nascem, vivem e morrem, se identificam, se relacionam umas com as outras, rezam, trabalham, estudam, moram, se cuidam, tomam remédio e formam famílias e laços de amizade.

A partir da territorialização, identifiquei de forma mais real, um número significativo de usuários que fazem uso de medicações de controle especial em todos os postos de saúde. Essa grande quantidade de pacientes medicados foi a motivação que me fez pensar sobre esta temática e desenvolver uma pesquisa para analisar o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família, conhecendo melhor os motivos que podem desencadear a prescrição da medicação.

Infelizmente, no final da minha coleta de dados, tive que me mudar de Sobral e iniciar uma nova experiência profissional em Fortaleza. Certamente, levei preciosos aprendizados de Sobral e do campo de trabalho em que fui inserida, o que tornou minha pesquisa ainda mais rica, já que meu campo de trabalho foi também meu campo de pesquisa.

Nessas experiências relatadas acima, percebi que trabalhava com um sujeito (usuário) que existe, vive e sente e que, além disso, precisa ser acolhido de forma humanizada, para além da utilização do fármaco-químico, pois precisa de um olhar

direcionado para ele, precisa de uma escuta qualificada para identificar aquilo que está submerso, que não está visível a olho nu. É esse sujeito que diariamente faz uso da medicação controlada e que convivi atuando como trabalhadora do SUS e ao longo do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), da Universidade Federal do Ceará (UFC), como pesquisadora.

Por fim, a necessidade de adentrar no Mestrado acadêmico veio ao encontro da minha curiosidade e vontade de investigar e analisar o consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde, já que este objeto já me direcionava ao estudo na prática profissional como forma de entender melhor o processo de cuidar, as relações e as práticas.

1.2 Traçando a problemática do estudo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum tipo de transtorno mental que se não forem tratados adequadamente, podem causar um grande sofrimento, invalidez e perda econômica (OMS, 2001).

A OMS acrescenta que mais de 150 milhões de pessoas sofrem de depressão em algum momento da vida, aproximadamente um milhão de pessoas se suicidam por ano, cerca de 25 milhões têm esquizofrenia, 38 milhões epilepsia e mais de 90 milhões apresentam transtornos relacionados ao uso do álcool e outras drogas (OMS, 2004).

Além disso, estima-se que uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá uma condição de saúde mental na sua vida, sendo a depressão a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média e a terceira maior em países de baixa renda até 2030 (OMS, 2001).

“Verifica-se que os transtornos mentais são altamente prevalentes no nosso país. Estima-se que sua carga aumentará de maneira significativa nos próximos 20 anos [...]” (PASSOS, 2008, p.23).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), provavelmente ocorrerão outros aumentos do número de pessoas com problemas mentais e psicológicos por causa do envelhecimento da população, do agravamento dos problemas sociais, da violência e da inquietação civil.

Rodrigues, Facchini e Lima (2006, p.108) destacam que

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais e, até mesmo, em alguns países orientais. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na

população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

Em consequência, cresce cada vez mais o número de pessoas que usam psicofármacos tanto no Brasil, quanto no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 1985, os psicofármacos ocupavam o 9º lugar entre os mais vendidos mundialmente. Só no Brasil, em 1986, 500 milhões de doses diárias de tranquilizantes foram consumidas (OMS, 2001).

Forte (2007, p.10) ressalta que:

[...] cerca de 10-15% das prescrições feitas nos Estados Unidos são para medicações destinadas a afetar os processos mentais: para sedar, estimular ou, de algum modo, mudar o humor, o raciocínio ou o comportamento. Esta prática reflete tanto a alta frequência de distúrbios psiquiátricos primários quanto à ocorrência de reações emocionais quase inevitáveis em pessoas com doenças clínicas. [...] A prescrição e a utilização de benzodiazepínicos elevaram-se consideravelmente nos últimos anos e passaram a ser um dos grupos de fármacos mais prescritos no mundo [...] (FORTE, 2007, p. 20).

Benzodiazepínicos como o Diazepam e o Lexotam, dentre outros, estão entre os medicamentos psicotrópicos mais prescritos e consumidos no mundo. Clínicos gerais prescrevem diariamente a medicação para um em cada dez adultos (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Andrade, Andrade e Santos (2004, p. 12), nos seus estudos, apontam que, de acordo com os dados apresentados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em 2002, um em cada dez adultos receberam prescrição de benzodiazepínicos, quase sempre feita por clínico geral, comprovando o número elevado de consumo de psicofármacos no país. Além de garantir seu elevado consumo no mundo, ao afirmar que entre 1 e 3% da população ocidental já fez o uso por mais de um ano.

Sabe-se que o consumo excessivo de medicamentos nos dias atuais é uma situação preocupante para os profissionais de saúde e para o setor público. Os medicamentos que necessitam de receita de controle especial precisam de uma atenção adequada dos profissionais de saúde e das autoridades competentes devido aos efeitos colaterais, principalmente a dependência química que podem causar, se utilizados de forma indiscriminada ou sem receita médica.

Indiscutivelmente, os psicofármacos são uma importante ferramenta no tratamento daqueles pacientes que têm indicação para o seu uso. No entanto, a utilização destes deve ser constantemente monitorada e avaliada, atentando às situações de uso indiscriminado e inadequado dessas substâncias e até mesmo a automedicação, visando fornecer subsídios para

a formulação de estratégias de gerenciamento de medidas que possam assegurar a diminuição dos efeitos indesejáveis e riscos que esse uso sem controle e segurança podem causar.

Aquino (2008) propõe que, para se ter um uso racional da medicação, é preciso que seja inicialmente avaliada a real necessidade do uso do psicofármaco, dependendo das condições clínicas de cada paciente; em seguida, que se receite o medicamento correto, nas doses adequadas, dependendo das necessidades de cada paciente, respeitando o tempo e a duração corretos do tratamento e que, além disso, a medicação esteja disponível ao paciente e tenha um baixo custo.

“[...] a escolha da medicação é influenciada por sintomas, isolados ou não, pelo diagnóstico principal, pela(s) comorbidade(s), pela idade, pelas condições clínicas do paciente e pelo uso concomitante de outros medicamentos” (BRASIL, 2000, p. 41).

Os psicofármacos também podem ser utilizados como um recurso de primeira ordem, como um recurso complementar e às vezes seu uso é desnecessário, depende de cada caso. É preciso conhecê-los, assim como é importante conhecer os demais procedimentos terapêuticos que têm demonstrado ou vêm demonstrando eficácia no tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2000).

“No Brasil há poucos estudos investigando a prevalência de uso de psicofármacos, bem como o padrão de uso dos mesmos na população e na APS” (ROCHA; WERLANG, 2013, p. 3292). Normalmente as pesquisas se concentram mais nas regiões sul e sudeste do Brasil. Dentre os artigos encontrados que tratam dessa temática, observou-se que há uma taxa elevada de consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos, principalmente por mulheres e/ou idosas (BELTRAME, 2010; CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006; ROCHA; WERLANG, 2013).

No estado do Ceará, os estudos sobre uso de psicofármacos são limitados a pesquisas encontradas no município de Maracanaú e Caucaia. Em Maracanaú, Passos (2008) apresentou um número significativo de pacientes encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que fazem uso de medicação controlada, lembrando que a sua amostra não corresponde ao total da população existente no município. Em Caucaia, Forte (2007), encontrou um elevado consumo de psicofármacos, principalmente do Diazepam 5mg.

No município de Sobral não existem dados consolidados acerca desta problemática, sendo também necessário um delineamento do perfil dos usuários da atenção primária que fazem uso de medicação controlada. As pesquisas abordam determinada parcela da população ou abrangem o uso de determinado psicofármaco. Por exemplo, Oliveira,

Aguiar e Cavalcante (2011), utilizaram essa mesma problemática para analisar uma parcela da população de Sobral que faz uso de psicofármacos – as mulheres.

Araújo *et al.* (2012), diferentemente, fez um levantamento do consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos no município, encontrando um valor relativamente alto e um gasto muito elevado na compra destas medicações pela secretaria de saúde, mostrando que existe, sim, um consumo elevado de medicação controlada.

A maioria dos pacientes que usam psicotrópicos deveria ser tratada na Atenção Primária à Saúde, na Estratégia Saúde da Família, porta de entrada para os cuidados primários em saúde mental. A proposta da ESF é promover ações de prevenção, promoção e manutenção em saúde mental no território onde vive o sujeito, privilegiando a sua inserção na comunidade.

Neste sentido, observa-se que as transformações no campo da saúde mental exigiram conhecimentos teóricos e técnicos dos profissionais de saúde para atuarem segundo o modelo de desinstitucionalização dos serviços de atenção em saúde mental, centrados, principalmente, na ótica da reinserção social do sujeito com transtorno mental.

Por este motivo, promover uma discussão que traz como foco a saúde mental, tornou-se importante para a comunidade acadêmica e para os gestores em saúde, a fim de pensar em transformações nesse campo de atuação e promover melhorias para essa clientela que já fora bastante marginalizada e discriminada pela sociedade e que ainda hoje essas práticas discriminatórias são percebidas em nosso meio.

Para além dessa discussão, ainda encontramos profissionais de saúde com dificuldades em atuar no campo da saúde mental, devido principalmente ao precário conhecimento teórico oferecido nos cursos de graduação e pós-graduação.

Bichaff (2006) aponta para a necessidade de qualificação dos trabalhadores:

Ainda que o ensino de graduação e pós-graduação estivesse menos distanciado da proposta de transformação do cuidado em saúde mental, haveria necessidade de estimular processos contínuos de discussão, atualização e aperfeiçoamento das práticas, visando a constante reflexão e produção de novos saberes compartilhados pelos trabalhadores no enfrentamento das situações vividas junto às pessoas com transtornos mentais. (p.13)

Na experiência diária como trabalhadora do SUS, comprometida com o uso responsável de psicofármacos na atenção primária e a partir das leituras realizadas através do levantamento bibliográfico, pude observar que há um número elevado de pacientes que fazem uso de medicação controlada. Além disso, pude perceber que alguns deles o fazem de forma

indiscriminada, já que poderiam ser utilizadas outras formas de cuidado e de tratamento para os transtornos mentais ou para o sofrimento psíquico, associadas ou não ao uso da medicação.

Observei na minha prática cotidiana que a atenção à saúde mental no Centro de saúde, tem se limitado principalmente à renovação de receitas. Algumas consultas, com o médico de saúde da família, são agendadas quando há alguma urgência, por exemplo, quando o paciente apresenta alguma reação adversa ao medicamento ou quando o paciente “surta”¹. Os casos considerados mais graves são discutidos pela equipe e são encaminhados para o médico psiquiatra no matriciamento em saúde mental ou mesmo são encaminhados para o CAPS ou para o Hospital de Referência (Hospital Dr. Estevam), dependendo da gravidade do caso. Percebi também que há uma descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados e a ausência de prevenção e promoção da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental.

Além disso, o número de usuários de psicofármacos é considerável. Não há projetos voltados para esta clientela no sentido de desestimular o uso contínuo de psicotrópicos. Em alguns casos, a família pode ter dificuldade para apoiar esses pacientes, os próprios pacientes podem ter dificuldade de vincularem com a unidade de saúde e alguns profissionais podem ter dificuldade de vincularem com o paciente para fortalecer o seu tratamento.

Por estes motivos, foi levantada uma pluralidade de questionamentos a respeito da temática trabalhada na pesquisa, dentre eles: A prescrição de psicofármacos está sendo feita de forma responsável ou indiscriminada? Os usuários conhecem os psicofármacos que consomem? Conhecem seus efeitos colaterais e seus benefícios? Há um número elevado de pacientes na Estratégia Saúde da Família usuários de medicação controlada?

Diante de tal constatação, julgou-se necessário realizar este trabalho com a proposta de gerar uma reflexão e discussão em relação ao uso de psicofármacos na Atenção primária à saúde, junto a Estratégia Saúde da Família, com o intuito de caracterizar a clientela que faz uso de medicação que exige o controle especial, com especial atenção aos motivos ou motivações que foram determinantes para a prescrição de psicofármacos e, além disso, levantar dados a respeito dos psicofármacos mais utilizados, os profissionais que prescreveram a medicação e alternativas adotadas pelos usuários e pelos profissionais de saúde de cuidado e tratamento. Para responder nossos questionamentos, temos como objetivo geral, analisar o consumo de psicofármacos a partir da compreensão dos motivos ou motivações de sua utilização entre os usuários assistidos na atenção primária à saúde. Para

¹ Um surto psicótico pode ser caracterizado principalmente pela desorganização do pensamento e pela perda da noção da realidade.

subsidiar nossa pesquisa, foram elencados os seguintes objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da população que utiliza psicofármacos na rede pública de saúde; Verificar os principais motivos que influenciaram o uso de psicofármacos por estes usuários; Identificar os principais psicofármacos consumidos pela população estudada e a especialidade do médico que prescreve a medicação; Identificar o nível de compreensão que os portadores de transtornos mentais têm sobre o seu tratamento; Discorrer sobre a prática de prescrição, aquisição e uso da medicação controlada a partir da compreensão do profissional de saúde do CSF; Alternativas de cuidado.

Somando-se a isso, é importante também analisar a compreensão que os usuários/familiares e profissionais de saúde têm em relação ao tratamento psicofarmacológico.

Assim sendo, justifica-se a relevância do objeto de estudo, uma vez que durante o processo de territorialização realizado no início do ano de 2015, por todas as equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Sobral, foi identificado que numa população de 218.099 pessoas cobertas pelo Sistema público de saúde do município, 16.540 pessoas fazem uso de medicação controlada (7,6%) e 6.936 são usuários de álcool e outras drogas. Número considerado relativamente alto, tornando este indicador de saúde uma das prioridades da atenção à saúde dos sobralenses, juntamente com a assistência ao pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, dentre outros. (Dados da territorialização realizada em dezembro de 2014 e apresentada em Março de 2015).

O cenário de estudo desta pesquisa pertence à macroárea II de Sobral. Nesta macroárea, há 2814 pessoas utilizando medicação controlada e 1483 são usuários de álcool e outras drogas. No CSF em estudo há 233 pessoas em uso de psicofármacos. (Dados da territorialização realizada em dezembro de 2014 e apresentada em Março de 2015).

O interesse por esta pesquisa surgiu a partir da apresentação destes dados pela Secretaria de Saúde de Sobral. Além do mais, enquanto pesquisadora e profissional de psicologia trabalhando neste cenário de estudo, tinha interesse pessoal em trabalhar com esta problemática, já que observei na minha prática profissional que há um número elevado de pessoas que fazem uso de psicofármacos e um número considerável de pessoas que o utilizam de forma indiscriminada, irresponsável e às vezes até fazem uso de medicação sem receita médica e acompanhamento do profissional médico responsável. Além de ter muitos pacientes que vão ao posto de saúde somente para renovar a receita médica e receber a medicação, sem nenhum acompanhamento multiprofissional mais sistemático.

Este número de pacientes que fazem uso de medicação controlada, mostra ser um dado relevante para o acompanhamento desta realidade pelo município, no sentido de propor ações mais efetivas de Vigilância Sanitária e Assistência Farmacêutica, contribuindo para as discussões e reflexões sobre essa problemática encontrada na cidade de Sobral, sendo importante também estimular a procura e a valorização de outras alternativas de acompanhamento cuidadoso para o tratamento desta clientela.

Neste contexto, os trabalhos sobre a análise do perfil de consumo de medicamentos podem contribuir para a discussão sobre a problemática de acesso da população às terapias farmacológicas e podem subsidiar políticas públicas que visem promover o acesso universal e o uso racional dos medicamentos.

Esta pesquisa também traz a possibilidade de analisar o(s) motivo(s) que levam os indivíduos a utilizar medicamentos que exigem controle especial. Além disso, traz para a discussão a importância de se verificar como acontecem os procedimentos de prescrição de medicamentos na atenção primária à saúde, para refletir em equipe se está havendo ou não a existência de prescrição desnecessária de psicofármacos.

A partir da análise do consumo de medicação controlada e da quantidade significativa de pessoas que utilizam este tipo de medicamento, percebemos a importância de se discutir este tema para garantir a melhoria da assistência prestada aos pacientes portadores de transtornos mentais ou que simplesmente utilizam a medicação como forma de alívio de seu sofrimento.

A discussão deste tema, diante das diversas produções científicas relacionadas à saúde mental, também proporciona uma compreensão mais clara sobre as ações e serviços ofertados na atenção básica, bem como sobre a política de saúde mental no Brasil.

Como já foi relatado anteriormente, as pesquisas sobre o uso de psicofármacos na estratégia saúde da família ainda são incipientes. Dentre os artigos encontrados, abordando a importância de prevenir e tratar possíveis usos abusivos de psicofármacos observa-se, na atenção primária, um despreparo dos profissionais para enfrentar essa realidade e dar uma melhor resolutividade aos casos de saúde mental atendidos nos Centros de Saúde.

Diante dessa quantidade elevada de usuários que recebem medicação controlada para acompanhamento em saúde mental, encontram-se na realidade brasileira, poucos serviços disponíveis e poucos especialistas na área e alguns serviços ainda possuem longas filas de espera. Assim, a pesquisa contribui para ajudar os profissionais de saúde a obter uma relação mais próxima com a área da saúde mental e conhecer melhor os medicamentos que exigem controle especial.

More *et al.* (2005, p. 2) concorda ao afirmar que “infelizmente evidencia-se uma contradição entre o grande contingente de problemas na área da saúde mental e a baixa oferta de serviços e de recursos humanos capacitados.”

Dentro do cenário de estudo, observa-se que trabalhar com este tema de pesquisa apresenta a possibilidade de toda a equipe do CSF obter conhecimento específico dos pacientes que recebem prescrição de psicofármacos, ajudando a organizar e atualizar constantemente essa relação de pacientes. A partir disso, cria-se a possibilidade dos profissionais acompanharem esta clientela evitando possíveis problemas, como o uso inadequado e prolongado da medicação e a diminuição e controle dos efeitos colaterais.

Este estudo também cria a possibilidade dos profissionais de saúde poderem repensar estratégias de ampliação de serviços assistenciais de saúde mental e de ações que busquem melhorar a atenção prestada a esta clientela e minimizar os problemas detectados, principalmente aqueles relacionados ao uso indiscriminado de medicamentos controlados.

Além disso, investigar o perfil de uso de psicofármacos na Atenção primária, contribui para a otimização do funcionamento do serviço e acompanhamento da evolução dos casos pelos profissionais de saúde, oferecendo subsídios para planejar propostas de intervenção na comunidade, no intuito de garantir a promoção, prevenção e qualidade da assistência em saúde.

Nesta perspectiva, como profissional de saúde comprometida com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema único de saúde, pretendo com este estudo produzir conhecimento para servir de parâmetro nas tomadas de decisões, no âmbito da saúde mental e compartilhar informações que possam ser úteis para a toda comunidade científica. Além disso, é uma forma de obter conhecimentos na área, otimizar meu trabalho enquanto profissional do SUS e obter também meu título de mestre em saúde da família.

Para tanto, a pesquisa bibliográfica foi iniciada no primeiro semestre do ano de 2015. As visitas ao Centro de Saúde para a coleta de dados, referente aos cadastros dos pacientes e análise dos prontuários, ocorreram nos horários de funcionamento do CSF e foram iniciadas após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e da Comissão científica do município de Sobral, quando foi autorizado também o termo de compromisso de utilização de dados em prontuários médicos, pela Secretaria de Saúde de Sobral.

Após a aprovação do projeto, foi escolhido um número de usuários que fazem uso de medicação controlada para a entrevista semiestruturada, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, em paralelo, foram feitas entrevistas com os profissionais de saúde do

CSF, do NASF e da Residência. A análise e interpretação dos dados foram iniciadas após a coleta de dados, no ano de 2016.

Nesse sentido, a pesquisa foi enviada inicialmente para a Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o Termo de Compromisso para utilização de dados em documentos (ANEXO A).

Após parecer favorável, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA SOBRAL, através da Plataforma Brasil, respeitando as exigências formais contidas na Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Aguardamos parecer favorável para iniciarmos a aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Cumprimos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Destacamos que a privacidade, a individualidade, bem como crenças religiosas foram respeitadas. A pesquisadora ficou responsável, caso fosse necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se percebesse algum risco ou danos à saúde do sujeito participante.

Garantimos a autonomia mediante o esclarecimento da voluntariedade da pesquisa, da possibilidade de desistência a qualquer momento e de poder abster-se de responder quando assim conviesse ao sujeito. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D, Apêndice E, Apêndice F) para a realização das entrevistas que indicou a participação voluntária, após explicação precisa em linguagem acessível sobre os objetivos da pesquisa.

Aos usuários, pacientes ou responsáveis, que concordaram em participar da pesquisa, após serem informados sobre o seu objetivo, solicitou-se que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Termo encontrava-se de posse da pesquisadora, as respostas não ofereceram qualquer risco à saúde ou integridade física dos respondentes, sendo suas identidades preservadas. Os casos de recusa foram considerados através do consentimento livre e verbal do paciente ou responsável, com a presença de testemunhas.

Considerando os princípios da beneficência e não maleficência, tivemos a obrigação de não causar nenhum dano e maximizar possíveis benefícios. Pactuamos a ideia de que os resultados seriam apresentados para a comunidade científica e para o Centro de saúde pesquisado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, parecer CAAE: 50755015.1.0000.5053. Além disso, nas

publicações que poderão ser geradas a partir desse estudo, nenhum dado que possa identificar os indivíduos será divulgado.

Desse modo, o presente estudo foi conduzido através de uma abordagem qualitativa e quantitativa do tipo descritiva, exploratória, e documental, cujo foco é compreender os motivos e motivações para a utilização de psicofármacos e analisar o consumo dessas medicações entre os usuários assistidos na atenção primária à saúde e os profissionais de saúde.

A pesquisa foi realizada em três momentos distintos e imprescindíveis ao conhecimento científico: no primeiro deu-se através do percurso metodológico, caracterizado pelo tipo de estudo, o cenário e sua escolha, bem como sua caracterização, período e participantes do referido estudo. Para tanto, utilizamos instrumentos e fontes para a coleta de dados, a análise e os aspectos éticos utilizamos para esta conduta.

No segundo momento fizemos o levantamento, a identificação e o estudo de obras e artigos científicos para fundamentar a nossa pesquisa através de levantamentos bibliográficos por meio de leituras em periódicos e livros que versam sobre a pesquisa.

O terceiro momento debruçamo-nos na égipt dos resultados e nas discussões geradas no compilamento dos dados. E findando nossos escritos, trazemos nossa visão e análise sobre aos objetivos propostos nesta pesquisa.

“Todo o conhecimento científico
começa com um desafio...
e aí os olhos e inteligência do cientista
se põem a trabalhar,
para decifrar o enigma”.

Rubem Alves

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa do tipo descritiva. Classificada quanto aos objetivos, como exploratória e quanto aos procedimentos técnicos, como documental e entrevistas.

A abordagem teórica metodológica desta pesquisa busca a integração e a complementariedade entre o método quantitativo e o qualitativo para garantir uma aproximação maior com o objeto de investigação, já que todo método tem suas limitações diante da grandeza dos fenômenos e da subjetividade humana.

A pesquisa quantitativa trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e requer o uso de recursos e técnicas estatísticas. “Considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20).

A pesquisa quantitativa formula hipóteses e busca explicações causais para o fenômeno observado, identificando dados, indicadores e tendências observáveis para gerar medidas confiáveis que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como comportamentos (LANDIM *et al.*, 2006, p. 55).

Além disso, objetiva trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar grandes volumes de dados, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

O método quantitativo foi escolhido para contemplar esta pesquisa por ser usado para determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseado em características comuns.

“De outro lado, as pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (LANDIM *et al.*, 2006, p. 55). Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas e para isso, objetivam aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993).

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

“[...] Sublinha-se novamente que, se não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa a esses pesquisadores, seu alvo é, na verdade, a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (TURATO, 2005, p. 3).

O método qualitativo veio complementando o quantitativo já que também ajudou a entender o objeto de estudo de forma mais profunda, já que ele buscou conhecer o contexto onde o fenômeno estudado ocorre e não somente estudá-lo por si mesmo, mas compreender seu significado individual ou coletivo e como isso influencia na vida da pessoa.

Landim *et al.* (2006, p. 54) destaca a importância de integrar os métodos quantitativos e qualitativos em pesquisas em saúde

Descrições extremamente precisas de todos os fatos conhecidos a partir da subjetividade humana podem não dispensar uma representação matemática útil. Por outro lado, a utilização de sofisticados recursos matemáticos, para cálculos numéricos de todos os coeficientes, pode ser totalmente infrutífero se muitos fatos relevantes da problemática permanecem desconhecidos. A compreensão da dimensão positiva dos fenômenos requer, pois, vínculos de complementaridade, advindos da imersão nos significados compartilhados através da fala.

Atualmente muitas pesquisas em saúde estão utilizando este tipo de abordagem mista e complementar devido à possibilidade de abarcar melhor a realidade estudada. Considera-se então a integração dos dois tipos e não a exclusão de um em favor do outro, já que cada um apresenta potencialidades.

Neste caso, a integração dos dois métodos ocorreu através da justaposição, onde nenhum método foi priorizado em detrimento do outro, pois buscaram atingir o objetivo de estudo a partir da junção de ambos, integrando as vantagens do método qualitativo e do quantitativo, analisando os dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros).

Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra. De que adianta ao investigador utilizar instrumentos altamente sofisticados de mensuração quando estes não se adequam à compreensão de seus dados ou não respondem a perguntas fundamentais? Ou seja, uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna “objetiva” e “melhor”, ainda que prenda à manipulação sofisticada de instrumentos de análise, caso deforme ou desconheça aspectos importantes dos fenômenos ou processos sociais estudados. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A pesquisa apresenta também características exploratórias.

“[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. [...] têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias”.

Na maioria das vezes, este tipo de pesquisa envolve o levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado e a análise de exemplos para melhorar a compreensão a respeito da temática (GIL, 2002, p. 41).

Além disso, apresenta também características descritivas que, conforme conclusão de Gil (2002, p.42), no mesmo livro, permite que haja uma descrição detalhada de determinado fenômeno. Sendo assim, este tipo de pesquisa requer um aprofundamento do conhecimento da realidade e um conhecimento prévio do problema. Além disso, têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc.

Por último, este estudo apresenta característica documental quanto aos procedimentos técnicos. “A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.174). Além disso, “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45).

Na pesquisa documental, as fontes são muito mais diversificadas e dispersas. Há, de um lado, os documentos "de primeira mão", que não receberam nenhum tratamento analítico. Nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. Incluem-se aqui inúmeros outros documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins etc. De outro lado, há os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. (GIL, 2002, p. 46).

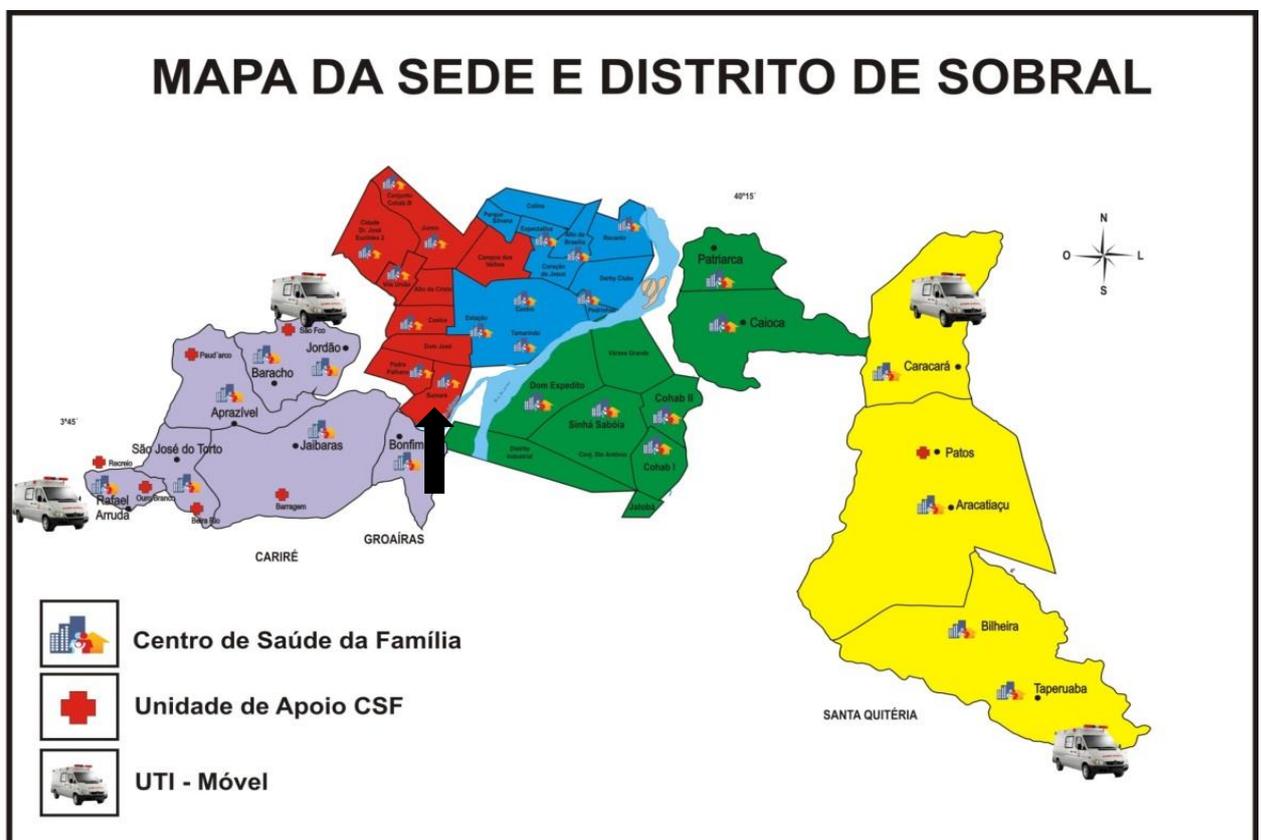
Apesar de ter algumas vantagens importantes como o baixo custo, não exige contato com o sujeito da pesquisa, facilitando o acesso aos dados de forma mais rápida; além de ser uma fonte rica e estável de dados, pois eles permanecem ao longo do tempo, a pesquisa documental apresenta também desvantagens como: não representatividade; o pesquisador precisa selecionar um número muito elevado de documentos para garantir sua representatividade; subjetividade dos documentos, por este motivo é importante que o pesquisador considere as mais diversas implicações relativas aos documentos antes de formular uma conclusão definitiva (GIL, 2002).

2.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família da macrorregional de saúde II da cidade de Sobral, no Ceará, localizado no bairro Sumaré.

A macrorregional de saúde II de Sobral é formada pelos seguintes bairros: Campo dos Velhos, Junco e Conjunto Cohab III, Cidade Dr. José Euclides 2, Vila União, Padre Palhano, Sumaré, Dom José, Coelce e Alto do Cristo. O bairro onde foi realizada a pesquisa está destacado no mapa 1:

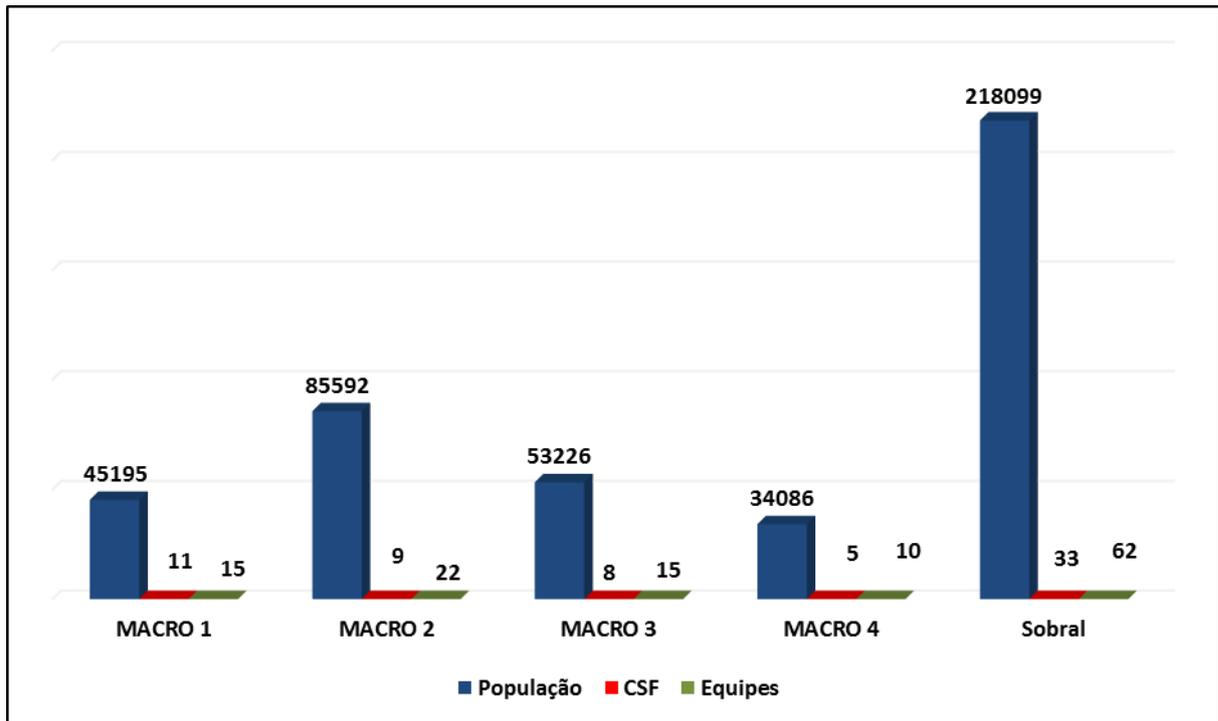
Mapa 1 – Mapa da sede e distrito de Sobral



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral (2015)

A cidade de Sobral possui uma população de 218.099 pessoas que são cobertas pela ESF do município de Sobral (esse dado não corresponde ao número total de habitantes da cidade de Sobral). Total da população. 85.592 pessoas pertencem a macroárea II (macroárea que cobre o CSF Sumaré), com 09 Centros de Saúde da Família e 22 equipes de saúde da família. No Sumaré há 2 (duas) equipes de saúde da família, como mostra o gráfico 1:

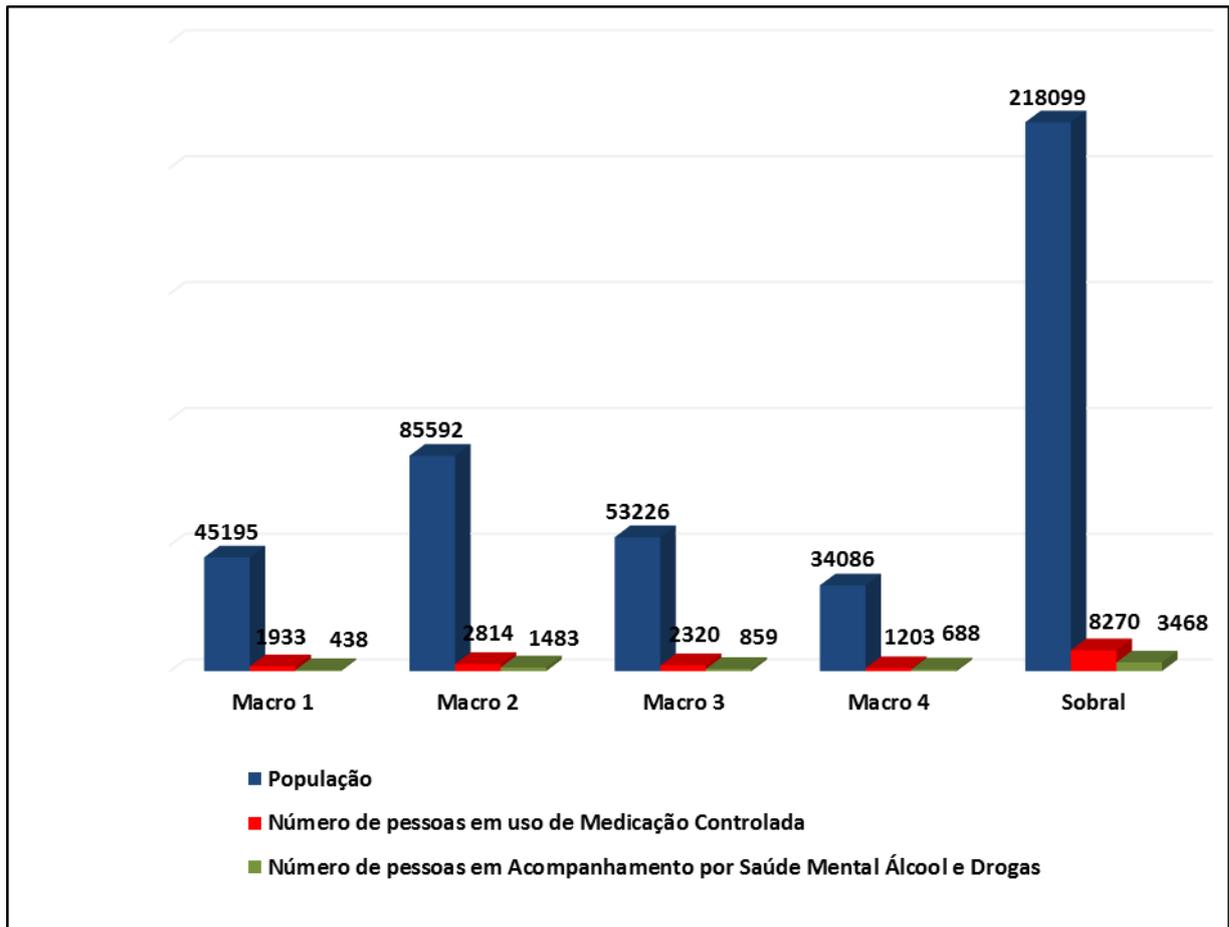
Gráfico 1 – População, Número de CSF e de Equipes por Macroárea de Sobral



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral (2015)

Nessa mesma macroárea, na atenção à saúde mental há um total de 2814 pessoas em uso de medicação que exige controle especial e 1483 usuários de álcool ou outras drogas, conforme indicado no gráfico 2:

Gráfico 2 – Total de pessoas em uso de psicofármacos e usuários de álcool e drogas



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral (2015)

O CSF do bairro Sumaré foi escolhido para ser o cenário do estudo, por ter sido uma das unidades de saúde onde a pesquisadora trabalhava como psicóloga, integrando a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, formado pela equipe 5 (cinco) que, além de conter esta categoria profissional, contava ainda com o apoio dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e nutricionista.

Durante toda a coleta de dados, a pesquisadora trabalhava no CSF do bairro Sumaré e Padre Palhano; além do distrito do Jordão e Baracho, como já foi dito anteriormente. Fazer a pesquisa nos distritos foi inviável, devido à distância da sede de Sobral e o gasto com transporte para o local.

O CSF do bairro Padre Palhano também tinha uma lista contendo os pacientes que faziam uso da medicação controlada, por que a equipe também realizou a territorialização, da mesma forma que o CSF do bairro Sumaré; mas este último foi escolhido para a pesquisa devido à organização do seu serviço, já que a equipe de saúde da família conta com o apoio de um matriciador da área da saúde mental. Os profissionais discutem os casos e elaboram projetos terapêuticos singulares, quando é necessário. O CSF também conta com uma ótima

estrutura física que garante um melhor acesso aos prontuários e à farmácia da unidade e, por ser um posto grande, com várias salas e espaços, facilitou a realização das entrevistas semiestruturadas que puderam ser realizadas em um espaço que garantiu a privacidade e o sigilo, exigidos pela pesquisa.

Além disso, cabe salientar que a pesquisadora fez parte da equipe deste CSF durante cinco anos, já que ela apoiou esta unidade de saúde durante sua Residência multiprofissional em Saúde da Família e depois retornou trabalhando como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, participou de vários processos de construção, transformação e organização do serviço, principalmente na área da saúde mental, com a que tem muita familiaridade.

O CSF também possui todas as fichas dos pacientes que usam medicação controlada. Essas fichas estão cadastradas na farmácia da unidade de saúde. O cadastro dos pacientes que usam medicação controlada foi atualizado, após a territorialização ocorrida no início do ano de 2015 e organizado com o apoio do farmacêutico, integrante da equipe do NASF, junto com as atendentes de farmácia.

Além disso, existia um número significativo de pacientes fazendo uso de medicação controlada. Durante a territorialização, ocorrida no início do ano de 2015, foi identificado um total de 233 pacientes cadastrados na farmácia que recebiam medicação controlada e 97 pacientes fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Neste ínterim, ressalta-se a caracterização do cenário do estudo, destaque para a primeira unidade de saúde do bairro que foi instalada em meados de junho de 1998, durante a primeira gestão do prefeito Cid Ferreira Gomes. Funcionava em uma casa alugada na Rua do Curtume. No ano seguinte, a sede foi transferida para a Rua Maria Benvinda, no bairro Sumaré, permanecendo até a construção do que hoje é a atual sede.

Somente em 2004, atendendo a uma crescente demanda de ações de saúde, foi inaugurado o Centro Saúde da Família Cleide Cavalcante de Sales. O CSF recebeu este nome em homenagem a uma das primeiras agentes comunitárias de saúde que trabalhou no posto e faleceu pouco tempo depois, vítima de acidente automobilístico.

O território do bairro do Sumaré está localizado em perímetro urbano, na porção sudoeste de Sobral, limitando-se ao norte, pelas ruas Acácio Alcântara e Dom José; ao leste, pela rua Arco Verde, do bairro Padre Palhano; ao oeste, pelo Rio Acaraú e ao sul, pela rua Tubiba (Br.222). O território se estende à área rural, que corresponde à localidade Córrego da Onça. A extensão total do território corresponde a 7,1 km². A distância do Centro de Saúde da família até o Centro da cidade (Praça de Cuba) é de 2,1 km em linha reta.

O Centro de saúde possui uma área de abrangência que compreende um total de 8328 pessoas, agrupados em um total de 2397 famílias, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014), correspondendo um número médio de 3,47 pessoas por família, sendo 4021 do sexo masculino e 4307 do sexo feminino. Conforme tabela 1, referente ao total de pessoas por sexo e faixa etária.

Tabela1 – Total de pessoas por sexo e faixa etária

Faixa etária	Masculino	Feminino	Número de pessoas
< 1 ano	34	34	68
1 a 4 anos	225	225	450
4 a 6 anos	117	121	238
7 a 9 anos	175	194	369
10 a 14 anos	376	337	713
15 a 19 anos	442	451	893
20 a 39 anos	1629	1730	3359
40 a 49 anos	439	487	926
50 a 59 anos	257	324	581
> 60 anos	327	404	731
Total	4.021	4.307	8.328

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014)

Quanto à escolaridade, têm um total de 158 chefes de família analfabetos e 5868 pessoas com idade superior a 15 anos que são alfabetizadas, equivalendo a 90,2% da população total. 838 pessoas na faixa etária de 7 a 14 anos que estão na escola.

A locomoção dos moradores, na sua grande maioria, ocorre através de meios de transportes próprios (a pé, bicicleta, moto, carro etc.), porém conta com transporte coletivo municipal, principalmente para que haja a locomoção de moradores da zona rural. Há também transportes coletivos que circulam durante o dia no bairro e, além disso, há uma estação do Veículo Leve sobre Trilhos (VLT) que liga o Sumaré aos outros bairros da cidade de Sobral, atualmente funcionando somente no período da manhã. O ponto do ônibus fica localizado na praça da Rua Arco Verde, a principal praça do bairro.

As ruas do bairro são largas, a maioria é asfaltada, mas existem ruas ainda sem saneamento básico. Existem ruas com subidas íngremes (Rua Maria Benvinda e São José II) e grandes distâncias a serem percorridas a pé (Córrego da Onça), que fazem parte da área rural de responsabilidade sanitária das equipes. Há muitos comércios como mercantis, borracharia, salões de beleza, oficinas, bares, motel, fábricas de cimento, entre outras fontes de renda.

Quanto ao programa de renda bolsa família do Governo federal, temos um total de 701 famílias (29,24%), onde 88% delas encontram-se em acompanhamento regular do

programa e 31 famílias encontram-se com renda per capita inferior a 70 reais.

Assim, como na maioria das periferias da sede do município, as famílias são predominantemente de baixa renda. Grande contingente está desempregada ou subempregada. As atividades de geração de renda são oriundas da economia informal ou de empregos de um salário mínimo nas indústrias.

A ausência de emprego e a falta de perspectiva da população facilitam o envolvimento cada vez mais precoce com o narcotráfico, a prostituição e/ou exploração sexual, gerando o aumento da violência, problema social que marca a história deste bairro ao longo dos anos, com episódios violentos provocados por grupos que se instalaram no bairro, na década de 70.

A posição geográfica do bairro Sumaré é delimitada por barreiras físicas bem evidentes o que leva à invasão frequente de terrenos insalubres. Isto tem dado uma característica diversa ao bairro, com áreas urbanizadas e outras muito degradadas.

Assim, visto os diversos riscos do bairro, entende-se a dificuldade em pontuar o quantitativo de famílias que vivem em condições de vulnerabilidade, contudo sua grande maioria encontra-se neste parâmetro, seja por viverem em extrema pobreza, em assentamentos, violência ou como moradores de rua.

Como organização social e cultural da comunidade, existe no bairro o Conselho Local de Saúde, a Associação Construtiva São José (Associação de moradores), Sociedade Pró- Infância – SOPRI, Grupo de Palha, Centro de Treinamento do Sumaré – CENTRESUM, Centro de Promoção Humana Padre Ibiapina – CEPROPHI, Casa da Memória e da Cidadania e Paróquia São José. Todos esses espaços também funcionam como hábitos culturais e espaços de cuidado com algumas características de grupos religiosos e crenças. Há o terreiro de umbanda, onde ocorre os cultos religiosos sincréticos, frequentado pela comunidade e visitantes no período noturno, bem como, as igrejas evangélicas, localizadas nas Ruas São Judas Tadeu, Maria Motão, São José II e Maria Isabel.

Para o lazer dos moradores, o bairro possui uma quadra, onde as pessoas jogam futebol e se reúnem para ensaiarem a quadrilha nas festas juninas; há também praças; há festas e serestas nos bares; as pessoas podem fazer caminhada no calçadão e, todos os anos, a comunidade promove a Fenasum, uma feira com os moradores, com barracas que oferecem produtos confeccionados pelos artesãos e alimentos dos donos de comércio do território.

O lixo ainda representa um dos grandes problemas da comunidade deste bairro, pois mesmo com a melhoria da pavimentação das ruas e avenidas e melhor cobertura da coleta pública de lixo, ainda existe dificuldade no acesso a algumas ruas, locais onde não há

tráfego do carro do lixo, devido à geografia local, acumulando uma quantidade maior de detritos. Ao caminhar pelo bairro, percebe-se a existência de lixo até nas ruas principais, onde há coleta três vezes na semana. Na maioria dos quarteirões, as condições de higiene são precárias, ainda com esgotos a céu aberto.

As habitações são em sua maioria de tijolo, mas ainda encontramos muitas habitações de taipa, em condições de extrema pobreza e algumas casas com risco de desabamento. Porém, há também conjuntos habitacionais e residências da classe média, com infraestrutura adequada. 100% dos domicílios possuem energia elétrica.

Dentro do território, existem áreas que foram invadidas pelos moradores, onde não há saneamento básico, nem pavimentação das ruas (Rua São José II), local também onde está concentrada a maior parte da população de baixa renda, configurando-se como de grande risco social e ambiental.

2.3. Sujeitos da Pesquisa

Esse estudo teve como participantes da pesquisa, os usuários do Sistema Único de Saúde, da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do bairro Sumaré do município de Sobral /CE, que se encontravam em tratamento com medicações psicofarmacológicas; os familiares e/ou acompanhantes dos usuários que fazem uso da medicação que exige controle especial; os profissionais de saúde do Centro de saúde pesquisado e os profissionais da equipe do NASF e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que apoiavam essa unidade.

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em quatro grupos: Grupo I (usuários); Grupo II (familiares e/ou acompanhantes dos usuários); Grupo III (profissionais de saúde do CSF) e Grupo IV (profissionais do NASF e da Residência), conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes do estudo.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	Nº DE SUJEITOS
I	Usuários	09
II	Familiares e/ou acompanhantes dos usuários	04
III	Profissionais de saúde do CSF	11
IV	Profissionais do NASF e da Residência	09
Total		33

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2015)

Para compor cada grupo de participantes foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão: No grupo I (usuários) foram considerados os pacientes que fazem uso de medicação controlada, moradores do bairro, com idade igual ou acima de 18 anos. Todos os sujeitos pesquisados precisariam ter obrigatoriamente prontuário na unidade e serem cadastrados na farmácia do posto.

Não importava para este estudo, o ano que o paciente iniciou o tratamento medicamentoso, mas, foi necessário que fossem entrevistados, os pacientes que já estivessem tomando a medicação há pelo menos mais de um mês e aqueles que estavam frequentando regularmente o posto de saúde, seja para ir para uma consulta ou para participar das atividades/serviços ofertados pelo CSF.

Foram considerados somente pacientes que fazem uso de medicamentos prescritos e renovados pelos médicos da estratégia saúde da família ou outras especialidades médicas e de médicos que trabalham em outros serviços e setores do Sistema de Saúde de Sobral. Não foram considerados os usuários que fazem uso de psicofármacos, através de automedicação, até mesmo por que essa informação não está presente no prontuário do paciente.

Como critérios de exclusão, a pesquisa não contemplou os pacientes que abandonaram o tratamento medicamentoso por iniciativa própria. É necessário enfatizar que os pacientes que iniciaram tratamento medicamentoso e/ou que sofreram mudança de território, durante a fase de coleta dos dados, não foram incluídos nesta pesquisa.

No grupo II (familiares e/ou acompanhantes dos usuários) foram incluídos familiares e/ou acompanhantes de usuários de medicação que exige controle especial que estavam apresentando confusão mental, limitações cognitivas, sequelas neurológicas e em estado psicótico no momento da coleta de dados, pois estas características limitam a compreensão dos objetivos e questionamentos do estudo.

Da mesma forma, familiares e/ou acompanhantes de usuários de psicofármacos que apresentam dificuldade de locomoção também foram incluídos na pesquisa, já que eles se disponibilizaram a ir ao CSF, pois não houve aplicação de entrevistas em domicílios.

Os sujeitos que participaram da pesquisa qualitativa, tanto do grupo I quanto do grupo II, foram escolhidos pela pesquisadora, juntamente com a ajuda da agente de saúde da área, já que essa categoria profissional está mais próxima do paciente e conhece o histórico de vida dessas pessoas da comunidade. Cada participante foi selecionado, cuidadosa e intencionalmente, por sua capacidade de fornecer informações acerca do objeto de investigação, a partir dos critérios de inclusão.

A pesquisadora interrompeu a coleta de informações quando julgou que as últimas entrevistas não trouxeram informações suficientemente novas e diferentes para justificar uma ampliação do material empírico.

No grupo III (profissionais de saúde do CSF) foram incluídos no estudo, os profissionais de saúde do Centro de Saúde da Família. Atualmente, o Centro de Saúde do bairro Sumaré é composto por: 01 (uma) gerente, 03 (três) enfermeiras, 02 (duas) dentistas, 02 (duas) auxiliares de consultório dentário, 02 (duas) médicas, 04 (quatro) auxiliares de enfermagem, 02 (duas) atendentes de farmácia, 13 (treze) agentes comunitárias de saúde (ACS) 01 (uma) profissional da educação física, além de 04 (quatro) auxiliares administrativos e 04 (quatro) auxiliares de serviços gerais, 06 (seis) vigilantes de patrimônio e 02 (dois) seguranças.

Vale ressaltar que a profissional da educação física não trabalha exclusivamente neste centro de saúde, pois ela atende também nos CSF do bairro Coelce e Alto do Cristo, por este motivo, ela só vai para o posto nos dias de segunda, quarta e sexta.

Foi entrevistado um profissional de cada categoria, incluindo profissionais do nível médio e superior que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família do Sistema de Saúde de Sobral e estão trabalhando no CSF do Sumaré. Como critério de escolha para participar da pesquisa, foram selecionados aqueles que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família com mais tempo de atuação no CSF. Já que há um número mais elevado de profissionais que atuam como agente comunitário de saúde (ACS), para a escolha do profissional para a entrevista, foi considerada, além do tempo de atuação no CSF, a inserção nas atividades/serviços que contemplam à área da saúde mental.

Foram excluídos dessa pesquisa, os profissionais responsáveis pela vigilância do posto, já que a disponibilidade para este tipo de atividade é bastante reduzida, além da carga horária de trabalho desses profissionais ser diferente em relação aos outros, pois muitos trabalham à noite e, por se tratar de pessoas que trabalham com a segurança patrimonial e dos profissionais, não podem se ausentar na hora do trabalho para a pesquisa.

O grupo IV (profissionais do NASF e da Residência) contemplou todos os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da família que atuam neste território. Nenhum profissional foi excluído da pesquisa.

O NASF possui uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social, um farmacêutico, uma psicóloga que é a própria pesquisadora. A residência possui uma assistente social, um fisioterapeuta, uma educadora física, uma terapeuta ocupacional e uma

fonoaudióloga. Todos os integrantes da equipe multiprofissional foram entrevistados, independentemente de sua categoria profissional.

Todos os participantes expressaram o consentimento em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na pesquisa documental, realizada através dos prontuários médicos, foram incluídos para a coleta e análise dos dados, todos os prontuários de pacientes que usam medicação controlada e são cadastrados na farmácia do posto. Prontuários não encontrados na unidade no momento da coleta e/ou cujo registro de dados não foi passível de leitura e interpretação, foram excluídos do estudo. Além disso, foram excluídos da pesquisa, os pacientes que mudaram de bairro, já que ao mudar de endereço, os prontuários desses pacientes não ficam na unidade, pois são transferidos para outro território.

2.4 Fontes e Instrumentos usados na produção e análise dos dados

A coleta de dados feita pela pesquisadora ocorreu em quatro momentos: no primeiro momento, foi feita a pesquisa bibliográfica referente ao objeto de estudo. No segundo momento, os prontuários médicos de todos os pacientes que estavam usando medicação controlada foram utilizados para pesquisar informações referentes aos dados demográficos e clínicos da clientela que usa medicação que exige controle especial. No terceiro momento, em complemento a coleta de dados nos prontuários, foram analisadas as fichas de cadastro dos usuários de medicação controlada do CSF e pesquisadas aquelas informações não encontradas nos prontuários médicos. Por último, foram feitas as entrevistas com os usuários, familiares e profissionais do CSF, do NASF e da Residência.

Para tanto, utilizamos bibliografia consultada em periódicos, dissertações, artigos científicos, bem como, Prontuário médico (Anexo B).

Destarte, foi feita a leitura e análise dos dados secundários provenientes dos prontuários de acompanhamento multiprofissional dos pacientes. Os prontuários analisados foram aqueles que estavam na lista da farmácia do CSF. O Centro de Saúde possui uma lista de pacientes que fazem uso de medicação que exige controle especial. Além disso, os prontuários médicos foram consultados diretamente no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do CSF.

A pesquisa documental realizada nos prontuários médicos objetivou caracterizar a população que consome psicofármacos no bairro Sumaré e revelar o número de pessoas que usam medicação controlada no bairro.

O prontuário médico, que na verdade é o prontuário do paciente, tem a finalidade de registrar informações relacionadas aos cuidados médicos e de outros profissionais da saúde prestados ao paciente. Além de ser um espaço para o registro de informações relacionadas aos cuidados em saúde prestados, há também o registro dos dados pessoais do paciente, além de conter também em anexo, resultados de exames, relatórios de alta, fichas de encaminhamento, prescrições medicamentosas etc.

Para esta pesquisa, necessariamente, precisou-se reunir os dados pessoais do paciente que se encontravam na primeira folha do prontuário – A Ficha Geral de Atendimento (ANEXO B), juntamente com a leitura de todo o prontuário para a coleta dos dados clínicos.

As informações sociodemográficas e clínicas coletadas no prontuário médico foram as seguintes:

a) Dados pessoais (nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação);

O nome do paciente foi citado através de siglas com as suas iniciais para preservar sua identidade. A idade foi calculada em anos completos e organizada a partir de faixas etárias: 0 – 11 anos, 12 – 19 anos, 20 – 39 anos, 40 – 59 anos, 60 anos e mais. O sexo foi classificado em masculino e feminino. O estado civil foi subdividido em solteiro(a), casado(a), separado(a), divorciado(a), viúvo(a). Foi incluída nesta pesquisa também a união estável, que apesar de não ser considerado um tipo de estado civil pela lei, é a convivência entre pessoas que não possuem nenhum impedimento para casar, porém por motivos próprios, não o fizeram. A união estável é reconhecida legalmente, e também é considerada como entidade familiar, porém para preencher um documento ou algo do tipo, a pessoa é considerada solteira.

O grau de escolaridade foi identificado a partir da seguinte classificação, como mostra o quadro 13:

Quadro 2 – Grau de escolaridade

Analfabeto	Indivíduos que nunca frequentaram a escola, que não sabem ler, nem escrever.
Ensino fundamental incompleto	Indivíduos que estejam cursando do 1º ao 9º ano e indivíduos que não concluíram os estudos no ensino fundamental.
Ensino fundamental completo	Indivíduos que cursaram do 1º ao 9º ano do ensino fundamental e/ou que não chegaram a cursar o ensino médio.
Ensino médio incompleto	Indivíduos que estejam cursando do 1º ao 3º ano do ensino médio e indivíduos que não concluíram os estudos no ensino médio.
Ensino médio completo	Indivíduos que concluíram o ensino médio
Ensino superior incompleto	Considerar todas as pessoas que estão cursando o ensino superior

Ensino superior completo	Considerar todas as pessoas que tenham concluído o ensino superior
Educação de Jovens e Adultos	Pessoas cursando o Ensino Fundamental e Médio para aqueles que já passaram da idade escolar e que não tiveram oportunidade de estudar.
Informação inexistente	Para ser utilizado quando a informação não for encontrada no prontuário médico, nem na ficha de cadastro da farmácia do CSF.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2015).

A profissão/ocupação foi caracterizada a partir do que foi coletado no prontuário familiar, na ficha geral de atendimento e, a partir daí organizada no quadro 14, construída pela própria pesquisadora para organização melhor dos dados encontrados.

Quadro 3 – Profissão/Ocupação

Profissão/Ocupação
Aposentado/Pensionista/Beneficiário do INSS
Estudante
Desempregado
Autônomo
Assalariado
Do lar
Outros
Sem informação

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2015).

b) Dados clínicos (hipótese diagnóstica/diagnóstico e/ou os motivos/fatores que desencadearam a prescrição do medicamento controlado, nomes dos medicamentos que são utilizados pelo paciente, especialidade do prescritor e as alternativas terapêuticas que o paciente utiliza).

Para a classificação da hipótese diagnóstica/diagnóstico, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10^a revisão. O diagnóstico do usuário foi encontrado nos prontuários médicos, após consulta com médico clínico ou psiquiatra.

Os motivos/fatores que desencadearam a prescrição do medicamento controlado foram categorizados utilizando a Lista de eventos de vida produtores de estresse (EVPE) elaborada por Lopes, Faerstein e Chor (2003), conforme o quadro 15.

Quadro 4 – Fatores desencadeantes

Fatores desencadeantes
Problema grave de saúde
Internação hospitalar
Dificuldades financeiras graves
Morte de parente próximo
Mudança forçada de moradia
Rompimento de relação amorosa
Vítima de assalto ou roubo
Vítima de agressão física

Fonte: Extraído de Lopes, Faerstein e Chor (2003).

Foram considerados os problemas ou condições avaliadas retiradas do Sistema de Informação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (SINASF) para identificar os motivos/hipótese diagnósticas quando este não for identificado nem no CID 10, nem na lista de eventos de vida produtores de estresse. É necessário considerar que o SINASF foi elaborado pelos profissionais da área da Psicologia para organizar, em uma tabela, todos os dados referentes à clientela atendida, os serviços prestados e as atividades realizadas mensalmente. Nesse sentido, o quadro16 demonstra essas informações extraídas do SINASF Psicologia.

Quadro 5 – Problema ou condição avaliada

Alcoolismo/outras dependências químicas
Ideação suicida
Sintomas depressivos
Sintomas de ansiedade
Outros sintomas/transtornos psiquiátricos
Obesidade
Problemas relacionados ao trabalho
Conflitos familiares
Vítimas de violência
Demanda de aprendizagem/comportamento infantil
Demanda de comportamento adolescência
Outros motivos

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2015)

Os fármacos utilizados foram classificados e organizados de acordo com o que consta na Relação Nacional de Medicamentos, para isso foram considerados psicofármacos disponibilizados pela Rede de Saúde do Município de Sobral e o que foi prescrito e encontrado em farmácias particulares. São eles: os neurolépticos, os antidepressivos, os estabilizadores do humor, os ansiolíticos, benzodiazepínicos e hipnóticos (BRASIL, 2013; CHIAVERINI, 2011).

Fizeram parte da pesquisa todas as pessoas que consumiam psicofármacos regularmente. Como já foi dito anteriormente, foram excluídos deste estudo, consumidores que fazem uso da medicação sem receita médica.

A especialidade daqueles que prescrevem o fármaco foi coletada a partir de informações do prontuário médico, de acordo com os profissionais que fazem parte do Sistema Único de Saúde de Sobral.

As alternativas terapêuticas foram categorizadas a partir do que é disponibilizado pela Rede de Saúde de Sobral, como outras opções de tratamento para os transtornos mentais e para o sofrimento psíquico. São elas: práticas corporais, psicoterapia, grupos terapêuticos, massoterapia, terapia comunitária, acupuntura e o uso de plantas medicinais e a fitoterapia (BRASIL, 2013).

Para fins de pesquisa, foram consideradas as últimas prescrições de psicofármacos e o especialista responsável pela prescrição e por consequência, pelo acompanhamento do usuário na unidade de saúde.

✓ Anexo C – Ficha de cadastro da farmácia

A ficha de cadastro da farmácia foi utilizada na pesquisa como instrumento de coleta de dados, complementar ao prontuário médico. A utilização da ficha de cadastro teve o objetivo de ajudar na compreensão do prontuário médico para complementar os dados que não foram encontrados no prontuário. Ela contém os dados pessoais do paciente como: nome completo, data do nascimento, endereço e agente de saúde que cobre a área onde mora o paciente. Nela é feito o controle de saída de medicamentos controlados, com o nome da medicação em uso e a data de entrega.

Ao analisarmos as perspectivas do contexto, utilizamos como instrumentos balizadores, o roteiro para entrevista semiestruturada com os usuários (Apêndice A); roteiro para entrevista semiestruturada com os familiares e/ou acompanhantes dos usuários de medicação controlada (Apêndice B); roteiro para entrevista semiestruturada com os profissionais de Saúde (Apêndice C).

Os dados quantitativos foram complementados com os dados qualitativos recolhidos através da análise das entrevistas realizadas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados dos pacientes e profissionais foram os roteiros de entrevistas semiestruturadas elaborados pela própria pesquisadora. Os dados coletados foram registrados em um roteiro contendo questões de fácil compreensão. Foi também utilizado pela pesquisadora um gravador para ajudar na transcrição posterior das respostas das entrevistas feitas pela pesquisadora.

As gravações das entrevistas foram armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar que, após a gravação, todos os arquivos ficaram à disposição do entrevistado, para que o mesmo pudesse ouvir e, caso desejasse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderia ficar à vontade para fazê-lo.

As entrevistas foram realizadas de forma adequada num espaço mais privativo, reservado e também confortável para que os entrevistados se sentissem a vontade para disponibilizar as informações desejadas. Isso ocorreu no próprio CSF em uma sala reservada para o devido fim, objetivando manter o sigilo.

Como a pesquisadora trabalhava no CSF, foi esclarecido também que aquele momento era para a coleta de dados de uma pesquisa e não uma atividade da unidade de saúde. Para isso, foi utilizada uma carga horária referente à pesquisa e não referente às atividades enquanto psicóloga.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue para cada participante da entrevista, assinado e autorizado.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os usuários para compreender o significado da utilização do psicofármaco para o paciente. A entrevista foi realizada após a análise do prontuário. Após as transcrições das entrevistas feitas pela pesquisadora, foi iniciada a organização do material para, a seguir, proceder sua análise.

As entrevistas objetivaram buscar a importância e o significado do uso dos psicofármacos para o paciente, para o familiar e para o profissional de saúde. Além disso, recolheram informações a respeito do que o paciente, familiar e os profissionais conhecem sobre a medicação controlada, seus benefícios e se há alternativas terapêuticas para o tratamento do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais, para além do uso da medicação controlada.

Os usuários/familiares participantes da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão.

As entrevistas semiestruturadas incluíram também os profissionais de saúde que fazem parte da equipe do CSF Sumaré e profissionais da equipe multiprofissional do NASF e da Residência.

Foi feito um contato prévio entre a pesquisadora e os profissionais da unidade durante uma reunião de equipe, para explicar de forma mais objetiva e clara a finalidade da pesquisa e as vantagens dela para a organização dos prontuários de pacientes que utilizam medicação controlada. Além disso, durante a reunião marcamos os dias e horários das entrevistas dos profissionais que realmente iriam participar desse momento, de acordo com a disponibilidade de cada um, já que para alguns ainda há um número muito grande de atividades e atendimentos que acabam reduzindo a disponibilidade para estas atividades extras.

O local das entrevistas variou de acordo com a disponibilidade dos espaços oferecidos na unidade de saúde e com a disponibilidade do entrevistado, ou seja, antes, no intervalo ou no término das consultas ou procedimentos. Dessa forma, foram realizadas entrevistas nos consultórios médicos, odontológicos, sala de reunião, sala de observação. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 10 minutos. A entrevista mais curta teve a duração em torno de 5 minutos e a mais longa de 21 minutos.

A entrevista semiestruturada e aberta permite que o entrevistado descreva livremente e de forma mais detalhada sua experiência em relação à temática trabalhada, por este motivo ela foi escolhida enquanto uma estratégia de corte qualitativo.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. (BONI; QUARESMA, 2005, p. 75).

A entrevista semiestruturada é um dos principais meios que o investigador possui para realizar a coleta de dados. Ela não é totalmente livre e aberta, mas permite a liberdade e espontaneidade do informante ao se tratar da temática abordada, tornando a investigação rica.

Além disso, sua duração é flexível, pois depende das circunstâncias que rodeiam o informante e sua relação com o assunto em estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

2.5 Análise dos dados

Primeiramente, foi feita a coleta dos dados quantitativos nos prontuários médicos, representando o levantamento demográfico e clínico da clientela do CSF que faz uso de medicação controlada. Após a coleta, os dados foram registrados e organizados em duas tabelas construídas pela pesquisadora para uma melhor visualização dos resultados. A tabela 2 contempla os dados sociodemográficos; a tabela 3 apresenta os dados clínicos. Os mesmos dados foram tabulados e organizados em planilhas do programa Excel (Microsoft Office 2013) e analisados através de tabelas e gráficos.

Tabela 2 – Dados sociodemográfico

Prontuário	Paciente	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil	Ocupação

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2015)

Tabela 3 – Dados Clínicos

Prontuário	Paciente	Hipótese diagnóstica	Psicofármacos utilizados	Alternativas terapêuticas	Prescritor

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2015)

A análise dos dados coletados ocorreu através da análise de dados secundários, já que os principais instrumentos foram os prontuários médicos. Para Marconi e Lakatos (2003),

os dados secundários são obtidos através de livros, revistas, jornais, publicações avulsas e teses.

Após a análise das variáveis sociodemográficas e clínicas encontradas nos prontuários, etapa na qual foi realizada a caracterização da população, foi realizada a organização dos dados qualitativos e a transcrição das entrevistas.

Com os discursos gravados no celular e repassados para o computador, a transcrição manual dos discursos individuais foi feita pela pesquisadora em um caderno, visando obter maior familiarização com os depoimentos manifestados pelos entrevistados.

Numa próxima etapa realizou-se a digitação de cada roteiro de entrevista no Microsoft Office Word 2013, uma leitura atenta de cada uma das respostas e posteriormente tabulação e organização de dados discursivos de natureza verbal.

Os entrevistados foram identificados com as iniciais da categoria profissional, seguida do número da ordem de realização da entrevista, exemplo E1; F2 (Enfermeira 1 e Fisioterapeuta 2). Os usuários e os familiares foram identificados com a inicial da palavra usuário e o número identificando a ordem de realização das entrevistas, exemplo U1, U2 (usuário 1 foi entrevistado antes que o usuário 2). Optamos por não colocar esse material em apêndice, por acreditar que a leitura na íntegra dos discursos individuais pudesse comprometer o compromisso de sigilo assumido com os entrevistados.

Para a organização dos dados qualitativos do estudo, foi necessária a aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através da análise do material verbal coletado extraído a partir de cada depoimento. Além disso, consiste numa forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese, os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas (OSTENIO, 2007).

“[...] é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefevre e Lefevre no fim da década de 90, e tem como fundamento a teoria da Representação Social” (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 130).

“[...] Permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema [...]” (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 130).

No Discurso do Sujeito Coletivo, os depoimentos são a matéria prima que vão formar um ou os vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, contendo os conteúdos discursivos de sentido semelhante, emitidos por pessoas diferentes, para expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.

Assim, cada indivíduo entrevistado contribui para formar o pensamento de um coletivo, resultando em vários discursos coletivos ou DSCs (OSTENIO, 2007).

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 132).

São necessários quatro momentos para a construção dos DSCs:

1. As Expressões-Chaves (E-CH): trechos mais significativos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais, que melhor descrevem o tema da pesquisa;
2. As Ideias Centrais (ICs): fórmulas sintéticas com sentidos semelhante e complementar que descrevem os sentidos encontrados nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de cada resposta de diferentes indivíduos;
3. As Ancoragens (ACs): fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, valores, crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou nas agrupadas;
4. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito: Os DSCs são a reunião das E-CH presentes nos depoimentos, que tem ICs de sentido semelhante ou complementar, para dar-lhes a forma de frases encadeadas.

“Uma vez “qualificada” a variável pelo DSC, ela passa a poder ser quantificada usando-se os recursos habituais de quantificação como gráficos, tabelas, etc.” (OSTENIO, 2007, p.100).

Para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo, foram inicialmente selecionadas, de cada resposta individual, as expressões-chave das ideias centrais e/ou ancoragens. O próximo passo foi copiar estas informações para o word e imprimi-las numa folha de papel em branco para a categorização. Com essa lista de todas as ICs ou ACs foi muito mais fácil dar um nome para cada uma destas categorias (A, B, C, D, etc.). Com o material das "expressões-chave" de "ideias centrais" semelhantes, foram construídos os discursos-síntese, com número variado de participantes, na primeira pessoa do singular, que são os discursos do sujeito coletivo (DSC).

Assim sendo, pode-se colocar que a novidade que o DSC apresenta é a dupla representatividade – qualitativa e quantitativa – das opiniões coletivas que emergem da pesquisa: a representatividade é qualitativa porque na pesquisa com o DSC cada distinta opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam a dada opinião na escala social; mas a representatividade da opinião também é quantitativa porque tal discurso tem, ademais, uma expressão numérica (que indica quantos depoimentos, do total, foram

necessários para compor cada DSC) e, portanto, confiabilidade estatística, considerando-se as sociedades como coletivos de indivíduos. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006, p. 522).

Por último é importante destacar que:

“[...] um sujeito coletivo, no DSC, vem se constituindo numa tentativa de reconstituir um sujeito coletivo que, enquanto pessoa coletiva, esteja, ao mesmo tempo, falando como se fosse indivíduo [...]” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006, p. 519).

Divide as dificuldades que tenhas de examinar
em tantas partes quantas for possível,
para uma melhor solução.

René Descartes

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E SOCIOHISTÓRICA DO PROBLEMA

3.1. Psicofármacos: história, classificação e consumo

Psicofármacos são medicamentos que atuam no sistema nervoso central (SNC), provocando alterações no comportamento, no humor e no pensamento. São utilizados no tratamento de transtornos psiquiátricos e para serem adquiridos, precisam ser prescritos pelo médico em receituário de controle especial.

A Psicofarmacologia inicia-se na década de 40, após a Segunda guerra mundial, ao serem introduzidos, no tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos, os primeiros psicofármacos. A utilização desses fármacos, no tratamento desses pacientes, teve como consequências, na época: a diminuição significativa do número de internações, do tempo médio de permanência de pacientes portadores de transtornos mentais em hospitais psiquiátricos e a inclusão de pacientes com histórias de longas internações na família e, conseqüentemente em seus lares, devido à possibilidade destes continuarem o tratamento em ambulatórios (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994).

Em 1949, foi tratado, pela primeira vez, um paciente maníaco com lítio, seguido em 1952 pelo tratamento com clorpromazina para aliviar sintomas psicóticos. O meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957) foram os primeiros ansiolíticos utilizados, seguido por uma ampla gama de benzodiazepínicos. Com a descoberta da clorpromazina, a medicina psiquiátrica foi legitimada como uma especialidade médica e utilizava na época os psicofármacos para o tratamento dos transtornos mentais. Nessa mesma época, a Psicanálise ganhava destaque junto ao tratamento medicamentoso dos transtornos mentais. Na década de 70, o tratamento dos transtornos mentais ocorria através da psicoterapia e da utilização de psicofármacos (FERRAZZA *et al.*, 2010; GORENSTEIN; SCAVONE, 1999; RODRIGUES, 2003).

Os medicamentos destinados ao tratamento das doenças mentais ocupavam, em 1985, o 9º lugar entre os mais vendidos mundialmente, representando 6,9% das vendas. Só no Brasil, em 1986 consumiram-se 500 milhões de doses diárias de tranquilizantes, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) representava uma quantidade três vezes superior às suas necessidades. (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994, p. 6).

A década de 1950 ficou conhecida como época da “revolução psicofarmacológica” devido às modificações ocorridas na medicina psiquiátrica,

principalmente com a publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III) (RODRIGUES, 2003).

O apogeu da psicanálise ocorreu nas décadas de 1950/1960 e 1970. Nesse momento, havia uma relação bastante significativa e complementar entre a psicoterapia psicanalítica e a utilização da medicação psiquiátrica, mas a mesma não durou muito tempo (RODRIGUES, 2003).

“[...] os transtornos mentais eram considerados secundários à angústia, que, por sua vez, se originaria de conflitos intrapsíquicos inconscientes. [...]. Por este motivo, [...] a relação entre Psiquiatria e Psicanálise era evidente e significativa [...] as promessas das novas medicações vão se tornando cada vez mais sedutoras, pois ao invés de anos de tratamentos em um processo psicoterapêutico, as novas substâncias desenvolvidas acenam com a abolição dos sintomas em poucas semanas [...]” (p.13).

Segundo Gorenstein e Scavone (1999), nessa década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover melhora clínica em transtornos psiquiátricos: antipsicóticos ou neurolépticos, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos inibidores de monoaminoxidase (IMAO), ansiolíticos e antimania.

Segundo Tancredi (1986 *apud* ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994, p. 6), “Dentre os psicofármacos, os benzodiazepínicos encontravam-se entre os mais consumidos, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento”.

Já na década de 80, presenciamos o elevado consumo, primeiramente nos Estados Unidos, da Fluoxetina, que ficou conhecida como a “pílula da felicidade”, a primeira das substâncias do novo grupo de antidepressivos, os chamados Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) (RODRIGUES, 2003).

No final da década de 80, houve uma significativa ampliação do número de psicofármacos disponíveis no mercado com a proposta sedutora de abolir os sintomas das doenças mais rapidamente, o que era considerada uma alternativa mais viável, já que o tratamento psicoterápico durava vários anos. Por este motivo, quanto mais a medicação mostrava sua eficácia e ganhava espaço no mercado farmacológico, mais a psicoterapia perdia espaço no tratamento dos transtornos mentais (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999; RODRIGUES, 2003).

Nesta época era evidente a eficácia da medicação em oposição às interpretações psicanalíticas, por vezes bastante demoradas, principalmente quando é lançada a Fluoxetina, já que apresentava efeitos colaterais e potencial de toxicidade relativamente menores do que os antidepressivos que existiam na época. Apesar da psicanálise ser um importante meio para

compreender o adoecimento psíquico, é através do uso da medicação que as pessoas conseguiam resultados mais efetivos.

À medida que os recursos farmacológicos se mostram mais eficazes, as interpretações psicanalíticas vão perdendo terreno, e, muito embora ainda sejam consideradas importantes como elemento de compreensão do adoecimento psíquico, quando se trata de uma busca de resultados efetivos, a medicação não encontra nenhum rival à altura (ao menos este é o credo que se faz presente no pensamento hegemônico na Psiquiatria contemporânea). (RODRIGUES, 2003, p.14).

O DSM III propõe então “tornar-se um sistema de referência, norteador do pensamento nosológico em Psiquiatria, tendo como princípio básico a fidelidade diagnóstica” (RODRIGUES, 2003, p. 14). Na fidelidade diagnóstica, diferentes clínicos, ao entrevistarem determinado paciente, chegam a um mesmo diagnóstico a partir dos sintomas e sinais identificados e classificados nosologicamente no DSM III. A partir deste diagnóstico, é apresentado ao paciente o tratamento adequado, seja ele farmacoterápico ou psicoterapêutico, o que por muitas vezes traz como única alternativa terapêutica somente a medicação, reforçando o modelo biomédico. Inicia-se a segunda revolução na psiquiatria na época.

O DSM III também trouxe uma maior precisão aos diagnósticos e tratamentos psiquiátricos, a partir da construção da classificação das doenças (RODRIGUES, 2003). O DSM trata os transtornos mentais como síndromes. Uma síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que afeta determinado indivíduo. A síndrome reduz a singularidade da existência humana a favor da generalização do sintoma de algo que vai caracterizar uma determinada síndrome. “A doença então não é mais compreendida como uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas sim, como uma entidade nosológica que o acomete” (RODRIGUES, 2003, p.15).

[...] a cada dia o que anteriormente se considerava característica de personalidade hoje é convertido em doença - o que se assiste atualmente é a uma progressiva compreensão neuroquímica dos fenômenos psíquicos, em que todos os dias são criadas novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa (RODRIGUES, 2003, p.15).

O que já se observa nesse contexto, é o processo de medicalização da vida cotidiana. Cada vez mais vão surgindo medicamentos para tratar todo tipo de sintoma ou problema, pois não há mais espaço para o sofrimento humano, já que as pessoas têm pressa, elas buscam incessantemente alcançar a felicidade. As medicações passam a ser utilizadas para constituírem um sujeito sem conflitos, sem angústia e sem limitações, pois a partir do que é proposto de forma milagrosa pelo uso da medicação, o homem não vai mais precisar enfrentar seu sofrimento.

Rodrigues (2003) também discute sobre os usos e desusos da medicação na contemporaneidade, levantando o contexto sociocultural e político que estamos vivenciando hoje e como as mudanças deste contexto e desta nova década, podem influenciar no uso da medicação: primeiro, nenhum psiquiatra, diferente do que foi propagado na mídia ao considerar a fluoxetina como a pílula da felicidade, vai difundir a ideia de que o fármaco será capaz de modificar estados de humor e mudar características de personalidade, anteriormente inexistentes no indivíduo e, sim, restituir o estado anterior da pessoa antes da doença.

Segundo, ao medicar o paciente, o clínico precisa conhecer o contexto em que o paciente está inserido, saber o que causou o seu adoecimento e tentar minimizar os fatores que causaram a doença ou até mesmo refletir sobre a influência desses fatores na vida do paciente.

Por último, é necessário também destacar o papel da mídia dirigida ao consumo da medicação e seu efeito ‘milagroso’ na cura de doenças ao se propagar, por exemplo, a promessa da tranquilidade, da harmonia, da serenidade, do sono bom que a medicação promete devolver ao paciente que usá-la. Assim, a indústria farmacêutica não pretende somente propagar as características e vantagens de seus medicamentos, mas ela faz falsas promessas que não podem ser cumpridas, se afastando dos efeitos reais das medicações psicofarmacológicas.

Diante destes questionamentos, é importante destacar também que o avanço da psiquiatria e o surgimento de opções farmacológicas diversas trouxeram várias melhorias para o atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos que, em décadas anteriores eram jogados em hospitais psiquiátricos, excluídos da sociedade e submetidos a tratamentos, por vezes, bastante desumanos.

Rodrigues (2003) reconhece a importância do avanço da psiquiatria e da psicofarmacologia e o quanto pessoas estão sendo beneficiadas pelo uso da medicação, mas critica como a indústria farmacêutica e a mídia se comportam frente à utilização dessa medicação referindo-a como a resolução de todos os problemas do indivíduo, sendo capaz de dar conta de todos os paradoxos da existência humana. Critica a capacidade da utilização da medicação de produzir a culpabilização, a segregação e a infantilização. Além disso, muitas vezes a categoria médica fica refém desse sistema capitalista ao utilizar o remédio como principal e até mesmo o único recurso para o tratamento do paciente.

Por último, Rodrigues (2003, p. 21) traz para a reflexão que

[...] constante tendência a tentarmos solucionar todos os paradoxos da existência humana, tendo como projeto um sujeito plenamente realizado e sem limites. Apontamos ainda como a medicação vem sendo utilizada não somente como forma de alívio ou de cura de uma determinada síndrome, mas também como parte de um sistema que produz subjetividades privatizadas, desinvestidas de qualquer cogitação

social ou política, alicerçadas na crença de uma suposta natureza humana normal, que ela promete restaurar. Embora não possamos negar os grandes avanços que as substâncias químicas têm trazido, cumpre-nos alertar para a necessidade de as utilizarmos como um instrumento político, que, ao invés de aprisionamentos, seja capaz de produzir espaços de liberdade e singularização.

A utilização de psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos cada vez mais tem crescido nas últimas décadas em vários países. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e à busca por novas formas de enfrentamento de problemas diários e indicações terapêuticas mais rápidas e mais eficazes e sem contraponto com os desafios de um tratamento psicológico prolongado e doloroso (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; STAUB; HOCH, 2013).

A prática clínica da contemporaneidade é marcada por essas soluções imediatistas possibilitadas pela indústria de psicofármacos. Ao longo dos anos o uso de psicofármacos tem se intensificado trazendo novas possibilidades de uso obtidas através de descobertas científicas e advento de novas drogas inovando os padrões de tratamento utilizados pela classe médica. (STAUB; HOCH, 2013, p. 3).

Atualmente, qualquer sinal de sofrimento acaba sendo rotulado como uma doença que será tratada com determinada medicação. Além disso, a utilização da medicação ganha destaque na atualidade como principal e mais eficaz recurso terapêutico contra a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança e a ausência de felicidade. Encontram-se vários motivos para esse processo tão comum da medicalização de qualquer sinal de mal-estar: o médico ganha credibilidade ao prescrever a medicação ou até mesmo a pressa que as pessoas têm atualmente para resolver seus problemas (FERRAZZA *et al.*, 2010).

Torna-se importante, caso haja realmente necessidade da utilização do medicamento controlado, associá-lo a outras formas terapêuticas, para que o mesmo não seja a única alternativa de cuidado do paciente em sofrimento, não menosprezando sua importância e utilidade, mas se faz necessário aliar a eles outras opções terapêuticas, tornando-o não a primeira opção no cuidado à saúde mental, mas a última alternativa terapêutica (XAVIER, 2014).

O pior é que dificilmente alguém deixa um consultório hoje em dia sem carregar um diagnóstico, seja de fibromialgia, síndrome da fadiga crônica ou das pernas inquietas, assim como as respectivas receitas. Nunca foram tão receitados benzodiazepínicos e antidepressivos como atualmente. (FERNANDES, 2007, p. 59). Neste sentido, [...]o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente. [...] desta forma, os medicamentos se

tornaram “fórmulas mágicas” promotoras de inúmeros benefícios capazes de reverter qualquer problema, incômodo ou mal-estar [...]” (DANTAS, 2009, p. 564-568).

Cabe aqui discutir um pouco mais sobre o processo de medicalização que tem ampliado o consumo de psicofármacos e até mesmo atingindo pessoas reconhecidamente portadoras de uma perfeita saúde mental.

Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à idéia de que não se pode separar o saber -produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. (HORA, 2006, s/p).

O saber médico, compreendido como o domínio de saber que historicamente vem abarcando toda a amplitude dos problemas da saúde humana, se materializa em práticas discursivas específicas que têm definido o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento (FERRAZZA *et al.*, 2010, p.382).

Ferrazza *et al.* (2010, p. 382) traz ainda para discussão o que ele vai chamar de ‘medicalização do social’ “[...] que vem transformando todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico que, fundamentado na neurologia e na genética, incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos”. Dessa forma há uma valorização do tratamento baseado no consumo de psicofármacos, como a única forma científica de tratamento, mesmo que existam outras formas de cuidado e atenção ao paciente em sofrimento psíquico.

Hora (2006, s/p) define medicalização social como sendo

Essa expressão pode ser entendida como a forma pela qual a evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina, por meio de inovações dos métodos de diagnóstico e terapêutico, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos; por outro lado, pode ser usado numa referência às consequências que acarreta para o jogo de interesses envolvidos na produção do ato médico.

A utilização de psicofármacos por pacientes na Atenção Primária à Saúde precisa ser avaliada com muito cuidado pelos médicos generalistas.

“Muitas das situações de sofrimento psíquico na atenção primária estão associadas a situações e eventos de vida geradores de estresse, em que os pacientes podem se

beneficiar de intervenções de apoio psicossociais, facilitando a retirada posterior da medicação” (CHIAVERINI, 2011, p.82).

Não só os médicos, mas qualquer profissional do CSF, de categoria diferente, pode oferecer escuta e apoio ao paciente em sofrimento e buscar junto com ele, outras intervenções terapêuticas para o alívio da sua dor e melhora efetiva.

Diante de um quadro de transtornos mentais comuns, através de um diagnóstico preciso, o paciente se beneficiará do tratamento medicamentoso, se a prescrição for feita na dosagem correta e no tempo correto. É necessário que esse paciente em tratamento, seja avaliado na atenção primária e, caso a equipe necessite de um especialista, poderá fazer o encaminhamento para o serviço especializado do seu município.

Segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), relação esta que é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), os psicofármacos classificam-se atualmente como: anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor, medicamentos utilizados na doença de Parkinson, antipsicóticos, Ansiolíticos e hipnosedativos.

3.1.1 Relação dos principais medicamentos utilizados na Atenção Primária à Saúde

As principais classes de medicamentos que agem no sistema nervoso central são: os neurolépticos ou antipsicóticos; os antidepressivos; ansiolíticos, benzodiazepínicos e hipnóticos; estabilizadores de humor e os anticonvulsionantes. Algumas medicações podem não constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), mas o que é ofertado pelos municípios dependerá da disponibilidade do mesmo em incluí-lo na sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) ou na Relação Estadual de Medicamentos (REME).

A seguir, apresento os aspectos gerais dos psicofármacos como: indicação terapêutica, nomes químicos e comerciais e algumas outras peculiaridades. A presente pesquisa não aborda a posologia, contraindicação, efeitos colaterais, interações medicamentosas, já que estas informações não contemplam seu objetivo, embora seja de vital importância.

3.1.1.1 Neurolépticos

Os neurolépticos ou antipsicóticos foram os primeiros a serem descobertos em torno de 1950.

“Agem basicamente bloqueando a transmissão da dopamina no cérebro, com efeitos motores (uma espécie de “contenção química”), hormonais (aumento da prolactina) e sobre o pensamento (melhora de sintomas psicóticos ou pensamento mais lento ou embotado)” (BRASIL, 2013, p. 157).

São utilizados no tratamento da esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, além de transtornos mentais orgânicos, como nos quadros demenciais.

São subdivididos em antipsicóticos sedativos e antipsicóticos incisivos:

Os antipsicóticos sedativos (quadro 1), provocam principalmente a sedação e têm melhor indicação nos casos de agitação psicomotora, inquietude, ansiedade, etc. São eles:

Quadro 6 – Antipsicóticos sedativos

Nome químico	Nome comercial
CLORPROMAZINA	Amplictil, Clorpromazina
LEVOMEPRIMAZINA	Levozine, Neozine
TIORIDAZINA	Melleril
TRIFLUOPERAZINA	Stelazine
AMISULPRIDA	Sociam

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

Ao contrário dos antipsicóticos sedativos, os antipsicóticos incisivos (quadro 2), agem principalmente na remoção dos chamados sintomas produtivos (delírios e alucinações). São eles:

Quadro 7 – Antipsicóticos incisivos

Nome químico	Nome comercial
FLUFENAZINA	Anatensol, Flufenan
HALOPERIDOL	Haldol, Haloperidol
PENFLURIDOL	Semap
PIMOZIDA	Orap
PIPOTIAZINA	Piportil, Piportil L4
ZUCLOPENTIXOL	Clopixol

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

Podemos ainda classificar os antipsicóticos em típicos ou convencionais que são os mais antigos e são eficazes no tratamento de sintomas psicóticos positivos (delírios e alucinações), conforme quadro 3. São eles:

Quadro 8 – Antipsicóticos típicos ou convencionais no Brasil

Nome químico	Nome Comercial
LEVOMEPRIMAZINA	Levozine, Neozine
FLUFENAZINA	Anatensol, Flufenan
MESORIDAZINA	Melleril
AMISULPRIDA	Socian
CLORPROMAZINA	Ampectil, Clorpromazina
TRIOFLUOPERAZINA	Stelazine
HALOPERIDOL	Haldol, Haloperidol

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

Existem ainda os atípicos que são mais modernos, pois foram mais recentemente introduzidos no mercado e produzem menos efeitos adversos, já que têm a capacidade de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais, como se faz notar no quadro 4. São eles:

Quadro 9 – Antipsicóticos atípicos no Brasil

Nome químico	Nome Comercial
AMISULPRIDA	Socian
CLOZAPINA	Leponex
OLANZAPINA	Zyprexa
QUETIAPINA	Seroquel
RISPERIDONA	Risperidal, Risperdol
ZIPRAZIDONA	Geodon
ARIPIRAZOL	Abylife

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

O Antipsicótico haloperidol é extremamente seguro e potente, mas apresenta um efeito colateral neurológico bastante significativo - o surgimento de quadros parkinsonianos. Por esse motivo, precisa ser associado ao uso de outras medicações, dependendo da dosagem receitada, como a prometazina que é um anti-histamínico que também induz o sono e o biperideno, que é um anticolinérgico muito usado como tratamento adjuvante da doença de Parkinson (CHIAVERINI, 2011).

A clorpromazina é o antipsicótico mais antigo desse grupo. Possui um efeito sedativo importante, mas tem uma ação antipsicótica menos eficaz que o haloperidol. A risperidona pode ser utilizada no tratamento de quadros psicóticos, como a esquizofrenia.

“Leva de uma a duas semanas para apresentar efeito pleno e seus efeitos colaterais mais frequentes são: aumento do apetite e do peso, disfunções sexuais, hipotensão, tremores e inquietação” (CHIAVERINI, 2011, p. 89).

Diferentemente do haloperidol, dispensa a utilização de medicamentos coadjuvantes como a prometazina e o biperideno, já que não costuma apresentar efeitos colaterais.

Ainda temos, o neuleptil, um neuroléptico, cuja indicação é o tratamento de sintomas psicóticos em outros problemas psiquiátricos como a demência ou retardo mental. Pode também ser usado para controlar problemas no comportamento como a agitação, a irritabilidade ou a agressividade;

3.1.1.2 Ansiolíticos, Benzodiazepínicos e Hipnóticos

“Os benzodiazepínicos são utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos. São indicados para o tratamento do transtorno do pânico, das fobias e dos quadros de agitação associados a outras condições psicóticas” (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006, p.3).

São medicamentos utilizados também para o manejo da ansiedade e agitação. Apresentam efeito sedativo e relaxante, sendo também utilizados para o tratamento da insônia. Além disso, podem ser úteis na síndrome de abstinência, tanto de álcool quanto de outras drogas. Seu uso continuado causa tolerância, dependência e déficits cognitivos. Podemos citar: Diazepam, Clordiazepóxido, Lorazepam, Clonazepam, Bromazepam, Alprazolam e Midazolam.

Santos (2009 *apud* CANCELLA, 2012) relata que:

“[...] estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, muitas vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública. Quando bem indicados, são úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança. Apresentam, contudo, algumas desvantagens como a tolerância e a dependência”.

[...]“A tolerância, resposta mais comum ao uso repetido da mesma droga, pode ser definida como redução da resposta à droga depois de administração prolongada” (GOODMAN; GILMAN, 2010, p.545).

[...]“Dependência se caracteriza por uma série de sintomas e sinais desagradáveis após a suspensão abrupta do uso de qualquer substância. É comum em pacientes em uso de benzodiazepínicos, mesmo em doses baixas e em pouco tempo de uso”. (COELHO *et al.*, 2006, p.199).

A sua utilização precisa ser monitorada, já que o usuário precisa usar o medicamento de forma breve, devido ao risco de dependência. O paciente também precisa ser orientado quanto aos seus efeitos colaterais e, além disso, o médico precisa avaliá-lo constantemente.

Os pacientes precisam ser orientados sobre o risco do uso prolongado da medicação que pode resultar em dificuldade de atenção e sobre os riscos de dirigir veículos e

operar máquinas. Além disso, há um risco grave e letal que pode ocorrer a partir da interação da medicação com o uso de álcool (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES; 2006).

Por fim, é importante citar o que foi anteriormente questionado por Carvalho, Costa e Fagundes (2006, p.5) sobre o uso dos benzodiazepínicos:

A decisão de tratar uma pessoa ansiosa com um benzodiazepínico deve ser tomada com cautela. É necessário considerar outras possíveis abordagens terapêuticas que poderiam ser adotadas com sucesso e ponderar os riscos inerentes à utilização destas substâncias em relação a seus benefícios terapêuticos.

Quando falamos de ansiolíticos estamos falando, praticamente, dos Benzodiazepínicos. Os ansiolíticos são utilizados no tratamento da ansiedade e possuem um efeito calmante. Podemos citar: diazepam e o clonazepam.

Segundo Monteiro (2008, *apud* CANCELLA, 2012):

“A classe dos ansiolíticos está entre os mais consumidos pela população adulta de um modo geral. Vários fatores como estresse, depressão, ansiedade, insônia e problemas sociais estão envolvidos no uso e tratamento com essas drogas”. (p.18)

Chiaverini (2011) destaca que o principal ansiolítico existente e mais comum é o Diazepam. Além disso, relata que o ansiolítico, apesar de ser um instrumento terapêutico muito eficiente, ainda é prescrito de forma errada e usado por muitas pessoas de forma inadequada.

Já os hipnóticos são mais utilizados no tratamento da insônia, devido a produção e manutenção da sonolência.

Os ansiolíticos benzodiazepínicos são controlados pelo Ministério da Saúde, através da receita especial chamada de Receita tipo B, de cor azul, a qual fica retida na farmácia para posterior controle das autoridades sanitárias. Dessa forma, o paciente só pode comprar a medicação nas farmácias se tiver a receita controlada. No quadro 5 demonstramos alguns exemplos:

Quadro 10 –Ansiolíticos benzodiazepínicos disponíveis no Brasil

Nome químico	Nome comercial
Alprazolam	Apraz, Frontal, Tranquinal, Altrox
Bromazepam	Lexotam, Deptran, Somalium, Sulpam
Buspirona**	Ansitec, Bromoprim, Buspanil, Buspar
Clobazam	Frizium, Urbanil
Clonazepam	Rivotril, Clonotril
Clordiazepóxido	Psicosedim
Cloazolam*	Olcadil, Elum

Diazepam	Diazepam, Noam, Valium, Ansilive, Kiatrium
Lorazepam*	Lorax, Lorium, Mesmerim
	*-ansiolíticos usados também como hipnóticos devido a grande sonolência e sedação. **- considerado ansiolítico não-benzodiazepínico

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

3.1.1.3 Antidepressivos

Os antidepressivos são subdivididos em 4 grupos: Antidepressivos Tricíclicos (ADT), os Inibidores da Monoaminaoxidase, os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina e os Antidepressivos Atípicos.

Os Antidepressivos Tricíclicos são mais antigos, mas são bastante eficazes. São pouco tolerados por que produzem efeitos anticolinérgicos (boca seca, constipação), sedativos e tonturas. São eles: Imipramina, Clomipramina, Nortriptilina e Amitriptilina.

“[...] necessitam de cerca três semanas para se verificar o efeito obtido com a dose utilizada. Devem ser mantidos por seis meses a um ano após o paciente estar compensado (ou seja, assintomático), em caso de primeiro episódio depressivo” (CHIAVERINI, 2011, p. 83).

Podem ser indicados em caso de dor crônica e também no tratamento de fobias e transtorno obsessivo-compulsivo.

Os Inibidores da Monoaminaoxidase (IMAOs), demonstrados no quadro 6, são indicados para a depressão maior ou para aqueles sintomas depressivos que não respondem ao tratamento convencional com outros antidepressivos. São eles:

Quadro 11 – Antidepressivos IMAOs

Nome Químico	Nome Comercial
Tranilcipromina	Parnate, Stelapar
Moclobemida	Aurorix
Selegilina	Elepril, Jumexil

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), ver quadro 7, são mais modernos. “Na maior parte dos municípios, o único inibidor de recepção seletivo de serotonina disponível é a fluoxetina [...]” (CHIAVERINI, 2011, p. 84). São eles:

Quadro 12 – Antidepressivos ISRS

Nome Químico	Nome Comercial
--------------	----------------

Fluoxetina	Prozac, Daforim, Deprax, Fluxene, Nortec, Verotina
Nefazodona	Serzone
Paroxetina	Aropax, Cebrilim, Pondera, Benepax
Sertralina	Zoloft, Tolrest, Novativ, Assert
Citalopram	Cipramil, Procimax, Città

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

Os antidepressivos atípicos são os antidepressivos que não se caracterizam como Tricíclicos, como ISRS e nem como Inibidores da Monoaminoxidase. Como demonstra o quadro 8, são eles:

Quadro 13 –Antidepressivos atípicos

Nome Químico	Nome Comercial
Fluvoxamina	Luvox
Mianserina	Tolvon
Mirtazapina	Remeron
Reboxetina	Prolift
Tialeptina	Stablon
Trazodona	Donarem
Venlafaxina	Efexor
Duloxetina	Cymbalta
Bupropiona	Welbutrin, Zetron, Bup
Escitalopram	Lexapro

Fonte: Ballone e Ortolani (2008)

3.1.1.4 Estabilizadores do humor

São utilizados no tratamento das oscilações de humor, principalmente nos transtornos bipolares.

O Carbonato de Lítio foi o primeiro a ser descoberto e continua a ser o estabilizador do humor mais comum no tratamento da mania. “O mais antigo estabilizador de humor existente requer cuidados especiais no seu acompanhamento, devido à proximidade da dose terapêutica com a dose tóxica e a gravidade desses efeitos colaterais” (CHIAVERINI, 2011, p. 86).

O quadro 9, demonstra uma relação com os principais estabilizadores do humor. São eles:

Quadro 14 – Principais Estabilizadores do Humor no Brasil

Nomes Químicos	Nomes Comerciais
Carbamazepina	Tegretol, Tegretard

Oxcarbazepina	Trileptal, Oleptal
Carbonato de Lítio	Carbolítium, Litiocar, Neurolítium
Ácido Valpróico	Depakene, Valpakine
Divalproato de Sódio	Depakote
Lamotrigina	Lamictal, Neurim
Gabapentina	Neurontim, Progresse
Topiramato	Topamax, Amato

Fonte: Ballone (2008)

3.1.1.5 Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes são medicamentos chamados na neurologia de antiepilépticos, pois são indicados para a prevenção e tratamento das crises convulsivas e epiléticas e, na psiquiatria, atuam como antimpulsivos e estabilizadores do humor no transtorno afetivo bipolar; além de alguns fármacos possuírem efeitos antimaníacos e, possivelmente, antidepressivos (carbamazepina, valproato de sódio, clonazepam). Podem ser úteis também no tratamento das fortes reações de ira e da conduta impulsiva e agressiva (CLAYTON; STOCK, 2006).

Os principais anticonvulsivantes utilizados na atenção primária são: a carbamazepina e o ácido valproico.

“Muitas vezes os médicos generalistas sentem-se mais seguros utilizando anticonvulsivantes como estabilizadores de humor, pois são medicações a que estão mais habituados a manejar. [...] mas não há riscos graves de intoxicação como no lítio” (CHIAVERINI, 2011, p. 87).

A fenitoína também é um medicamento utilizado para o tratamento das crises convulsivas por traumatismo craniocéfálico ou neurocirurgias.

Nesse sentido, o quadro 10, demonstra os principais anticonvulsivantes utilizados no Brasil. São eles:

Quadro 15 – Principais anticonvulsivantes no Brasil

Nomes Químicos	Nomes Comerciais
Carbamazepina	Tegretol, Tegretard
Fenobarbital	Gardenal
Oxcarbazepina	Trileptal
Ácido Valpróico	Depakene, Valpakine, epilenil
Valproato de Sódio	Depakote
Lamotrigina	Lamitor, neural
Gabapentina	Neurotin
Topiramato	Topamax, Amato

Fonte: Ballone (2008)

3.2 Contextualização histórica da Reforma psiquiátrica brasileira

Data de 1852, a inauguração da primeira instituição exclusiva para o tratamento dos loucos na cidade do Rio de Janeiro. Rapidamente essas instituições, por vezes intituladas de hospícios, se expandiram em todo o país já que, além dessas pessoas, ditas como loucas, se encontrarem às margens da sociedade, vagando pelas cidades ou jogadas nas Santas Casas, era de responsabilidade do governo na época assumir os cuidados e o tratamento da loucura. O hospital agora passa a ser visto como lugar de tratamento, controle social e exclusão.

O processo de Reforma psiquiátrica começou a ser gestado a partir das Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001. Inicia-se o processo de reformulação das políticas públicas voltadas à saúde mental, para redirecionar o modelo de atenção à saúde, antes hospitalocêntrico. Esse movimento de transformação no campo dos conhecimentos e das práticas ficou conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica. Precisava-se então propor outras formas de enfrentar a loucura, garantindo práticas de assistência à saúde, voltadas a preservação dos direitos à cidadania e participação no mundo social.

A Reforma psiquiátrica no Brasil inicia-se juntamente com a Reforma sanitária, cuja finalidade primordial era garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Como contemporânea da Reforma sanitária, nasceu no final década de 70, em um contexto marcado por intensas lutas contra a ditadura militar. A Reforma psiquiátrica teve uma história própria de luta contra o modelo asilar vigente na época, onde os pacientes com transtornos mentais eram tratados em hospitais psiquiátricos, excluídos do convívio social.

Os movimentos sociais, formados por diversos atores que lutavam a favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, eclodiram em 1978 como uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos portadores de transtornos mentais. Ficaram conhecidos como Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). “As discussões iniciais objetivaram denunciar as condições degradantes da assistência que era prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos, até então” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 208).

No Brasil, o reconhecimento oficial das necessidades de transformação da assistência em saúde mental deu-se após grande movimentação dos sujeitos envolvidos nessa luta. Ao longo desse processo, as experiências práticas de serviços substitutivos à internação psiquiátrica contribuíram, enormemente, para a reafirmação das possibilidades do cuidar em liberdade e para o surgimento de

unidades de atenção diária para o tratamento de pessoas com transtornos mentais severos em todo o país. (BICHAFF, 2006, p. 9-10).

É realizada, em 1987, na cidade do Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental para lutar pela garantia dos direitos dos doentes mentais. No mesmo ano, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, na cidade de São Paulo, como proposta inovadora de desinstitucionalização. O primeiro CAPS inaugurado foi o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Ele abriu o caminho para o surgimento, ao longo da década de 90, de vários outros CAPS em todo o Brasil.

Em 1989, ocorre a desativação da Casa de Saúde Anchieta em Santos, local onde ocorriam muitas mortes e maus-tratos de pacientes hospitalizados. Dessa experiência, a partir de uma nova administração, surgem ações de desapropriação do asilo e de criação de novos programas de saúde mental denominados então de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Segundo Fraga, Souza e Braga (2006, p. 209) “estes são estruturas abertas e regionalizadas, responsáveis por toda a demanda de certa região, funcionando diuturnamente, contando até com leitos para internação breve”.

Além disso, no mesmo ano, surge a discussão no Congresso Nacional sobre o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado com a proposta de regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, o fim dos manicômios e a formalização da reforma psiquiátrica como lei nacional.

Em 1992, a proposta de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção em saúde mental comunitária de base territorial ganha destaque em vários outros estados do país (BRASIL, 2005).

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p.8).

Somente 12 anos depois de ter dado entrada no Congresso Nacional, é que o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado é aprovado no país por meio da Lei Federal 10.216 que, segundo o que foi descrito em Brasil (2005) esta lei “[...] redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais [...]” (p. 8).

Outro marco importante para a consolidação da reforma psiquiátrica foi a realização no ano de 2001, na cidade de Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2005, p. 10).

Assim, passa a ser política pública tanto a redução de leitos em hospitais psiquiátricos quanto a desinstitucionalização de pacientes internados por um longo período em hospitais, associado à expansão dos serviços do Programa de Volta para casa, dos CAPS, das residências terapêuticas, além da potencialização dos ambulatórios de saúde mental, de leitos em hospitais gerais e de Centros de convivência. Ou seja, observam-se agora muitas ações e serviços voltados à saúde mental, desacopladas dos serviços de internação em hospitais psiquiátricos. Além dos serviços da saúde, garantir recursos na comunidade que possam contribuir com a inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

[...] não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica. (TENÓRIO, 2003, p. 35).

O Programa de Volta para Casa, do Ministério da Saúde, oferece um pagamento mensal de R\$ 240,00 para pessoas acometidas de transtornos mentais, com longa história de internações psiquiátricas, com a finalidade de garantir a sua assistência, seu acompanhamento e a integração social dessas pessoas fora do ambiente hospitalar.

O Centro de Atenção Psicossocial é uma unidade de referência do Sistema único de saúde, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, que oferece acompanhamento de pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo transtornos mentais severos e /ou persistentes, através do atendimento clínico e da prática de reinserção social através do trabalho, do lazer, da garantia dos direitos dos usuários e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em

hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2005, p. 27).

Os diferentes tipos de CAPS existentes são: o CAPS I e CAPS II que atendem diariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes; o CAPS III que se diferencia dos anteriores por ter atendimento noturno; CAPSi que é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e, por último, o CAPS AD que atende usuários de álcool e outras drogas.

“[...] residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (BRASIL, 2005, p. 15).

Elas dão suporte a pessoas egressas de longa internação hospitalar e que já não possuem suporte social e laços familiares.

As residências terapêuticas procuram reintegrar cada morador à sociedade de forma gradual, obedecendo ao ritmo de readaptação de cada um. Além disso, elas devem operar junto com os CAPS e com os serviços de saúde mental oferecidos nos municípios.

Ao longo da história do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, consideramos três marcos principais: 1978 – 1991, onde se iniciou uma discussão em relação ao modelo hospitalocêntrico de tratamento dos doentes mentais; 1992 a 2000, quando se inicia a reestruturação da rede de atenção à saúde mental baseada nos recursos disponíveis na comunidade e nos serviços extra hospitalares; por último, o terceiro marco após a aprovação da lei federal 10.216, quando a reforma psiquiátrica passa a ser uma política pública nacional.

Por último, é importante trazer para a discussão, segundo o que foi questionado por Fraga, Souza e Braga (2006, p.210) que “embora seja necessário enfatizar que já há uma outra lógica, não se pode afirmar que a prevalência do manicômio como principal recurso de assistência para a maioria da clientela tenha deixado de ser uma realidade”.

3.3 A política nacional de saúde mental

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2013, p. 21).

O objetivo da atual política de saúde mental, que tinha como referencial o modelo de desinstitucionalização adotado pelos países europeus, foi a substituição do tratamento de pacientes de saúde mental em hospitais, para o acompanhamento dos mesmos inseridos na comunidade, em seus próprios territórios.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc.). (BRASIL, 2013, p. 21).

Já em 1992, com a implantação da Portaria Nº 224, inicia-se a regulamentação dos serviços voltados à saúde mental para melhorar a assistência às pessoas em sofrimento psíquico que antes eram tratadas em manicômios, excluídas da sociedade. Assim passaram a oferecer um atendimento ambulatorial ou extra hospitalar mais ético, humanizado e Justo a essas pessoas nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados e também nos Núcleos/Centros de Atendimento Psicossocial.

Segundo esta portaria, os Núcleos/Centros de Atendimento Psicossocial, voltados à saúde mental, precisavam ser unidades locais/regionalizadas, que ofereceriam atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Deveriam ser a porta de entrada da rede de serviços de ações voltadas à saúde mental para atender necessariamente pacientes referenciados por outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátricos ou ainda egressos de internação hospitalar. Precisariam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental, funcionando em horário comercial e assistidos por uma equipe multiprofissional, constituídos prioritariamente por médico psiquiatra, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Na conjuntura da política nacional de saúde mental há, ainda, outras funções atribuídas ao CAPS: regulação das ações de saúde mental em sua área de atuação e suporte à rede básica – Unidades básicas de saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF) -, tornando estes serviços articuladores estratégicos da atenção em saúde mental em um dado território. (BICHAFF, 2006, p.11).

A Lei Nº 10.216, de 06 de Abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, cuja finalidade maior é a reinserção social do paciente em seu meio, determina que os

casos de internação psiquiátrica devam ocorrer somente quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, e traz inicialmente à tona a necessidade de se implantar e implementar políticas públicas voltadas a saúde mental.

Crítica também o modelo de tratamento asilar para os pacientes portadores de transtornos mentais diversos, a favor da reforma psiquiátrica e da criação de uma rede de cuidados de base territorial e comunitária. Segundo esta lei, esses pacientes devem ser tratados dentro do convívio social e familiar. Sendo assim, é de responsabilidade também da atenção primária à saúde, garantir a assistência e promover ações de saúde voltadas aos portadores de transtornos mentais, permitindo sua reinserção social e seu convívio familiar.

Além disso, é papel da atenção básica também perceber precocemente sinais de sofrimento psíquico, promover uma escuta qualificada, acompanhar pacientes na unidade básica de saúde e, se necessário, realizar o encaminhamento para a atenção especializada. Além do trabalho diário de promoção, prevenção e manutenção da saúde.

Mesmo sabendo que é de extrema importância, a inclusão da atenção básica de cuidados preventivos e precoces de saúde mental para evitar prejuízos na vida dos indivíduos, ainda se faz necessário o suporte de uma rede de cuidados que seja capaz de atender de forma eficaz essa clientela. É preciso romper com a lógica dos encaminhamentos sem a corresponsabilização, já que o paciente é de responsabilidade de todos os serviços de saúde.

Essa rede de cuidados é formada por alguns equipamentos substitutivos ao modelo manicomial: Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros, além das unidades de saúde da família (BRASIL, 2013).

A Portaria/GM nº 336, de 2002, propõe o cadastramento dos CAPS e assegura subsídios financeiros para o seu funcionamento em nível local. Além disso, define os CAPS nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e CAPS ad que, prioritariamente devem se constituir como um serviço ambulatorial de atendimento diário de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, segundo a lógica de funcionamento de determinada área territorial e em forma de regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

“Além disso, a Lei federal 10.708, de 31 de Julho de 2003, instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais egressos de internações [...] por meio do Programa de Volta para Casa” (BICHAFF, 2006, p. 24).

Seu objetivo central era promover a desinstitucionalização dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos por um longo período de tempo.

Já a portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesta portaria são descritos as redes de atenção psicossocial que inclui a Atenção Básica em Saúde. Além da Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

Especificamente, na atenção psicossocial especializada, muitos municípios contam com o apoio dos CAPS geral, CAPS álcool e drogas e CAPS infantil, além da internação psiquiátrica, oferecida por hospitais, em casos mais graves e, tanto a atenção básica quanto a especializada contam também, ou pelo menos deveriam contar, com uma rede de serviços e ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde, além do cuidado prestado através do uso de medicamento sujeito ao controle especial encontrado nos diferentes níveis de atenção à saúde e regulamentados através da Portaria 344/98 que, ao ser formulada, propôs a regulamentação da prescrição da medicação de controle especial.

Através dessas portarias e decretos, foram se constituindo a rede de cuidados para atender a essa clientela através da implantação dos CAPS infantil e geral, além do apoio dado pela atenção primária ao oferecer suporte para esta demanda. Assim, a Estratégia Saúde da Família representa também um locus de cuidado em saúde mental que adota a postura do processo de reforma psiquiátrica, junto ao CAPS. Esse trabalho precisa estar voltado para a intersectorialidade², incluindo a parceria com a educação, a justiça e a assistência social.

Além disso, ficam bastante claros, ao analisar documentos e revisões de literatura, os papéis diferenciados da atenção básica e especializada, ao se tratar de pessoas em sofrimento psíquico. A atenção básica é a porta de entrada que acompanhará os transtornos mentais mais comuns e a atenção especializada se responsabilizará em atender casos mais graves e mais complexos. Está claro também a necessidade do compartilhamento de casos, tanto em um setor quanto no outro. Como já foi dito anteriormente, os profissionais precisam se responsabilizar por cada paciente que procura atendimento, minimizando a lógica dos encaminhamentos.

² Intersetorialidade caracteriza-se pela articulação entre os diversos setores, por exemplo, saúde e assistência social, com vistas a atingir resultados mais efetivos do que alcançaria a atuação solitária de qualquer um dos setores (Ferro *et al.*, 2014).

3.4 Atenção primária à saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. (BRASIL, 2013, p. 19).

A Atenção Primária à Saúde, segundo a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), é o primeiro contato do indivíduo, família e comunidade com o sistema de saúde. Ela garante os cuidados primários essenciais à saúde e resolve os principais problemas de saúde, sendo colocada ao alcance universal de indivíduos e famílias, ou seja, em regiões próximas aos cidadãos que dela precisarão.

“A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, incluso a mental” (CAMPOS, 2011, p.4643). “[...] definiu-se que a Atenção primária à saúde (APS) seria responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade nos níveis preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção” (CAMPOS, 2011, p. 4644).

[...] A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2013, p. 19).

“[...] Orienta-se pelos princípios da universalidade³, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção⁴, da responsabilização, da humanização, da equidade⁵ e da participação social” (BRASIL, 2013, p. 19).

A rede de atenção em saúde mental faz parte do Sistema único de saúde. Na atenção básica, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família, cada vez mais, as equipes de saúde se deparam com um cotidiano marcado por queixas de sofrimento psíquico advindas de diversos usuários do SUS. São estes profissionais que estarão mais próximos aos

³Universalidade é o princípio do SUS que garante a todos os indivíduos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM; SILVA, 2010).

⁴Integralidade do cuidado é a diretriz para a organização do SUS, ao lado da descentralização e da participação da comunidade, entendida como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM; SILVA, 2010).

⁵Equidade é o princípio do SUS que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM; SILVA, 2010).

pacientes. São eles que se responsabilizarão por estes pacientes e promoverão ações de produção da saúde.

É necessário compreender, conforme o que foi apresentado no documento do Ministério da Saúde: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, que:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. (BRASIL, 2005, p. 33).
 “[...] Estudos brasileiros apontaram que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária” (CAMPOS, 2011, p.4644).

Estas pesquisas mostram a importância do acompanhamento destes usuários neste nível de atendimento mais básico, propondo o diagnóstico e o tratamento que se ocorrerem de forma eficaz, minimizam possíveis prejuízos à vida cotidiana dos portadores de doença mental.

Grande parte dos usuários que sofrem de determinados transtornos mentais são tratados e, necessariamente acompanhados também pela Atenção Primária à Saúde, serviço este ofertado no primeiro nível de atenção e cuidado à saúde, onde são inseridos ações e serviços de saúde mental, com ênfase no território e na política de desinstitucionalização proposta pela política de saúde mental (ROCHA; WERLANG, 2013).

A Declaração de Caracas permitiu a reestruturação da atenção psiquiátrica convencional ao observar que a mesma não promovia uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva prevista como uma estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde para a Atenção primária à saúde (OMS, 1990).

Finda a hegemonia hospitalocêntrica, onde os pacientes eram isolados da sociedade para tratamento psiquiátrico que, muitas vezes era desumano, para propiciar ao sujeito o convívio em seu meio comunitário e o resgate de sua dignidade e de seus direitos humanos e civis.

3.5 Sobre a construção da rede de saúde mental do município de Sobral

O estado do Ceará foi um dos pioneiros na construção da rede de saúde mental baseada no desenvolvimento de ações assistenciais substitutivas à internação psiquiátrica, em consonância com as diretrizes do SUS e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O primeiro CAPS do Estado do Ceará foi inaugurado na cidade de Iguatu em 1991; em seguida, foram inaugurados, em 1993, os CAPS de Canindé e Quixadá e, em 1995, o CAPS de Icó.

No município de Sobral, em 1974, foi inaugurada a Casa de Repouso Guararapes, que atendia a microrregião de Sobral e acomodava um número diversificado de pacientes em 80 leitos de internação. Nesse hospital psiquiátrico predominava o modelo manicomial, com característica prisional e de exclusão social, cuja abordagem era centrada no uso dos fármacos. Esta instituição asilar, segundo Rocha Sá, Barros e Costa (2005/2007, p. 27), “[...] foi palco de internamentos inadequados, guarda desqualificada de pacientes crônicos, compondo o cenário de uma triste página na história da psiquiatria do Estado”.

Seguia, pois, os padrões de atendimento estabelecidos e prevalentes em instituições psiquiátricas clássicas no Brasil, caracterizados pelo isolamento familiar e social, internamentos inadequados, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos, exclusão social, configurando-se como um pseudo equipamento terapêutico e um exímio sequestrador de identidades, que condenava os internos a um doloroso processo de intensificação de sofrimento psíquico, trancafiando-lhes num degradante ostracismo existencial, o que resultava em malefícios nos mais variados aspectos de suas vidas. (ROCHA SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007, p.27).

Mais de vinte anos depois, em 1998, é que se iniciou a reformulação da política de saúde mental de Sobral, com base na Reforma psiquiátrica e substituição do modelo de atendimento hospitalocêntrico para um modelo de atendimento substitutivo, extra hospitalar e comunitário, baseado na inclusão social de indivíduos portadores de transtornos mentais.

Naquela mesma época, observou-se que o hospital psiquiátrico tinha pouca eficácia terapêutica e custava muito caro para o Sistema Único de Saúde. Além disso, recebeu várias denúncias de maus-tratos por torturar pacientes internados.

Em 1999, com a morte de um dos pacientes na Casa de Repouso Guararapes por maus-tratos, a instituição é fechada e, a partir desse evento, cria-se paulatinamente a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) formada pelo CAPS Geral, pelo CAPS álcool e drogas, pelo Serviço Residencial Terapêutico, pela internação psiquiátrica em hospital geral e pelo ambulatório de psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e por último, pelos serviços e ações realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, os pacientes eram atendidos também em ambulatórios, além do internamento em hospital psiquiátrico. Este ambulatório se configurou no que atualmente temos hoje como dispositivo assistencial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - álcool e drogas) foi inaugurado em 2002 e é destinado a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

O Serviço Residencial Terapêutico, inaugurado após o fechamento da Casa de Repouso, funciona até hoje como dispositivo substitutivo à hospitalização e recebe pacientes que estão/estavam há muitos anos hospitalizados em instituições psiquiátricas ou, até mesmo, àqueles sem domicílio ou residentes de cidades vizinhas. Sua proposta é oferecer moradia a esses pacientes visando a garantia e o resgate dos seus direitos e da cidadania.

A Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) criada em 2000, funciona até hoje no Hospital Dr. Estevam Ponte e é referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento quando os serviços extra hospitalares não estão em funcionamento (após as 18 horas, nos feriados e finais de semana). Além disso, atende pacientes que precisam ser internados ou cujas terapêuticas adotadas não foram suficientes para a sua melhora.

O ambulatório de psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas foi criado para atender pacientes de cidades vizinhas e que não possuem uma rede de atenção à saúde mental formada pelos CAPS.

Além desses serviços, as equipes básicas da Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada também para pacientes com transtornos mentais, fornecem serviços e ações para essa clientela, baseada no estabelecimento e fortalecimento dos vínculos, na articulação intersetorial e na responsabilização dos casos.

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve uma aproximação do universo da saúde mental com a atenção básica, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, que ocasionam uma melhoria considerável na atenção geral à saúde mental da população. (ROCHA SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007, p.32).

O Centro de Saúde da Família do bairro Sumaré, local onde aconteceu a pesquisa, na área da saúde mental especificamente, realizava atendimento a demanda espontânea, consultas com a equipe multiprofissional, encaminhamentos para atenção secundária (CAPS, entre outros), quando necessário.

Dentro do cronograma de atendimento médico e de enfermagem, existe um turno mensal para a realização do acolhimento em saúde mental, onde os pacientes são avaliados através da interconsulta⁶, juntamente com outros profissionais da equipe multiprofissional. Nesta consulta, os profissionais preenchem uma ficha com dados sobre o paciente (dados pessoais, hipótese diagnóstica, sintomas presentes, medicações utilizadas, dentre outros) e, em casos mais graves ou quando a equipe acredita ser necessário, realiza-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁷.

Tem-se também o pré-matriciamto que é uma reunião de equipe que ocorre antes do matriciamto, onde há discussão dos casos acompanhados no CSF. Dessa forma, a equipe matricia os casos e encaminha alguns de alta complexidade para o matriciamto, e nesta consulta está presente o Psiquiatra e demais membros da equipe matriciadora.

A rede de saúde de Sobral, incluindo a rede de saúde mental, possui também o apoio dos serviços de Terapia Comunitária e de Massoterapia. No CSF do Sumaré, os pacientes são beneficiados por estes serviços. Nas segundas durante as tardes, há um grupo de terapia comunitária e durante todas as tardes, há estudantes do Liceu em estágio oferecendo o serviço de massoterapia aos que são encaminhados para este serviço. No momento da coleta de dados e entrevistas, a terapia comunitária não estava mais acontecendo no CSF.

Há ainda um arsenal terapêutico disponível na rede de saúde mental de Sobral. Conforme consta no quadro 11, os medicamentos sujeitos ao controle especial, disponibilizados pela rede de saúde do referido Município.

Quadro 11 – Psicofármacos disponibilizados pela rede de saúde de Sobral

Psicofármacos disponibilizados pela rede de saúde de Sobral
AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25MG COMP.
ÁCIDO VALPRÓICO (VALP. SÓDIO) XRP 50 MG/ML 100
ÁCIDO VALPRÓICO 500MG
BIPERIDENO 2MG COMP.
BIPERIDENO SOL. INJ 5MG/ML 1ML
CARBAMAZEPINA 200MG COMP.
CARBAMAZEPINA SUS. ORAL 20 MG/ML 100 ML

⁶“Interconsulta é uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta” (MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005, p. 148).

⁷“Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de caso clínico. (BRASIL, 2007, p. 40).

CARBONATO DE LÍTIO 300MG COMP.
CLOMIPRAMINA 10MG DRÁG.
CLOMIPRAMINA 25MG COMP.
CLONAZEPAN 2MG COMP.
CLONAZEPAN SOL ORAL 2,5MG/ML FR. 20 ML
CLORPROMAZINA 100MG COMP.
CLORPROMAZINA 25MG COMP.
CLORPROMAZINA 25MG/5ML SOL. INJET AMP.
CLORPROMAZINA 40MG/ML SOL. ORAL FR 20ML
DIAZEPAM 5MG COMP.
DIAZEPAM 5MG/ML SOL. INJ. AMP. 2ML
FENITOÍNA 100MG COMP.
FENITOÍNA 50MG/ML INJ. AMP C/ 5ML
FENOBARBITAL 100MG COMP.
FENOBARBITAL 40MG/ML SOL. ORAL FR 20ML
FENOBARBITAL SOL. INJ. 100MG/ML 2ML
FLUOXETINA 20MG CÁPS.
HALOPERIDOL 1MG COMP.
HALOPERIDOL 2MG/ML SOL. ORAL FR 20ML
HALOPERIDOL 5MG COMP.
HALOPERIDOL 5MG/ML SOL. INJE AMP 1ML
HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML SOL. INJ. 1ML
IMIPRAMINA 25 MG COMP
LEVOMEPRIMAZINA 100MG COMP
LEVOMEPRIMAZINA 40MG/ML SOL. ORAL 20ML
NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25MG CÁPS.
PERICIAZINA 1% SOL. ORAL 10MG/ML FR 20ML
PERICIAZINA 4% SOL. ORAL 40MG/ML FR 20ML
TIORIDAZINA 50MG COMP

Fonte: Quadro elaborado pela própria pesquisadora a partir de informações da Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF – Sobral).

“Quando você quer alguma coisa,
todo o universo conspira para que
você realize o seu desejo”.

Paulo Coelho

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2015, inicialmente, a partir da análise dos prontuários dos pacientes que fazem uso de medicação controlada. Os prontuários foram escolhidos, a partir de uma lista feita pelas agentes comunitárias de saúde do CSF, juntamente com os outros profissionais da unidade de saúde quando, no final de 2014 e início de 2015, realizaram a territorialização do bairro. Inicialmente, esta lista continha um total de 233 pacientes usuários de medicação que exige controle especial.

Dos 233 prontuários da lista utilizada, foram analisados 183. Desses 183 prontuários analisados, alguns dados foram acrescentados e retirados após a realização e conclusão da territorialização. Esse número de prontuários foi alcançado dessa forma: 15 pacientes foram acrescentados na lista já que tinham iniciado o tratamento medicamentoso, após a conclusão da territorialização; 10 pacientes pararam de tomar medicação controlada ou por conta própria ou devido à suspensão da medicação pelo médico (este dado discriminando como o paciente parou de tomar a medicação não consta no prontuário médico); 33 pacientes mudaram de endereço; 03 prontuários não foram encontrados no momento da coleta de dados; 02 pacientes faleceram antes da coleta de dados e, por último; 17 pacientes estavam morando em área descoberta (Uma área de abrangência do território estava descoberta, ou seja, não está sendo coberta por um agente de saúde, já que a mesma pediu transferência de território depois de concluída a territorialização).

Durante a coleta de dados, inicialmente fui percebendo que os prontuários são bastante incompletos. Dados como a escolaridade, o estado civil e a ocupação não estavam discriminados nos prontuários, por este motivo, pedi auxílio a todas as ACS do bairro para coletar esses dados de cada paciente da lista dos usuários de psicofármacos. Algumas informações as ACS não sabiam, deixando os dados levantados incompletos. Diante do que foi exposto, 17 prontuários da área da ACS transferida não foram analisados, já que a mesma não iria ajudar na coleta dos dados que estavam faltando no prontuário.

Todos os prontuários analisados foram passíveis de leitura e interpretação, já que os registros dos dados estavam acessíveis. A coleta de dados nos prontuários foi finalizada em janeiro de 2016.

Nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2016, iniciamos a aplicação das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, usuários e seus familiares para a construção dos “discursos coletivos”.

Inicialmente, entrevistamos os profissionais de saúde e logo em seguida, os usuários de medicação controlada e/ou seus familiares. Todos os profissionais de saúde selecionados participaram da pesquisa, com exceção da gerente do posto de saúde que, no momento da coleta de dados, foi transferida para outro CSF.

Uma entrevista não foi gravada por vontade própria do entrevistado, pois não se sentiu à vontade diante do gravador. 03 profissionais de saúde preferiram responder as perguntas sem a interferência da entrevistadora e entregaram as respostas por escrito.

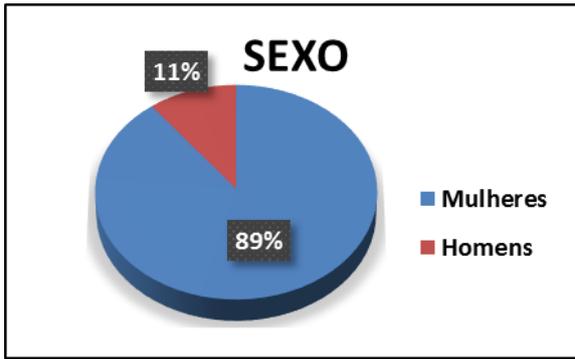
Todos os usuários e familiares que foram selecionados aceitaram participar da pesquisa e se sentiram à vontade diante do gravador.

Por se tratar de uma abordagem quali quantitativa, optamos por apresentar os resultados e a discussão em um mesmo texto para facilitar a compreensão dos dados. Iniciamos apresentando a caracterização dos profissionais de saúde e da população (usuários e familiares) que participaram da etapa das entrevistas. Em seguida, analisamos os dados encontrados nos prontuários médicos e, por último, tratamos da análise quali quantitativa relacionada aos discursos coletivos.

4.1 Resultados e discussão dos dados relacionados à caracterização do perfil dos profissionais de saúde entrevistados

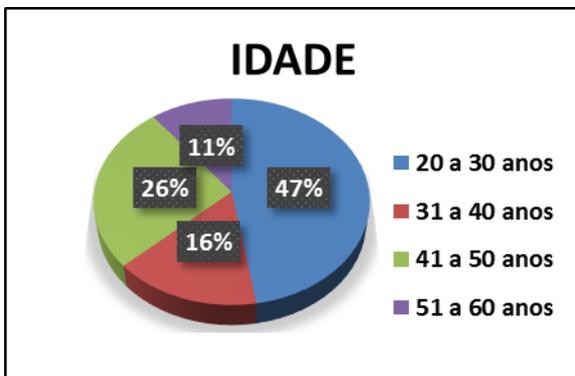
Os dados a seguir conforme os gráficos (3, 4, 5 e 6), mostram o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa, por meio de características como sexo, faixa etária, escolaridade e tempo de atuação no CSF. Participaram da pesquisa as seguintes categorias profissionais: enfermeiro (1), farmacêutico (1), médico (1), nutricionista (1), fisioterapeuta (2), odontólogo (1), terapeuta ocupacional (1), assistente social (2), fonoaudiólogo (1), educador físico (2), auxiliar administrativo (1), auxiliar de serviços gerais (1), atendente de farmácia (1), atendente de saúde bucal (1), auxiliar de enfermagem (1) e agente comunitário de saúde (1), perfazendo um total de 19 profissionais de saúde.

Gráfico 3 – Perfil dos profissionais de saúde/Sexo



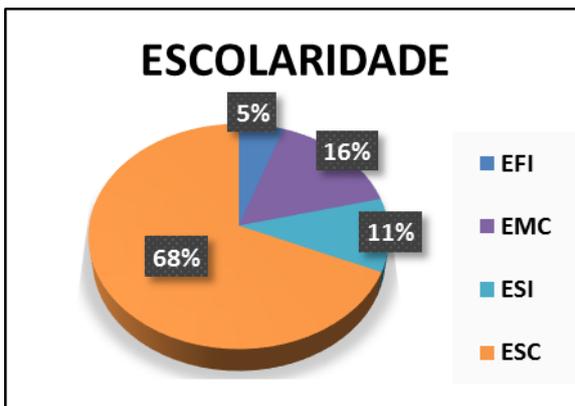
Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 4 – Perfil dos profissionais de saúde/Faixa etária



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 5 – Perfil dos profissionais de saúde/Escolaridade



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 6 - Tempo de atuação no CSF



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Trata-se de uma equipe de profissionais de saúde formada a grande maior parte por mulheres (89%) mais jovens, entre 20 e 30 anos (47%), com ensino superior completo (68%) e, na sua grande maioria, com tempo de atuação no CSF de até 5 anos (68%).

Notadamente, percebemos que os profissionais do NASF e da Residência têm menos tempo de atuação no CSF do que os profissionais do ensino médio, até por que a equipe de residentes muda a cada dois anos e a do NASF muda a partir do término dos contratos temporários.

A equipe formada por médicos e enfermeiros também é composta por pessoas que iniciaram há pouco tempo no centro de saúde, devido a programas recentes do Ministério da Saúde como o PROVAB e o Mais Médicos que permitiram a ampliação do número de profissionais na Estratégia Saúde da Família e o acesso de médicos do exterior para atender municípios que estavam apresentando defasagem no número de médicos nos CSF.

O PROVAB é o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, criado a partir da iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo fundamental de ampliar o acesso à Saúde à população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela pobreza, tais como periferias das grandes metrópoles, populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, além de áreas remotas da Amazônia legal e do semiárido nordestino.

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades de Saúde, além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

Além disso, há uma rotatividade de profissionais do nível superior, por se tratar de vínculo empregatício fragilizado, realizado através de contratos temporários, o que motiva a mudança principalmente de enfermeiros e profissionais do NASF na equipe que assim ficam pouco tempo no CSF.

Cotta (2006), em seus estudos sobre o perfil dos profissionais do programa saúde da família, identificou o mesmo resultado encontrado nesta pesquisa, ou seja, na Estratégia Saúde da Família há mais mulheres jovens. Houve um contraste em relação à escolaridade dos profissionais, já que em Cotta (2006), a maioria dos profissionais tinha concluído o ensino médio. Esse contraste é explicado pela opção feita nesta pesquisa, de incluir muitos profissionais de nível superior (Profissionais do NASF e da Residência).

4.2 Resultados e discussão dos dados relacionados à caracterização do perfil dos usuários de psicofármacos entrevistados

Foram entrevistadas 13 pessoas, sendo 04 familiares/acompanhantes dos pacientes que fazem uso de medicação controlada e 09 pacientes com transtorno mental, com a doença estabilizada. Todos aceitaram o convite para participar voluntariamente da pesquisa, após serem consultados e esclarecidos pela pesquisadora sobre os objetivos do trabalho.

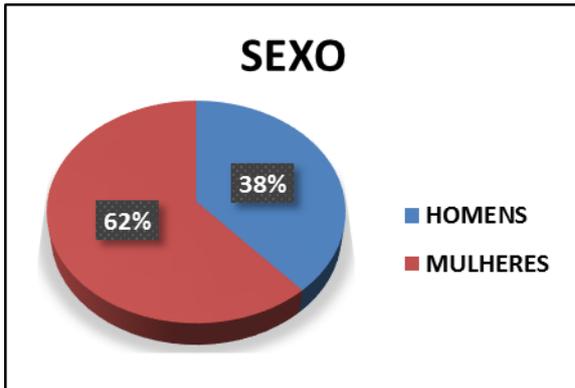
Todos os depoimentos foram gravados. Os sujeitos foram identificados pela letra 'U' que é a letra inicial da palavra usuário, seguida de um número que seguiu a ordem de realização das entrevistas (U1, U2, U3...). A palavra usuário representa tanto os pacientes entrevistados quanto seus familiares/acompanhantes. É importante ressaltar que os familiares escolhidos para a entrevista são responsáveis por pacientes que não estavam em um quadro estável.

Todos os dados das entrevistas dos familiares dos usuários de psicofármacos resultam na análise dos resultados relacionados ao perfil dos próprios usuários e não dos seus respectivos familiares, por este motivo, temos a caracterização dos usuários e não de seus familiares.

Os familiares estão representados pelas seguintes letras e números (U1, U2, U7, U9), já os usuários estão representados pelas seguintes letras e números (U3, U4, U5, U6, U8, U10, U11, U12 e U13).

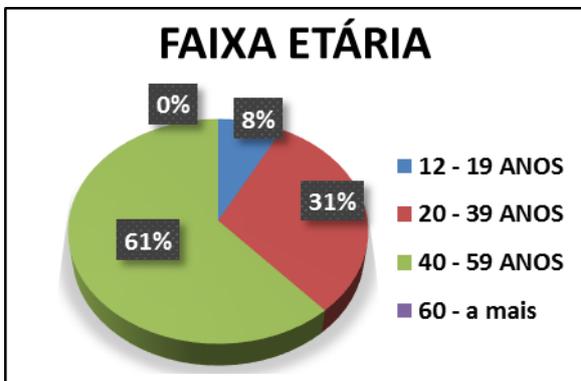
Os dados contidos nos gráficos (7, 8, 9, 10 e 11), mostram o perfil dos usuários que participaram da pesquisa, por meio de características como sexo, faixa etária, escolaridade, profissão/ocupação e estado civil.

Gráfico 7 – Perfil dos usuários de psicofármacos/SEXO



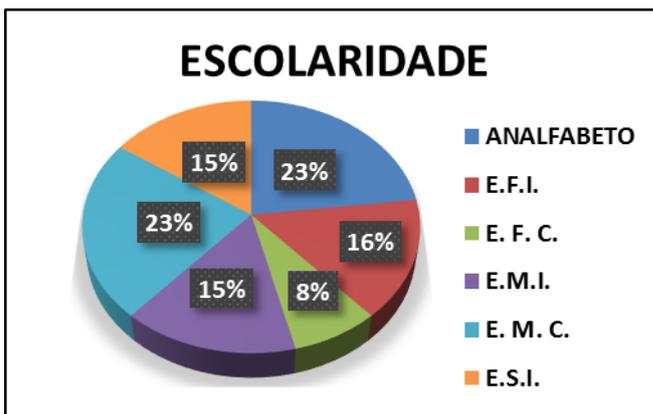
Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Gráfico 8 – Perfil dos usuários de psicofármacos/FAIXA ETÁRIA



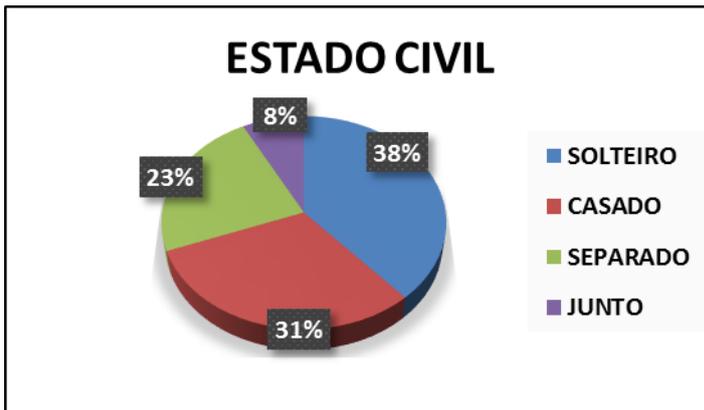
Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 9 – Perfil dos usuários de psicofármacos/ESCOLARIDADE



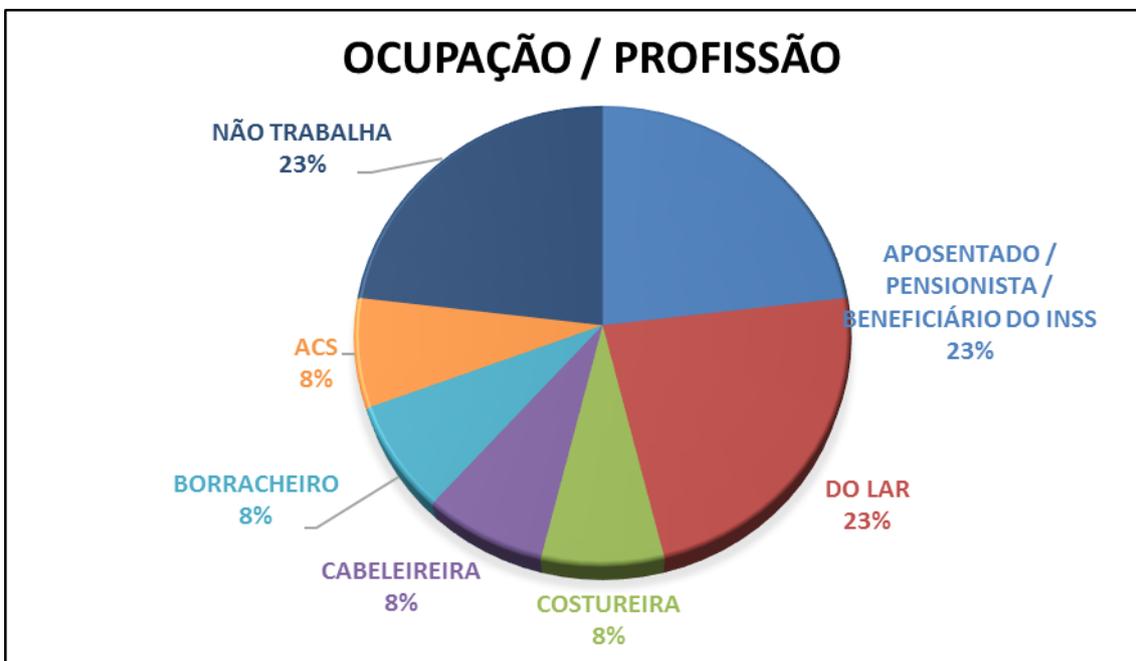
Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 10 – Perfil dos usuários de psicofármacos/ESTADO CIVIL



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Gráfico 11 – Perfil dos usuários de psicofármacos/OCUPAÇÃO/PROFISSÃO



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

O perfil formado pelos usuários entrevistados é composto por mulheres (62%), de 40 a 59 anos (61%), tanto analfabetas (23%), quanto com ensino médio completo (23%). A maioria dessas mulheres não está inserida no mercado de trabalho (69%), já que 23% das entrevistadas não trabalham, outros 23% cuidam do lar, 23% são aposentadas e recebem benefício do INSS. 61% dessas mulheres não têm companheiro.

4.3 Resultados e discussão dos dados relacionados às características sociodemográficas e clínicas dos usuários de psicofármacos avaliados pelos prontuários médicos

4.3.1 Características sociodemográficas

Em cada prontuário médico, há uma ficha geral de atendimento contendo os dados pessoais do paciente, incluindo seu nome, sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão/ocupação. Alguns dados que não foram encontrados no prontuário, foram coletados através da agente de saúde responsável pela área do usuário. Inicialmente, levantamos os dados referentes ao gênero dos usuários do serviço ao longo do período examinado. A distribuição dos dados está apresentada na tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição de frequências por gênero dos usuários de psicofármacos

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Feminino	112	61%
Masculino	71	39%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016).

Como indica a Tabela acima, a maioria da população usuária de medicação controlada é composta por usuários do sexo feminino. São 61% do sexo feminino e 39% do sexo masculino.

Em relação ao gênero, observamos que as mulheres consomem mais psicofármacos que os homens, tanto na análise dos prontuários quanto na análise das entrevistas dos usuários e familiares, conforme também foi encontrado em ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; BELTRAME, 2010; FERRAZZA, 2009; GARCIAS *et al.*, 2008; GUERRA, 2013; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; PASSOS, 2008; ROCHA; WERLANG, 2013; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; SHIRAMA, 2012).

Garcias *et al.* (2008) e Almeida, Coutinho e Pepe (1994) pressupõem que o elevado consumo de psicofármacos, principalmente de antidepressivos, entre as mulheres tem origem na maior utilização do sistema de saúde por elas, pois as mulheres são mais perceptivas em relação a sintomatologia da doença do que os homens, isso faz com que elas procurem mais precocemente ajuda; elas também são menos resistentes ao consumo de medicamentos prescritos. Destacam também que há um aumento significativo de diagnóstico de transtornos de ansiedade e depressão entre pessoas do sexo feminino.

Segundo Almeida, Coutinho e Pepe (1994), entre as mulheres, também há uma frequência elevada de doenças circulatórias e musculoesqueléticas, para as quais é comum a prescrição de medicamentos controlados, principalmente os benzodiazepínicos.

Além disso, Gonçalves e Kapczinski (2008) aproximam o impacto sócio biológico dos eventos estressores na vida das mulheres, causando o aumento das chances de manifestarem transtornos mentais (Teorias dos eventos de vida produtores de estresse, segundo a Psiquiatria Social); em seguida afirmam que situações de desequilíbrio entre dominação e subordinação econômica, política e social que as mulheres estão sujeitas a enfrentar, agiriam também como precipitantes dos transtornos mentais (Teoria dos Papéis Sociais); por último, concordam com a teoria que afirma que o suporte social age como fator protetor não precipitante, pois minimizaria os efeitos dos estressores de vida e significaria relacionamentos saudáveis, resultando em bem-estar (Teoria do Suporte Social).

Levantamos também os dados nos prontuários referentes à idade dos usuários do serviço e os distribuímos segundo os intervalos de faixa etária empregados pelo SINASF – Sistema de Informação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sistema que era utilizado pela pesquisadora em seu campo de atuação. Obtivemos os seguintes resultados apresentados na tabela 5:

Tabela 5 – Distribuição de frequências por faixa etária dos usuários de psicofármacos

Faixa etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
0 – 11 anos	06	3,3%
12 – 19 anos	06	3,3%
20 – 39 anos	46	25,1%
40 – 59 anos	83	45,4%
60 – mais	42	22,9%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016)

Conforme a tabela 5, a população que mais faz uso de medicação controlada encontra-se na faixa etária entre 40 e 59 anos (45,4%). Além disso, 25,1 % dos pacientes estão na faixa etária de 20 a 39 anos de idade; 22,9% são formados por pacientes idosos, entre 60 anos e mais e, por último, 12% entre as faixas etárias de 0 a 19 anos de idade.

Quanto à idade dos participantes, a mínima foi de 06 anos e a máxima de 93 anos. A faixa etária encontrada, na análise dos prontuários e nas entrevistas realizadas, que possuiu mais consumidores de psicofármacos está entre 40 a 59 anos. Ferrazza (2009); Passos (2008) e Rocha e Werlang (2013) confirmam esse resultado e citam que é mais frequente o uso de medicação controlada entre pacientes acima de 44 anos.

A literatura especializada confirma o estudo ao exibir que pessoas com mais idade, procuram mais pelos serviços de saúde. Esse aumento pode estar associado com a maior possibilidade de aparecimento de diversos problemas de saúde nesta faixa etária e utilização da medicação como principal alternativa do tratamento de doenças ou como coadjuvante. (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; BELTRAME, 2010; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Identificamos também que a partir dos 60 – 70 anos, há um decréscimo no que diz respeito à utilização de psicotrópicos. Almeida, Coutinho e Pepe (1994) consideraram a hipótese de que os indivíduos que ultrapassavam a faixa dos 70 anos seriam física e psiquicamente mais saudáveis. Além disso, eles afirmam que estudos específicos com este grupo populacional merecem ser realizados para esclarecer os motivos da redução no consumo de medicamentos em faixas etárias acima de 69 anos. Outra possível explicação seria o pequeno número de indivíduos nesta faixa etária, o que torna os dados muito instáveis.

Na literatura foram encontradas pesquisas que detectaram a associação estatística entre pacientes idosos e consumo de psicofármacos (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA; 2006), contudo essa mesma associação não foi encontrada nesta pesquisa.

Os dados referentes ao estado civil dos usuários não foram encontrados nos prontuários. Assim, pedimos apoio para as Agentes de saúde para realizar a coleta destes dados, que se encontram descritos na tabela 6:

Tabela 6 – Distribuição de frequências por estado civil dos usuários de psicofármacos.

Estado civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Solteiro	68	37,2%
Casado	68	37,2%
Separado	17	9,3%
Divorciado	02	1,1%

Viúvo	18	9,8%
União estável	09	4,9%
Sem informação	01	0,5%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016)

Em relação ao estado civil dos usuários avaliados nos prontuários médicos, encontramos resultados similares entre os usuários que são casados (37,2%) e os solteiros (37,2%). Em seguida, temos usuários que usam psicofármacos e são viúvos (9,8%) e aqueles que são separados (9,3%). O restante dos dados refere-se aos usuários que apresentam uma união estável (4,9%) e os usuários que são divorciados (1,1%). Não obtivemos a informação do estado civil de apenas um usuário.

Para fins didáticos, dividimos em dois grupos: os usuários “com companheiro” e os usuários “sem companheiro”. Os usuários “com companheiro” incluíram os casados e os que apresentam uma união estável. Os usuários “sem companheiro” incluíram os solteiros, viúvos, separados e divorciados. Assim temos mais usuários de psicofármacos “sem companheiro” (57,4%), do que “com companheiro” (42,1%). A clientela entrevistada também apresenta um número maior de usuários “sem companheiro”, do que aqueles “com companheiro”.

A associação entre situação conjugal e uso de medicação controlada é assunto controverso na literatura. Verificou-se, todavia, neste estudo, tanto nos prontuários analisados quanto nas entrevistas realizadas, que o maior consumo de psicofármacos ocorreu entre os pacientes que não possuem um companheiro, resultado que coincidiu com a pesquisa de Shirama (2012) e Passos (2008), contrastando com o estudo de Beltrame (2010) e Rodrigues, Facchini e Lima (2006) que confirmam que o maior consumo da medicação ocorre entre indivíduos “com companheiro”.

Da mesma forma que o estado civil, os dados referentes à escolaridade dos pacientes não foram encontrados nos prontuários, nem mesmo na ficha geral de atendimento, por este motivo coletamos esses dados através da ajuda das agentes de saúde responsáveis pelo território. Os resultados encontrados estão apresentados na tabela 7:

Tabela 7 – Distribuição de frequências por escolaridade dos usuários de psicofármacos.

Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Analfabeto	63	34,4%
Ensino fundamental incompleto ou cursando	70	38,3%
Ensino fundamental completo	09	4,9%
Ensino médio incompleto ou cursando	03	1,6%
Ensino médio completo	17	9,3%
Ensino superior incompleto ou cursando	03	1,6%
Ensino superior completo	02	1,1%
Educação de jovens e adultos / OUTROS	01	0,5%
SEM INFORMAÇÃO	15	8,2%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016)

A partir da análise da tabela 7, podemos perceber que uma grande parcela da população usuária de psicofármacos não apresenta formação acadêmica adequada, já que 38,3% dos usuários não concluíram o ensino fundamental ou ainda estão cursando e 34,4% dos usuários são analfabetos, somando 72,7% dos usuários.

Além disso, 4,9% concluíram o ensino fundamental, 1,6% não concluíram o ensino médio ou estão ainda cursando e somente 9,3% já concluíram. Temos usuários que iniciaram o ensino superior, mas não concluíram (1,6%) e 1,1% dos usuários concluíram. 01 usuário está no EJA. Não encontramos a informação referente à escolaridade do usuário em 8,2% dos casos, número relativamente considerável na amostra.

Os estudos realizados também encontraram um maior consumo de psicofármacos entre os usuários com baixo nível de escolaridade, analfabetos e aqueles com escolaridade até o ensino fundamental (incompleto e completo), dado que é condizente com a literatura (ALMEIDA; COUTINHO e PEPE, 1994; BELTRAME, 2010; GUERRA *et al.*, 2013; GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008; PASSOS, 2008; RODRIGUES; FACCHINI e LIMA, 2006; SHIRAMA, 2012).

Na análise das entrevistas, encontramos um resultado diferenciado, tanto temos pacientes analfabetos, quanto indivíduos que já concluíram seus estudos, mas é importante

destacar que as entrevistas foram realizadas com uma pequena parcela da população do CSF que está incluída na amostra da análise dos prontuários. Isso quer dizer que escolhemos mais as pessoas que concluíram seus estudos.

Uma pesquisa realizada em outro município cearense confirma os resultados apresentados nesta pesquisa ao apresentar que os maiores consumidores de psicofármacos são as mulheres a partir de 40 anos e de baixa escolaridade (SILVA, 2009).

Em seguida, coletamos os dados relacionados à profissão/ocupação dos pacientes usuários de medicação controlada. Para chegarmos a esses dados, também tivemos o apoio das Agentes de saúde, já que essas informações não foram encontradas nos prontuários médicos. Os resultados seguem na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição de frequências por profissão/ocupação dos usuários de psicofármacos

Profissão/Ocupação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Aposentado / Pensionista / Beneficiário do INSS	70	38,3%
Do lar	40	21,9%
Autônomo	23	12,6%
Desempregado	19	10,4%
Assalariado	15	8,2%
Estudante	09	4,9%
Outros	02	1,1%
Sem informação	05	2,7%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016).

A ocupação representa a atividade principal ou trabalho desenvolvido pelo usuário. Na tabela acima, percebemos que a grande maioria dos usuários de medicação controlada não está inserida no mercado de trabalho, já que 38,3% são aposentados, pensionistas ou beneficiários do INSS, 4,9% estão na escola, 10,4% estão desempregados e 21,9% são do lar. Somando temos 75,5% dos usuários fora do mercado de trabalho.

Em seguida, 12,6% são autônomos e 8,2% são assalariados, somando 20,8% dos usuários que mantêm uma atividade produtiva em sua vida. Ainda temos 1,1% de outras ocupações e em 2,7% não tivemos informação referente à profissão ou ocupação.

De acordo com a profissão / ocupação dos pacientes incluídos no estudo, através da análise dos prontuários e das entrevistas realizadas, encontramos um número mais elevado de indivíduos inativos, do que os indivíduos que mantêm alguma atividade laboral. Lembrando que incluímos nesta classificação de inatividade, os pacientes aposentados, pensionistas, beneficiários do INSS, as donas de casa, os estudantes e os desempregados. De acordo com Shirama (2012), pacientes sem nenhuma ocupação ou trabalho são aqueles que mais fazem uso de medicação controlada.

Os pacientes aposentados estão em uma fase da vida que, em virtude de suas condições, apresentam elevado índice de modificações orgânicas e psíquicas que muitas vezes podem gerar sintomas de ansiedade e depressão (SANTOS, 2009).

Gonçalves e Kapczinski (2008) afirmam que indivíduos desempregados, aposentados por invalidez ou em benefício por problemas de saúde e donas-de-casa apresentam chances significativamente maiores de apresentarem transtornos mentais, como os transtornos de humor e de ansiedade, do que os indivíduos que trabalham diariamente.

De uma forma geral, o trabalhador em atividade será mais sadio que os desempregados e, mais ainda que os afastados do trabalho por problemas de saúde (PEREIRA, 2001 *apud* GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Em seus estudos, Rocha e Werlang (2013) verificaram que o transtorno mental, não tratado adequadamente, pode representar repercussões psicossociais ao indivíduo e custos ao sistema econômico do país, pois atingindo a população em idade economicamente ativa, a mesma precisará de auxílios da previdência social.

Passos (2008) identifica também que o perfil dos pacientes usuários de medicação controlada representa o perfil da população que frequenta os centros de saúde da família, a maioria mulheres, de baixa escolaridade e baixa renda, retratando a situação de desigualdade social no país que pode interferir na saúde mental dos indivíduos. O perfil da clientela que diariamente é atendida no CSF Sumaré é formado por mulheres, adultas, com baixa escolaridade e fora do mercado de trabalho. Esse perfil descrito acima representa o perfil da população usuária do Sistema Único de Saúde (PIMENTEL *et al.*, 2011).

Um dado muito importante apresentado nesta pesquisa é o número elevado de mulheres donas de casa. Por consequência, essas mulheres vão ter uma enorme responsabilidade com a família, sobrevivendo com uma renda familiar baixa, sofrendo de muitas carências básicas que servem de subsídios para o surgimento de preocupações e ansiedades que podem ser minimizadas pelo uso de ansiolíticos (GUERRA *et al.*, 2013; SILVA, 2009).

Gonçalves e Kapczinski (2008) destacam que é interessante lembrar também que há uma causalidade reversa, ou seja, que os transtornos mentais podem desencadear pior desempenho social, acadêmico e laboral, já que esses transtornos podem se manifestar precocemente na vida do indivíduo, e muitas vezes permanecerem sem diagnóstico e tratamento por muito tempo, causando prejuízos precoces em termos de evolução educacional e de preparação para o mercado de trabalho, o que em última análise culminaria em situação ocupacional e socioeconômica desfavoráveis.

4.3.2 Características clínicas

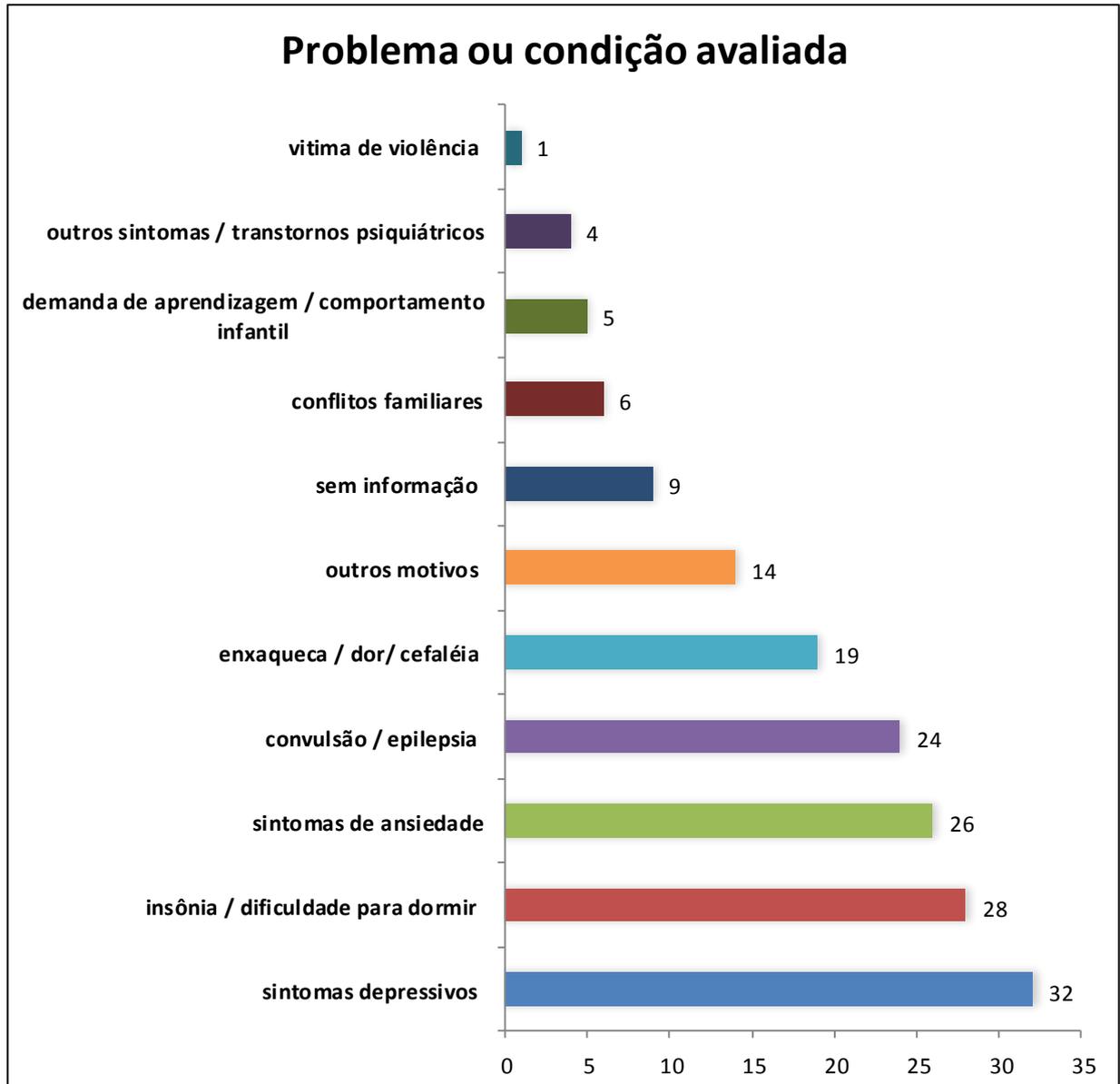
As características clínicas corresponderam aos motivos que desencadearam o uso de psicofármacos na Atenção primária à saúde e/ou a hipótese diagnóstica formulada pelo médico responsável para a prescrição psicofarmacológica; aos próprios medicamentos receitados; às especialidades médicas responsáveis pela prescrição e as alternativas adotadas pelos pacientes para o cuidado e/ ou tratamento. Todas essas informações foram encontradas nos prontuários durante sua leitura.

Inicialmente coletamos os dados referentes aos motivos que desencadearam o uso dos psicofármacos e as hipóteses diagnósticas formuladas pelo médico. Utilizamos, para organização desses dados, diagnósticos encontrados na Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Além disso, utilizamos os motivos/problemas/condições avaliadas através do sistema de informação do Núcleo de apoio a saúde da família. Diante do que foi analisado, não foi preciso utilizar a Lista de eventos de vida produtores de estresse por que o CID 10 e o SINASF foram suficientes para classificar os dados.

É importante lembrar que o mesmo usuário pode apresentar mais de um motivo para desencadear o uso da medicação. Além disso, o médico, em alguns casos, apresentou mais de uma hipótese diagnóstica/diagnóstico para classificar o indivíduo, de acordo com o CID 10.

Destacamos, nas categorias descritas no gráfico 12, aquelas condições ou problemas relacionados às circunstâncias contingentes ao cotidiano e às situações existenciais da vida humana, aspectos que serão examinados na discussão dos dados. São elas: alcoolismo/outras dependências químicas, conflitos familiares e dificuldades para dormir. Encontramos os seguintes resultados apresentados no gráfico 12.

Gráfico 12 – Problema ou condição avaliada



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

32 usuários utilizavam medicação controlada por apresentarem sintomas depressivos como: tristeza, choro fácil, desânimo etc. 26 apresentaram sintomas de ansiedade como: nervosismo, preocupação excessiva, irritabilidade etc. Essas condições avaliadas foram as mais prevalentes, seguidas pelos usuários dependentes de álcool e outras drogas, usuários que apresentavam dificuldades em lidar com os conflitos familiares (06), problemas relacionados ao comportamento infantil (4), outros sintomas/transtornos psiquiátricos (04), além de um usuário vítima de violência e um usuário que apresentava ideação suicida.

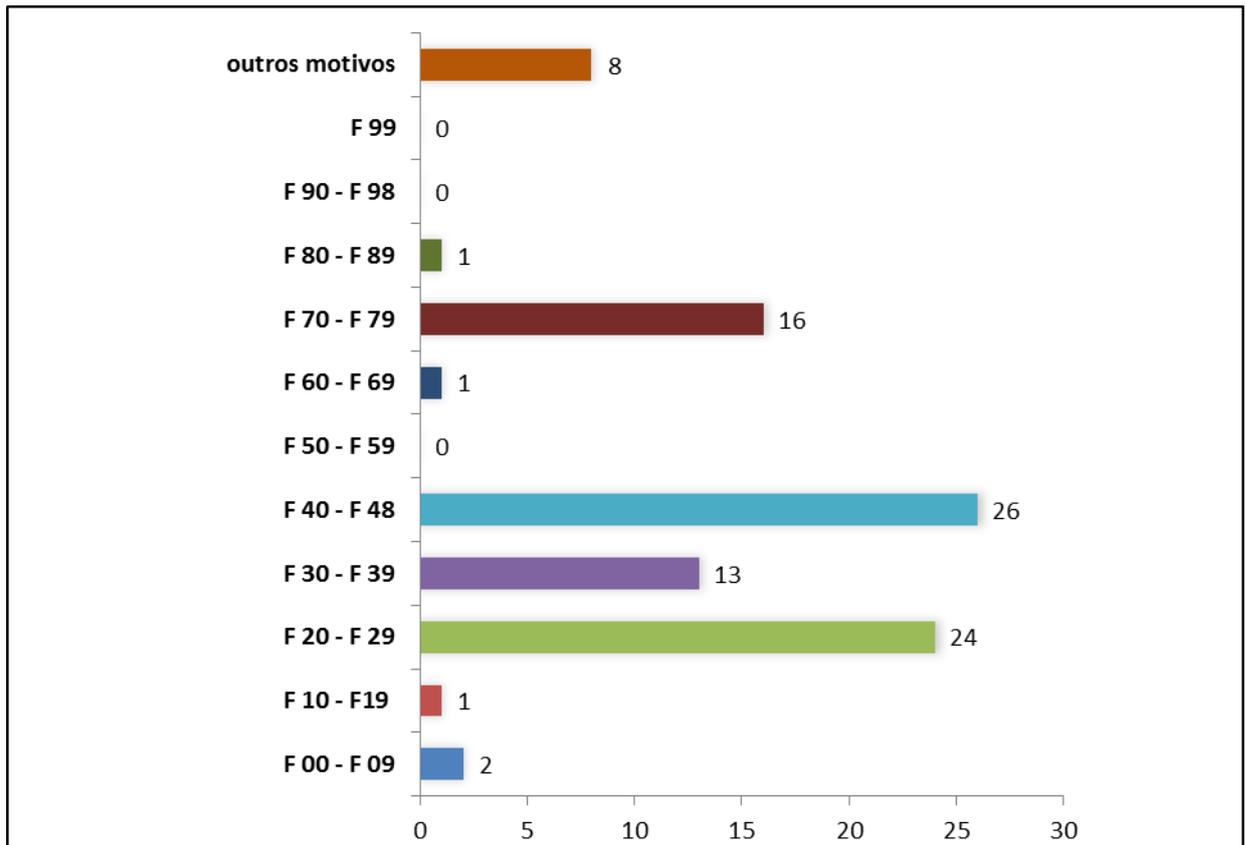
A este gráfico acrescentamos ainda os usuários que tem dificuldade para dormir ou apresentavam insônia (28), pessoas que apresentavam crises convulsivas e epilepsia (24) e

usuários que apresentavam, enquanto queixa principal a cefaléia, a dor ou a enxaqueca (19). Acrescentamos esses dados, pois eles obtiveram um resultado significativo, diante dos outros problemas avaliados que são encontrados no SINASF. Encontramos também 14 outros motivos diversos e 09 prontuários não continham a informação a respeito dos motivos que os levaram ao uso de medicação, dado bastante significativo.

Levantamos os dados relacionados aos diagnósticos registrados nos prontuários dos usuários medicados. Consideramos tanto as determinações diagnósticas escritas nos prontuários por extenso, quanto o registro do número do diagnóstico referente ao CID-10. Mesmo assim, verificamos que um número muito grande de prontuários não continha qualquer anotação diagnóstica. Contabilizando essa presença ou ausência de diagnósticos nos prontuários, verificamos que dos 183 prontuários analisados, 92 apresentavam algum tipo de diagnóstico e em 91 prontuários, não foi possível encontrar nenhum indício de anotação referente ao diagnóstico.

Isso quer dizer que, dos usuários submetidos ao tratamento psicofarmacológico, 50,3% receberam algum tipo de determinação diagnóstica na consulta no CSF ou em outros locais de atendimento médico e a outra metade, 49,7%, não apresentavam nenhum registro de diagnóstico psiquiátrico. Os prontuários que não apresentavam nenhum diagnóstico psiquiátrico apresentaram os motivos que desencadearam o uso da medicação ou o problema/condição avaliada pelo médico durante seu atendimento ao paciente. As hipóteses diagnósticas são apresentadas no gráfico 13.

Gráfico 13 – Hipóteses diagnósticas



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Nas hipóteses diagnósticas, os resultados mais prevalentes foram os transtornos mentais classificados entre o F 40 e o F 48, Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (26 usuários); em seguida, F 20 – F 29, Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (24 usuários); F 70 – F 79, Retardo mental (16 usuários); F 30 – F 39, Transtornos do humor [afetivos] (13 usuários).

Por último, ainda encontramos 2 pacientes diagnosticados com F 00 – F 09, Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; um paciente com F 10 – F 19, Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; outro com F 60 – F 69, Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto e mais um outro paciente diagnosticado com Transtorno do desenvolvimento psicológico.

As síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50 – F 59); além dos Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F 90 – F 98) e os Transtornos mentais não especificados (F 99 – F 99), não obtiveram nenhum paciente diagnosticado.

Para Passos (2008), os principais motivos que levam os pacientes ao consumo de psicofármacos são o nervosismo, a insônia e a depressão. Este estudo atesta semelhança com

o que foi explorado, mas a prevalência é dos sintomas depressivos, em detrimento do restante. Beltrame (2010) também identificou que a depressão é a condição mais referida pelos pacientes para o uso de medicação controlada. Silva (2009) identificou a insônia como um dos motivos mais prevalentes para o uso de medicação controlada.

Ferrazza (2009) identifica como principais sintomas/queixas para o consumo de psicofármacos a ansiedade, angústia e o nervosismo – sintomas de ansiedade e sintomas depressivos, o que pode ser confirmado por esta pesquisa.

É importante destacar que muitos sintomas depressivos, como a tristeza, mascaram problemas da vida cotidiana que são medicalizados a fim de obter a possibilidade de se chegar a um estado de felicidade que possivelmente todos nós buscamos (BIRMAN, 2009 *apud* FERRAZZA, 2009). Por isso, muitos pacientes se queixam de vários sintomas e buscam na medicação uma base para aliviar seus problemas que, em muitos casos, são de ordem social e econômica. (OLIVEIRA, 2000 *apud* SILVA, 2009).

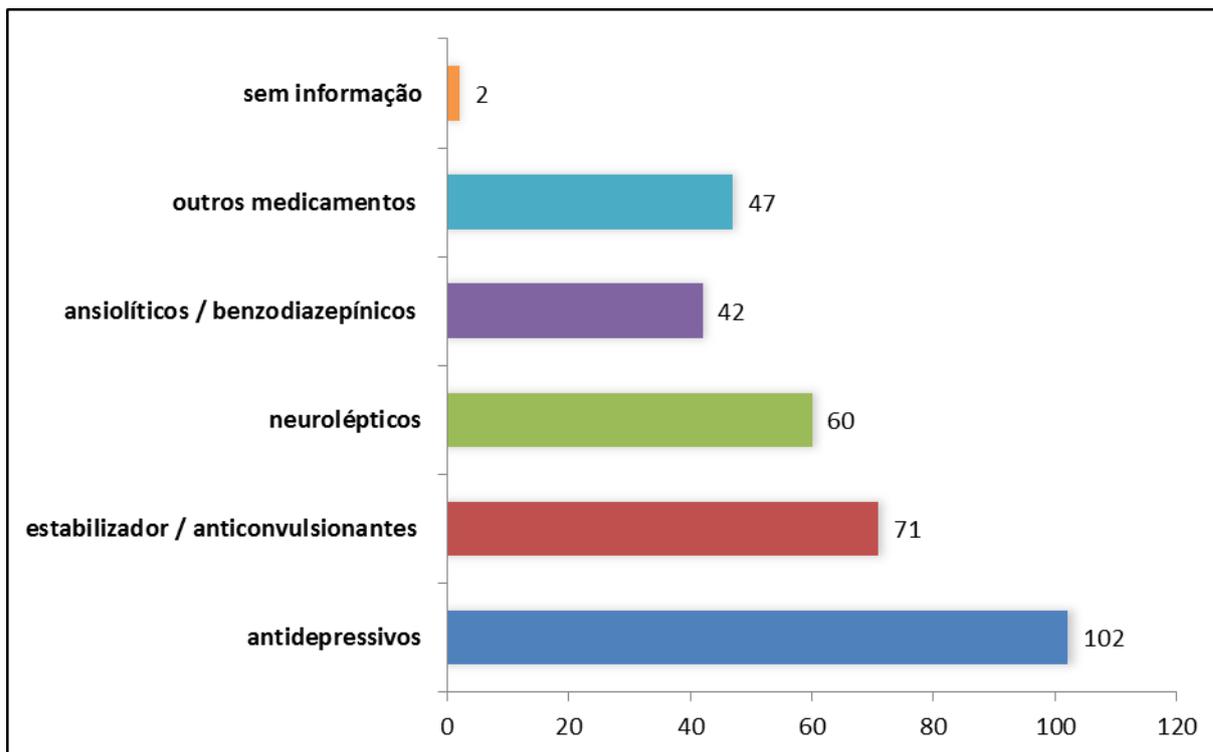
[...] o saber psiquiátrico vem definindo novas rotulações diagnósticas e novas formas de tratamento do sofrimento psíquico, cunhando termos e definições terapêuticas que se tornaram parte da linguagem cotidiana”. Observa-se, assim, um processo de psiquiatrização da vida social, que vem transformando todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico que, fundamentado na neurologia e na genética, incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos. (FERRAZZA *et al.*, 2010, p. 382).

Por haver uma maior prevalência de diagnósticos ou queixas de transtornos depressivos ou sintomas depressivos, esperava-se que os antidepressivos fossem os psicofármacos mais prevalentes neste estudo. Este resultado é apresentado logo abaixo.

Coletamos os dados referentes às classes de psicofármacos prescritos aos usuários do serviço, pela última receita prescrita pelo médico encontrada no prontuário. Os medicamentos utilizados pelos usuários avaliados, através dos prontuários encontram-se classificados no gráfico abaixo subdivididos como: neurolépticos ou antipsicóticos; ansiolíticos, benzodiazepínicos e hipnóticos; anticonvulsivantes e estabilizadores do humor e, por último os antidepressivos. Acrescentamos ainda a categoria outros medicamentos para incluir a prometazina e o biperideno. Como já foi falado anteriormente, estas medicações são muito utilizadas como adjuvantes no tratamento de alguns transtornos mentais e, por este motivo foram analisadas nesta pesquisa.

É importante também destacar que um usuário pode tomar mais de uma medicação controlada, revelando assim um número muito elevado de medicamentos encontrados nos resultados. Os resultados para estes dados, referentes às classes de psicofármacos utilizados pelos usuários, estão apresentados no gráfico 14.

Gráfico 14 – Classe de Psicofármacos

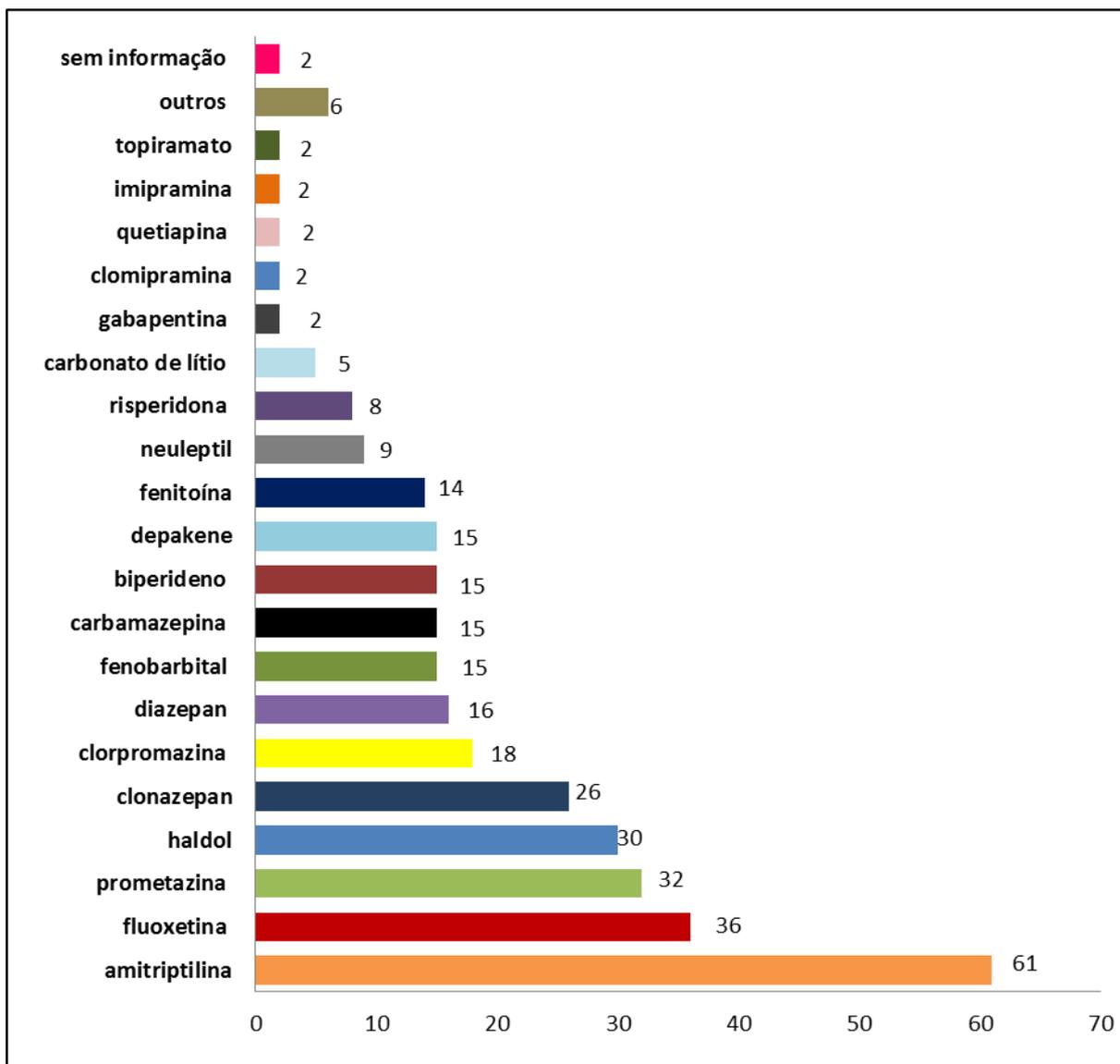


Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora

102 pacientes são usuários de antidepressivos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina, clomipramina, fluoxetina). A este primeiro resultado encontrado, podemos vincular o número elevado de pacientes usando medicação controlada devido, principalmente a sintomas depressivos/transtorno depressivo, assim como já foi analisado anteriormente.

71 são usuários de estabilizadores do humor/anticonvulsivantes (gabapentina, depakene, fenobarbital, fenitoína, valproato de sódio, lamotrigina, carbamazepina, topiramato, carbonato de lítio e depakote), 60 pacientes fazem uso de neurolépticos ou antipsicóticos (haldol, risperidona, clorpromazina, quetiapina, neozine, melleril) e 42 pacientes fazem uso de ansiolíticos benzodiazepínicos e hipnóticos (diazepan, clonazepan). Além disso, 32 pacientes também utilizam a prometazina e 15 o biperideno, somando 47 classificados como outros medicamentos. Não encontramos a informação em dois prontuários avaliados. Para uma melhor visualização, elaboramos o gráfico 15, para a organização dos dados descritos referentes ao uso de psicofármacos:

Gráfico 15 – Psicofármacos



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora

Observando a distribuição dos fármacos pertencente à classe dos antidepressivos, encontramos uma maior frequência de consumo entre os usuários de amitriptilina e fluoxetina, 61 usuários e 36 usuários respectivamente.

Estudos que investigam o uso de psicofármacos por usuários da APS não são muito comuns, principalmente realizados na ESF.

A prevalência de uso de psicofármacos foi de 0,02 para a população do bairro, valor baixo se comparado de outros estudos (ROCHA; WERLANG, 2013; PASSOS, 2008; RODRIGUES; FACCHINI e LIMA, 2006). Na verdade, por se tratar de uma pesquisa, principalmente realizada através da busca de informações em prontuários médicos, podem ter tido casos de usuários de psicofármacos que foram subnotificados ou ainda pacientes que

se automedicam e mais ainda pacientes moradores do bairro que fazem tratamento em outros locais.

A prevalência de uso de antidepressivos encontrada nesse estudo foi superior em relação ao consumo de outros psicotrópicos. Este dado pode ser confirmado na literatura por Beltrame (2010), Garcias *et al.* (2008) e Rocha e Werlang (2013) que, em seus estudos, enfatizaram que o aumento no consumo de antidepressivos, na última década, foi ocasionado pelo crescimento do número de diagnósticos realizados de doenças depressivas, pelo surgimento de novos medicamentos no mercado farmacêutico e, por último, por ele estar sendo constantemente indicado como tratamento pelo médico.

Garcias *et al.*(2008), ainda alerta aos profissionais de saúde que sejam mais criteriosos na indicação terapêutica dos antidepressivos para evitar a prescrição desnecessária do fármaco. Já há várias estratégias não farmacológicas que podem ser implantadas na unidade de saúde, favorecendo o uso racional de medicamentos.

Dentre a bibliografia pesquisada e estudada, alguns ensaios identificaram os ansiolíticos como os psicofármacos mais consumidos (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; PASSOS, 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), o que diverge do estudo em relação a análise dos prontuários dos usuários de psicofármacos do CSF.

Segundo a pesquisa realizada por Passos (2008), os principais psicofármacos prescritos foram: Diazepam, Amitriptilina e Fluoxetina. Estes dados comprovam o que foi encontrado na pesquisa, pois são medicamentos bastante consumidos pelos usuários, mas destacamos a amitriptilina, e não o Diazepam, como o psicofármaco mais consumido pela população do bairro.

Da mesma forma, Rocha e Werlang (2013) identificaram a Fluoxetina e a Amitriptilina como os principais psicofármacos consumidos na ESF e afirmaram que a Amitriptilina é muito frequentemente utilizada para dores crônicas e musculoesqueléticas, por este motivo, podemos encontrar uma alta prevalência de consumo na atenção primária.

A prescrição de ansiolíticos foi realizada para 42 pacientes, sendo o clonazepam utilizado por 26 pacientes, seguido do Diazepam, 16 pacientes. Em relação a estudos anteriores, houve uma baixa prevalência de utilização de ansiolíticos, o que podemos sugerir que a utilização de ansiolíticos está subestimada, pois os usuários podem utilizar este medicamento sem indicação médica, por automedicação ou prescrito por médicos externos ao CSF (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; PASSOS, 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Benzodiazepínicos como o clonazepam também são bastante utilizados entre a população do bairro, principalmente no tratamento da insônia e das queixas físicas crônicas (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

No Brasil, autores destacam o crescente consumo de benzodiazepínicos entre a população, principalmente entre mulheres e idosos; muitas vezes ele é usado de forma indiscriminada, causando prejuízos para a saúde (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Os anticonvulsivantes/estabilizadores do humor pertenceram a segunda classe de medicamentos mais prescritas na comunidade, confirmando o que foi encontrado na literatura (ROCHA, WERLANG, 2013). Essa classe de medicamentos apareceu no resultado da pesquisa, principalmente por ter um número elevado de queixas de convulsão e epilepsia no centro de saúde.

Dos 183 pacientes que fazem uso da medicação controlada, 3 foram diagnosticados com doença de Parkinson e utilizam o antiparkinsoniano biperideno para o tratamento (somente um paciente apresenta exclusivamente a doença de Parkinson). Outros 12 pacientes utilizam o biperideno como adjuvante no tratamento com os antipsicóticos, reduzindo os efeitos colaterais e melhorando a adesão ao tratamento.

Encontramos também um elevado consumo de Prometazina entre os pacientes que apresentam algum sofrimento psíquico. Dos 183 pacientes avaliados neste estudo, 32 fazem uso da prometazina. Este resultado se deve a uma prática clínica comum onde o anti-histamínico geralmente é associado a um antipsicótico de alta potência (ex. Haloperidol) no manejo da agitação psicomotora, por apresentar frequentemente um efeito sedativo no paciente (MANTOVANI, 2010).

Colhemos os dados referentes às especialidades médicas que prescreveram psicofármacos aos usuários, após a avaliação do paciente no próprio centro de saúde ou em outros locais de atendimento médico (CAPS AD, CAPS GERAL, Centro de Reabilitação, APAE, Policlínica, Santa Casa, Hospital Dr. Estevam e Hospital Regional Norte etc.). Segue na tabela 9, os resultados encontrados.

Tabela 9 – Distribuição de frequências por médico prescritor de psicofármacos.

Médico prescritor	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Psiquiatra	58	31,7%
Médico saúde da família	43	23,5%

Neurologista	17	9,3%
Reumatologista	03	1,6%
Dermatologista	01	0,5%
Outras especialidades	01	0,5%
Sem informação	60	32,8%
Total	183	100,0

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016)

Conforme se observa na Tabela 9, somente 31,7% dos usuários medicados haviam recebido sua prescrição psicofarmacológica de médicos psiquiatras. 23,5% dos casos da amostra receberam a prescrição prévia de psicofármacos de médicos que estavam trabalhando no centro de saúde da família – os médicos do programa de saúde da família. 11,9 % das prescrições foram realizadas por outras especialidades médicas.

Depois da psiquiatria, a medicina da família aparece como a especialidade mais frequente nas prescrições prévias de psicofármacos aos usuários do serviço. Podemos concluir que os psicofármacos são prescritos na maioria das vezes por médicos não psiquiatras (35,4%). 32,8% dos casos não havia identificação da especialidade médica prescritora. Dado bastante significativo que não foi encontrado no prontuário médico, o que acabou prejudicando a análise deste item do estudo.

Almeida, Coutinho e Pepe (1994); Ferrazza *et al.* (2010); Gonçalves e Kapczinski (2008) e, assim como foi identificado nesta pesquisa, reconheceram que os psicofármacos são, principalmente prescritos por médicos não psiquiatras. Este resultado preocupante nos leva a cogitar a hipótese de que a banalização do uso de psicofármacos está sendo alavancada pela crescente frequência de prescrições originadas de fora das especialidades psiquiátricas e neurológicas.

Além do mais, a prescrição dos psicofármacos mágicos – antidepressivos e ansiolíticos, foram aos poucos substituindo a escuta da história de sofrimento do enfermo que, agora é ativamente medicalizada, corroborando com a existência de uma tendência generalizada de prescrição de psicofármacos encontradas nos serviços de saúde (FERRAZZA *et al.*, 2010).

Existem situações para as quais se tem prescrito psicofármacos que, certamente, necessitariam ser reavaliadas, principalmente as referidas como, os problemas de ordem familiar e de ordem socioeconômico, por envolverem vivências próprias da existência

humana, frequentemente não abordável pela via farmacológica (OLIVEIRA, 2000 *apud* SILVA, 2009).

Realmente é preciso que haja uma criteriosa indicação psicofarmacológica pelo médico, conhecendo os riscos e efeitos da medicação indicada. Ademais, estes profissionais não psiquiatras podem ter dificuldade em diagnosticar os transtornos mentais, devido à falta de conhecimento na área. Além disso, ainda há muito preconceito por parte dos pacientes em se consultar com um médico psiquiatra, pois, para alguns, este especialista trata a “loucura”.

Em relação à coleta dos dados, referentes às alternativas de cuidado e tratamento do paciente que usa medicação que exige o controle especial, obtivemos um resultado insignificante em relação ao número de prontuários analisados. Um paciente utiliza como estratégia de cuidado, além do uso do psicofármacos, a massoterapia e a terapia comunitária, um paciente faz caminhada diariamente e três pacientes realizam duas vezes na semana o grupo de práticas corporais oferecido pelo CSF.

Pudemos constatar que este dado não é mencionado no prontuário familiar por nenhum profissional de saúde que acompanha o paciente no CSF. O que encontramos normalmente nos prontuários é a indicação terapêutica para a prática de atividades físicas, para participar dos grupos de convivência, para fazer massoterapia etc., mas não há registro de que o paciente aderiu ao que foi prescrito pelo profissional.

No momento da coleta de dados, o Centro de saúde não estava mais oferecendo o a terapia comunitária, mas há o grupo de práticas corporais e os grupos de convivência (gestantes, idosos e grupos de hipertensos e diabéticos). Normalmente, o serviço de massoterapia é oferecido pelos alunos do Liceu de Sobral.

O grupo de práticas corporais possui no momento 69 alunos, mas não temos como saber quais usam medicação controlada, já que alguns são de outros bairros, outros iniciam a atividade física, mas desistem e, mais uma vez essa informação não é mencionada no prontuário individual. Segundo a educadora física apoiadora desse grupo, alguns pacientes que frequentam o grupo, usam medicação controlada, mas a mesma não sabe exatamente quem são esses pacientes.

Em relação às alternativas de cuidado e tratamento do usuário de psicofármacos, Gonçalves e Kapczinski (2008) na amostra, identificaram que a maioria dos pacientes não utilizava nenhuma modalidade terapêutica, além da farmacológica.

Jorge *et al.* (2006 *apud* BORBA *et al.*, 2011) em seu texto, confirmam que o tratamento psicofarmacológico é importante para o tratamento do transtorno mental, mas somente esse recurso terapêutico, no entanto, não seria o ideal, já que ele precisa estar

associado às demais alternativas de tratamento disponíveis à pessoa com transtorno mental, que lhe permitam a livre expressão e a conquista do maior nível de autonomia possível, visto que a falta de atividade influencia de maneira negativa na melhora do seu estado de saúde e comportamento.

Este dado confirma a medicalização da saúde que está enraizada na população, colocando todas as suas expectativas e soluções de seus problemas diários no medicamento e o não uso de outras alternativas terapêuticas como substitutiva ou complementar ao tratamento psicofarmacológico. Ademais, os profissionais de saúde concentram suas ações ainda baseados no modelo hospitalocêntrico e medicalizante do tratamento dos transtornos mentais, reforçando cada vez mais o aumento do consumo de psicofármacos na população.

Passos (2008) reconhece que a maioria de sua clientela avaliada, não utiliza a prática de atividade física, por exemplo, como uma alternativa a terapêutica medicamentosa, apesar de ter sido constatado por Garcias *et al.* (2008) que a atividade física é benéfica ao organismo, contribuindo, a curto prazo, para diminuir a ansiedade e o estresse, e a longo prazo, para o controle da depressão moderada, do equilíbrio do estado de humor e aumento da autoestima.

4.4 Resultados e discussão dos dados qualitativos e quantitativos relacionados à construção dos discursos do sujeito coletivo.

Neste tópico da pesquisa foram transcritos, inicialmente, trechos dos discursos individuais, resultantes das respostas de cada questão da entrevista semiestruturada.

Para facilitar a visualização, os resultados e a discussão que se seguem têm como base as respostas dos sujeitos da pesquisa, apresentadas na forma de Discursos do Sujeito Coletivo e estão organizados por questão respondida.

São inicialmente analisados, os resultados obtidos através dos discursos coletivos dos profissionais de saúde e, em seguida, os discursos dos usuários/familiares. Os sujeitos participantes estão identificados pelas iniciais da categoria profissional (profissionais de saúde), pelas iniciais do nome (usuários e familiares) e pelo número correspondente a ordem das entrevistas. As figuras metodológicas (Expressões-Chaves; Ideias Centrais) utilizadas para confeccionar os DSCs estão descritas também logo abaixo.

No resultado qualitativo, cada DSC reúne diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma opinião, ou uma opinião que é compartilhada por um conjunto de pessoas. Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos num discurso, como os que

foram apresentados em seguida. Para cada questão é apresentado os discursos dos entrevistados e eles são analisados logo em seguida. Em algumas questões, os entrevistados podem ter contribuído com mais de uma ideia central.

As palavras destacadas pela cor vermelha correspondem às expressões-chaves escolhidas a partir da resposta dos entrevistados, por representar de maneira mais sintética e precisa possível, o sentido dado à questão analisada. As expressões – chaves formam, além dos dados qualitativos, representados pelos discursos do sujeito coletivos, dados quantitativos, representados por tabelas e gráficos. Os dados que estão destacados em negrito representam as ideias centrais relacionadas à questão vigente. Estas ideias foram encontradas nos discursos individuais, a partir das respostas e formaram os resultados quantitativos.

As questões analisadas, tanto dos usuários/familiares quanto dos profissionais de saúde, foram integradas na apresentação e análise dos resultados, na medida em que eram as mesmas questões perguntadas para os dois públicos. As questões que foram perguntadas para os dois públicos diferentes foram: a primeira questão dos profissionais de saúde e a segunda questão dos usuários/familiares; a segunda questão dos profissionais de saúde e a sexta questão dos usuários/familiares; por último, a quarta questão dos profissionais de saúde e a sétima questão dos usuários/familiares.

Em seguida, são apresentadas as outras questões de forma separada e seguindo a ordem em que foram feitas, no momento da entrevista. Primeiramente, as respostas dos profissionais de saúde, por último, as dos usuários e familiares.

1ª Questão: Você acredita que a medicação que exige controle especial tem alguma importância para os pacientes que a usam regularmente? Qual? (Pergunta direcionada aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Importância da medicação

Expressões-chaves e ideias centrais das respostas dos sujeitos:

AS1 – **sim...** Estabiliza o quadro

AA2 – **sim.** Precisa para momentos de crise/**controle da crise**

ASG3 – **tem...** Se não tomarem eles morrem... Podem ter complicação

AE4 – **tem importância**, o clonazepam não (explica que o clonazepam vicia), mas a fluoxetina sim, por que ela deixa a pessoa mais tranquila... Mas não para sempre... Por que existem vários **efeitos colaterais**

EF5 – **tem muita importância**, principalmente para **estabilizar o quadro do paciente**. Se não usar medicação e estiver em crise vai **repercutir na vida do paciente**, por exemplo, na vida social... **O uso abusivo e prolongado vai ser prejudicial ao usuário** repercutindo na sua **autonomia e independência**... Se tudo for colocar a medicação, vou estar patologizando a vida, favorecendo a **medicalização** intensa da vida humana... Uso moderado e a dosagem necessária não vão interferir na autonomia e independência do paciente.

AS6 – **depende de cada caso**... Tem casos que o usuário necessita do medicamento e de **outras tecnologias que podem auxiliar no cuidado** e outros casos que não precisa de medicação que o usuário pode ter **apoio junto à rede**, junto aos **grupos**, com o **apoio familiar, espaços de cuidado e lazer**. (Relata um caso de morte/luto em que o paciente não soube lidar com o sentimento de perda e foi medicado pelo profissional de saúde. Afirma que o paciente acaba usando sem necessidade a medicação tornando-se dependente)... **Medicalização do social, da vida e dos problemas sociais**, pessoas são medicalizadas quando não conseguem enfrentar as situações de outra forma sem tentar alternativas sem o medicamento. Existe a lógica da indústria farmacêutica que incentiva o uso da medicação, a formação dos profissionais que cultua a prática da medicalização. A medicação é importante para os pacientes com transtorno mental aliada a outros tipos de tecnologias, outras formas de cuidado. O medicamento sozinho não é o mais importante, mas contribui sim.

ACS7 – **acredito que tenha sim** por que muitos pacientes não se controlam por si, às vezes só com o tratamento de conversa, uma terapia resolve muito, mas em muitos não resolve, não atende o que o paciente necessita, aí tem que entrar na medicação e acredito que a medicação tem bom êxito na vida daquela pessoa, principalmente quando a pessoa toma a **medicação com regularidade**. O paciente também precisa do **apoio da família**.

E8 – **sim**....Ter um **acompanhamento** mais direto, **controle dos sintomas**...Ter um bom **convívio social** para exercer suas atividades rotineiras

AF9 – **é muito importante** por que a medicação **vai ajudar o paciente, não só a medicação**. Por que ele vai ficar mais controlado, vai se concentrar mais, vai ter uma boa melhora no seu nervosismo e na agressão.

N10 – **é importante** para o tratamento, quando o paciente está em crise, para ele melhorar... Às vezes não consegue melhorar só com a terapia, precisa entrar na medicação, mas às vezes a medicação pode piorar a doença se não tiver o **acompanhamento**. Tem que ter as duas coisas (medicação e terapia), pois se ficar só com a medicação, a pessoa às vezes não melhora por que tem que ter o acompanhamento. Tem gente que **vai para a medicação por que é mais fácil, por que não quer sofrer aquela dor** (perda / separação), vai para a medicação para fugir da dor,

para aliviar aquela dor, mas cada caso é um caso, mas se realmente a pessoa tiver muito mal, se aquilo tiver atrapalhando sua vida, seu convívio, seu trabalho, sua rotina a medicação é importante, mas precisa do acompanhamento psicológico e daquela pessoa que prescreveu a medicação. Tem que ter **apoio familiar** e ter alguém para conversar, fazer atividade física, trabalhos manuais isso pode ajudar.

F11 – **é importante** por que através dele ele consegue fazer o tratamento adequado, **controlar os sinais e sintomas**, mas lógico que o psicofármacos só não vai favorecer o tratamento de forma adequada, ele precisa de uma **terapia alternativa**. A **família**, a corresponsabilização do paciente, vínculo com a unidade de saúde vão favorecer ainda mais o tratamento, não só o medicamento propriamente dito por que não adianta só o medicamento se ele ainda tiver a mesma rotina de vida, os mesmos hábitos e mesmas perspectivas, não vai ter o controle do quadro que ele está encontrando.

ASB12 – se foi feita uma **avaliação** psicológica e psiquiátrica e virem a necessidade, eu acredito que seja **importante**. Ao longo do tempo, se for usada continuamente, por que depende da evolução do paciente por que às vezes o paciente começa a tomar e tem uma melhora e aos poucos acho necessário ser retirada para que o paciente não se sinta totalmente **dependente** desses medicamentos. Paciente precisa ser **reavaliado** para ver se precisa diminuir a dose, mudar para um mais fraco.

D13 – **é um assunto controverso**. Cita o exemplo do tio que tomou a medicação e teve uma piora (perigo da contraindicação), mas em outro acompanhamento com outro médico, ele melhorou. Refere-se que é contra aquelas medicações que deixa a pessoa um robô por que elas ficam sem qualidade de vida, ficam sem se inserir na sociedade. Não pode tomar uma dosagem excessiva, tem que se inserir na sociedade, trabalhar sua parte espiritual. É preciso manter o **acompanhamento** médico.

M14 – **importância enorme**. **Controle da doença**, melhora da qualidade de vida, evitar complicações futuras.

F15 – Melhora significativamente ou quase que totalmente os distúrbios causados pela patologia.

F16 – existe a necessidade, por que a gente entende que se o paciente faz uso da medicação é por que ele tem uma clínica que indica o uso daquela medicação, mas por conta dele não ser reavaliado, ele acaba se tornando **dependente da medicação** e se não há o **acompanhamento e a complementação com outras práticas terapêuticas**, ele fica dependente somente da medicação. **Tem importância** clinicamente e psicologicamente.

F17 – acredito que **tem importância**, não sei se é o principal, mas **ajuda no tratamento, numa crise**. Tenta amenizar a crise. Em uma situação de crise, a medicação é imediatista e ao longo prazo pode ver **outras alternativas**.

EF18 – a medicação **tem uma grande importância** no tratamento... **Não só a medicação**, pois ela é uma das ferramentas, não se deve se limitar só ao uso da medicação, ela deve vim articulada de **outras propostas terapêuticas**.

TO19 – Acredito que a medicação controlada é apenas um **complemento ao tratamento** para a reabilitação ou recuperação do indivíduo que faz uso de forma regular. É indispensável o fármaco para o tratamento, porém para sua efetividade é necessário ver o homem como ser holístico **inserindo esse indivíduo na sociedade e no seio familiar**, caso contrário o medicamento não terá benefício.

Resultados qualitativos profissionais da saúde

Construção do discurso do sujeito coletivo referente à questão 1:

Discurso do sujeito coletivo 1: “A medicação tem importância para o paciente por que controla a crise, mas o paciente precisa sempre de avaliação e acompanhamento para evitar a dependência e os efeitos colaterais, pois o uso abusivo vai ser prejudicial ao usuário. A medicação precisa estar aliada a outras propostas terapêuticas. Além disso, o paciente precisa ter apoio familiar e estar inserido na sociedade”. (AS1, AA2, AE4, EF5, AS6, ACS7, E8, AF9, N10, F11, ASB12, D13, M14, F16, F17, EF18, TO19).

Discurso do sujeito coletivo 2: “Tem casos que o usuário não necessita do uso da medicação. Ele pode ter apoio junto à rede, aos grupos, a família, nos espaços de cuidado e de lazer. Alguns pacientes acabam usando sem necessidade a medicação, tem gente que vai para a medicação por que é mais fácil, por que não quer sofrer aquela dor, esta situação reflete a medicalização da vida humana e dos problemas pessoais e sociais. Pessoas são medicalizadas quando não conseguem enfrentar as situações de outra forma, sem tentar alternativas sem o medicamento”. (EF5, AS6, N10).

Discurso do sujeito coletivo 3: “É necessário utilizar a medicação de forma regular, já que o uso abusivo e prolongado da medicação controlada vai ser prejudicial ao usuário, podendo repercutir na sua vida, no seu convívio social, na sua autonomia e independência”. (EF5, ACS7, E8, TO19).

Resultados quantitativos profissionais de saúde, conforme gráfico 16.

Gráfico 16 – Importância da medicação (profissionais de saúde)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

2ª Questão: Que importância tem para você o uso da medicação controlada? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada). Que importância tem para você o uso da medicação controlada para o usuário? (Pergunta direcionada para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Importância da medicação

Expressões-chaves e ideias centrais das respostas dos sujeitos:

U1 - Eu **acredito que sim**, **mas não tô vendo melhora**, porque ela fica nessa tristeza e fica dura. Tem hora que ela tá dura, assim, igual a robô. Eu não entendo isso aí, porque o remédio praticamente é pra pessoa melhorar né? (Questiona os problemas causados pelos efeitos colaterais ao usar a medicação). Eu acho que sim. **Ela tá um pouco melhor** (Discurso desconexo), porque ela tava demais, acendia o fogo do fogão todinho, querendo se matar... porque tava totalmente surtando.

U2 – essa questão não foi perguntada para a usuária.

U3 – **Tá**. Porque **me acalma mais**.

U4 – **Pra emagrecer é bom**. ...Não, pra emagrecer eu conheço, pra outras coisas só dor de cabeça, nos olhos. **É (refere-se a importância da medicação)**. Porque é saudável (motivo da sua importância).

U5 – **Com certeza tem**. Porque através das grandes doses, o doutor passou duplicada pra mim, normal não controlou. Ele dobrou, preparou tipo assim, em vez de ser 1, foi 2, **passei a ter mais controle**. **Eu não me tremo mais**. Ainda hoje de manhã não tomei. Jamais conseguiria amanhecer o dia assim. O corpo todo, **eu era muito agitada, muito nervosa**, entendeu? Agora, só tem uma coisa ainda que eu não consigo controlar, eu choro muito, por tudo eu

choro. Ainda tô nessa fase. Sinto que tô conseguindo, já consegui melhora na parte do choro. Eu não tinha vontade de sair, eu tinha medo de tudo. Não tô tendo mais, mas se ficar sem as medicações, eu não consigo. Descobri que não consigo.

U6 - **É importante**, porque na hora que eu tô aperreado, se eu tomar uma, **eu acalmo**. Às vezes, eu tô aqui e digo: “minha filha, cuide de mim, eu vou morrer”, aperreado. Aí tomo meu remédio pra nervo e me acalmo.

U7 - **É**. Com HALDOL, ele **melhorou muito**. ...Eu acho que sim, não entendo, quem sabe é o médico. Só fiz perguntar pra que era, por que ele tomava esse CARBOLITIUM. Não sei até quando ele vai tomar. ...Ele foi melhorar mesmo foi com esse HALDOL (considera importante somente o Haldol).

U8 - **Sim**. Num ponto é bom, pelos problemas que eu tava passando. Aí noutro ponto eu acho ruim, porque fico **dependente**.

U9 - Eu vi, **sim**. Só agora que ela parou né, mas graças a Deus, não mudou nada não.

U10 - **É, não posso ficar sem esse remédio** de jeito nenhum. **Porque me dá um tremelique. Dá uma tontura**. Tenho que pegar todo mês. ...só isso mesmo, tontura e **nervosismo** que eu sinto.

U11 - **Aham**. Porque **me deixa bem**. Fico pesado, com dor de cabeça (refere-se a falta da medicação).

U12 - **Tá**. Assim, me ajuda a ficar **mais tranquila. Evita eu comer demais**. Eu ficava comendo demais (refere que a medicação controla sua ansiedade e a vontade de comer de forma exagerada).

U13 - **Acho que são**, porque, assim, eu já não dormia de jeito nenhum, às vezes eu via amanhecer o dia, eu não dormia. Quando o doutor passou esse remédio pra mim, **comecei a dormir**.

Resultados qualitativos usuários/familiares

Construção do discurso do sujeito coletivo referente à questão 2

Discurso do sujeito coletivo 1: Tem importância por que melhorei muito. Me acalmei mais, serviu para eu emagrecer por que evita eu comer demais, comecei a dormir, me deixou bem, passei a ter mais controle por que eu não me tremo mais. Eu era também muito agitada e muito nervosa. Não posso ficar sem esse remédio de jeito nenhum por que me dá um tremelique, uma tontura e um nervosismo. (U1, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, U10, U11, U12 e U13).

Discurso do sujeito coletivo 2: Eu acredito que sim, mas não tô vendo melhora.mas tem um ponto que eu acho ruim, porque fico dependente. (U1 e U8).

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 17.

Gráfico 17 – Importância da medicação (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Dos 19 profissionais de saúde entrevistados, 15 confirmaram a importância do uso da medicação para o usuário. 02 profissionais não destacaram a importância do uso da medicação nos relatos, mas afirmaram que há melhora no quadro. Somente dois entrevistados, apresentaram dúvidas quanto a essa informação: “Depende do caso” (AS6); “É um assunto controverso” (D13). Nenhum profissional de saúde afirmou que o uso da medicação não era importante para o paciente.

Os profissionais de saúde, em sua grande maioria, consideram importante o uso da medicação controlada para o paciente que, necessariamente precisa usá-la, devido a um determinado quadro clínico, já que com o psicofármaco haverá uma melhora na sintomatologia, mas eles destacam que é necessário acompanhar o paciente e sempre avaliá-lo.

O que muitas vezes acontece é que, devido a rotina diária e excessiva de demandas nos postos de saúde para os profissionais, muitos pacientes ficam sem acompanhamento médico e multiprofissional, abrindo espaço para o uso inadequado, abusivo e/ou prolongado da medicação ou até mesmo, o acompanhamento do paciente vai se restringindo somente a renovação de receita médica, desta forma, repercutindo negativamente na sua vida.

Além disso, é importante controlar a medicalização dos problemas vitais. O medicamento é uma importante estratégia adotada pelos profissionais de saúde para a melhora dos transtornos mentais, mas os pacientes precisam enfrentar situações cotidianas de vida que podem causar sofrimento e não somente recorrer ao medicamento para resolver seus problemas e evitar o sofrimento. Os entrevistados destacam que podem ser utilizadas outras tecnologias de cuidado para este fim, como a psicoterapia.

Os discursos individuais dos profissionais da saúde confirmam o quanto, na opinião deles, é importante o uso da medicação especial no controle da crise, mas que siga a lógica da desinstitucionalização, já que o paciente necessariamente precisa ser tratado inserido na sociedade e no seu seio familiar.

Os discursos confirmam às orientações dadas pela Política Nacional de Saúde Mental que, apoiada na lei 10.216, preconiza uma atenção psicossocial atenta às complexidades e especificidades do sujeito em sofrimento psíquico e propõem que o sujeito seja inserido na sociedade e não excluído em unidades manicomiais (FERRAZZA *et al.*, 2010).

Na década de 50, os psicofármacos foram a principal estratégia utilizada para garantir que esses pacientes retornassem ao seu convívio na sociedade, diminuindo assim seu sofrimento e os sintomas causados pela doença, já que permitiram a adaptação desses sujeitos no mundo, diminuindo o isolamento provocado pelas internações psiquiátricas e a submissão a tratamentos desumanos, como os tratamentos de choque. Além disso, eles ganharam uma grande importância por favorecer a ‘cura mágica’ para a resolução dos problemas (KIMURA, 2005).

Tanto a indústria farmacêutica quanto a mídia contribuíram para o aumento da importância do uso da medicação controlada. Enquanto a indústria farmacêutica desenvolveu cada vez mais medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais, capazes de abolir totalmente os sintomas em pouco tempo, a mídia prometia aos usuários que o medicamento seria capaz até de solucionar o sofrimento psíquico (KIMURA, 2005).

Wanderley, Cavalcanti e Santos (2003) afirmam que equipes da Atenção Primária à saúde precisariam atuar como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde mental, evitando principalmente o uso irracional de psicofármacos e a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.

De acordo com o que já foi confirmado, em alguns discursos individuais, do ponto de vista terapêutico, a utilização de medicação vai ser considerada racional se for aquela adequada para tratar determinado quadro clínico, em doses terapêuticas adequadas e no tempo

necessário para a melhora da sua sintomatologia. Para que isto aconteça, é preciso que o paciente seja constantemente avaliado pelo médico prescritor.

Assim, o paciente em uso de medicação controlada, necessariamente irá precisar ser avaliado constantemente pela equipe de profissionais de saúde e pelo médico que a prescreveu para controlar os efeitos colaterais indesejáveis e a dependência química.

Dos 13 usuários/familiares entrevistados, 12 confirmaram a importância do uso da medicação nos relatos e 01 não respondeu à pergunta (U2). Um familiar de um usuário de psicofármacos considerou a importância somente de uma medicação: “Ele foi melhorar mesmo foi com esse HALDOL” (U7), demonstrando desconhecimento a outra medicação e, por este motivo, não consegue ver melhora no quadro. Outro usuário afirma que a medicação é importante, mas também tem efeitos indesejáveis, como a dependência química: “... em um ponto é bom, noutra eu acho ruim, por que fico dependente” (U8). Nenhum usuário/familiar entrevistado considerou que o uso da medicação não era importante para o paciente.

Assim como nos discursos dos profissionais de saúde, os discursos dos usuários e familiares confirmam também a importância da medicação no controle dos sintomas do transtorno mental e melhora do quadro em geral, além de ser o recurso terapêutico mais utilizado para tratar os mais diversos problemas de saúde. Os usuários/familiares também destacaram que seu uso inadequado pode provocar efeitos indesejáveis e a dependência.

Da mesma forma, Xavier *et al.* (2014), destacam a medicação como parte das ações terapêuticas no tratamento de transtornos mentais, já que reduzem os sintomas provocados pelas patologias e provocam uma melhor adaptação do indivíduo à realidade.

A medicação representa um suporte contra os sintomas do transtorno mental experienciado. É uma espécie de garantia de certa normalidade, para realizar suas atividades gerais ou mesmo promover as necessidades básicas de todo indivíduo, como dormir. No entanto, inevitavelmente se desenvolverá alguma dependência física pelo uso contínuo dos psicofármacos. (DESTRO, 2009 *apud* XAVIER *et al.*, 2014, p. 327).

Discursos como: “[...] mas se ficar sem as medicações, eu não consigo. Descobri que não consigo” (U5); “É, não posso ficar sem esse remédio de jeito nenhum” (U10), revelam a dependência química causada pelo uso de medicação controlada.

“Percebe-se, atualmente, que, diante de qualquer aflição, tristeza ou desconforto psíquico, a prescrição de psicofármacos é um dos primeiros recursos terapêuticos acionados” (XAVIER *et al.*, 2014, p. 327).

O uso da medicação foi sendo substituído pelo acolhimento do paciente, pela escuta de sua história de vida e do seu sofrimento psíquico, dessa forma a população passou a ser ativamente medicalizada, em uma escala sem precedentes (FERRAZZA, 2010).

Como se faz notar, ao analisarmos os discursos, recomendamos que:

✓ A equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família adote estratégias de prevenção ao uso abusivo e prolongado de psicofármacos e que acompanhe sistematicamente os pacientes usuários de psicofármacos, para evitar que esta prática repercuta negativamente na vida do paciente.

✓ É importante construir um novo olhar no cuidado em saúde mental, que não se restrinja somente a contenção dos sintomas, mas que inclua a história de vida do usuário, a reconstrução dos seus laços afetivos, a convivência e o incentivo às tarefas cotidianas como propostas de libertação das amarras ocasionadas pelo sofrimento mental (ANTONACCI; PINHO, 2011).

✓ Para que isso acontecesse, seria necessária a implantação de uma política municipal de atenção integral ao portador de sofrimento psíquico que oferecesse modalidades de atendimento, mais voltado à comunidade e às necessidades do cidadão portador de sofrimento psíquico e seus familiares, em um tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz. Além de estratégias de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção à saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial.

2ª Questão: Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amigos, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta? (Pergunta direcionada aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação

Ideias centrais das respostas dos sujeitos:

AS1 – **sim**.

AA2 – **conheço muitos** pacientes que usam medicação... sem resposta à medicação por causa do uso prolongado.

ASG3 – tem meu neto... o Elias (nome fictício)

AE4 – tem meu tio, ele tem um monte de doença, usa AMYTRIL, CODEÍNA direto... conheço alguns pacientes... **são muitos pacientes**

EF5 – **conheço... muita gente** toma medicação controlada

AS6 –... pacientes acredito que **tem um grande número** que percebemos com a territorialização em Sobral, percebemos o grande aumento do número de pacientes que usam medicação controlada, pacientes da saúde mental, é uma realidade do município ...tenho duas tias que tiveram depressão aguda

ACS7 – tenho poucos, mas tenho (refere-se aos pacientes que acompanha) ... minha filha... no território **tem muitos**... a gente vê que pessoas necessitam mesmo da medicação, outras pessoas que se viciaram, tem pessoas que aparecem um problema e já quer tomar a medicação (insônia, nervosismo), eles já pensam logo no DIAZEPAM... tem diferença agora por conta do acompanhamento de vocês (refere-se ao acompanhamento multiprofissional)

E8– Por a unidade de saúde em que trabalho ser abrangente em número de casos envolvendo problemas relacionados à saúde mental, costumeiramente atendo **muitos casos** de pacientes que fazem uso desse tipo de medicação.

AF9 – **muitos, conheço muitos**, principalmente na minha rua tem vários... Existe um número elevado de pessoas e está crescendo cada vez mais

N10 – **sim**, infelizmente isso virou uma prática muito comum... **Número bastante elevado**, principalmente de pessoas que às vezes nem necessitam (casos de luto, separação).

F11 – **sim**... Conheço muitas pessoas da minha família (mãe, pai, tia). Até mesmo por que o grande problema que a gente encontra no cenário atual é o estresse (o mal do século), os psicofármacos vão ajudar essas pessoas.

ASB12 – conhecer a fundo eu não conheço. Minha mãe teve depressão depois da separação... **Conheço muita gente**... Número considerável.

D13 – aqui no Sumaré **existem muitos** (cita um paciente que atendeu no mesmo dia da entrevista). Na minha família tenho uma pessoa que teve depressão, mas não sei a medicação que ele usa, a Eliete tem um irmão que usa, pertinho da minha casa, tem o francisquinho (nome fictício) que também usa, mas não sei o tipo de medicação que a pessoa usa.

M14 – Só no trabalho

F15 – **sim**

F16 – **sim**, hoje a medicação controlada tá se tornando muito comum e a gente percebe que há uma banalização da prescrição da medicação controlada, qualquer insônia, qualquer sensação de tristeza é tratada com medicação de uso restrito... Essa pessoa acaba se tornando dependente

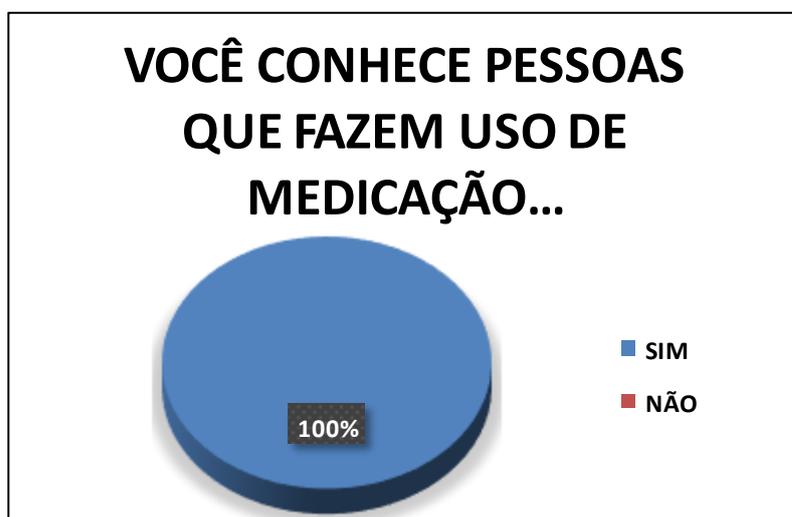
F17 – na minha família eu desconheço, mas tem os usuários que a gente vinculou aqui no posto... Acho que no território **são muitos os casos** e não estão dando atenção por que não é prioridade nos postos

EF18– **sim**. Refere-se ao preconceito, estigma, profissionais ainda tem medo, não tem o manejo de lidar com aquele paciente. A importância da escuta, às vezes não sabe a conduta adequada por que não tem o manejo para lidar com o paciente. Compartilhar o caso com a equipe.

TO19 – **conheço algumas pessoas** no meu círculo de amigos e na minha família e tenho alguns amigos que fazem uso de FLUOXETINA.

Resultados quantitativos profissionais de saúde, conforme gráfico 18.

Gráfico 18 - Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação (profissionais de saúde)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

6ª Questão: Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amigos, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta? Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amigos, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta, além do usuário? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação

Ideias centrais das respostas dos sujeitos:

U1 - Conheço aqui, mas quem tomava era Lucy (nome fictício), **minha amiga**, no posto também. Eu tomo, mas aí é outro caso. Eu tomo há 13 anos.

U2 - **Não**. Eu não tenho amizade assim com vizinho não.

U3 - Não. Ninguém da minha família toma não. Só **minha irmã** que toma o mesmo medicamento que eu tomo.

U4 – **não**

U5 -...Na minha família, não. Só eu. Na minha rua, não tenho intimidade de conversar. Provavelmente, vou dizer não, mas creio que sim. Não vou citar nomes, porque não sei. Tem **uma moça** nos fundos lá de casa que eu acho que devia vir ao posto. Ela disse que pra dormir tem que tomar DIAZEPAM. Vive me pedindo.

U6 – **não**

U7 – **não**

U8 - Tem **meu primo. Na família tem três.**

U9 – Assim que eu saiba, **não.**

U10 - **Não.** Conheço não.

U11 - **Ricardo.** A **minha irmã**, Germana. Mais ninguém não. (nomes fictícios)

U12 - **Conheço.** Conheço muitas pessoas, uma delas eu sei que tomava a mesma medicação que eu tomo, FLUOXETINA.

U13 - Acho que conheço...**Conheço!** Meu tio, ele também toma pra fibromialgia o AMYTRIL.

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 19.

Gráfico 19 - Quantidade de pessoas que fazem uso da medicação (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Na pesquisa, podemos identificar que todos os profissionais entrevistados responderam que conhecem pessoas, tanto na família quanto no trabalho, que fazem uso de medicação controlada, conforme gráfico apresentado acima.

Nos relatos, três entrevistados não deixaram explícito que conhecem pessoas que usam psicofármacos, como o restante (ASG3, E8, M14). A maioria dos entrevistados reconhece também que há um elevado número de pacientes que fazem uso de medicação controlada no território (AA2, AE4, EF5, AS6, ACS7, E8, AF9, N10, ASB12, D13, F17).

Segundo alguns entrevistados, muitos desses pacientes nem precisariam usar medicação, mas o uso dos psicofármacos é hoje uma prática comum mostrando que cada vez mais aumenta o número de pessoas usando medicação controlada (ACS7, N10, F16).

Em relação às entrevistas dos usuários/familiares, 54% afirmaram que conhecem pessoas que usam medicação controlada. Alguns depoimentos mostram a insegurança do entrevistado para falar de alguém que utiliza também a medicação, mesmo tendo sido falado, no momento da entrevista, que os dados seriam mantidos em sigilo e não ia ser divulgado nenhum nome. São eles: “Não. Eu não tenho amizade assim com vizinho não” (U2) e “... Na minha família, não. Só eu. Na minha rua, não tenho intimidade de conversar. Provavelmente, vou dizer não, mas creio que sim. Não vou citar nomes, porque não sei” (U5).

Essa tendência elevada do número de pessoas fazendo uso de psicofármacos é apresentada por Rocha e Werlang (2013) e Rodrigues, Facchini e Lima (2006) ao constatarem que, nas últimas décadas, houve um considerável aumento de usuários de psicofármacos no Brasil e no mundo, o que pode ser atribuído tanto pelo aumento de transtornos mentais na população, quanto pelo surgimento dos novos medicamentos no mercado, pelas novas indicações terapêuticas de medicamentos já existentes e pelo poder sedutor da mídia na divulgação da medicação enquanto produtora de bem-estar e de felicidade.

O fenômeno da medicalização da vida tem se tornado algo inerente à sociedade moderna, aumentando o número de pessoas fazendo uso de medicação controlada, já que se busca na medicação um efeito imediato, o alívio de sintomas, a solução de conflitos intrapsíquicos e dos problemas pessoais (PASSOS, 2008).

Além disso, essa tendência considera as dificuldades da vida como problemas médicos, solucionáveis através de medicamentos para que os indivíduos possam viver melhor todas as situações do seu cotidiano. São fabricados facilmente receitas para o sofrimento humano, muitos indivíduos vão adquirir essas receitas aumentando o número de usuários de psicofármacos, mas se esquece de que problemas e dificuldades são inevitavelmente ligados às turbulências próprias da vida. Em busca do alívio e da cura, nos privamos de vivenciar o que é inerente ao ser humano: a angústia, a tristeza, a vergonha, a culpa etc. (DANTAS, 2009).

Observamos também que a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, facilitou o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde e, conseqüentemente, aos medicamentos essenciais, melhorando a assistência aos pacientes que sofrem de transtornos psíquicos nos serviços de Atenção Primária à Saúde, permitindo também a inserção desses pacientes psiquiátricos na comunidade e junto aos familiares.

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter possibilitado uma maior interação entre a Atenção Primária e a Saúde Mental, através da inclusão da Saúde Mental dentro do programa de Estratégia Saúde da Família, percebe-se que há muito que se fazer, já que muitas vezes os profissionais das equipes de saúde da família não se sentem preparados para resolver os problemas relacionados à saúde mental e devido à grande demanda de pessoas que sofrem de transtornos psíquicos. Dessa forma, na maioria dos casos, os psicofármacos vão ser a primeira e principal escolha de tratamento para as pessoas que sofrem desses tipos de transtornos na Atenção Primária. Outros casos mais graves são encaminhados para os CAPS ou Hospitais de referência no atendimento aos pacientes com transtornos mentais (ROMAN, 2010).

Como se faz notar, ao analisarmos os discursos, recomendamos que:

✓ Da mesma forma, como já foi citado na questão anterior, é importante que a implantação da Política de Atenção ao portador de transtorno mental disponibilize profissionais de saúde capacitados para atenderem transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde e disponha de tempo para acolher e escutar o paciente em sofrimento e ofereça uma atenção integral e longitudinal ao usuário de psicofármacos, a fim de identificar àqueles que realmente necessitam do uso de medicação controlada e aqueles que não têm necessidade de usá-la.

4ª Questão: Você conhece outras formas de tratamento e/ou de cuidado existentes para o sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? Quais? (Pergunta direcionada aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Formas de tratamento

Expressões-chave das respostas dos sujeitos:

AS1 – grupo operativo (convivência, atividade física), **acompanhamento no CAPS**, fora a medicação... **Acompanhamento da equipe** do CSF. Pacientes em sofrimento psíquico não precisam de medicação, precisam do acompanhamento da equipe e **da família** e participar de atividades no posto que eles se identifiquem; quem tem transtorno, na maioria precisa (refere-se à medicação).

AA2 – **apoio familiar** e medicação (em seu discurso não há uma diferença entre os pacientes que fazem uso de medicação devido a um transtorno mental e àqueles que têm problemas pessoais. Todos necessitam de medicação).

ASG3 – escola que se sinta bem (refere-se a **Apae**), ter amor, ter carinho... **Médico, enfermeira**, o que eles precisam...**Pai e a mãe...**Brincar (responde a pergunta se referindo a duas crianças que conhece que tomam medicação controlada).

AE4 –...Nem sempre o paciente em sofrimento ou que está passando por problemas precisa de medicação...**Terapia com psicólogo. Dança ginástica. Religião** (Centro espírita)

EF5 – existem outras terapêuticas, existem as práticas integrativas e complementares, o usuário consegue transitar por outros serviços de saúde, utiliza o setor mais informal (conselho com a vizinha, com um amigo) e popular (utiliza a **rezadeira**, recebe uma **massagem**), mas acredito que ainda o setor da saúde utiliza com muita intensidade a medicação (exemplifica um caso de violência onde a conduta indicada foi a terapia medicamentosa). (Ampliar a clínica) Convidar os profissionais para acompanhar o paciente e apresentar outras possibilidades de se recuperar ou de sair daquele problema, utilizar as potencialidades do território, ver quais os interesses do usuário, ver o que ele gosta de fazer, **abordagem grupal, psicoterapia, jogos cooperativos e de competição, jogos lúdicos, esporte e práticas corporais** (dependerá do que o paciente se identifica), **massoterapia**.

AS6 – **Atendimento individual** do paciente e da família pela clínica ampliada⁸, psicólogo e demais categorias, **psicoterapia, grupos, articulação em rede** tanto intersetorial e a rede sus de atenção à saúde

ACS7 – espaço para reuniões com uma **terapeuta ocupacional** pelo menos uma vez na semana para ocupar a mente daquela pessoa, formar um **grupo** com terapeuta e psicólogo para aquela pessoa sentir que está sendo cuidada, **artesanato**, ser bem acolhida, bem recebida... Crítica o internamento para pacientes mais graves. **Acompanhamento com a família**.

E8 –**Terapia ocupacional, psicoterapia, musicoterapia**. É importante que o paciente não procure se isolar, reforçando seus laços de amizade e mantendo-se ativo em suas atividades rotineiras.

AF9 – **terapia comunitária, ginástica, dança, grupos**.

N10 – **grupos, terapia comunitária, psicoterapia** em alguns casos é necessária, **atividade física, trabalhos manuais**, ocupar a mente por que muitas pessoas tem a vida muito ociosa, sem

⁸ Clínica ampliada é o “trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (BRASIL, 2006, p. 38).

perspectiva de futuro, sem sonhos, sem muita visão da vida, quando ela vê que tem outras opções ela até responde melhor ao tratamento, até diminui a medicação que está tomando.

F11 – Primeiro vínculo que ele precisa ter é com a **família**, depois a família deve estar em contato com todas as alternativas possíveis dentro da comunidade ou no posto de saúde. A **equipe multiprofissional**, não só o psicólogo, mas o enfermeiro, os terapeutas ocupacionais, fisioterapia, a educação física vai favorecer que ele desvirtue o atual quadro que ele se encontra favorecendo com que não seja necessário apenas o uso do medicamento e sim ver alternativas para melhorar o quadro de sofrimento (depressão) que ele se encontra. **Atividade física, terapia comunitária, vínculo com a equipe de saúde, terapias manuais, pintura, artesanato, desenho**, procurar algo que o paciente goste de fazer.

ASB12 – **massoterapia, grupos**, algo que envolva o paciente que mantenha ele ocupado para ele não ficar pensando só na medicação.

D13 – O amor e carinho da família. Cuidado da **família**. Se inserir no **mercado de trabalho**, manter sua **espiritualidade**, ter **lazer**.

M14 – Existem formas de tratamento para o paciente com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental além do tratamento medicamentoso, tais como: **terapia ocupacional**, formação de **grupos** de apoio psicológico que ajudem na reinserção do paciente na sociedade.

F15 – terapia de **eletrochoque**

F16 – **psicoterapia, terapia comunitária, grupo** de práticas corporais (crítica a insuficiência de práticas alternativas oferecidas pela Estratégia saúde da família)

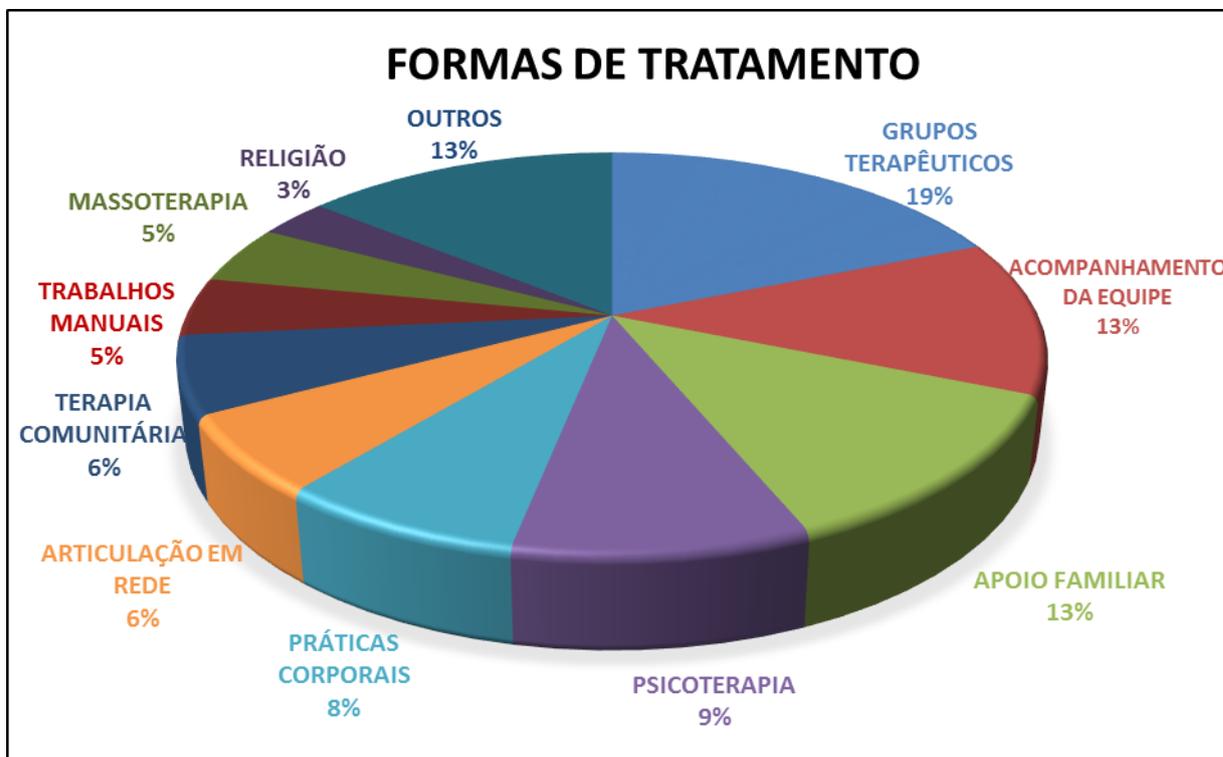
F17 – **grupos** de convivência, olhar ampliado, vínculo com a **família**, saber acolher o paciente, escutá-lo, além do tratamento medicamentoso.

EF18–conhecer o perfil de cada paciente que utiliza essa medicação e construir com elas outras propostas/outras condutas de tratamento, como os **grupos** de cuidado do território (grupo de práticas corporais, grupos de convivência, grupos de idosos). O profissional não deve impor qual o grupo o paciente deve participar, mas partir de uma pactuação profissional e paciente para ela ver no que ela se encaixa. No CSF temos que estar pensando na **intersectorialidade**, de se articular com outros setores e serviços (CAPS, CRAS, ASSOCIAÇÕES), a **família** é essencial para esse cuidado vinculado ao profissional de saúde.

TO19 – conheço outras formas de tratamento para indivíduos que sofrem de algum transtorno mental e são formas que vão além das formas tradicionais de tratar que no caso são os psicofármacos ou de internações psiquiátricas. Atualmente com a evolução da medicina e o surgimento de outras categorias profissionais existem uma variedade de tratamento que vão de acordo com as diversas áreas: **atendimento individual** no ponto de vista mais humanizado,

mais holístico. As terapias holísticas (**reike**, **acupuntura**, **massoterapia**) e as **atividades grupais**. Resultados quantitativos profissionais de saúde, conforme gráfico 20.

Gráfico 20 – Formas de tratamento (profissionais de saúde).



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

7ª Questão: Você conhece outras formas de tratamento e/ou de cuidado existentes para o sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? Quais? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes).

Categoria de resposta: Formas de tratamento

Expressões-chave das respostas dos sujeitos:

U1 - Tem que tomar remédio e **cuidar da pessoa**, porque deixar a pessoa sozinha doente dentro de casa, aí é perigoso (refere-se ao apoio familiar).

U2 - Sei não. Nem entendo dessas coisas não. Eu acho que se ela parar os remédios, sei lá... Às vezes, tenho vontade de passar um mês sem dar remédio a ela, mas parece que ela fica pior. Não entendo não. Esse problema aí de tomar remédio não sei nem o que significa, não sinto essas coisas não, graças a Deus. (para a entrevistada só há uma forma de tratar que é através da medicação).

U3 - Eu acho que tem. Eu ser mais animada, porque tenho vergonha das coisas. Sou muito fechada pro mundo, tenho vergonha de tudo... Só medicação... (Refere que para o tratamento somente deve ser utilizado a medicação).

U4 - **Esporte**. Procurar se **alimentar bem**. Sair nos horários certos (refere-se a fazer **passeios/ter lazer**), fazer outras coisas. Fazer academia, essas coisas. Mas academia não quero fazer não.

U5 - Na idade que tô hoje, eu não saio mais. Já saí todas às vezes, já fiz **yoga** (refere que yoga pode ajudar no tratamento). **Terapia com psicólogo, passear**. Se tiver convivência num **ambiente de paz**, ajuda. Coisa que eu não tinha. **Chá** (chá calmante) também controla. Um **desabafo**, uma pessoa. Se você tem **apoio familiar**, ajuda, mas quando não tem, é um buraco que a tendência é só descer. O meu caso é esse. Sabe o que me acalma? Andar. Sair de casa e andar bem muito. É, **caminhar** e ficar num cantinho bem quietinha. Isso sempre me fez bem.

U6 - ...Eu tomava um **fitoterápico**, mas disseram que suco de peroba fazia mal. Eu me preocupei e parei. Por enquanto, tô usando só a medicação.

U7 - Eu **não conheço**.

U8 - Tem, agora tô me sentindo muito melhor tomando os remédios, mas da outra vez eu tava tomando e não tava resolvendo. Aí eu falei com meu pastor, que falou que eu continuasse indo pra **igreja** e me dedicasse mais, que ia passar essas coisas (refere que a igreja é uma outra forma de cuidado/tratamento).

U9 - Eu **não sei** explicar não.

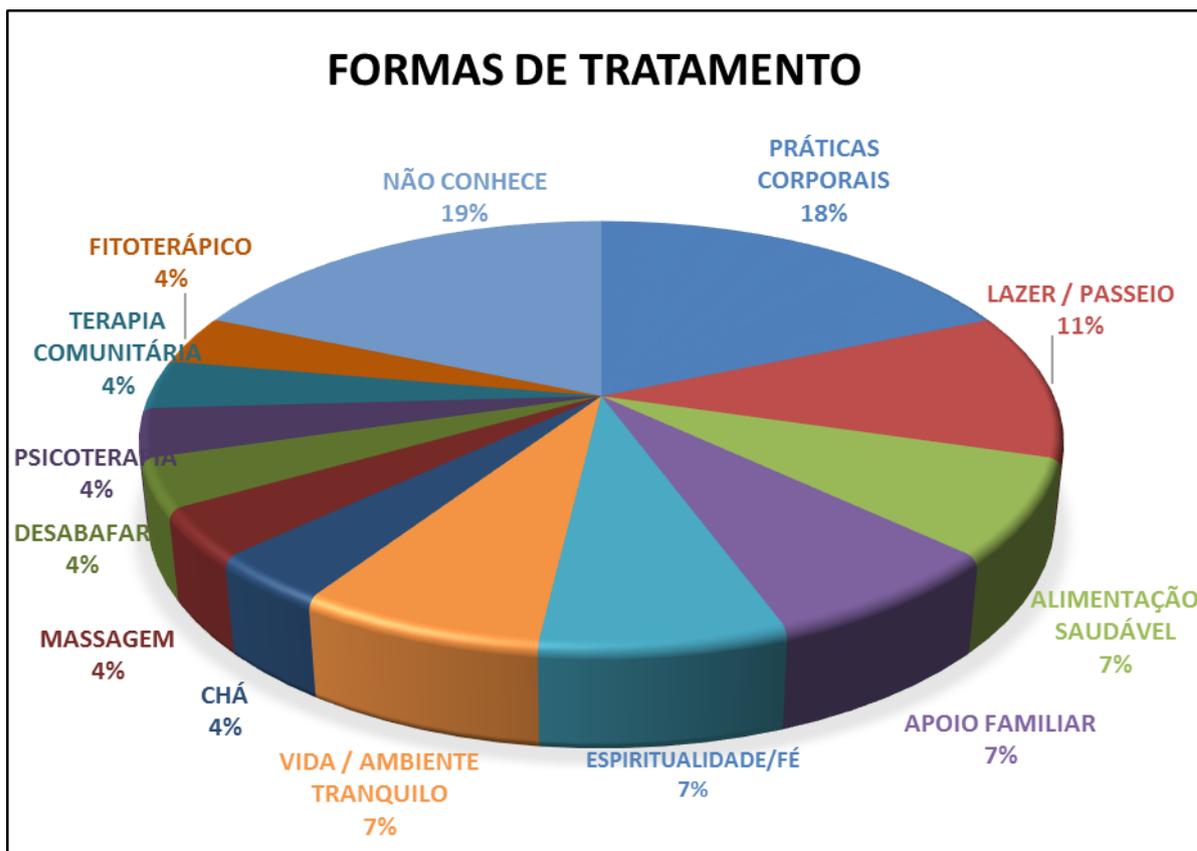
U10 - **Não sei**. Só a medicação mesmo. Não posso ficar sem o remédio. Tenho que pegar todos os meses. Agora dia 17 eu peguei. (para o entrevistado somente a medicação vai tratar seu transtorno mental).

U11 - Eu já tive, uma **massagem**. Eu fazia **exercício**. Lá no posto eu tava fazendo **terapia comunitária**.

U12 - Conheço. Eu acho que fazer **exercício físico**, ter uma **alimentação saudável** e **ter uma vida tranquila**, que às vezes, a gente não tem.

U13 - Eu até tentei largar toda a medicação, fui pra academia, fazia **caminhada**. Assim, quando eu começava a fazer academia as dores pioravam, era muita dor mesmo, aí eu parava. Agora, tô tomando o AMYTRIL e fazendo caminhada, mas tô me sentindo melhor com as caminhadas e o medicamento. As pessoas falam que a gente tem que cuidar do **lado espiritual**, isso eu cuido, mas não sei. Ajuda a transformar a vida da gente, mas acredito que associado ao medicamento, porque já que Deus deixou médico e medicamento, é porque existe gente doente. Resultados quantitativos usuários/familiars, conforme gráfico 21.

Gráfico 21 – Formas de tratamento (usuários/familiares).



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

Dos 19 profissionais, apenas um (F15) apresentou uma alternativa terapêutica que atualmente não é utilizada como opção para o tratamento de pacientes psiquiátricos (eletrochoque) e que fere o que foi preconizado pela lei 10.216.

O que se privilegia atualmente é o acompanhamento do paciente inserido na sociedade e no seu meio familiar, a partir de atividades oferecidas na sua comunidade ou no centro de saúde, em contraposição ao que era oferecido em instituições manicomiais onde o sujeito doente era isolado da sociedade e submetido a tratamentos desumanos como o tratamento de choque.

Dos 13 usuários de psicofármacos/familiares entrevistados, 05 não apresentaram nenhuma alternativa terapêutica ao tratamento dos transtornos mentais, pois acreditam que somente a medicação é capaz de melhorar os sintomas (U2, U3, U7, U9, U10). Isto nos chama a atenção pelo fato de que o medicamento tomou um grau de importância para essas pessoas que pode estar superando a necessidade de outra forma de cuidado à saúde.

Ferrazza *et al.* (2010), em sua pesquisa, identificaram que praticamente quase todos os pacientes atendidos em consulta psiquiátrica, a despeito das mais variadas queixas e sintomas registrados nos prontuários, receberam indicação de tratamento medicamentoso.

Dimenstein *et al.* (2005) citam que os medicamentos ocupam o lugar de destaque, seguidos da psicoterapia. A internação ainda foi citada na sua pesquisa, como opção de tratamento. Um número significativo de pacientes não são frequentemente acompanhados. Dentre os que foram acompanhados, o principal responsável pelo acompanhamento foi o psiquiatra, além do psicólogo.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde, identificamos que a principal alternativa para o tratamento dos transtornos mentais é a inserção dos pacientes nos grupos terapêuticos (19%). Os usuários/familiares também identificaram os grupos como uma das principais alternativas para o tratamento e cuidado dos transtornos mentais, mas focalizaram sua atenção somente no grupo de práticas corporais (18%). Os profissionais de saúde concordam com os familiares/usuários e, 8% deles elegem as práticas corporais como uma alternativa para o tratamento.

Os grupos terapêuticos não foram citados pelos usuários/familiares, até por que não há uma prática de grupos terapêuticos, especificamente para pacientes com transtornos mentais no território, já que o grupo existente é de prática de atividade física.

No CSF, há meses atrás, havia a Terapia Comunitária, onde muitos pacientes usuários de psicofármacos se beneficiavam desses serviços, mas atualmente somente a massoterapia está sendo ofertada no Centro de Saúde.

Além disso, os profissionais de saúde entrevistados consideram importante os usuários de psicofármacos serem acompanhados pela equipe (13%), terem apoio familiar (13%) e acompanhamento psicoterapêutico (9%). Os usuários/familiares também consideram importante o apoio familiar (7%) e a psicoterapia (4%), mas não atribuíram importância ao acompanhamento da equipe do CSF.

Ferreira (2015) identifica que o tratamento dos transtornos mentais não deve se limitar somente ao uso de psicofármacos, pois deve englobar outros recursos terapêuticos para auxiliar na melhora do quadro clínico, como os grupos e o apoio dos familiares.

Na pesquisa de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010), assim como nesta pesquisa, eles identificaram a importância da participação dos familiares no apoio e cuidado àqueles que estão utilizando psicotrópicos, principalmente ajudando o paciente a enfrentar seu sofrimento psíquico e na sua reinserção nos espaços cotidianos da vida.

Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) verificaram que ainda há um elevado percentual de usuários fazendo uso contínuo de medicação controlada e acreditando que somente este tratamento pode resultar em melhora do quadro clínico. Mesmo com tanta proposta de terapêuticas complementares ao tratamento do paciente psiquiátrico, a ênfase no

tratamento continua sendo ainda baseada no modelo biomédico, centrado na doença e não no doente, sendo o medicamento o principal instrumento de intervenção terapêutica.

Sabemos que o uso da medicação, em alguns casos, é importante para o tratamento dos transtornos mentais, mas é necessário que ela seja associada a outras formas de tratamento ou cuidado. Conforme foi apontado nas entrevistas dos profissionais de saúde, o cuidado em saúde mental demanda ações multiprofissionais, enfatizando a esfera psicossocial, principalmente, através de grupos terapêuticos.

O acompanhamento médico e a medicação fazem parte do tratamento; no entanto, o indivíduo também precisa de espaços criativos e de convivência, onde possa expressar opiniões e escolhas. O grupo terapêutico é um exemplo de ambiente onde é possível desenvolver laços de cuidado consigo e compartilhar experiências com os demais. (MENDONÇA, 2005 *apud* XAVIER *et al.*, 2014, p. 327).

Segundo Antonacci e Pinho (2011), a promoção de grupos terapêuticos se consolida como uma estratégia assistencial, de caráter educativo, participativo e de empoderamento; além de propiciar o fortalecimento de vínculos, dentro de um espaço de troca de experiências, escuta e acolhimento do sofrimento alheio. “O empoderamento cria oportunidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento ativo no diagnóstico e no aumento da autonomia do usuário” (ANTONACCI; PINHO, 2011, p. 139).

Citemos também Xavier *et al* (2014), e Shirama (2012):

[...] Faz-se necessário esclarecer que não se está menosprezando a utilidade dos psicofármacos no tratamento. Ao contrário, podem-se aliar a eles outras formas de cuidado para que o uso da medicação venha a ser a última alternativa e não a primeira opção terapêutica (p. 324).

[...] precisam ser encarados como uma das possibilidades de tratamento, e não a única, e que terão maior sucesso terapêutico caso estejam associados a [...] outras formas de assistência que contemplem a integralidade do ser humano, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica” (p. 128).

[...] É indiscutível a importância dos psicofármacos para o tratamento de transtornos mentais diagnosticados, com adequação e com a correta prescrição de tais medicamentos. A preocupação está no uso apenas sintomático dos psicofármacos e na ausência dos diagnósticos certos destas enfermidades, acarretando o insucesso na terapêutica proposta e danos ao indivíduo”. (SHIRAMA, 2012, p. 36).

Sintomas psicóticos, insônia, agitação, tristeza e ansiedade costumam apresentar respostas satisfatórias ao medicamento. Por outro lado, situações onde o contexto familiar, laboral ou interpessoal desencadearam a doença, pode ser inútil depositar grandes expectativas em torno da medicação (BRASIL, 2013).

Segundo Cordioli (c.2010), os medicamentos irão ser tratamento preferencial para muitos transtornos mentais, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outros transtornos, como nas fobias específicas, transtornos de personalidade e problemas situacionais, as psicoterapias podem ser a primeira opção, não necessariamente o paciente precisará utilizar medicação controlada. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos.

Ferrazza (2010) afirma que tanto os grupos terapêuticos, quanto o apoio religioso são bem vistos pelos usuários, desde que aconteçam em conjunto com o tratamento psicofarmacológico. Nesta pesquisa, 7% dos usuários e 3% dos profissionais de saúde acreditam na fé e na espiritualidade, como opção de cuidado e alternativa terapêutica.

Diferentemente dos resultados desta pesquisa que não apontaram a clínica ampliada como uma importante alternativa para o tratamento dos transtornos mentais, Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) destacaram a consulta individual como a mais utilizada nos serviços, sendo seguida pelo desenvolvimento de atividades terapêuticas coletivas, apontando um avanço na efetivação da clínica ampliada.

Ferrazza (2010) ainda faz uma reflexão importante ao constatar que, somente a utilização da terapêutica medicamentosa no tratamento dos transtornos mentais submete o indivíduo a uma espécie de manicomialismo químico que também tende a se estender indeterminadamente.

Como já foi falado anteriormente, é importante que a equipe da estratégia saúde da família adote práticas para evitar a psiquiatrização, o uso irracional dos psicofármacos e a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, mas ações e estratégias para uma atenção à saúde na atenção básica de caráter ‘desmedicalizante’ ou minimizadora da medicalização são ainda relativamente escassas, mesmo reconhecendo que são muito valiosas.

3ª Questão: Você poderia relatar os benefícios do uso dessa medicação especial para o paciente? (Pergunta direcionada somente aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Benefícios dos psicofármacos

Expressões-chave das respostas dos sujeitos:

AS1 – **estabilizar o quadro, controlar os sintomas** (sintomas depressivos / ansiedade/ psicóticos) ...**controle da crise.**

AA2 – **sono adequado...** “se acalmar” ...**melhora do comportamento**

ASG3 – era zangado, era “raivento”, **melhora do comportamento**... mais calmos, **comem bem, dormem bem** (responde a pergunta se referindo a duas crianças que conhece que tomam medicação controlada).

AE4 – fluoxetina **melhora o humor...melhora a ansiedade**... o haldol é para doente mental.

EF5 – **melhora do quadro** clínico, **dos sintomas**, a medicação vai controlar os sintomas, retardá-los e inibir outros sintomas. Favorece que o usuário **retome suas atividades** de reinserção social e produtivas

AS6 – vai contribuir de acordo com o quadro clínico, como por exemplo, **controle de humor, na dificuldade de relacionamento**, trazer o máximo para dentro do padrão da “normalidade”.

ACS7 – paciente agressivo, muitas vezes só resolve com a medicação, **ele fica calmo**, ele fica responsável por si mesmo, por seu cuidado, pelo seu corpo e com a **alimentação**, melhora do **sono** e do **convívio familiar**.

E8 – **Controle** diante de **compulsões, diminuição de ideias suicidas, melhora em quadro de conflitos sociais, familiares e pessoais, diminuição do nível de ansiedade, melhora do sono e humor**.

AF9 – **melhora do estado mental**, por que eles sentem **dificuldade para dormir**, para pensar, às vezes eles **pensam até em fazer besteira** e a medicação vai controlar mais. Eles se sentem melhor. Até quando tá faltando a medicação, parece que o mundo acabou para eles, sem a medicação eles perdem a noção de tudo (relata um caso de dependência que para a paciente podia faltar até a comida, mas se faltar a medicação, ela se desestrutura totalmente, ela fica insuportável, briga com todo mundo, agride, sai para a rua).

N10 – **regular o humor, melhorar o ânimo**, se é uma pessoa depressiva; **acalmar**, uma pessoa agitada, ansiosa. Cada medicação tem o seu benefício por que em muitos casos não consegue estabilizar o quadro só com as terapias alternativas, precisa realmente da medicação.

F11 – **estabilidade do quadro**, controle para que ele saiba como está a doença para que ele não ofereça risco a pessoas que estão no seu entorno, **melhoria na qualidade de vida** e com isso uma possível cura para alguns.

ASB12 – os benefícios vão de acordo com o que o médico quer que o paciente sinta, por exemplo, **manter o paciente calmo, equilibrado**.

D13 – não responde a pergunta. Estava sempre falando sobre seu tio que é usuário de medicação controlada.

M14 – **controle da doença**, evitar a descompensação, **melhora o estilo e modo de vida do paciente**, maior nível de aceitação do paciente doente pela pessoa sem doença aparente, **readaptação da pessoa na vida diária**.

F15 – Melhora significativamente ou quase que totalmente os distúrbios causados pelas patologias que atingem o Sistema Nervoso Central. **Melhora sono, humor**, senso de realidade e sintomas neuromusculares causadas por determinadas patologias.

F16 – pergunta não foi feita para o entrevistado

F17 – pergunta não foi feita para o entrevistado

EF18 – a medicação é um suporte que vem acompanhado de outras coisas dentro desse tratamento, mas é para **estabilizar alguns sintomas** que estão mais graves, **o comportamento**, quando compromete o **sono, as atividades de vida diárias**, quando afeta a vida social, pessoa se isola por que a medicação vai estabilizar alguns sintomas que comprometem o dia a dia desse paciente (AVD'S, trabalho, relação com a família, com outras pessoas).

TO19 – Os psicofármacos só trazem alguns benefícios para o indivíduo se estiver associado a outras formas de tratar, pois muitos pacientes que fazem tratamento por algum período da sua vida ou por toda sua vida tende a achar que o remédio por si só vai agir, faz milagre e nós profissionais temos que estar atentos a essa forma de pensar por que sabemos que o uso de psicofármacos só trará benefícios palpáveis se forem associados a outras terapias. Tomar cuidado para que não entre em vigor novamente o modelo medicalocêntrico, focada apenas na doença e no uso de medicação controlada e a medicação por si só não vai ser tão benéfica, por que vai causar dependência e o indivíduo vai pensar que só a medicação vai ser suficiente para a melhora do seu quadro clínico e a gente sabe que não é. Então os benefícios dessa medicação são palpáveis e efetivos se estiverem associados a outras formas de tratamento também. Não creio que o uso de psicofármacos por si só traga algum benefício para o paciente.

Resultados qualitativos profissionais de saúde

Construção do discurso do sujeito coletivo referente à questão 3

Discurso do sujeito coletivo 1: Os benefícios do uso da medicação são: estabilizar o quadro, controlar os sintomas, melhora do sono e da alimentação, melhora do comportamento e do humor, diminui a ideação suicida e controla as compulsões (AS1, AA2, ASG3, AE4, EF5, AS6, ACS7, E8, AF9, N10, ASB12, F15, EF18).

Discurso do sujeito coletivo 2: O uso da medicação controlada faz com que o paciente retome suas atividades de reinserção social e produtivas, conviva com seus familiares, principalmente e melhore sua qualidade de vida (ACS7, EF15, F11, M14, EF18).

Resultados quantitativos profissionais de saúde

A tabela 10 destaca o compartilhamento das expressões – chaves colhidas nos depoimentos dos 19 profissionais entrevistados nesta pesquisa, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma expressão. As expressões - chaves que correspondem as perguntas estão destacadas com a cor vermelha. Elas foram divididas em categorias de respostas, para uma melhor compreensão em relação à questão analisada. O número descrito, ao lado da categoria, representa a quantidade de pessoas que responderam a pergunta de forma semelhante.

Tabela 10 – Benefícios dos psicofármacos (profissionais de saúde)

Sono/Alimentação	07
Estabilizar o quadro/controlar dos sintomas/controlar da crise	06
Melhora do comportamento	06
Retorno às atividades de vida diárias e de reinserção social e familiar	06
Controle do humor/ânimo	05
Sintomas de ansiedade	02
Melhoria da qualidade de vida/estilo de vida	02
Ideias suicidas	01
Outros	02

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016)

Dos 19 entrevistados, um não apresentou nenhum benefício ao uso da medicação, pois a associou a outras formas de tratamento, sendo desse modo a única forma do paciente ter benefícios com o uso da medicação controlada. (TO19). Outros três entrevistados não responderam a pergunta. (D13, F16, F17).

Os principais benefícios destacados pelos entrevistados foram: melhora do sono e da alimentação; controle dos sintomas e da crise; melhora do comportamento; retorno às atividades de vida diárias e de reinserção social e familiar e, por último, controle do humor e do ânimo. Os profissionais entrevistados identificaram que os principais benefícios estão associados a melhora da sintomatologia, ao retorno das atividades diárias e sua reinserção social.

Os benefícios do uso da medicação controlada foram reconhecidos pelos efeitos positivos do uso da medicação na melhora dos sintomas causados pelo transtorno mental, no aumento da capacidade do indivíduo desenvolver de forma adequada as atividades de vida diárias e de se relacionar com as pessoas (FERREIRA, 2015).

Apesar da pergunta contemplar somente os benefícios da medicação, nenhum profissional de saúde relacionou o uso da medicação aos seus efeitos negativos, já que há o aparecimento, muitas vezes, de efeitos colaterais desagradáveis para o paciente, como por exemplo, o aumento de peso corporal, a lentificação psicomotora, a sonolência, a diminuição da capacidade de raciocínio, dentre outros.

Esses efeitos negativos fazem com que o paciente vivencie um processo de ambivalência, durante seu tratamento medicamentoso entre o uso da medicação para minimizar os sintomas e o surgimento de efeitos colaterais capazes de impactar profundamente na vida do indivíduo e, muitas vezes nem reduzir por completo a sintomatologia (FERREIRA, 2015).

5ª Questão: Qual a sua conduta e/ou encaminhamentos diante do paciente que apresenta sofrimento psíquico ou é portador de um transtorno mental? (Pergunta direcionada somente aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Conduta e encaminhamentos

Expressões-chave das respostas dos sujeitos:

AS1 – fazer a **escuta, identificar o que está acontecendo... compartilho com a equipe** para ver a melhor conduta

AA2 – (primeiramente, a entrevistada afirma que não tem muito contato com o público) ... procurar a **psicóloga, encaminhamento para o CAPS**, medicação controlada, ter o **acompanhamento** para ver a resposta do medicamento

ASG3 – falar com a enfermeira (**acolhimento**), **ir para a sala da médica...** o médico é que encaminha para onde for preciso para a criança se tratar, por exemplo o Centro de Reabilitação.

AE4 – **conversaria** com ele tranquilamente como se não tivesse percebido a doença dele, depois **encaminharia para a enfermeira** para ela saber para quem encaminhar, ou para o **médico ou psicólogo**. A partir de exemplos de casos relatados, afirma que poderia levar o paciente no hospital ou para um centro espírita.

EF5 – paciente em crise, grave, tentaria **conhecer a história de vida e clínica do usuário, compartilhar com a equipe**, saber o que já foi feito de possibilidades em relação ao usuário e saber dele o que pode ter de possibilidades para ele, ver se tem outras estratégias se caso não deu certo uma estratégia anterior. Pacientes graves podem ser **compartilhados com o CAPS** e **envolver toda a equipe** no seu cuidado. Ficaria **corresponsável** pelo caso para fazer a

mediação do cuidado desse paciente, vincular o paciente, fazer visita domiciliar, incentivar o uso da medicação, fazer uma **escuta qualificada** do paciente, **inserir nas atividades oferecidas pelo posto**, ver suas perspectivas de vida, dá para trabalhar em parceria com a dimensão espiritual, pode também fazer o **trabalho em rede**.

AS6 – primeiro tentar **entender o contexto** familiar, social e econômico que o usuário estava inserido e **entender qual a situação problema** que levou a família a procurar o CSF, **compartilhar o caso** com a equipe mínima, principalmente agente de saúde e enfermeiro e a partir da demanda identificada compartilhar com as demais categorias que houver necessidade, se for necessário, **articulação com a rede**, com o CAPS, SAMU e **proporcionar o cuidado integral** e dar resolubilidade ao caso.

ACS7 – No PSF procuraria quem estivesse no **acolhimento** para formar uma rede de cuidado ao paciente, olhava se a **psicóloga** estava presente ou a **médica**, caso a psicóloga não estivesse presente, se caso não pudesse resolver encaminharia para o **médico psiquiatra** por que tem caso que dá para resolver no local e outros não. Não tratar o paciente como um “coitadinho”.

E8– inicialmente é realizada uma consulta com a **psicóloga** de referência ou se necessário, diante da especificidade ou urgência do caso, referenciar o paciente ao **médico** da unidade ou até mesmo aos **serviços especializados disponíveis na rede de atendimento** (CAPS ou Dr. Estevam).

AF9 – primeiro procurar a **enfermeira** da área aí ela **encaminha** ou chama o **SAMU**. Muitos pacientes me procuram e eu encaminho para a enfermeira. Às vezes noto que a pessoa não está bem, muitos vêm para mim, sempre eles vêm para mim, aí procuro a enfermeira. Geralmente fecho a farmácia e vou **conversar** com a pessoa, às vezes a pessoa só quer conversar, eu converso e sempre oriento a pessoa a procurar a enfermeira.

N10 – **escutar**, deixo a pessoa falar, muitas pessoas choram, como não tenho propriedade em realizar diagnóstico eu peço ajuda, **compartilho o caso** com o **psicólogo** ou a **enfermeira** da área, **investigo com a agente de saúde** para ver o que dá para a gente fazer se a pessoa precisa da medicação, ou de uma terapia alternativa ou se fosse um caso mais grave, **encaminhar para o CAPS** por que eu sozinha não consigo fazer muita coisa (relata casos de transtorno de ansiedade relacionando a obesidade).

F11 – manter a calma, fazer uma **anamnese** inicial fazendo com que ele fale um pouco do que ele está sentindo, dar suporte ao paciente através de uma palavra para **deixar o paciente mais à vontade** para a gente saber qual a melhor forma de lidar com esse quadro que ele está apresentando, chamaria o **restante da equipe** para me auxiliar na escuta melhor do quadro dele

para me direcionar na avaliação dele. Refere que a psicologia e a psiquiatria estão mais próximas dessa clientela.

ASB12 – primeiro tem que ver se **acalma o paciente** para poder **saber o motivo** de ele ter vindo nos procurar, o que ele deseja, **fazer um diagnóstico** visual do paciente para encaminhar. **Escuta, acolhe** o paciente, **encaminho para o profissional do acolhimento**, no caso a enfermeira, **e ela encaminha** para a pessoa que ela ache que vai resolver o problema.

D13 – refere que está trabalhando o **escutar**, procura **acolher** cada paciente, procura escutar e **encaminho para as enfermeiras/médica** avaliarem. **Alguns casos são encaminhados** (pacientes especiais). Precisa saber qual o limite para pedir ajuda.

M14 – **avaliação médica inicial**, encaminhamento para avaliação pela equipe do NASF (**psicóloga**), dependendo da evolução (indicação para o psicólogo), **encaminho para o CAPS**.

F15 – **Psiquiatra ou psicólogo**

F16 – se for um paciente psicótico, uma crise grave, a melhor conduta é **chamar o serviço de urgência especializada** para que seja feita a referência; se for paciente menos agressivo, chorando, sintomas depressivos, o inicial é **a escuta qualificada**, o **acolhimento** (principal estratégia), observar o que estava causando o sofrimento dessa pessoa, que possibilidades ela tem na comunidade, na família e a construção do plano de cuidados.

F17 – **compartilhar o caso** com a equipe multiprofissional (psicólogo, terapeuta ocupacional) para discutir o caso e ver a melhor alternativa e se o paciente tivesse em crise, ver com a **médica** da unidade uma forma de amenizar a crise.

EF18–**acolhimento** é a primeira conduta, ter um **sentimento de empatia** de se colocar no lugar do outro, de **escutar** mesmo que eu não tenha a solução do problema, tentar **orientar** da melhor forma, **compartilhar o caso** com os profissionais (médico, enfermeira, psicóloga, equipe multiprofissional), tentar ouvir, elencar as prioridades, ver o que mais aflige o paciente, que mais preocupa e tentar juntos criar estratégias para ajudar aquele paciente, se é um caso de Projeto terapêutico Singular. O primeiro passo é a escuta e depois dá outros encaminhamentos. Sempre ter o usuário como o centro do universo.

TO19 – Enquanto profissional da saúde tenho a função de exercitar o **atendimento humanizado** aos indivíduos com transtornos psíquicos... através de **redes de assistência intersetoriais e de articulações entre a atenção básica e os serviços especializados**... promover atividades significativas, prazerosas, socializantes e produtivas, como a abordagem grupal...

Resultados qualitativos profissionais de saúde

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 5:

Discurso do sujeito coletivo 1: Propicio ao paciente uma escuta qualificada para conhecer sua história de vida e clínica e entender o contexto familiar, social e econômico ao qual está inserido. Acalmo e identifico também o que está acontecendo e qual o motivo ele teve para procurar o CSF. Oriento o paciente em relação a como devemos prosseguir para ajudá-lo. Encaminho para o acolhimento com a enfermeira de referência. Compartilho o caso e envolvo toda a equipe no seu cuidado para ver a melhor conduta e, dependendo do caso, faço a articulação em rede para que, se for preciso, encaminhá-lo para o CAPS ou outro serviço especializado. (AS1, AA2, ASG3, AE4, EF5, AS6, ACS7, E8, AF9, N10, F11, ASB12, D13, M14, F16, F17, EF18, TO19).

Discurso do sujeito coletivo 2: Dependendo do caso, encaminho o paciente para o atendimento com o médico do Programa Saúde da Família e o médico psiquiatra e/ou o psicólogo. Fico corresponsável pelo caso para fazer a mediação do cuidado desse paciente, vinculando assim com ele. Se ele concordar, insiro o paciente nas atividades oferecidas pelo posto de saúde, como as atividades grupais. (AA2, AE4, EF5, ACS7, E8, M14, F15, TO19).

Resultados quantitativos profissionais de saúde

A tabela 11 destaca o compartilhamento das expressões - chaves colhidas nos depoimentos dos 19 profissionais entrevistados nesta pesquisa, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma expressão. As expressões - chaves que respondem as perguntas estão destacadas com a cor vermelha. Elas foram divididas em categorias de respostas para uma melhor compreensão em relação à questão analisada. O número descrito ao lado da categoria representa a quantidade de pessoas que responderam a pergunta de forma semelhante.

Tabela 11 – Conduta e encaminhamentos (profissionais de saúde)

Procurar atendimento médico (médico clínico e/ou psiquiatra)/psicológico	12
Encaminhar/articular com a rede	11
Conversar/Escutar o paciente	09
Identificar o que está acontecendo/motivos/fazer o diagnóstico da situação	09
Acolhimento com a enfermeira	08
Compartilhar o caso com a equipe	06
Acompanhamento da equipe/envolver a equipe no cuidado	03
Conhecer a história de vida e o contexto onde o paciente está inserido	02
Estar corresponsável pelo cuidado integral do paciente	02

Vincular com o paciente	02
Orientar	01
Acalmar	01
Inserir o paciente nas atividades do CSF	01

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora (2016).

Dentre os resultados apresentados, parte da equipe se responsabiliza pelo cuidado integral do paciente, principalmente através da escuta e do compartilhamento do caso (AS1, EF5, AS6, N10, F11, ASB12, D13, M14, F16, F17, EF18, TO19). Essa parte da equipe é formada, necessariamente por profissionais da equipe multiprofissional que apresenta como base de sustentação para o seu trabalho, o apoio matricial.

A outra parte da equipe encaminha o paciente para o médico, psicólogo ou para o acolhimento da enfermeira do CSF ou faz uma articulação em rede para responsabilizar o CAPS ou o Hospital Dr. Estevam pelo cuidado do paciente com transtorno mental (AA2, ASG3, AE4, ACS7, E8, AF9 e F15). Esta outra parte dos entrevistados é formada pela equipe da estratégia saúde da família.

Estes dois resultados normalmente mostram que a equipe mínima encaminha o caso, responsabilizando alguns profissionais específicos pelo atendimento do usuário de psicofármacos; e a equipe multiprofissional se responsabiliza, minimamente pelo usuário que procura atendimento no posto de saúde.

Este frequente encaminhamento do paciente com transtorno mental ao atendimento do médico psiquiatra ou do psicólogo mostra que a equipe da Estratégia saúde da família está ainda fortemente subordinada ao atendimento médico, baseado no modelo biomédico tradicional e na lógica da desresponsabilização, frente ao paciente em sofrimento psíquico (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013).

“O papel dessa concepção médica hegemônica, no encaminhamento de uma grande maioria dos usuários ao atendimento psiquiátrico, terá como consequência provável a determinação de prescrição psicofarmacológica para todos” (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013, p. 256).

Dimenstein *et al.* (2005) trazem em suas reflexões, a mesma realidade encontrada nesta pesquisa. Afirmam que as equipes não estão capacitadas para atender essa demanda e, na maioria das vezes, atribuem esse papel a profissionais como psiquiatras e psicólogos, delimitando o campo de atuação a esses dois especialistas.

Além disso, os mesmos autores confirmam que a atenção primária e a secundária devem estar articuladas, de forma que o princípio da referência/contrareferência⁹ possa ser atendido, e o usuário não vá direto ao hospital psiquiátrico, nível terciário de atenção. O que muitas vezes acontece, é o encaminhamento de alguns pacientes mais graves ou em crise ao atendimento nos hospitais e depois de estabilizados, retornam ao atendimento na atenção primária.

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental. (DIMENSTEIN *et al.*, 2005, p. 24).

A atenção básica, devido à proximidade do profissional de saúde com o território que atua diariamente, permite criar um espaço de escuta e acolhimento da pessoa em sofrimento, fortalecendo o vínculo e a prática de cuidado entre profissional e usuário.

Não há somente uma categoria profissional específica que vai se responsabilizar pelo cuidado ao usuário, como foi destacado pelos entrevistados. Todos os profissionais de saúde podem se responsabilizar pelo cuidado do paciente em sofrimento, acolhendo-o e oferecendo a escuta para, primeiramente, conhecer os motivos que o trouxeram para o atendimento no centro de saúde e, logo em seguida, o contexto que está inserido.

É papel dos profissionais da estratégia saúde da Família, acompanhar de forma eficaz usuários com transtornos leves e moderados, dentro de sua área de abrangência, facilitando a ressocialização desse paciente e mantendo-o próximo de seu convívio familiar (CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010).

Koga, Furageto e Santos (2006) consideram que o profissional de enfermagem, por estar próximo da clientela da unidade de saúde, precisa ter também a responsabilidade de monitorar as respostas dos pacientes às medicações psicofarmacológicas. Para que isso aconteça, este profissional deve dominar os conhecimentos sobre a indicação medicamentosa, seu uso e os efeitos desejados, os efeitos colaterais, os efeitos adversos ou tóxicos e as

⁹ Sistema de Referência e Contra-Referência é uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS. Assegurando dessa forma a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde (ORTIGA, 2006 *apud* DIAS, 2012).

contraindicações. Deve ter conhecimento da conduta adequada e dos cuidados necessários para cada caso.

O Caderno de Atenção Básica, nº 34 (BRASIL, 2013, p. 24) destaca a escuta e o acolhimento como ferramentas primordiais para o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico:

Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Assim como foi apontado pelos profissionais de saúde e destacado pelo Caderno de Atenção Básica (2013), determinados casos podem ser compartilhados com outros serviços, de forma corresponsável. Ou seja, é preciso implicação da atenção básica e da rede de serviços que está recebendo o paciente para cuidar integralmente de cada caso em saúde mental.

O que muitas vezes é identificado e foi apontado pelos profissionais entrevistados, é que os casos mais complexos são encaminhados para outros serviços – CAPS ou Hospital psiquiátrico ou outros profissionais que apresentam uma “afinidade” maior com a área da saúde mental – médico da estratégia saúde da família, psiquiatras e psicólogos, para que esses profissionais ou esses serviços possam se responsabilizar pela pessoa em sofrimento, seguindo a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização frente ao paciente.

Lucchese (2009) aponta que há uma fragilidade na formação acadêmica para capacitar os profissionais de saúde para lidarem com situações complexas englobando o sujeito em sofrimento psíquico.

Além disso, encaminhamos por que seguimos também a lógica reducionista da prática da medicalização de condições de sofrimento e esquecemos as potencialidades do território frente o processo de saúde e doença ao promoverem práticas de cuidado que vão além do uso da medicação (LUCCHESI, 2009).

Há necessidade de que, nas equipes de saúde da família, não sejam priorizados os recursos tradicionais de tratamento da psiquiatria, como consulta especializada psiquiátrica ou psicológica e medicação, para que possamos reconhecer que a pessoa é “primeiro um cidadão e depois um quadro psicopatológico”. (LANCETTI, 2001 *apud* LUCCHESI, 2009, p. 2036).

Apesar da reforma psiquiátrica ter iniciado há quase três décadas, a prática dos profissionais de saúde, em relação à atenção e o cuidado ao paciente com transtorno mental,

continua centrada no atendimento individualizado, na prescrição da medicação e no encaminhamento do paciente para o especialista (MACHADO; MOCINHO, 2003)

No entanto, sabemos o quanto o acolhimento e atendimento do usuário na Atenção Primária à Saúde poderão contribuir com o seu tratamento, a partir de práticas onde se privilegie a relação equipe – usuário, permitindo aos profissionais de saúde lidarem com o sofrimento humano, tarefa para qual as universidades não capacitam e não preparam os estudantes para lidarem com essas situações, em suas práticas diárias no mercado de trabalho.

Machado e Mocinho (2003) apontam que os limites dos profissionais da ESF centram-se na falta de capacitação específica na área de saúde mental e na ausência de uma política municipal de atenção integral ao portador de sofrimento psíquico e a seus familiares para desenvolver seu trabalho junto a essa clientela. Além disso:

“o real seguimento de normas de prescrição, a medicalização racional, o acompanhamento e compartilhamento de casos entre equipes de saúde mental e atenção básica são estratégias que precisam ser revistas” (WANDERLEY; CAVALCANTI e SANTOS; 2013, p.125).

6ª Questão: Que tipo de paciente você acha que necessitaria realmente do uso de psicofármacos? (Pergunta direcionada somente aos profissionais de saúde)

Categoria de resposta: Usuários de psicofármacos

Expressões-chaves das respostas dos sujeitos:

AS1 – paciente que não consegue controlar os sintomas da doença, pacientes em **crise... paciente com diagnóstico de transtorno mental.**

AA2 – qualquer pessoa está sujeita a desestabilizar por conta dos problemas que passam (problemas familiares, problemas financeiros).

ASG3 – **depressão, crianças especiais (autistas).**

AE4 – “doido de verdade” (**pacientes com doença mental), síndrome do pânico.**

EF5 – essencialmente pacientes que estiverem em **crise**, que estiver colocando sua vida em risco ou a vida do outro em risco. Como uma medida imediata, necessariamente esse paciente precisaria usar a medicação, por mais que um dia vai reduzindo essa medicação.

AS6 – pacientes que tem **transtornos mentais** graves que tenham indicativo do medicamento aliado a outras tecnologias, que não tem outra saída para solucionar o caso dele.

ACS7 – aqueles que a gente vê até fisicamente e que já nota que não é uma pessoa normal. Pessoa **quieta demais, triste**, no canto, às vezes conversa e a pessoa nunca se anima, aqueles **agressivos.**

E8 – **Pacientes com transtorno de ansiedade, pacientes depressivos**, com alteração do sono, **hiperatividade, retardo mental e déficit cognitivo**.

AF9 – aquelas pessoas que sofreram uma perda, que não querem enfrentar os problemas poderiam estar nos grupos que ia fazer muito bem a eles, estar com a psicóloga também, conversando, por que muitos querem resolver logo por que não querem interagir com outras pessoas, não querem conversar por que se eles estivessem nos grupos nem iriam precisar do remédio. **Esquizofrênico, aqueles que surtam, epilépticos** precisam de medicação, mas também seria bom que todos estivessem inseridos nos grupos.

N10 – **esquizofrênicos, bipolares, depressões graves**.

F11 – pacientes que com todas as terapias alternativas que a gente oferece no posto e fora que não consiga se aceitar, se conscientizar, faz suas AVD's e mesmo assim entram em crise, não conseguem vincular com as pessoas. **Transtorno mental** usa psicofármacos para controlar o quadro durante toda a vida. Pacientes que passam por alguma **situação traumática**, como uma perda, vão precisar tomar a medicação por um período, de acordo com cada pessoa.

ASB12 – **distúrbio grave** que só se controla a base de medicamento, mas vai depender também do diagnóstico por que às vezes dependendo da situação com o tempo o próprio paciente vai deixando de tomar os medicamentos.

D13 – refere que é uma pergunta para médico, diz que não sabe responder. A necessidade do uso da medicação ou não quem tem que dizer é o médico.

M14 – **transtorno esquizofrênico, transtorno psicótico, transtornos maníacos, transtornos demenciais, transtornos afetivos (ansiedade e depressão)**.

F15 – Pacientes com **distúrbios orgânicos no Sistema Nervoso Central**.

F16 – refere que é o médico quem deve saber quais os casos que devem ser tratados com medicação controlada por que ele tem formação para isso, mas acredito que todos os pacientes que tem uma clínica que indique a prescrição da medicação, devem tomar a medicação, mais não será a principal alternativa, mas tem que ser tentado outras alternativas e se observado a ineficácia das outras alternativas, usar a medicação como uma segunda opção, não como ocorre hoje que ela é sempre a primeira opção terapêutica, a mais fácil, a mais prática, mas nem sempre a mais eficaz, nem sempre a melhor para o paciente.

F17 – pacientes que estão em **crise** (casos extremos) e quando a pessoa está estável procurar outras alternativas que não seja só a medicação.

EF18 – tentar enxergar o máximo de possibilidades para o paciente, de tratamento por que a medicação causa dependência. A questão da religiosidade. A medicação é importante, mas ela precisa ser administrada com cuidado. Muitos chegam e a gente vê que o paciente não precisa

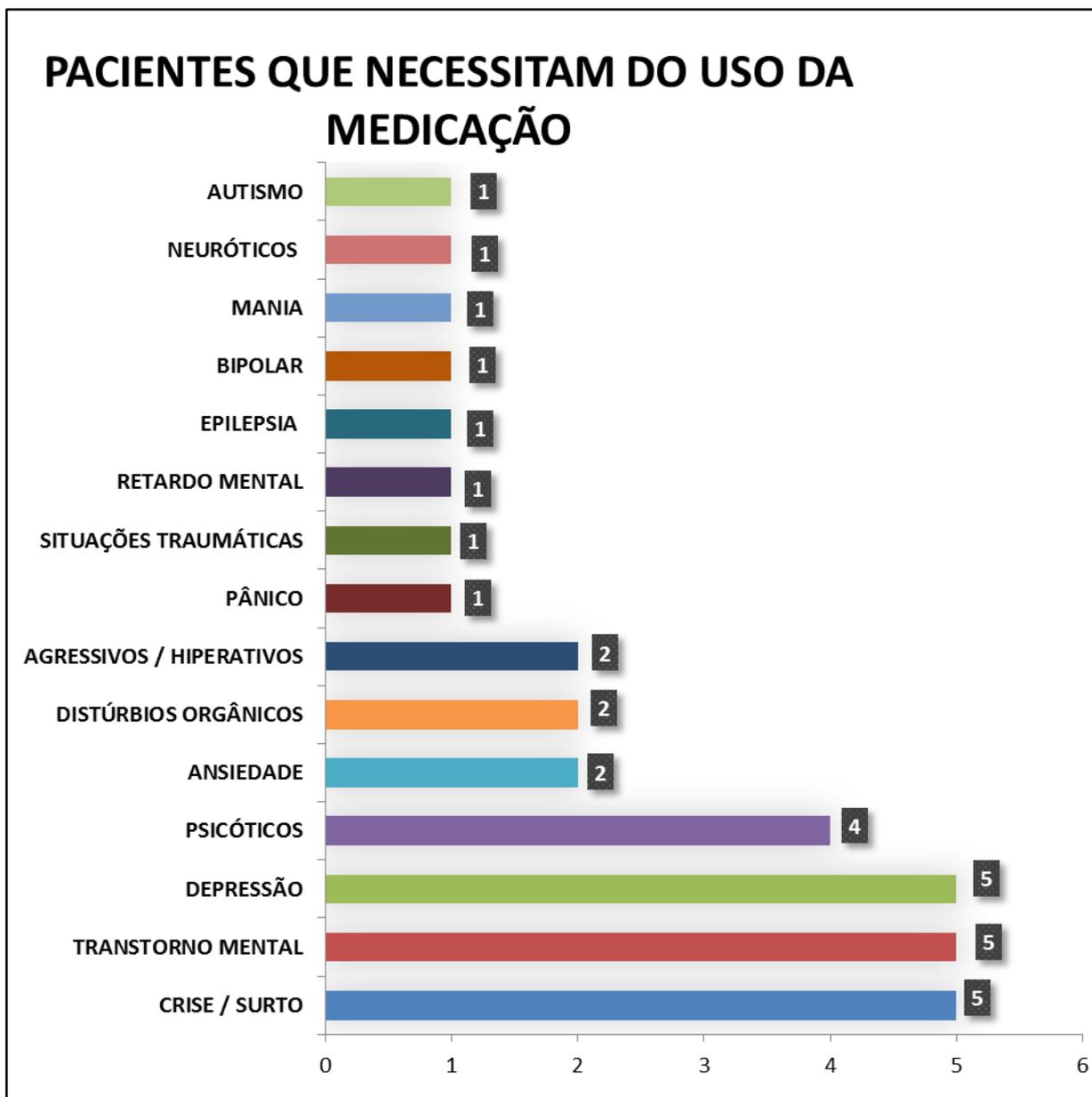
necessariamente da medicação, mas às vezes ele chega e por ser cômodo para ele e para o profissional, ele começa a usar a medicação. Paciente em **crise**, comprometimento grave da sua vida social pode ser pensado junto à equipe o uso da medicação.

TO19 –... pacientes mais graves, como os **psicóticos, neuróticos com sintomas psicóticos**.

Resultados quantitativos profissionais de saúde

O gráfico 22 destaca o compartilhamento das expressões - chaves colhidas nos depoimentos dos 19 profissionais entrevistados nesta pesquisa, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma expressão. As expressões - chaves que respondem as perguntas estão destacadas com a cor vermelha. Elas foram divididas em categorias de respostas para uma melhor compreensão em relação à questão analisada. O número descrito ao lado da categoria representa a quantidade de pessoas que responderam a pergunta de forma semelhante.

Gráfico 22 - Usuários de psicofármacos (profissionais de saúde)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Na maioria das respostas, os entrevistados relataram que os pacientes que precisam de medicação controlada são aqueles que estão em crise ou surtaram ou apresentam um transtorno mental ou até mesmo um distúrbio. Assim, eles não definiram um diagnóstico específico para responder a questão e caracterizar a clientela que, necessariamente faz uso de psicofármacos (AS1, AE4, EF5, AS6, AF9, F11, ASB12, F17 e EF18).

Aqueles que assim o fizeram, apontaram que os pacientes que necessitam, principalmente de medicação controlada são: pacientes depressivos (ASG3, ACS7, E8, N10, M14) e pacientes psicóticos (AF9, N10, M14, TO19).

Um único profissional certificou que pessoas que passam por alguma situação traumática, mesmo temporariamente, necessitam de medicação que exige o controle especial (F11).

Um profissional entrevistado não respondeu claramente a pergunta (AA2) e outros dois afirmaram que não podiam responder a questão por não trabalhar com saúde mental. Dessa forma, alegaram que esta pergunta só poderia ser respondida pela categoria médica (D13 e F26).

Na pesquisa de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), no total de sua amostra, a maioria dos pacientes pesquisados apresentaram algum diagnóstico de transtorno mental não-psicótico, como os transtornos depressivo e os transtornos de ansiedade, assim como os achados desta pesquisa.

Dimenstein *et al.* (2005) apontam que os usuários de psicofármacos serão aqueles que apresentarem diagnóstico de depressão, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, desvio cerebral, epilepsia, deficiência mental, “loucura”, convulsão, estresse, lesão cerebral, alcoolismo e “problema na cabeça”.

Lamb (2008) destaca um aumento progressivo do número de diagnósticos de transtornos depressivos entre a população estudada, ao longo de 6 anos; além de destacar também entre os usuários de psicofármacos, os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Ela afirma que este aumento se deve em grande parte aos “problemas contemporâneos” que todos nós estamos vivenciando na atualidade, gerando mais uma vez a grande medicalização do sofrimento psíquico através da prescrição de psicofármacos.

“A já citada medicalização da saúde está enraizada na população, o que dificulta cada vez mais a possibilidade do enfrentamento dos problemas cotidianos relativos à contemporaneidade. Aumentou-se a necessidade de produtividade do ser humano e, conseqüentemente, houve incremento da sobrecarga psíquica e emocional, sem, contudo, ter-se uma conscientização dos seus limites e a real avaliação das suas prioridades de valor. A auto avaliação das necessidades próprias do indivíduo está trocada pela necessidade do status social e econômico que lhe é imposto. Assim, busca-se no sistema de capitalismo dominante, a manutenção desta produtividade através da compra da saúde, com o uso dos produtos denominados de medicamentos. É deixado de lado o aspecto mais amplo relacionado às etiologias dos transtornos mentais, impedindo assim, em muitos casos, a provisão da verdadeira necessidade terapêutica dos indivíduos”. (SHIRAMA, 2012, p. 60).

Como resultado desta problemática, iremos encontrar ‘surtos’, ‘crises’, episódios depressivos, ansiosos e psicóticos e, cada vez mais pessoas iniciarão o consumo de psicotrópicos, sem que o profissional de saúde se atente para os possíveis causadores do uso da medicação, considerando que, o indivíduo que vai utilizar o psicofármaco sofre, tem problemas diários, tem uma história de vida, precisa ser escutado e acolhido etc, antes mesmo

que ele inicie o consumo de medicamentos, já que muitas vezes, esse sujeito não necessariamente vai precisar consumir alguma medicação.

Como se faz notar, ao analisarmos os discursos, recomendamos que:

✓ é importante que os profissionais de saúde, diante das fragilidades de conhecimentos, proporcionadas pela formação acadêmica, tivessem a oportunidade de receber, paralelamente ao exercício de suas funções, educação permanente¹⁰ na área da saúde mental, para que possam se sentir mais preparados para acolher e acompanhar esta clientela na atenção primária, não responsabilizando somente o médico pelo cuidado, não somente encaminhando os pacientes para outros dispositivos de saúde, mas para que possam se tornar responsáveis pelo acompanhamento do paciente que, possivelmente nem necessitará do uso de psicofármacos.

1ª Questão: Qual (is) a(s) medicação(s) controlada(s) você utiliza? Quem prescreveu? (Pergunta direcionada somente para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Medicamentos utilizados/Classe de medicamentos utilizados

Expressões – chaves das respostas dos sujeitos:

U1 – Eu sei que um é **HALDOL**, que a doutora disse. O outro é um comprimido. Tem que perguntar a ela aí. Ela aí sabe. Como é o nome da medicação que ela tá tomando? Um é HALDOL. **E o outro? Sei não.**

U2 – Da minha irmã é um amarelo (**não sabe**), um branco (**não sabe**), um azul (**não sabe**, mas foi identificado pela pesquisadora). Ah 2 amarelo, 2 branco e 2 azul... Não sei o nome não.

U3 – **Eu não sei não.** É aquele pra mim dormir.

U4 – **FLUOXETINA.**

U5 – A primeira medicação que eu tomei foi DIAZEPAM. Agora **DEPAKENE e CLONAZEPAM.**

U6 – Controlada é aquela... Qual o nome? Esqueci do nome, rapaz... **Diazepam** pra dormir. Tomo as outras, aí. É um bocado que eu tomo. O nome não lembro não. Tá bem aqui assim, em cima. É, outras coisas. Aí eu tomava suco de Peroba, essas coisas pra acalmar. Porque eu me aperreava, ficava aperreado. Não, eu tomo assim, que é o... Como é o nome, rapaz? Que é feito de Maracujá... É calmante. O nome é calman.

¹⁰Educação Permanente corresponde ao processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise (CECCIM, 2005).

U7 – ... **CARBOLITIUM E HALDOL** (resposta retirada de outra pergunta).

U8 – **DIAZEPAM, AMYTRIL, CARBAMAZEPINA e HALDOL.**

U9 – Não sei dizer não. Ela tomava injeção, duas vezes por mês (refere-se ao **Haldol decanoato**).

U10 – Só sei o **CLONAZEPAM.**

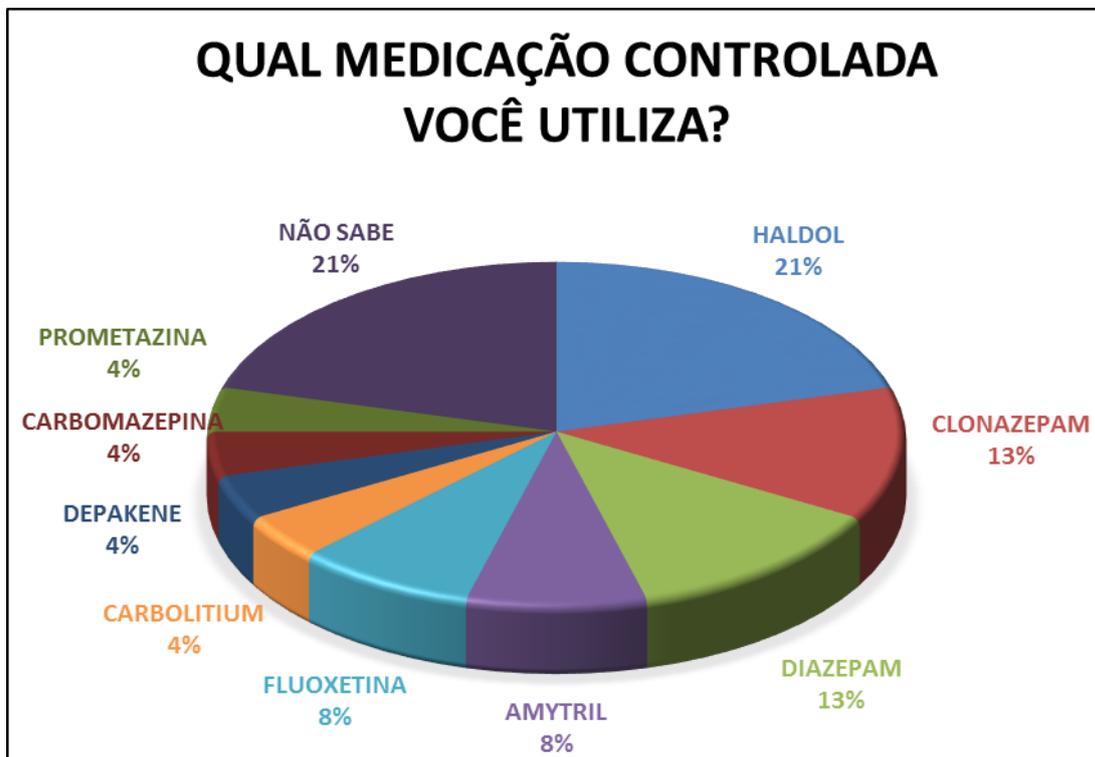
U11 – Atualmente? **É HALDOL, PROMETAZINA e DIAZEPAM.**

U12 – **FLUOXETINA.**

U13 – Eu uso **AMYTRIL e CLONAZEPAM.**

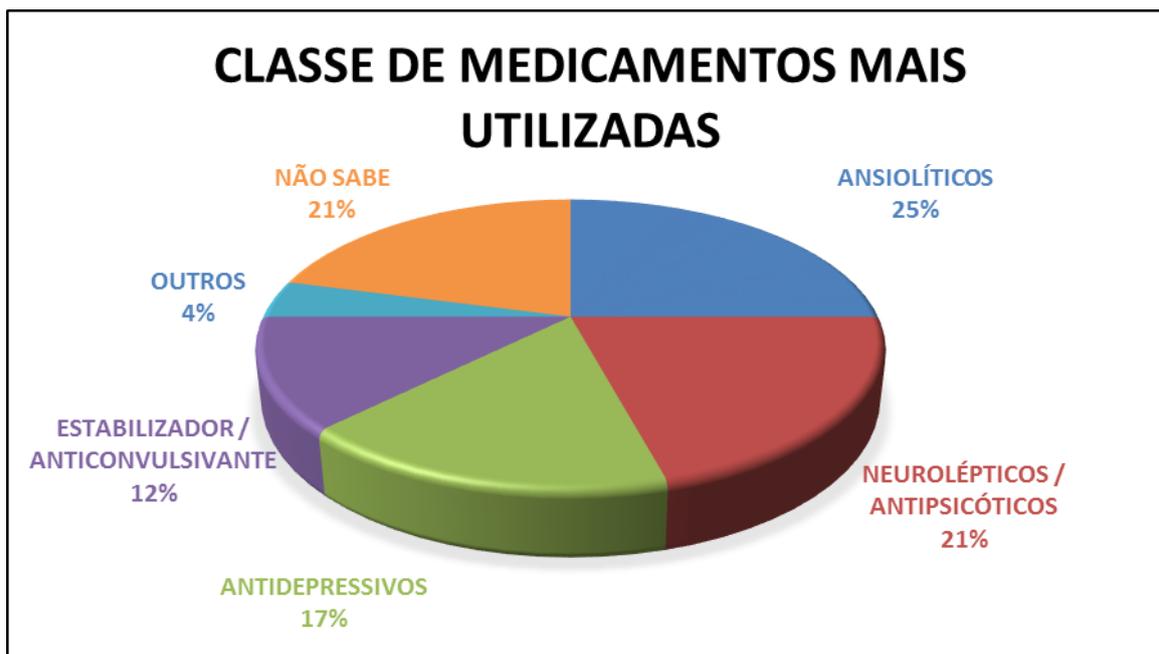
Resultados quantitativos usuários/familiars, conforme gráficos 23 e 24.

Gráfico 23 – Medicamentos utilizados (usuários/familiars)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Gráfico 24 – Classe de medicamentos utilizados (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016).

21% dos Usuários/familiares de medicação que exige o controle especial mostraram desconhecimento em relação ao nome da medicação que utilizam (U1, U2, U3, U6, U9, U10): “Como é o nome da medicação que ela tá tomando? Um é HALDOL. E o outro? *Sei não*”. “... *Não sei o nome não*”. “*Eu não sei não. É aquele pra mim dormir*”. Este dado é bastante relevante e pode influenciar significativamente nos resultados desta pesquisa.

O Haldol/Haldol decanoato é a medicação mais utilizada entre os usuários que participaram da pesquisa (21%), seguido do clonazepam e diazepam, cada um perfazendo um total de 13% e a fluoxetina e o amitriptilina, cada uma com 8%. A classe de medicamentos mais consumida entre os entrevistados foi a dos ansiolíticos benzodiazepínicos (25%), seguida pelos neurolépticos/antipsicóticos (21%) e antidepressivos (17%).

A categoria “Outros”, com 4%, referem-se aos medicamentos anticolinérgicos e antiparkinsonianos que são usados na clínica psiquiátrica para combater os efeitos colaterais extrapiramidais dos antipsicóticos.

Diferente do que foi coletado nas entrevistas, na análise dos prontuários, há uma maior prevalência de consumo de antidepressivos, como a amitriptilina e a fluoxetina, sendo considerados os medicamentos mais prescritos dentre os pacientes atendidos pelo CSF. Mas foi identificado que também há um consumo elevado de ansiolíticos, principalmente de clonazepam e um consumo elevado de haldol e prometazina. Contrapondo a coleta de dados

feita a partir das entrevistas, na análise dos prontuários, identificamos um consumo elevado de estabilizadores do humor/anticonvulsivantes.

Na verdade, todos os pacientes/familiares entrevistados também fizeram parte da coleta de dados ocorrida, a partir da análise dos prontuários médicos. Assim, estes usuários também estão fazendo parte deste resultado quantitativo e, por este motivo, não há uma contradição entre os dois resultados (usuários avaliados, através dos prontuários médicos e usuários entrevistados). O que pode ter acontecido é que, no momento da coleta de dados a partir das entrevistas, terem sido escolhidos mais pacientes que usam determinada medicação, em detrimento de outra. Neste caso, podemos ter escolhido mais pacientes que usam ansiolíticos, do que antidepressivos.

Esses 19 medicamentos, com exceção dos 5 pacientes que não souberam o nome do medicamento que consomem, são utilizados por 8 pessoas, já que excluimos as 5 pessoas que não souberam o nome da medicação, o que nos faz concluir que possivelmente todas elas façam uso de mais de uma substância.

De acordo com a pesquisa de Rocha e Werlang (2013), há um número elevado de pacientes que consomem mais de um psicofármaco, o que os levaram a supor que provavelmente esses pacientes têm diagnóstico de outras enfermidades e, por isso, precisam utilizar outras classes de medicamentos.

Almeida, Coutinho e Pepe (1994); Andrade, Andrade e Santos (2004); Guerra *et al* (2013); Rodrigues, Facchini e Lima (2006) e Sousa *et al.* (2016) destacam os ansiolíticos como a classe de medicamentos mais consumida, concordando com o que foi analisado nas entrevistas realizadas da pesquisa em questão. Dentre os ansiolíticos benzodiazepínicos, Almeida, Coutinho e Pepe (1994) destacaram que o mais consumido, entre os pesquisados, foi o Diazepam. Esta pesquisa acrescentou o Clonazepam como outro medicamento bastante prescrito, além do já citado.

Rocha e Werlang (2013) identificaram que, possivelmente nas pesquisas, a taxa de utilização de ansiolíticos possa estar subestimada, pois muitos usuários podem utilizar este medicamento sem indicação médica, por automedicação ou prescrito por médicos fora da unidade de saúde.

De acordo com a pesquisa de Passos (2008) e Rocha e Werlang (2013), o Diazepam também foi um dos psicotrópicos mais consumidos. O Haldol também foi um medicamento bastante consumido, dentre os antipsicóticos (ROCHA; WERLANG, 2013).

Beltrame (2010) e Sousa *et al.* (2016) identificaram que o medicamento mais consumido, dentre os ansiolíticos benzodiazepínicos, foi o Clonazepam. Dimenstein *et al.*

(2005) identificaram na sua pesquisa que, a maioria dos pacientes utilizam, além do Diazepam, o Haldol, como o que foi encontrado nesta pesquisa.

“O Clonazepam, apesar de ser classificado como antiépilético [...], é bastante utilizado na prática clínica como um ansiolítico, por ser um benzodiazepínico [...]” (ROCHA; WERLANG, 2013, p. 3297).

Nesta pesquisa, o Clonazepam está fazendo parte da classe dos medicamentos ansiolíticos, para fins didáticos.

Na década de 70, o BZP mais usado era o Diazepam, que nessa época liderou o ranking de medicamentos mais vendidos nos EUA. Atualmente, o BZP mais prescrito é o Clonazepam devido ao seu excelente efeito ansiolítico, hipnótico, relaxante muscular e anticonvulsivante, em contrapartida, este fármaco tem um grande potencial de causar dependência e tolerância. (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2005, *apud* SOUSA *et al.*, 2016, p. 3).

Almeida, Coutinho e Pepe (1994) explicam por que normalmente os ansiolíticos são os medicamentos mais prescritos, principalmente pelos clínicos gerais: o ansiolítico é considerado um medicamento relativamente seguro e que oferece menos efeitos colaterais, menos risco de intoxicação e interações medicamentosas do que os demais psicofármacos, inclusive o antidepressivo.

A fluoxetina e a amitriptilina são antidepressivos que foram também bastante citados pelos usuários de psicofármacos. Segundo Andrade, Andrade e Santos (2004, p. 472) “a fluoxetina é atualmente o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo”, seguido pela Amitriptilina (ANDRADE; ANDRADE e SANTOS, 2004; ROCHA e WERLANG, 2013).

“A amitriptilina não é utilizada clinicamente somente para depressão, mas também para dores crônicas e musculoesqueléticas, o que pode estar relacionado com esta alta taxa de prescrição” (ROCHA e WERLANG, 2013, p. 3297).

O número considerado de pacientes e familiares que não sabem o nome da medicação que utilizam foi bastante elevado, o que pode ter prejudicado significativamente na análise dos resultados.

Quem prescreveu?

Categoria de resposta: Responsável pela prescrição psicofarmacológica

Expressões – chaves das respostas dos sujeitos:

U1 – A primeira vez foi o **médico do CAPS (psiquiatra)**. E a segunda vez foi o Dr. M1(**psiquiatra**), que eu internei ela no Hospital.

U2 – **Não sei não**. Ela não morava mais eu (resposta da cuidadora).

U3 – A doutora (refere-se a **médica da saúde da família**).

U4 - Não lembro o nome da doutora (refere que foi a **médica do posto**, a Dra. M2. Não soube pronunciar seu nome. Diz também que não foi atendido pelo médico psiquiatra).

U5 – Dr. M3 (**psiquiatra**)

U6 – **Foi a doutora. Do Posto (refere-se à médica da saúde da família)**. Eu tava sem dormir. Passava a noite todinha acordado, sem dormir um pingo de madrugada. Aí ela passou e eu durmo bem agora.

U7 – Foi o Dr. M4 lá do CAPS (confirma que o Dr. M4 é **psiquiatra**).

U8 – O primeiro foi no Dr. M5 (**refere-se ao DIAZEPAN que foi passado no hospital pelo psiquiatra responsável por seu atendimento**). Aí depois, o estado que eu tava foi tão agravado, que fui a outros especialistas... O restante **não lembro**.

U9 – Foi o médico dela aí (refere-se ao **médico do posto de saúde**).

U10 – Foi o Dr. M3 (**psiquiatra**)

U11 – Foi o Dr. M3 (**psiquiatra**)

U12 – Foi a doutora (refere-se a **médica da saúde da família**).

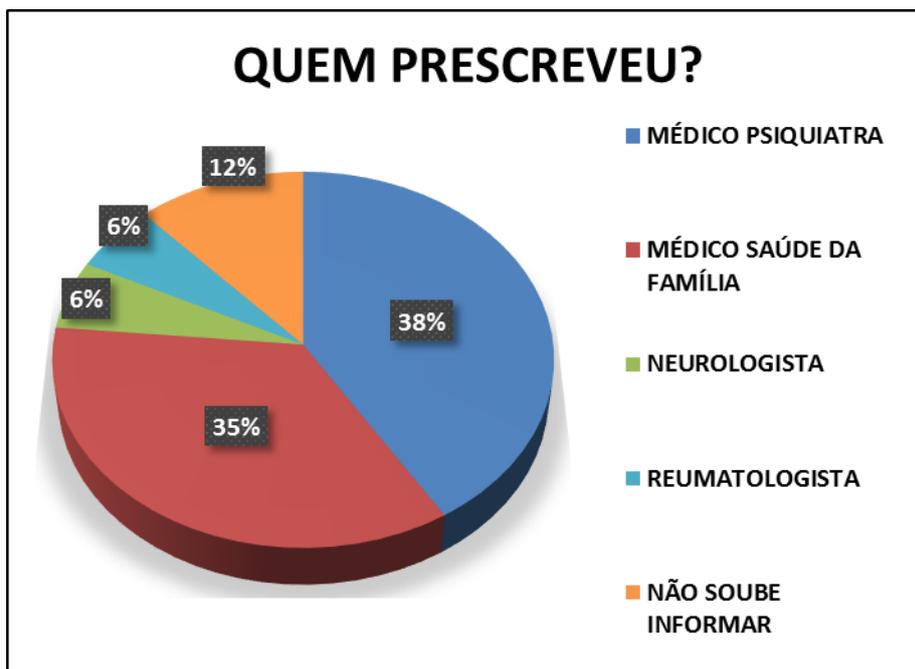
U13 – O AMYTRIL, quem prescreveu foi o Dr. M6, **neurologista** lá da policlínica. Eu tive ano passado 20 dias de dor de cabeça. Não tinha nada que passasse. Aí ia pro posto, tomava injeção na veia e a cabeça não passava. Aí me encaminharam pra ele, que passou AMYTRIL pra eu tomar. Eu tenho problema de fibromialgia, aí tô fazendo tratamento com Dr. M7 (**a entrevistadora não perguntou a especialidade, provavelmente é médico reumatologista – esse dado não foi colocado nos resultados por que esse médico apenas alterou a dosagem, o neurologista foi quem passou**), que aumentou AMYTRIL. Dr. M6 tinha passado só um à noite, mas as dores do meu corpo não passavam, achava que eu tinha reumatismo, aí fiz todos os exames e não deu nada. Fui ao Dr. M6, que passou dois. Tomo 2 AMYTRIL à noite, pra fibromialgia e tomo CLONAZEPAM, que quem passou pra mim foi o Dr. M8 (**médico saúde da família**), porque não conseguia dormir.

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 25.

Para esta pesquisa foi preservado os nomes dos médicos que prescreveram os psicofármacos. Assim, os mesmos foram identificados pela letra M de médico, seguida por um número em uma sequência de acordo com a ordem em que foram aparecendo nos relatos.

Foi identificada, em alguns relatos, a prescrição de medicação por mais de um médico, já que houve mais de uma consulta ao mesmo paciente (U1 e U13). Dentre os dois médicos que atenderam determinado paciente, um foi identificado e outro não, pois o paciente não lembrava (U8).

Gráfico 25 – Responsável pela prescrição psicofarmacológica (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Dos pacientes entrevistados, 38% receberam medicação controlada prescrita por médico psiquiatra. Dessa forma, 47% dos casos da amostra, receberam a prescrição prévia de psicofármacos de outras especialidades médicas, dentre as quais 35% de médicos da Estratégia Saúde da Família, 6% de neurologistas e 6% de reumatologistas. 12% dos participantes da pesquisa não souberam informar a especialidade do médico prescriptor dos psicofármacos. Neste caso, há um número elevado de psicofármacos que foram prescritos por médicos não psiquiatras (47%). Este resultado se assemelha ao que foi analisado nos prontuários médicos.

Segundo Almeida, Coutinho e Pepe (1994), Andrade, Andrade e Santos (2004), Rodrigues, Facchini e Lima (2006) e Shirama (2012), o clínico geral foi o principal prescriptor da medicação controlada. Ferrazza *et al.* (2010) confirmam também que o psiquiatra não é o

principal responsável pelas prescrições de psicofármacos, apesar de reconhecermos que medicações psiquiátricas podem ser usadas por outras modalidades clínicas, a prática generalista de prescrição de psicofármacos tem sido associada, pela literatura especializada, ao incremento da medicalização da população em detrimento de atendimentos mais atentos às condições particulares da pessoa em sofrimento psíquico.

Diferentemente, Dimenstein *et al.* (2005) admitiram que os psicofármacos, em sua maioria, são receitados por psiquiatras. Nesse sentido:

“Coloca sua preocupação para com a formação oferecida pela maioria dos cursos médicos, onde os conhecimentos de psicofarmacologia ministrados no período da graduação não são suficientes para a tarefa de diagnosticar e tratar estes distúrbios”. GENTIL-FILHO (1992 *apud* ALMEIDA, COUTINHO e PEPE, 1994, p.14)

Segundo Andrade, Andrade e Santos (2004), o paciente consulta um clínico geral apresentando suas queixas, através de um sintoma orgânico, pois acredita que o médico tem a expectativa de ouvir uma queixa somática e tratá-la. O clínico não preparado vai ter mais dificuldades para diagnosticar um transtorno mental, quando ele está mascarado pelas queixas somáticas.

Nordon e Hübner (2009) identificam que os principais motivos que fazem os clínicos prescreverem os psicofármacos são: o tempo escasso da consulta, que impede que outras técnicas sejam utilizadas; além disso, a necessidade de o médico ser aceito pelo paciente faz com que o mesmo prescreva os psicofármacos, como forma de satisfazer o paciente.

Além disso, muitos médicos não têm acesso a informações completas a respeito da segurança dos fármacos. Alguns sequer conhecem os possíveis efeitos nocivos do que prescreve, ou não sabem identificar, nem prevenir corretamente combinações perigosas entre fármacos (AQUINO, 2008).

O médico é peça fundamental deste sistema: é inegável que cada vez mais este papel deve ser exercido com responsabilidade e consciência, este papel é fundamental no aprofundamento do conhecimento dos medicamentos disponíveis, no desenvolvimento de estratégias para evitar seus eventos indesejados e ainda no desenvolvimento de novos medicamentos, contribuindo assim para que os pacientes recebam o melhor tratamento possível. (MAROTTI, 2010, p. 5).

Normalmente, o clínico geral atende primariamente pacientes que trazem problemas de origem psicológica ou psicossocial na estratégia saúde da família, antes mesmo do especialista. Muitas vezes, o próprio paciente sugere seu tratamento medicamentoso, por vários motivos como a rapidez da melhora da sintomatologia ou por acreditar que dessa forma

poderá resolver seus problemas pessoais e enfrentar melhor os problemas causados pela vida atual. Se a prescrição de psicofármacos é iniciada neste momento, e erroneamente, pode conduzir a um círculo vicioso que dura, muitas vezes, vários anos. Sendo assim, é importante que o médico clínico conheça a respeito dos psicofármacos para fazer de forma correta a sua prescrição (NORDON; HÜBNER, 2009).

Rocha e Werlang (2013) acrescentam que os transtornos mentais são tratados de forma medicalizada por que, muitas vezes, o médico não revisa as causas de diagnóstico e os medicamentos que foram prescritos inicialmente por ele mesmo ou por outros especialistas; além disso, existe a pressão da indústria farmacêutica para medicar e pouca informação sobre o manejo de psicofármacos; fatores sociais ou estruturais do sistema de saúde, como o aumento da prevalência de doenças susceptíveis de serem tratadas com medicamentos e a inexistência de terapias psicológicas alternativas e/ou complementares ao uso de psicofármacos.

Um dos papéis da Estratégia Saúde da Família é superar o modelo médico-centrado (focado na doença) e desenvolver práticas biopsicossociais, porém, muitas vezes, médicos de família, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde comungam das mesmas bases epistemológicas da biomedicina, de um cenário social comum de interesses mercadológicos e de configurações institucionais e de gestão que podem favorecer o processo de medicalização (CARDOSO, 2015).

O médico é o principal prescritor das medicações, mas seu papel não deve se restringir somente a prescrição do tratamento medicamentoso. Ele precisa estar atento a avaliação clínica e exame físico do paciente. Além disso, precisa proporcionar um espaço de escuta da queixa trazida pelo paciente, seja ela clínica ou não. O paciente precisa se sentir acolhido e ser corresponsável pelo seu tratamento e na escolha da melhor terapêutica, seja ela medicamentosa ou não.

Muitas vezes, a falta de tempo não permite que os profissionais abordem as causas dos problemas; além disso, muitos têm dificuldade em intervir em problemas de causalidade psicossocial e em lidar com a complexidade da doença. É desafiador dialogar com as pessoas e seus adoecimentos, principalmente, em contextos de grande vulnerabilidade socioeconômica e cultural, pois tanto os médicos, quanto os demais profissionais da saúde, não foram necessariamente ensinados e preparados, durante sua formação profissional (CARDOSO, 2015).

Orlandi e Noto (2005) consideram que a faculdade de medicina é falha no que diz respeito à transmissão de informações em relação à prática de prescrição de psicofármacos,

principalmente de benzodiazepínicos, já que não preparam o aluno para a prática da prescrição medicamentosa. Além disso, eles confirmam que:

“essa desinformação resultaria tanto em subprescrição, pelo temor em relação aos efeitos da medicação quanto em superprescrição pelo desconhecimento dos riscos que acompanham o uso do remédio” (ORLANDI e NOTO, 2005, p. 900).

Desta forma, é de responsabilidade dos municípios proporcionarem educação permanente para os profissionais da estratégia saúde da família, em especial para os médicos, para assegurar a qualidade da assistência prestada, a eficácia dos casos atendidos em saúde mental, evitando assim a prática da medicalização indiscriminada (PINTO, 2014).

3ª Questão: Quanto tempo você está utilizando esta(s) medicação(s)? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Tempo de uso da medicação

Expressões – chave das respostas dos sujeitos:

U1 – Antes de internar, teve o atendimento, mas ela não usou a medicação, ela derramou. (Refere que ela começou só depois que veio ao hospital). Ela disse que nós queria matar ela. Eu internei em janeiro, acho que faz **mais ou menos um mês**. Foi agora pouco. Não tá longe.

U2 – **Não sei não**. Não sei informar não. Deve ter lá em casa quantos anos tem.

U3 – **Eu tomei só 10 dias**. Depois, tive que buscar mais, tenho que voltar pra ela de novo, só que não fui ainda não (refere que no momento não está tomando a medicação por que não voltou no posto para pegá-la).

U4 – FLUOXETINA? Acho que tá com mais de um mês já. Aquilo tá com 2 meses. Esse, vou buscar agora. **Tá com 2 meses que eu tomei aqueles**. (paciente não mostra clareza ao responder o tempo de uso de sua medicação).

U5 – Tomo remédio desde os 17 anos. **Comecei aos 16 anos**, mas sempre parava.

U6 – Tem bem **quase um ano**.

U7 – Tem 2 anos. O CARBOLITIUM, perguntei ao Dr. A por que ele tomava esse remédio. Ele já teve convulsão há muito tempo, da idade de 7 até 15 anos de idade. Aí ele disse que nessas pessoas que dá [convulsão] tem que tomar essa medicação (refere que o paciente toma o CARBOLITIUM desde criança).

U8 – Eu tinha parado aquele tempo. No total, se não tivesse parado, ia fazer **uns 8 anos**.

U9 – Tá bem com 6 meses ou um ano. Esse último que ela tava tomando, aumentou a dose. Mas o outro já tava com 2 anos. **Acho que vai fazer 2 anos. (Refere que em 6 meses ela aumentou a dose, mas tinha 2 anos que tomava a medicação)**

U10 – **Vai fazer 2 anos.**

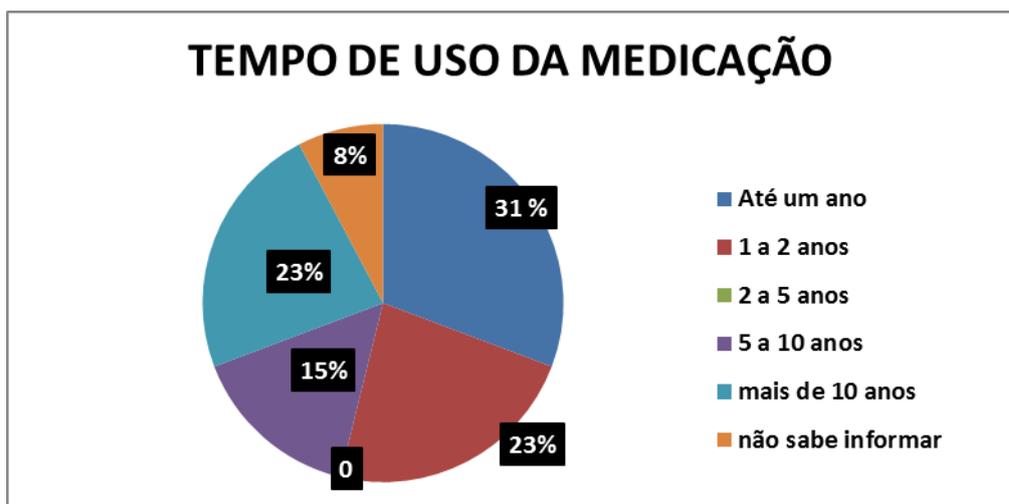
U11 – **Há 16 anos**, desde o ano 2000.

U12 – Já tá com um ano... É, mais de ano, um pouquinho. Deixa eu ver... Em julho fez um ano. Agosto, setembro... **1 ano e 7 meses.**

U13 – Foi em 2010, 2009, mais ou menos **(A pesquisadora afirma que vai fazer mais ou menos 7 anos).**

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 26.

Gráfico 26 – Tempo de uso da medicação (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Nesta pesquisa há tanto pacientes no início do tratamento quanto pacientes em uso prolongado da medicação, já que o período de utilização dos medicamentos varia de menos de um ano a mais de 10 anos.

31% dos pacientes fazem uso de medicação controlada há menos de um ano. São pacientes ainda no início do tratamento. 23% estão fazendo uso entre 1 a 2 anos. Além disso, há pacientes que já fazem uso prolongado da medicação entre 5 a 10 anos (15%) e há mais de 10 anos (23%), ou seja, 69% dos pacientes já fazem uso de medicação controlada por mais de 1 ano. Ballone e Caetano (2002 *apud* BELTRAME, 2010), destacam que:

“em determinadas doenças ou situações, recomenda-se por um período breve, ou seja, por poucas semanas, outros requerem um período mais prolongado de meses ou

anos, e em algumas patologias o tratamento com psicofármaco é para o resto da vida”. (p. 42)

O fato de os pacientes utilizarem medicação controlada por mais de um ano, demonstra que a maioria dos psicofármacos causa dependência e, esse motivo faz com que os usuários os utilizem de maneira crônica (SOUSA *et al.*, 2016).

É importante destacar que o uso de psicofármacos, durante um período prolongado, pode gerar problemas adversos, contribuindo para o desenvolvimento da dependência, não garantindo a resolução dos conflitos emocionais e sociais enfrentados pelas pessoas (GUERRA *et al.*, 2013).

Shirama (2012) cita estratégias de intervenção para o tratamento e alívio dos sintomas de ansiedade e da insônia, como a psicoterapia e as técnicas de relaxamento, além disso, indica medicamentos não pertencentes à classe dos ansiolíticos e a combinação de psicoterapia e medicação.

Apesar disso, o uso de psicofármacos pode se constituir como um importante aliado no tratamento de determinados quadros clínicos e alguns pacientes podem utilizá-lo de forma incorreta ou indiscriminada, já que podemos associar a utilização de psicofármacos a efeitos desejáveis como: o alívio da ansiedade, da euforia, da tristeza e a melhora da insônia (PINTO, 2014).

4ª Questão: Por que iniciou a tomar a (s) medicação (s)? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Motivos que desencadearam o uso da medicação

Expressões – chave das respostas dos sujeitos:

U1 – Ela começou a medicação porque eu internei e nós demos em cima dela, eu e Dr. M. Ela tomou muita medicação mais na veia. Ela fazia assim, botava o comprimido debaixo da língua e rebojava pra fora. Não queria, porque nós queria matar ela. *Até tu querendo me matar, doutor?* E o Dr. Dizendo: *não dá certo, ela vai ter que tomar remédio na veia.* O comprimido mesmo ela não engoliu, de jeito nenhum. E quando levei pro CAPS, ela tava doida, não era só surtando não, se rebojava em riba da gente, dizendo que a gente queria matar ela, empurrava a gente. No começo da doença dela, ela começou chorando, era aquela choradeira, depois começou a **surtar**, aí fiquei com medo dela morrer. Daí fui procurar uma coisa mais séria pra ela... Tem, e muita. Não é pouca não (refere que a irmã tem **depressão**).

U2 – Eu acho que serve pra doença dela. Esse problema aí, que ela **fica estressada**, sei lá qual é o nome. Ela não era assim não, ela era boazinha. Ela já esteve no Rio, veio ficar assim depois que teve uma **bebezinha toda arrancada a ferro** de dentro dela, alargando o couro. Aí parece que ela **quebrou o resguardo** e ficou desse jeito. O doutor bateu um eletro da cabeça dela e

disse que **tinha uma baba na cabeça dela**. Não lembro de ela ter essas coisas não. Era boazinha. Um gato mordeu ela.

U3 – Não sei, acho que **é pra cabeça**. Para me **acalmar** mais. Pra **dormir** também e para **depressão**.

U4 – Era pra **emagrecer**. Tomava pra ver se reagia alguma coisa do emagrecimento. Mas eu tô melhor, sinto mais nada não.

U5 – Foi assim, eu tive uma criança e a minha mãe pegou meu filho. Aí eu **surtei**. A 2ª vez foi quando tive meu segundo bebê e minha mãe pegou de novo. Mesmo motivo. Então, eu fiquei, assim, sou uma espécie de pessoa que, se quiser me dar uma notícia, tem que ser devagar. Se você me der uma notícia assim: *aconteceu isso*, eu caio pra trás. É como dar uma porrada na minha cabeça. Outra coisa, eu não tive uma vida boa. Eu sinto que tive muito autoflagelamento. O que é autoflagelamento pra mim? Uma vida de muito sofrimento. Eu nunca tive conforto em nada, apoio familiar eu nunca tive. Eu já fui estuprada, tudo isso acaba com o emocional da pessoa. Entendeu? (**relata problemas familiares e problemas pessoais**).

U6 – Por causa da hipertensão. Eu não ia a médico não, aí depois do **AVC**, fui ao médico e descobri que tinha diabetes, colesterol, pressão alta...Porque eu me aperreava, eu **ficava muito aperreado. Para dormir também**.

U7 – O CARBOLITIUM, perguntei ao Dr. M por que ele tomava esse remédio. Ele já teve **convulsão** há muito tempo, da idade de 7 até 15 anos de idade. Aí ele disse que nessas pessoas que dá [convulsão] tem que tomar essa medicação. E o HALDOL é porque ele é muito **agitado**. Ele tomava só um, daí de um ele passou pra 2. Fez um ano agora em dezembro, ele quase me mata. Jogou uma cadeira. Ele tomava só um comprimido, aí levei ao Dr. M, lá deram uma medicação, ele passou a tarde lá. Ele passou a medicação e aumentou a dose, passou a tomar 3 comprimidos à noite. Aí pronto, agora ele é calmo, só vive dormindo. Eu disse: *mas doutor, se ele senta numa cadeira, é dormindo*. Ele disse: *pode deixar*.

U8 – Devido a uma dor de cabeça que eu senti, daí veio o início de uma **convulsão**, mas não deu convulsão, só deu início. Em outra pergunta refere que estava **vendo vulto, escutando vozes, estava tentando se matar**.

U9 – Ela é assim, saía, o que via na rua, comprava. Era. Só que, assim, ela comprava, mas sabia o que tava fazendo. No dia de pagar, ela pagava. Foi na época em que ela saiu da Grendene e papocou o dinheiro todinho comprando coisa que nem precisava. Vi que não era certo, nunca tinha ninguém da nossa família daquele jeito. Achou que era doença. (**impulsividade**).

U10 – Porque eu tava doente, **nervoso, ouvindo voz**. Ainda hoje ouço vozes. Quando vou dormir, ouço vozes. Quanto tô mais nervoso, escuto.

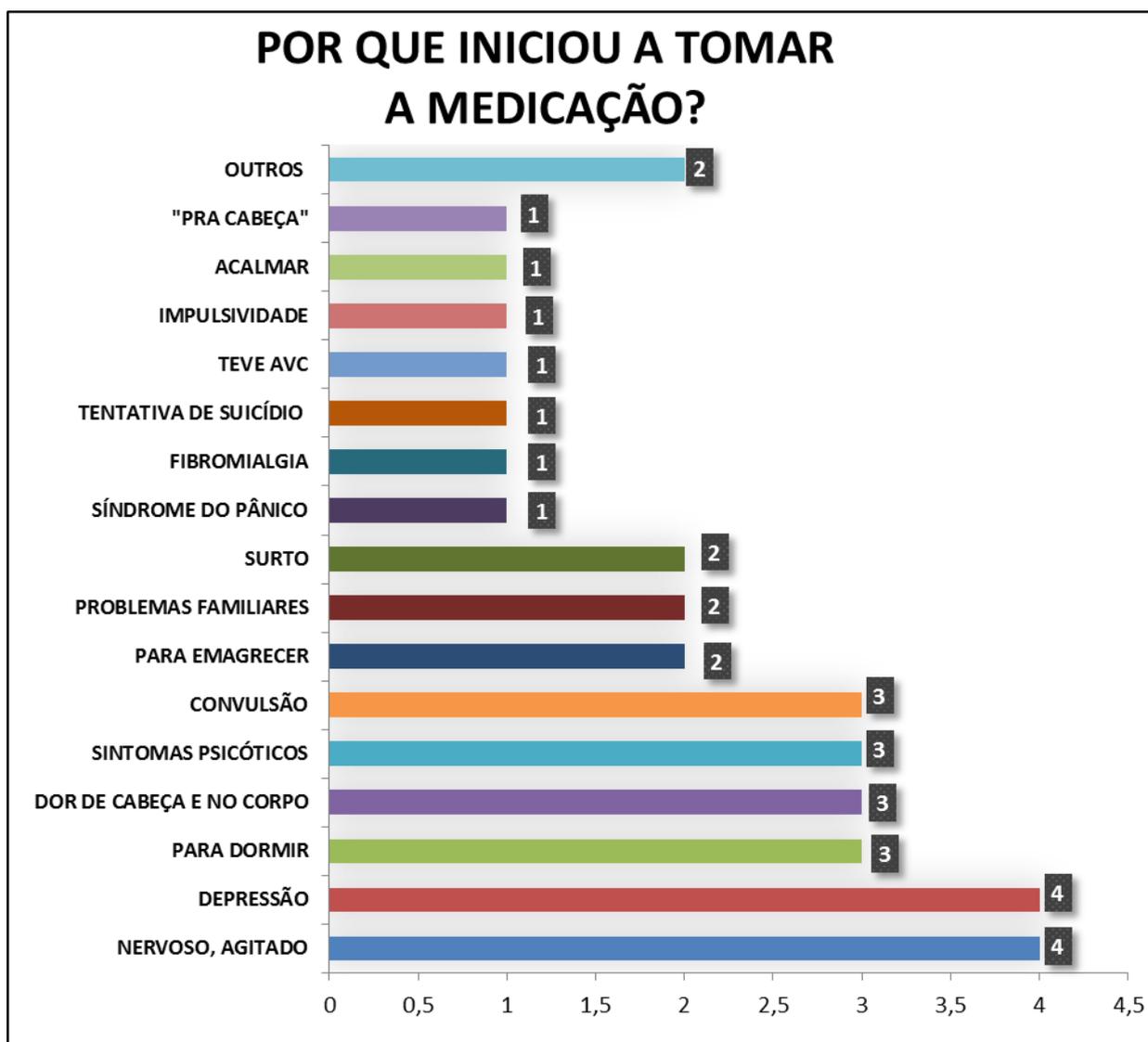
U11 – Por causa do recesso. Eu fiquei com **depressão**, por ter saído do trabalho.

U12 – Porque foi logo assim que a **minha mãe faleceu, aí fiquei muito depressiva, triste**. Você vê que ainda continua, mesmo com a medicação. Assim, me ajuda a ficar mais tranquila. Evita eu comer demais. Eu ficava **comendo demais**.

U13 – **dor de cabeça, dores no corpo, fibromialgia, dificuldade para dormir... É**. Eu não conseguia dormir e na época também tive síndrome do pânico.

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 27

Gráfico 27 – Motivos que desencadearam o uso da medicação (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Os principais motivos identificados pelos pacientes, para iniciar o tratamento medicamentoso foram: estresse e nervosismo (11%) e a depressão (11%), além de insônia, dores de cabeça e dores no corpo, sintomas psicóticos e convulsão (9%), cada um.

Na análise realizada através dos prontuários médicos, os principais motivos para indicação farmacológica foram também os sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e a insônia.

Passos (2008) identifica como principais motivos que geraram o uso dos psicofármacos, confirmando o que foi coletado nesta pesquisa: o nervosismo, a insônia e a depressão.

Sousa *et al.* (2016) aponta que a insônia é um dos principais sintomas apresentados pelos usuários de psicofármacos, seguidos pela epilepsia e a depressão.

Dimenstein *et al.* (2005) encontraram também casos de depressão, esquizofrenia, convulsão, estresse, “problema na cabeça”, confirmando o que foi encontrado nesta pesquisa.

Beltrame (2010) confirma os achados da pesquisa, apresentando como principais motivos/motivações que levaram o paciente iniciar o uso da medicação foram a depressão, a ansiedade e a insônia.

Ferrazza, Rocha, Luzio (2013) identificaram também que as principais queixas iniciais que determinaram o uso de medicação controlada foram: “nervosismo”, “esquecimento”, “desânimo” e, frequentemente, “tristeza”. Para estes autores, essas queixas são relativamente comuns ao cotidiano da existência humana.

5ª Questão: Você tem algum conhecimento a respeito desta medicação(s) controlada? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Conhecimentos sobre a medicação utilizada

Ideias centrais das respostas dos sujeitos:

U1 – **Não sei**, só sei que ela tá com depressão. Foi constado lá no CAPS e no Dr. X. Ela fez todos os exames e deu. Doutor disse: *não deixe ela só em hipótese alguma, porque sua irmã está com uma alta depressão.*

U2 – **Não sei o nome** não. **Eu acho** que serve pra doença dela (não mostra conhecimento em relação ao medicamento).

U3 – **Não**. Quando eu ganhei, eu li (refere-se a bula do remédio que ela leu, mas mesmo assim não conhece a medicação). Tinha dizendo naquele negócio da caixa que era pra controlar as coisas da cabeça, que a gente pensava.

U4 – **Não**, só pra emagrecer. Outras coisas, não (no seu discurso, demonstra não conhecer a medicação que usa, já que ela não é utilizada para o emagrecimento).

U5 – ... acredito que o DEPAKENE é pra os nervos? Pra controlar os nervos. E o outro, CLONAZEPAM, é pra dormir. (afirma que **conhece** as medicações que usa).

U6 – refere que a medicação é para Acalmar e dormir. Por exemplo, eu ia daqui pra uma rua, na topic. Aí se fechavam a janela ou a porta, eu ficava morrendo dentro, sufocado. Eu pedia

pra abrir, fechavam pra não entrar sol. Eu ficava muito aperreado. (afirma que **conhece** a medicação).

U7 – Eu não sei o significado dele, é só pra isso. Outro dia eu perguntei. (refere-se ao carbolitium e diz que ele serve para convulsão). Pra ficar calmo né? Ele é muito agitado, mas com HALDOL ele dorme. Agora, ele já tá acostumando, onde ele sentava era dormindo, mas melhorou muito. O médico disse pra deixar. Melhor do que ver ele agitado (refere-se ao Haldol). (Entrevistada mostra que **conhece** a medicação).

U8 – Assim, o AMYTRIL é pra nervo. A CARBAMEZIPINA é pra dor de cabeça. E DIAZEPAM é pra mim dormir, que eu não tava dormindo. HALDOL devido a esses vultos. (entrevistada também **mostra conhecimento** em relação às medicações que utiliza).

U9 – É pra ela dormir, ficar quieta. Calma, em casa (refere que a filha melhorou após o uso da medicação e diz o que melhorou, demonstrando **conhecimento** em relação a medicação).

U10 – esta questão não foi respondida pelo entrevistado, mas nas outras respostas ele **não demonstra conhecer** as medicações que utiliza. Só conhece o clonazepam. “Só sei clonazepam. São 3 comprimidos que eu tomo”.

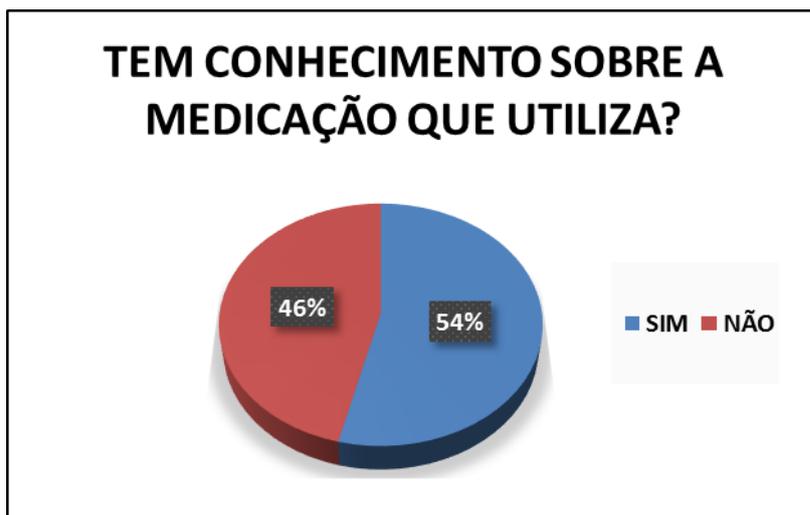
U11 – Alergia, pra... Que mais? É pra quem fuma cigarro. Pra quem bebe... É pra memória. Eu tenho dente podre, doutora. Agora tenho cárie. A partir do diálogo, entrevistado mostra que **não conhece** as medicações que utiliza.

U12 – Conheço muito pouco, sei que a medicação ajuda a gente a não sentir muita fome e também tranquiliza. (Entrevistada mostra segurança e **conhecimento** ao falar da medicação que usa).

U13 – O AMYTRIL sei que ele serve pra várias coisas: fibromialgia, depressão, que mais? Sei que ele serve pra vários problemas neurológicos, agora, o CLONAZEPAM é um ansiolítico né? (mesmo mostrando dúvida no seu diálogo, mostra certo **conhecimento**, mesmo que mínimo, em relação a medicação).

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 28.

Gráfico 28 – Conhecimentos sobre a medicação utilizada (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

Um número elevado de usuários de psicofármacos (46%) não conhece o medicamento que utiliza. Este dado é bastante significativo e mostra que muitas pessoas não estão sendo orientadas, em relação aos medicamentos que estão utilizando, por falta de interesse em obter conhecimentos sobre a medicação que estão consumindo, pela falta de tempo disponível do profissional de saúde para esclarecer dúvidas, devido a elevada demanda de atendimento na unidade de saúde etc. 54% dos pacientes estão orientados em relação a medicação que estão utilizando. A pesquisa não objetivou esclarecer o que realmente esses pacientes conhecem em relação aos psicofármacos, por isso, não consideramos estes valores fidedignos com a realidade no CSF.

Os resultados apontam que há falta de orientação médica durante a escolha da terapia medicamentosa. Koga, Furageto e Santos (2006) confirmam que familiares e usuários de psicofármacos não são orientados quanto à utilização dos medicamentos psiquiátricos pela Equipe do ESF. Além disso, acreditam que os profissionais mais preparados para oferecer tal cuidado, são os enfermeiros e os médicos.

Orlandi e Noto (2005) identificaram que alguns pacientes não recebem orientação médica sobre o uso dos psicofármacos, nem são orientados quanto ao tempo total de tratamento e sobre seus riscos. Em sua pesquisa, relatam que, muitas vezes, a indicação inicial do remédio é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares.

Além disso, “a falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avaliaria os riscos aos quais se submete” (ORLANDI e NOTO, 2005, p. 901).

A maioria das pessoas tem dúvidas e receios em relação ao uso de medicamentos, especialmente se for por longo prazo. Ao esboçar o plano de tratamento é importante

dispor de algum tempo para dar informações sobre a natureza do transtorno, o racional para o uso dos medicamentos, as evidências de sua eficácia, o que se espera com seu uso, o tempo necessário para se observar o efeito, os possíveis efeitos colaterais e as medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. Dissipar tais dúvidas, além de fortalecer a relação com o paciente (e a aliança de trabalho) é indispensável para a adesão e para evitar interrupções precoces. (CORDIOLI, c. 2010, p.2).

Lei Nº 10.216 estabelece que a pessoa com transtorno mental tem direito a receber todas as informações possíveis de sua doença e seu tratamento e, tem ainda, o direito de ser ouvido e de questionar qualquer situação (XAVIER ET AL. 2014).

Passos (2008) e Sousa *et al.* (2016) identificam que a maioria dos pacientes não recebem orientação em relação a medicação que fazem uso, mesmo sabendo o quanto é importante conhecê-la, devido ao risco do uso prolongado e o aparecimento de efeitos colaterais.

A pesquisa de Beltrame (2010, p.43) sugere algumas dúvidas apresentadas pelos usuários de medicação controlada:

“Medicamentos psiquiátricos causam dependência? O que vem a ser abstinência? Posso parar de tomar os medicamentos por conta própria? Por que o rivotril (clonazepam) não tem mais efeito com muito tempo de uso? Existem outras formas de tratamento para depressão? É normal tomar mais de duas medicações controladas? Após tratamento a depressão pode voltar? O uso da fluoxetina pode causar perda de peso?”. [...] as dúvidas expostas pelos entrevistados podem interferir no tratamento. A orientação médica sobre o uso de psicofármaco é muito importante para a adesão ao tratamento e também para minimizar os efeitos colaterais” (p. 43). “[...] Faz-se necessário conscientizar os médicos de que as pessoas precisam de orientação clara sobre os riscos dos medicamentos, sobretudo em um grupo como os psicofármacos [...]”. (PASSOS, 2008, p. 88).

Baos (1999) identifica que os médicos, mesmo sabendo que é direito do paciente saber informações sobre seu tratamento e sobre as medicações que irá utilizar, não costumam discutir com os pacientes os objetivos do tratamento, a eficácia esperada, os problemas que podem surgir, as alternativas em caso de fracasso, etc. Necessariamente, o paciente precisa se corresponsabilizar por seu tratamento e ser minimamente informado e consultado sobre os aspectos que interessam a sua própria saúde.

É de extrema importância que o paciente tenha conhecimento dos efeitos colaterais que o uso dos psicofármacos pode levar, pois este conhecimento reduz a falha na adesão ao tratamento. Bem como, é necessário que os usuários saibam dos riscos que esse medicamento pode causar como dependência e tolerância. (SOUSA *et al.*, 2016, p. 4).

Cabe ao profissional de saúde, orientar os usuários de psicofármacos, para que o paciente tenha consciência sobre os riscos/efeitos colaterais desses medicamentos.

Principalmente, quanto às possíveis complicações relacionadas ao uso prolongado do medicamento.

Como se faz notar, por estes motivos identificados acima, percebemos que o desafio da Atenção Primária à saúde está na implementação de estratégias que possam melhorar na prática, a utilização dos psicofármacos. Para isso, recomendamos:

✓ Empregar abordagens educativas que considerem o usuário como centro do processo de cuidar, permitindo-lhe expor suas dúvidas, anseios, dificuldades, opiniões e experiências relacionadas ao tratamento, para que todas as dúvidas sejam sanadas e ele possa conhecer melhor os psicofármacos que está usando (XAVIER *et al.*, 2014).

8ª Questão: Você acredita que melhorou sua condição de vida e sua qualidade de vida após o uso da medicação? (Pergunta direcionada para os usuários de medicação controlada e para os familiares/acompanhantes)

Categoria de resposta: Qualidade de vida

Ideias centrais das respostas dos sujeitos:

U1 – Ela teve **muito pouca**, assim, do surto. Conversa besteira, mas é pouco. Só que tem essa tristeza, ela fica muito dura, sabe? Igual a um robô. Não é pra ficar assim. A tendência desses remédios é melhorar, pra ela tanto faz como tanto fez. Diz que não tá dormindo de noite. **Ela tá melhor de ver as coisas**, ela tava dizendo que não sei quem queria matar ela, que tinha alguém esperando na esquina, na minha porta, cheia de marginal pra matar, essas coisas, de acender o fogo, querendo incendiar a casa. Isso ela deixou por menos, sabe? **Ela não tá essa melhora não**. A tristeza dela continua a mesma. Continua lesada, conversando besteira. ...Eu acho que sim. **Ela tá um pouco melhor**, porque ela tava demais (Resposta encontrada em outra questão).

U2 – **Ela melhorou**, tá mais melhor ela.

U3 – **melhorei**.

U4 – **Melhorei**.

U5 – Teve **melhora**.

U6 – **Melhorou** ...Faltou três meses no posto... Passei numa farmácia: “ainda tem um aqui, tem”. Tava faltando, aí comecei a tomar outro e voltei ao normal.

U7 – Ele foi melhorar mesmo foi com esse HALDOL. **Melhorou muito**. Ele nunca foi um menino de resolver nada, fazer nada. Mesmo a medicação ele não sabe tomar só, não sabe como toma, não sabe tirar. Quero ver no dia que eu faltar, Só é eu, ele e meu pai. Eu digo a ele, ele não é uma pessoa que sabe fazer nada na vida.

U8 – Assim, **é período. Não é o ano todinho que eu tô bem, não.** Tem período que eu tô fazendo tudo e tem período que tô querendo passear demais. Tem tempo que tô me achando super ótima e tem tempo que não.

U9 – **Melhorou.** Ela parou. A gente vê que até agora não viu nada dela não.

U10 - Melhorou muita coisa não, **pouquinha coisa.**

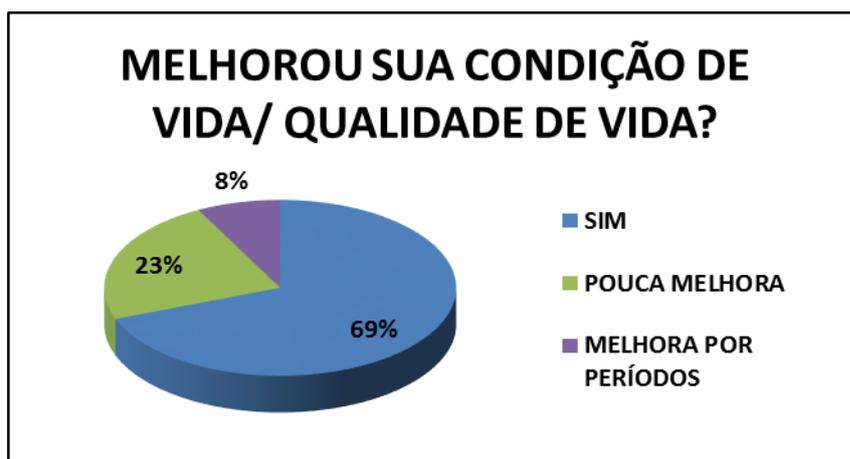
U11 – Fico controlado. Do vírus. É um vírus, doutora. Como se fosse um vírus, do sol. Tem aquele filme do Alexandre: quem viu, viu, quem não viu, acredite [risos]. (confirma que, através do seu diálogo, **houve melhora**).

U12 – **Um pouco, sim.** Eu ainda sinto um pouco de ansiedade, mais é menos.

U13 – **Melhorei bastante.**

Resultados quantitativos usuários/familiares, conforme gráfico 29

Gráfico 29 – Qualidade de vida (usuários/familiares)



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora (2016)

A maioria dos usuários/familiares (69%) acredita que houve melhora do quadro clínico. 23% mostraram que houve pouca melhora e 8% acreditam que a melhora ocorre por períodos.

Segundo Sousa *et al.* (2016), um número também bastante elevado de pacientes teve melhora dos sintomas.

Sabe-se que o uso indiscriminado de psicofármacos pode comprometer a qualidade de vida dos usuários de medicação controlada, principalmente, quando não há um acompanhamento eficaz de um profissional da saúde e quando não se controla a retirada da medicação, fazendo com que o paciente passe vários anos usando o mesmo psicofármaco, na mesma dosagem, sem nenhuma reavaliação, limitando suas atividades diárias devido aos

efeitos adversos ocasionados pelo uso exagerado da medicação. Dentre as complicações podemos citar: sedação, crises de abstinência, ansiedade, delírios, crises convulsivas, dentre outras (CAIXETA; PARREIRAS, 2013).

Sousa *et al.* (2016) afirma por último que:

“[...] o uso de psicofármacos pode até melhorar o convívio familiar, já que o paciente pode reduzir os seus quadros de agitação, nervosismo e insônia. E dessa forma ...ela pode ter uma vida mais estável, e com até melhoria da sua qualidade e vida”. (p.5)

É importante que o usuário de psicofármacos reflita um pouco mais, antes de consumir medicamentos desenfreadamente, e perceba que a vida saudável e o alcance da qualidade de vida não estarão atrás do balcão de uma farmácia, usando cada vez mais inúmeros comprimidos e sim, mudando os hábitos, fazendo exercícios físicos, equilibrando a alimentação e procurando se estressar menos.

“Se fiz descobertas valiosas,
foi mais por ter paciência
do que qualquer outro talento”.

Isaac

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nenhum momento, o estudo teve a intenção de incentivar os pacientes a não usarem os psicofármacos. Acreditamos sim na sua eficácia e na necessidade de alguns pacientes utilizá-los. As reflexões causadas neste texto não pretendem se opor ao uso da medicação. Ao invés disto, o nosso interesse foi centrarmos a atenção na caracterização dos pacientes do CSF, usuários de medicação que exige controle especial e verificar as motivações e motivos que os levaram a consumir os psicofármacos.

Logicamente, estamos conscientes de que seria ilusória a pretensão de abarcarmos toda a complexidade de nosso tema de estudo, assim tivemos que fazer uma clara delimitação de nossa pesquisa.

A perspectiva inicial deste estudo esteve centrada em analisar os motivos ou motivações que levam os usuários, assistidos na atenção primária à saúde, mais especificamente, no Centro de Saúde da Família do bairro Sumaré, a consumir psicofármacos. Além disso, compreender a prática de prescrição, aquisição e uso da medicação controlada no CSF, a partir da visão e vivência dos profissionais de saúde do CSF.

A experimentação no campo nos fez perceber que o perfil da população alvo desse estudo é formado, predominantemente, por mulheres, entre 40 e 59 anos de idade, ‘sem companheiro’, com baixa escolaridade e fora do mercado de trabalho.

Entre a classe de psicofármacos mais utilizadas encontram-se os antidepressivos. Os fármacos mais prescritos na população estudada foram a amitriptilina e a fluoxetina. A depressão, ansiedade e insônia/dificuldade para dormir foram as condições mais citadas que justificaram o uso de psicofármaco. O principal prescritor do psicofármaco é o médico não especialista. Os pacientes usam a medicação há menos de um ano, mas verificamos que há uma parcela relativamente importante de pacientes fazendo uso de medicação controlada há mais de 10 anos.

Os pacientes confirmam que conhecem a medicação que utilizam, mas percebemos que, mesmo assim, muitos deles não sabem o nome de alguns psicofármacos, nem mesmo seus benefícios e efeitos colaterais, contrapondo este resultado. Os usuários de psicofármacos garantiram que houve melhora no quadro geral, após uso da medicação. Este dado mostra que eles acreditam na eficácia da medicação, atribuindo importância ao seu uso.

Em relação aos resultados obtidos através da visão e vivência dos profissionais de saúde entrevistados, concluímos que eles também atribuem importância ao uso dos psicofármacos, mas enfatizam que precisa estar aliado a outras formas de tratamento como os

grupos, o apoio familiar e a psicoterapia. Os usuários incluem os grupos de práticas corporais, como a principal alternativa terapêutica que eles utilizam e consideram importante para garantir a melhora do seu quadro, além da medicação. Assim como os próprios usuários, os profissionais conhecem muitas pessoas que fazem uso de medicação controlada, tanto no seu meio familiar, quanto no trabalho.

Apesar de profissionais e usuários considerarem importante aliar a medicação aos grupos oferecidos pelo CSF e a psicoterapia, não há grupos específicos para esta clientela na unidade de saúde do Sumaré e a psicoterapia não é uma prática comum entre os usuários portadores de doenças mentais, por vários motivos que não cabe aqui citá-los.

Para os profissionais de saúde, os pacientes que realmente vão necessitar do uso dos psicofármacos são os que apresentam transtornos depressivos, ansiosos e psicóticos. Os principais benefícios são a melhora do sono e da alimentação, controle da crise e melhora do comportamento. Diante de um paciente em sofrimento psíquico ou com diagnóstico de transtorno mental, os profissionais de saúde ainda recorrem, principalmente ao atendimento médico e psicológico; em casos mais graves, eles encaminham o paciente, após articulação com a rede responsável. Este dado mostra ainda a fragilidade da equipe, como um todo, em acompanhar esses pacientes e de se responsabilizar pelo seu atendimento, não precisando encaminhar para uma categoria específica.

Reconhecemos que é possível a realização de um atendimento adequado em saúde mental, e que este deva ir além das renovações de receitas e encaminhamentos a psiquiatras ou psicólogos. Para que este atendimento seja garantido, as equipes precisam ser capacitadas e os gestores poderiam investir mais recursos financeiros para a elaboração de programas de assistência aos portadores de transtornos mentais. Acreditamos que estes são os principais desafios da Estratégia Saúde da Família.

É importante salientar que os prontuários médicos dos usuários entrevistados foram incluídos na coleta e análise dos dados; por este motivo, alguns resultados encontrados nas entrevistas e na análise dos prontuários, não foram os mesmos, mas como os prontuários dos entrevistados foram analisados e como as entrevistas ocorreram apenas com uma pequena parte da população avaliada através dos prontuários, consideramos os resultados encontrados na análise dos prontuários, refletindo melhor a situação da população usuária.

Em relação às dificuldades encontradas durante a pesquisa, consideramos que a mais relevante que pode ter influenciado nos resultados, foi a análise dos prontuários. Encontramos muitos prontuários sem informações importantes para a pesquisa.

Julgamos ser importante que os achados da pesquisa sejam repassados à equipe de saúde, para contribuir na reflexão sobre a prática de prescrição, utilização e aquisição de psicofármacos na unidade e no planejamento das ações de saúde destinada aos usuários de psicofármacos, portadores ou não de doenças psiquiátricas.

Embora os objetivos da pesquisa tenham sido atingidos, seus resultados se limitam à população estudada, não necessariamente refletindo o que acontece na população usuária de outras macrorregiões ou do município inteiro. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, para uma avaliação mais completa a respeito do consumo de psicofármacos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de Psicofármacos em uma região administrativa da cidade do Rio de Janeiro: Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 05-16, Jan/Mar, 1994.

ANDRADE, Márcia de Freitas; ANDRADE, Regina Célia Garcia; SANTOS, Vânia dos. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. Sci**, Ribeirão Preto, São Paulo, vol. 40, n. 4, out./dez., 2004.

ANTONACCI, MH; PINHO, LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 32(1):136-42, mar., 2011.

AQUINO, Daniela Silva da. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. saúde coletiva**, Recife, Vol.13(Sup): 733-736, 2008.

ARAÚJO *et al.* Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral – Ce. **Sanare**, Sobral, V.11. n.1, p. 45-54, jan./jun. – 2012.

BALLONE, GJ. **Estabilizadores do Humor**. São Paulo, 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: dez, 2015.

BALLONE, GJ; ORTOLANI, IV. **Ansiolíticos e Tranquilizantes**. São Paulo, 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: dez, 2015.

BALLONE, GJ; ORTOLANI, IV. **Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Antidepressivos**. São Paulo, 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: dez, 2015.

BAOS, V.V. La calidad em la prescripcion de medicamentos. **Inf. Terap. Sist. Nac. Salud.**, [S.L], v. 23, n.2, p. 45-54, 1999.

BELTRAME, Maria Madalena. **Análise o padrão de consumo de psicofármacos: dos usuários da Estratégia Saúde da Família do bairro Centro, no município de São Ludgero – SC**. Criciúma: UNESC, 2010. 52f.

BICHAFF, Regina. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. 2006. 217 p. Dissertação (enfermagem psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Santa Catarina, Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80, jan-jul /2005.

BORBA, LO; PAES, MR; GUIMARÃES, AN; LABRONICI, LM; MAFTUM, MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm, USP**; 45(2):442-9, 2011.

BRASIL, Heloisa Helena A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], vol.22, suppl.2, pp.40-41, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Saúde mental.** 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, 2013. 176 p. n.34.

CAMPOS, Rosana Onocko *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.12, pp. 4643-4652, 2011.

CANCELLA, Danielle Cristina. **Análise do uso de psicofármacos na atenção primária:** Uma revisão de literatura. Universidade de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012. 30p.

CARDOSO, RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. **Rev. Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2015. 10(35): 1-10.

CARVALHO, Andréa da Luz; COSTA, Milene Rangel da; FAGUNDES, Hugo. **Uso racional de psicofármacos.** Subsecretaria de Ações e Serviços de saúde: Coordenação de Programas de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v.1, p. 1-6, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>>. Acesso em: maio, 2015.

CARVALHO, Marcos Danúbio Alves; SILVA, Hélder Oliveira; RODRIGUES, Leila Vieira. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, Ce. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.** Ribeirão Preto / SP, 2010.

CAIXETA, Elcimar dos R. C; PARREIRAS, Patrícia da C. **Avaliação do uso abusivo dos psicofármacos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Patos de Minas:** uso indicado consciente. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2013. 33f.
CECCIM, Ricardo Brug. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CHIAVERINI, Maria Dulce (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CLAYTON, Bruce D; STOCK, Yvonne N. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Elsevier: Rio de Janeiro, 2006.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Psicofármacos nos transtornos mentais. [S.l.: s.n.], c.2010, 55p

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.15, n.3, 7-18, set. 2006.

DANTAS, Jurema Barros. A tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.21 – n.3, p. 563 – 580, set / dez. 2009.

DIAS, VALDECIR ÁVILA. **Referência e contra-referência**: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. **Mental** - ano III, Barbacena, n. 5, p. 33-42, nov. 2005.

FERNANDES, Waldemar José. Reflexões sobre meu trabalho com psiquiatria dinâmica. **Vínculo**[online], São Paulo, vol.4, n.4, pp. 58-69, 2007.

FERRAZZA, Daniele de Andrade. **A medicalização do social**: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde. 2009. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2009.

FERRAZZA, DA *et al.* A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paideia: cadernos de psicologia e educação**, Ribeirão Preto, 20(47), 381-390, set/dez 2010.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luis Carlos da; LUZIO, Cristina Amélia. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S.L], 6 (2), jul - dez, 2013,255-265.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes. **A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos**. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná, 2015.

FERRO *et al.* [Intersetorialidade]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2014;38(2):129-138

FIGUEIREDO, Marília Z.A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N.G. de. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(1): 129-136, abril, 2013.

FORTE, Eveline Barros. **Perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia**. Fortaleza, 2007.

FRAGA, Maria de Nazaré; SOUZA, Ângela Maria; BRAGA, Violante Augusta. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Muito a refletir. **Acta Paul Enferm**: Fortaleza, p. 207-11, mar. 2006.

GARCIAS *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7): 1565-1571, jul, 2008.

GUERRA, CS *et al.* Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade de referência para saúde mental. **Rev. enferm**, Recife, 7(6):4444-51, jun., 2013

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flavio. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, vol.24, n.7, pp. 1641-1650, jul, 2008.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):380-390, fev, 2008.

GOODMAN; GILMAN. **As Bases Farmacológicas da TERAPÊUTICA**. 11^a ed. AMGH Editora LTDA: São Paulo, 2010.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], São Paulo, vol.21, n.1, pp. 64-73, jan / mar, 1999.

HORA, D. M. (2006). **Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)**. Faculdade de Educação da Unicamp. São Paulo, 2009. Disponível em: <
http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm>. Acesso em: mar. 2015.

HUF, Gisele; LOPES, Claudia de Souza; ROZENFELD, Suely. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública** [online]. [S.L], vol.16, n.2, pp. 351-362, 2000.

KIMURA, Adriana Marie. **Psicofármacos e Psicoterapia**: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, 2005.

KOGA, M; FUREGATO, ARF; SANTOS, JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num Programa de Saúde da Família. **Rev Latino am Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.14, no. 2, mar/abr; 2006.

LAMB, Ieda Garms Macedo. **A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do estado de São Paulo**: análise e reflexão sobre uma prática. Assis, 2008. 128 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

LANDIM, Fátima Luna Pinheiro *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [online]. Fortaleza, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface**[online], Botucatu, vol.10, n.20, pp. 517-524, 2006.

LOPES, Cláudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1713-1720, nov-dez, 2003.

LUCCHESI, Roselma *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):2033-2042, set, 2009.

MACHADO, ANA PAULA; MOCINHO, REJANE. Saúde Mental: Um desafio no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. Vol. 17. N. 2. Jul/Dez/ 2003.

MANTOVANI, C.*et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**.[S.L], vol 32. Supl II. Out, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MAROTTI, Miriam. Qual o papel do médico na avaliação de segurança de medicamentos? **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], São Paulo, vol.56, n.1, pp.4-5, 2010.

MELLO FILHO, J; SILVEIRA, LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, 29(2):147-51, mai / ago, 2005.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MORE *et al.* Uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa: Uma abordagem comunitária e interdisciplinar. **EXTENSIO - Revista Eletrônica de Extensão**. Santa Catarina. Número 2, ano 2005.

NASTASY, H; RIBEIRO, M; MARQUES, ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, [S.L], ago, 2002.

NORDON, David Gonçalves e HÜBNER, Carlos von Krakauer. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn Tratamento**. Sorocaba, São Paulo, 14(2):66-9, 2009

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; AGUIAR, Jamila Maria Azevedo; CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo. Consumo de psicotrópicos por mulheres: Terapia ou Iatrogenia? **Essentia**, Sobral, vol. 13, n° 1, p. 25-38, jun./nov.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**: Informe conjunto do diretor geral da Organização Mundial de Saúde e do Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Organização mundial de saúde, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **La situation Pharmaceutique dans le Monde**. Genebra, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: Nova concepção, Nova esperança. Organização Pan-americana de saúde. Organização Mundial da saúde. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Invertir em Salud Mental**. Genebra, 2004.

OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros. **Representações do trabalho multiprofissional em um serviço pública de saúde municipal**. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) [online], São Paulo, vol.12, n.2, pp. 109-114. Ago, 2010.

PASSOS, Ana Cláudia de Brito. **Utilização de psicofármacos entre os usuários da atenção primária do município de Maracanaú, Ceará**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2008.

PIMENTEL, *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. comunidade**. Florianópolis, 6(20): 175-81, jul - set, 2011.

PINTO, Marcela Moura. **Saúde Mental na Atenção Primária**: abordagem do uso abusivo de psicofármacos. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014.

ROCHA, Bruno Simas; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol.18, n.11, pp. 3291-3300, nov, 2013.

ROCHA SÁ, Roberta; BARROS, Márcia; COSTA, Maria Suely. Saúde Mental em Sobral – Ce: Atenção com humanização e inclusão social. **Sanare**, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007

RODRIGUES, Joelson. A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

RODRIGUES, Maria Aparecida P; FACCHINI, Luiz Augusto; LIMA, Maurício Silva de. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**[online]. São Paulo, vol.40, n.1, pp. 107-114, jan / fev, 2006.

ROMAN, Graciela. **O uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde**. Faculdade de Farmácia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

SANTOS, Renata Castro. **Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela estratégia saúde da família da zona urbana do município de Presidente Juscelino**. Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto/MG, 2009.

SHIRAMA, Flavio Hiroshi. **Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral**. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da pesquisa e elaboração da dissertação. 4. ed. **rev. atual**. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.

SILVA, Daniela Maria Cavalcante. **Avaliação do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Pacatuba**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.

SOUSA, Nathalia Minelli Medeiros *et al.* Perfil de usuários de psicofármacos atendidos em uma farmácia comunitária do alto sertão paraibano. **Rebes**, Pombal, PB, v. 6, n.1, p. 01-07, Jan-Mar, 2016.

STAUB, Maria Lúcia; HOCH, Verena Augustin. **Utilização de psicofármacos no tratamento de saúde mental**. UNOESC: Santa Catarina, 2013.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Ciênc. Saúde**, Manginhos, 9(1): 25-59, 2002.

THIESEN, Juares da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.** [online], Rio de Janeiro, vol.13, n.39, pp. 545-554, set / dez., 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. Campinas, São Paulo, vol.39, n.3, pp. 507-514, abr / 2005.

TRIVINOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

XAVIER, Mariane da Silva *et al.* *El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio*. **Enferm. glob.** [online], [Universidade de Murcia], vol.13, n.36, pp. 114-125, out / 2014.

WANDERLEY, Thyago da Costa; CAVALCANTI, Alessandro Leite; SANTOS, Silvana. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS USUÁRIOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Número do prontuário: _____ ACS: _____

- Qual(is) a(s) medicação(s) controlada(s) você utiliza? Quem prescreveu?
- Que importância tem para você o uso da medicação controlada?
- Quanto tempo você está utilizando esta(s) medicação(s)?
- Por que iniciou a tomar a (s) medicação (s)?
- Você tem algum conhecimento a respeito desta medicação(s) controlada?
- Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amigos, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta?
- Você conhece outras formas de tratamento e/ou de cuidado existentes para o sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? Quais?
- Você acredita que melhorou sua condição de vida e sua qualidade de vida após o uso da medicação?

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS
FAMILIARES E/OU ACOMPANHANTES DOS USUÁRIOS DE MEDICAÇÃO
CONTROLADA**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Endereço: _____

Número do prontuário: _____ ACS: _____

Nome do familiar ou acompanhante do Usuário: _____

- Qual (is) a(s) medicação(s) controlada(s) o usuário utiliza? Quem prescreveu?
- Que importância tem para você o uso da medicação controlada para o usuário?
- Quanto tempo ele (a) está utilizando esta(s) medicação(s)?
- Por que iniciou a tomar a (s) medicação (s)?
- Você tem algum conhecimento a respeito desta medicação(s) controlada?
- Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amigos, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta, além do usuário?
- Você conhece outras formas de tratamento e/ou de cuidado existentes para o sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? Quais?
- Você acredita que melhorou a condição de vida e de qualidade de vida do usuário após o uso da medicação?

**APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Função: _____

Tempo de atuação no centro de saúde: _____

- Você acredita que a medicação que exige controle especial tem alguma importância para os pacientes que a usam regularmente? Qual?
- Você conhece alguém que usa medicação controlada na sua família, no seu círculo de amizades, no trabalho, na sua rua ou em algum outro lugar que você frequenta?
- Você poderia relatar os benefícios do uso dessa medicação especial para o paciente?
- Você conhece outras formas de tratamento e/ou de cuidado existentes para o sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? Quais?
- Qual a sua conduta e/ou encaminhamentos diante do paciente que apresenta sofrimento psíquico ou é portador de um transtorno mental?
- Que tipo de paciente você acha que necessitaria realmente do uso de psicofármacos?

Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os usuários de medicação que exige controle especial

Eu, Katarina Themotheo de Almeida, sou aluna do mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral e estou realizando uma pesquisa chamada **Análise do consumo de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, Ceará**. Deste modo, venho pedir a sua ajuda para participar da pesquisa, respondendo a uma **entrevista semiestruturada**, contendo perguntas sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.

Esclareço que:

- A pesquisa visa obter informações sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- As informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Não haverá nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua João Dias de Carvalho, 295, Kit, 203, Alto da Expectativa, CEP. 62.041-570, Sobral-Ceará, telefone: (85) 999486909. e-mail: katarinalmeida79@hotmail.com.

Se desejar reclamar de algo sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no endereço: Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, Campus Derby, Sobral-Ceará, telefone: 3677-4255.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Consentimento Pós–Esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar esta pesquisa.

Sobral, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares ou acompanhantes de usuários de medicação que exige controle especial

Eu, Katarina Themotheo de Almeida, sou aluna do mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral e estou realizando uma pesquisa chamada **Análise do consumo de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, Ceará**. Deste modo, venho pedir a sua ajuda para participar da pesquisa, respondendo a uma **entrevista semiestruturada**, contendo perguntas sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.

Esclareço que:

- A pesquisa visa obter informações sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- As informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Não haverá nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua João Dias de Carvalho, 295, Kit, 203, Alto da Expectativa, CEP. 62.041-570, Sobral-Ceará, telefone: (85) 999486909. e-mail: katarinalmeida79@hotmail.com.

Se desejar reclamar de algo sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no endereço: Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, Campus Derby, Sobral-Ceará, telefone: 3677-4255.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Consentimento Pós –Esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar esta pesquisa.

Sobral, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Apêndice F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais de saúde

Eu, Katarina Themotheo de Almeida, sou aluna do mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, estou realizando uma pesquisa chamada **Análise do consumo de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, Ceará**. Deste modo, venho pedir a sua ajuda para participar da pesquisa, respondendo a uma **entrevista semiestruturada**, contendo perguntas sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.

Esclareço que:

- A pesquisa visa obter informações sobre o consumo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- As informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Não haverá nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua João Dias de Carvalho, 295, Kit, 203, Alto da Expectativa, CEP. 62.041-570, Sobral-Ceará, telefone: (85) 999486909. e-mail: katarinalmeida79@hotmail.com.

Se desejar reclamar de algo sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no endereço: Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, Campus Derby, Sobral-Ceará, telefone: 3677-4255.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Consentimento Pós –Esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar esta pesquisa.

Sobral, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Anexo A - Termo de compromisso para utilização de dados em documentos**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CINÉTICA****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS**

Eu Katarina Themotheo de Almeida, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título: Análise do Consumo de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde, Junto a Um Centro de Saúde da Família do Município de Sobral, no Ceará, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos prontuários médicos que serão analisados, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/2012 do CNS/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito aos psicofármacos utilizados pelos pacientes que recebem receita sujeitas ao controle especial, e ocorrerão entre as datas de: outubro de 2015 a novembro de 2015.

Sobral,22.... deSetembro...de 2015....

Katarina Themotheo de Almeida

RG: 8912002022553

Katarina Themotheo de Almeida, 22 / 09 / 2015.

ANEXO B – Prontuário médico

SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL
SISTEMA LOCAIS DE SAÚDE - SUSNÚMERO do
PRONTUÁRIO
DATA

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO		BAIRRO		DISTRITO SANITÁRIO	
UNIDADE DE SAÚDE					
NOME DO USUÁRIO					
SEXO	DATA NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	PROFISSÃO	
PAI			MÃE		
ENDEREÇO					Nº PES. DO DOM.
RENDA MÉDIA FAMILIAR	<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SM	<input type="checkbox"/> 1 - 3 SM	<input type="checkbox"/> 3 - 6 SM	<input type="checkbox"/> MAIS DE 6 SM	

II - ANAMNESE

1 - ANTECEDENTES PESSOAIS			
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> DIFTERIA	<input type="checkbox"/> HANSENÍASE	<input type="checkbox"/> POLIOMIELITE
<input type="checkbox"/> RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> SARAMPO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	
OUTROS: _____			
2 - AGRAVOS DE RISCO			
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES
<input type="checkbox"/> D. MENTAL	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO
<input type="checkbox"/> SIDA (AIDS)	<input type="checkbox"/> TABAGISMO		
OUTROS: _____			
3 - ANTECEDENTES FAMILIARES			
<input type="checkbox"/> CÂNCER	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HANSENÍASE
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	
OUTROS: _____			

III - VACINAÇÕES

TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B.C.G	A. TETÂNICA	
DATA						

IV - ODONTOGRAMAS

	Direito										Esquerdo									
1º EXAME	<input type="checkbox"/>																			
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11			21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41			31	32	33	34	35	36	37	38		
	<input type="checkbox"/>																			
				85	84	83	82	81			71	72	73	74	75					
2º EXAME	<input type="checkbox"/>																			
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11			21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41			31	32	33	34	35	36	37	38		
	<input type="checkbox"/>																			
				85	84	83	82	81			71	72	73	74	75					
3º EXAME	<input type="checkbox"/>																			
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11			21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41			31	32	33	34	35	36	37	38		
	<input type="checkbox"/>																			
				85	84	83	82	81			71	72	73	74	75					

