

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS
MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE
MENTAL**

MARTA GIACOMINI

**O USO DE PSICOFÁRMACOS POR USUÁRIOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IBIAÇÁ/RS**

ERECHIM - RS

2018

MARTA GIACOMINI

**O USO DE PSICOFÁRMACOS POR USUÁRIOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IBIAÇÁ/RS**

Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Saúde Mental, Departamento de Ciências Humanas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim.

Orientador: Prof. Ms. Felipe Biasus

ERECHIM - RS

2018

MARTA GIACOMINI

**O USO DE PSICOFÁRMACOS POR USUÁRIOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IBIAÇÁ/RS**

Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Saúde Mental, Departamento de Ciências Humanas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim.

Erechim, 2018.

BANCA EXAMINADORA

Psic. Prof. Ms. Felipe Biasus

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Erechim

Psic. Prof. Ms. Mariana A. Mari

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Erechim

Enf. Prof. Ms. Samuel Salvi Romero

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Erechim

Dedico este trabalho a todos os profissionais de Estratégia de Saúde da Família do Município de Ibiaçá/RS, aos demais profissionais da Atenção Básica que de uma forma ou outra contribuíram. Dedico com carinho a estes profissionais, que fazem a diferença, buscando ou contribuindo para novos fazeres dentro da saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus mestres, estes que admiro e que foram meu exemplo nesta caminhada até aqui.

Agradeço ao Poder Executivo Municipal de Ibiaçá, primeiramente ao Prefeito Municipal Claudiomiro Fracasso e vice-prefeito Angelo Golin, a Secretária da Saúde Evandra Rossi, Secretária Adjunta Diana Mussatto, por contribuir, apoiar e viabilizar este trabalho.

Agradeço, imensamente o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, que foram essenciais para este estudo.

Agradeço aos demais profissionais de Estratégia de Saúde da Família e da Equipe de profissionais de Atenção Básica, em especial a Enfermeira Elisangela Golin Capra, que facilitou a comunicação com as ACS, e a farmacêutica Letícia Panisson, qual contribuiu fornecendo os relatórios da farmácia.

Agradeço, a todos os participantes que dedicaram um tempo de sua vida para responder o questionário do estudo.

Ao meu namorado e familiares pela compreensão e apoio.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram.

*“Se acaso devemos, eu e os outros,
encontrar o fracasso nesse caminho,
prefiro o fracasso numa tentativa que
tem um sentido a um estado de
permanente aquém do fracasso e do não
fracasso, que permanece irrisório”*

(Cornelius Castoriadis)

RESUMO

Este estudo empírico, de cunho descritivo e de corte transversal, teve como objetivo investigar o perfil dos usuários de psicofármacos e quais os principais psicofármacos utilizados pelos usuários atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Ibiaçá/RS, bem como os motivos de uso e as formas que este público encontra para lidar com o sofrimento psíquico. Foram analisados os dados do cadastro da farmácia pública o qual apontou entre os meses de julho a dezembro de 2017 o número de 743 usuários que retiraram algum psicofármaco. Destes foram selecionados para compôr a amostra da pesquisa 254 usuários para os quais foi enviado, no período de março a agosto de 2018, o questionário de coleta de dados. Esta ação contou com apoio de Agentes Comunitárias de Saúde. Após a análise de dados os resultados apontaram que os psicofármacos mais utilizados são sertralina, venlafaxina e fluoxetina. Quanto ao perfil, os usuários são em sua maioria 70% do sexo feminino, 27% com idade entre os 60 e os 69 anos, 27% aposentados, e o quanto ao estado civil predominam 51% pessoas casadas. Os principais motivos de uso são depressão e insônia e as principais atividades de lazer que podem ser consideradas formas de enfrentamento ao sofrimento psíquico são caminhadas e passeios.

Palavras-chave: Psicofármacos. Estratégia de Saúde da Família. Medicalização.

ABSTRACT

This empirical, descriptive and cross-sectional study aimed to investigate the profile of psychoactive drug users and which are the main psychotropic drugs used by the users of the Family Health Strategy (FHS) of the Municipality of Ibiaçá / RS, as well as the reasons for use and the ways that this public finds to deal with psychic suffering. We analyzed data from the public pharmacy registry, which pointed out from July to December 2017 the number of 743 users who took some psychoactive drugs, of which 254 users were selected to compose the survey, for which it was sent in the period from March to August 2018, the data collection questionnaire. After data analysis, the results showed that the most used psychotropic drugs are sertraline, venlafaxine and fluoxetine. As for the profile, users are mostly 70% female, 27% are between 60 and 69 years old, 27% are retired, and the marital status is 51% married. The main reasons for using it are depression and insomnia and the main leisure activities that can be considered as forms of coping with psychic suffering are walks and walks.

Keywords: Psychotropic drugs. Family Health Strategy. Medicalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiçá-RS quanto ao Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Número de Filhos, Religião e Local de Residência.....	23
Tabela 2 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiçá-RS quanto ao Grau de Escolaridade, Profissão, Renda Familiar e número de pessoas que compõe a Família.....	25
Tabela 3 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiçá-RS quanto a Realização de Acompanhamento Psicológico, Tempo de Acompanhamento e Terapia Alternativa...	30
Tabela 4 – Motivos atribuídos pelos usuários de psicofármacos de Ibiçá-RS, para a manutenção do uso de antidepressivos	31
Tabela 5 – Atividades de lazer consideradas formas de enfrentamento ao sofrimento mental	33

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Gráfico - 1 Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, psicofármacos.....	27
GRÁFICO 2 – Gráfico 2 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, onde consegue a medicação.....	28
GRÁFICO 3 – Gráfico 3 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, motivos do uso.....	29
GRÁFICO 4 – Gráfico 4 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, situações vivenciadas relacionada ao início do uso.....	30
GRÁFICO 5 - Gráfico 5 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, outros diagnósticos.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia de Saúde da Família

APS - Atenção Primária em Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

ISRS - Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SUS- Sistema Único de Saúde

CRAS- Centro de Referência em Assistência Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CNS- Conselho Nacional de Saúde

SRTs- Serviços Residências Terapêuticos

RAPS – Rede de Atenção Psicossociais

ACS- Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 <i>PSICOFÁRMACOS</i>	15
2.2 <i>ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</i>	19
2.3 <i>SAÚDE MENTAL NO BRASIL</i>	22
3 MÉTODO.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
6 REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE	45
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem caráter transversal, de cunho descritivo, cujo objetivo foi investigar qual o perfil dos usuários de psicofármacos e quais os principais psicofármacos utilizados pelos usuários atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Ibiaçá/RS, bem como os motivos de uso e as formas que este público encontra para lidar com o sofrimento psíquico.

O estudo se torna relevante devido ao grande número de usuários de psicofármacos existentes no país, conforme apontam diversos estudos (ROCHA;WERLANG, 2012; FERAZZA, ROCHA E LUZIO, 2013; MEDEIROS, 2015; PERUSSI, 2015) e a experiência de trabalho na rede de APS, demonstra este grande número, entretanto não há nenhum estudo local que sistematize e analise tais números.

Ibiaçá é um município do Rio Grande do Sul, possui 4.710 habitantes segundo o Censo Demográfico do IBGE (2010). O município conta com serviço de APS por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Equipe de ESF. Não possuindo critério populacional para CAPS, desta forma toda a demanda de saúde mental deve ser atendida pela APS. O município possui também um hospital que conta com o trabalho de clínicos gerais, não possuindo leitos psiquiátricos cadastrados.

O tema torna-se relevante, pois como aponta Rocha e Werlang (2013) existe uma escassez de estudos investigando o uso de psicofármacos na Atenção Primária de Saúde (APS)/ESF, acredita-se que isso deva-se ao foco atual da saúde mental estar nos dispositivos da Atenção Especializada, ou seja, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo o relatório de saída de medicamentos controlados expedido pela farmácia da Atenção Básica do Município de Ibiaçá-RS, entre os meses de julho a dezembro de 2017 foram 928 usuários que retiraram medicação de uso controlado. Entretanto, este número inclui também o tramadol e o paracetamol com codeína, entre outros, que não fazem parte da classe de medicamentos psicotrópicos, destes 743 usuários retiram algum tipo de psicofármacos. No entanto, considera-se um número alto de usuários, tendo em vista a estimativa populacional de 4.710 habitantes.

Com este estudo buscou-se conhecer o motivo pelo qual algumas pessoas do município de Ibiaçá aderem ao uso de psicofármacos e suas principais características.

Busca-se por conseguinte contribuir para a possibilidade de um trabalho educativo junto à comunidade, à Equipe de ESF e demais profissionais da Atenção Básica, propiciando subsídios até então desconhecidos e possibilitando assim a diminuição do uso de psicofármacos e conseqüentemente os gastos gerados.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 PSICOFÁRMACOS

A psicofarmacologia se dedica ao “estudo do mecanismo de ação dos fármacos com atividade no sistema nervoso central que possam influenciar funções psíquicas, como o humor, cognição, psicomotricidade e sensopercepção” (MANCINI; VALIENGO, 2012, p. 1888). Os autores referem ainda que os psicofármacos são divididos nas seguintes classes: antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, benzodiazepínicos e outros fármacos. Dentro de cada uma destas classes são elencados aqueles de uso mais comum na Atenção Primária de Saúde.

Dentro dos antidepressivos tem-se os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), os tricíclicos e os Duais. Conforme Mancini e Valiengo, (2012) os ISRS são: “fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopran, escitalopran. O Tricíclicos: nortriptilina, amitriptilina, imipramina, clomipramina. Os Duais: venlafaxina, mirtazapina, bupropiona”.

Entre os Estabilizadores de Humor, geralmente indicados para Transtorno Afetivo Bipolar, alguns possuem efeito potencializar antidepressivo, com efeito antidepressivo para prevenção do suicídio, cefaléia crônica, entre outros. Os principais são: “carbonato de lítio, valproato de sódio, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina” (MANCINI; VALIENGO, 2012, p. 1889).

No campo dos antipsicóticos, os autores supracitados destacam “clorpromazina, trifluoperazina, haloperidol, haloperidol decanoato, risperidona, olanzapina, clozapina, quetiapina, aripiprazol”.

Ainda de acordo com Mancini e Valiengo (2012) a classe dos benzodiazepínicos que apresentam uso controverso, pois são extremamente úteis para sintomas de abstinência, depressivos, maniformes e ansiosos a curto prazo, porém com risco maior de dependência e prejuízos cognitivos, são eles “alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam”.

Além destes, os autores destacam que existem ainda a linha de outros psicofármacos: “biperideno (aniparkinsoniano), metilfenidato (psicoestimulante),

promerazina (anti-histamico), zolpidem (hipnótico não benzodiazepínico), propranolol (bloqueador)”.

Para Macini e Valiengo (2012) os antidepressivos são a melhor ferramenta para o tratamento dos transtornos mentais como depressão e transtornos ansiosos, entretanto, a percepção destes autores de que na Atenção Primária, muitas pessoas que sofrem desses agravos são tratados exclusivamente com benzodiazepínicos. Esta percepção se confirma no estudo de Firmino et al (2012), em que se constatou o uso inadequado destes psicofármacos, no que se refere a indicação e o tempo do tratamento. No entanto, Araújo et al (2012) concluíram que os antidepressivos ainda ultrapassam os benzodiazepínicos em termos de prescrição e distribuição.

Os psicofármacos são medicamentos psicotrópicos que atuam no sistema nervoso central, interferindo com seu funcionamento, na cognição e no comportamento. Brasil (2000) já demonstrava preocupação com o uso de psicofármacos como uma solução imediata e não como um recurso possível a partir da avaliação risco-benefício.

O uso de psicofármacos tem aumentado nas últimas décadas conforme apontam Gasquet et al (2005), Rodrigues et al (2006). Garcia et al (2008), assinala que o consumo possivelmente está associado com o crescimento de diagnóstico de doenças depressivas, com ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos e com o surgimento de novos medicamentos. Ignácio e Nardi (2007) questionam como atualmente este uso se legitimou como uma tecnologia de si no interior do dispositivo de medicalização e concluíram que esta é uma tecnologia que incide sob os corpos por estar acoplada aos modos de subjetivação contemporâneos.

Martins (2009), refletindo numa perspectiva psicossocial escreve sobre a mudança da sociedade disciplinar para a sociedade imperial de controle e os efeitos reducionistas da clínica psiquiátrica. Para ele a sobreposição da dimensão biológica à simbólica, vem promovendo a biomedicalização da saúde e a produção de novos modos de subjetivação. Embora esse poder sobre a vida que se atualiza por meio do saber psiquiátrico acaba elegendo, como lócus privilegiado de sua efetivação, o consultório do clínico geral. Como comprova o estudo do Firmino et al (2012) que conclui que 80% das indicações de psicofármacos no município estudado são receitados por clínicos gerais. Este também aposta fatores contributivos para a atual situação: a dificuldade do profissional em negar a receita, o desejo de dar alento à vida de um paciente.

Sobre este tema, Figueira e Caliman (2014) expõem a compreensão de que os problemas cotidianos são diagnosticados e tratados ainda pela medicina antiga e ao mesmo tempo ainda comuns na atualidade. Para Machado e Lessa (2012) a farmacologia está relacionada a uma racionalidade biomédica da vida como solução para os impasses subjetivos e sociais. Destaca-se neste sentido o que aponta Medeiros (2015) o qual afirma estar claro que o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos é um problema de saúde pública.

Para Gaudenzie e Ortega (2012) a medicalização acarreta a redução de autonomia dos sujeitos, Onocko Campos (2013), ressaltam a existência de algumas formas sutis (outras nem tanto) de controle dos serviços sobre os usuários e seus corpos, dificultando o acesso a cidadania e o pleno exercício de direitos. Ferreira et al (2016), compartilham deste pensamento compreendendo o uso como forma de controle não apenas dos corpos, mas da vida.

Medeiros (2015) refere a existência de três discursos dominantes que direcionam as ações dos trabalhos de saúde, o primeiro deles, é o privilégio do saber médico, que enfatiza a doença e os sintomas em detrimento da pessoa. O segundo é o discurso da indústria farmacêutica, que faz crer na eficácia e eficiência dos medicamentos em detrimento de qualquer prática de cuidado. Nesta mesma lógica Firmino et al (2012) já referia o papel da indústria farmacêutica que busca disseminar a ideia de que os psicofármacos tratam sintomas de desconforto do dia-a-dia induzido um apelo irracional que pode refletir na prescrição. O terceiro discurso proposto por Medeiros (2015) está ligado ao modo de produção capitalista, no qual não se pode perder tempo, é preciso atender muitas pessoas em pouco tempo, obviamente que com “pressa” não se pode “escutar” ninguém.

Quanto aos aspectos das atuais conjunturas, um deles é referente à indústria farmacêutica, alguns autores discorrem sobre o tema. Martins, (2009) refere que a construção do formato do DSM-III foi incentivada pelos grandes laboratórios farmacêuticos e pelas exigências da agência reguladora norte-americana, FDA (Food and Drug Administration), que autoriza o lançamento de novos medicamentos. Importante ressaltar que foi a partir do DSM-III que se constituiu uma grande mudança, no qual se distanciou cada vez mais da leitura psicanalítica existente nos manuais anteriores, ingressando cada vez mais no campo da psiquiatria (DUNKER, 2014). Este

autor também afirma em seu estudo que 52% dos pesquisadores envolvidos na reformulação que engendrou o DSM-V declararam ligações formais e recebimento de proventos da indústria farmacêutica.

No entanto, embora a indústria farmacêutica possa ser considerada um dos fatores contributivos para atual situação apresentada pelo uso excessivo de medicamentos psicofármacos, não se configura como a única causa. Por outro lado, existe um público que demanda dessa resposta imediata e eficaz. Onocko Campos (2013) salienta a necessidade de estimular a autonomia dos usuários, mobilizá-los para que descubram e redescubram seus interesses e desejos.

2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994 o Ministério da Saúde criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente nomeada de Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997). A ESF nasceu na tentativa de repensar ações em saúde com a ideia de criar uma estratégia facilitadora e estimuladora de processo de mobilização social, pensar formas de práticas e intervenções sociais, não mais focadas no reducionismo do saber médico-curativista, mas centrado na educação, promoção e proteção de saúde, necessários para completar amplamente o processo de saúde-doença (BACKES, 2012).

A reformulação deste modelo de assistência, vinha em consonância com a Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde, por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual possui como alguns de seus princípios e diretrizes a integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integralidade física e moral, participação da comunidade, entre outros.

De acordo com o CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde (2003) a Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes com patologias crônicas e portadores de necessidades especiais, consideram o PSF a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no SUS.

Barreto e Olchowsky (2010) em um estudo sobre Saúde Mental na ESF, concluiu que embora o enfermeiro que atua na ESF não esteja familiarizado com o tema “sofrimento psíquico” e transtorno mental na ESF, pratica em seu cotidiano estratégias de saúde mental, como escutar, acolher, visitar, articular e por vezes, afirmam também se responsabilizar pelo cuidado de pessoas com sofrimento dentro de seu território.

Com todas as mudanças que foram ocorrendo ao longo dos anos, ao falar de Saúde Mental é necessário destacar a criação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Foi por meio desta lei que o cuidado passou ser no indivíduo com foco no seu território e não mais nos “manicômios”. Vários dispositivos foram criados como mecanismos de substituição aos hospitais psiquiátricos, além a da redução dos leitos, o Programa de Volta para Casa, os Residências Terapêuticas, criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre outros. Em 2011, ocorreu mais um avanço neste campo com a criação da RAPS – Rede

de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, consolidada por meio da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

De acordo com Campos (2001), diante de todo o contexto da reforma psiquiátrica, muitas vezes a internação ainda é vista como primeira opção no tratamento ao usuário, há ainda a dificuldade de transformar o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios. Salienta ainda a necessidade de ampliação da clínica nos serviços de saúde, de modo que se assim não for feito, ainda que involuntariamente ou por omissão, se continuará trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do Serviço Único de Saúde no que se referem aos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e às vezes, até iatrogênicas.

Silveira e Vieira (2009) destacam que as estratégias de intervenção dos profissionais de saúde da unidade parecem embasar-se nas fórmulas da racionalidade médica, em sua tradição cartesiana: problema-solução e doença-cura. O ajuste das demandas de cuidado em saúde mental baseado na escuta do sujeito, e não na escuta da doença, é um recurso pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica.

Destaca-se aqui o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma estratégia de organização do cuidado em saúde mental. Para que este seja possível, Boccardo, et al (2011) destacam algumas condições para sua realização, entre elas: reuniões de equipe com espaços para discussões de casos e decisões conjuntas; prontuários atualizados e compreensíveis a todos, da mesma forma, necessidade de espaços de discussão entre usuários, família, equipe e a interlocução da equipe com outros serviços envolvidos no cuidado e as reavaliações sistemáticas são fundamentais de desenvolvimento de cada PTS.

Em relação à Atenção Primária em Saúde, Mendes (2010) escreve que o conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária. Quanto a isso, cita o processo de territorialização; o cadastramento das famílias, atualmente feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde; a classificação das famílias por riscos socio-sanitários; a vinculação das famílias com a ESF e com os profissionais da Atenção Básica em Saúde; identificação de subpopulações com fatores de risco.

Mendes (2010) ao tratar sobre as redes de atenção a saúde, refere que há na literatura internacional, provinda de vários países, evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. No entanto, ainda vive-se o modelo biomédico doença-cura, para o qual é utilizado diagnóstico-medicamento. Esse processo aponta as lacunas da rede de atenção à saúde em compreender o sujeito como além de sua doença. Fato este confirmado por Zeferino et al (2016) ao falarem sobre o pouco uso das tecnologias leves, que compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculo, autonomia e acolhimento, em contraponto ainda o grande uso das tecnologias duras, como os exames diagnósticos de laboratório.

Diante desta perspectiva Araújo et al (2012) reforçam a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde, como um importante passo para o trabalho de redução do uso inadequado de medicamentos psicofármacos. Onocko Campos et al (2013), acreditam na necessidade de mudanças nas práticas de Saúde Mental, especialmente o que se refere à valorização da experiência do usuário no seu tratamento. Borges, Hegadoren e Miasso (2015) destacaram a necessidade de mais atenção na prescrição de medicamentos na atenção básica. Prata et al (2017) afirmaram que a equipe da atenção primária não está preparada para assumir a demanda da saúde mental, vendo no profissional da psicologia a possibilidade mais acertada.

Ainda existem carências a serem superadas na busca da integralidade do cuidado e na prevenção e promoção de saúde. Conforme Portela et al (2010), os medicamentos muitas vezes são importantes na promoção de saúde, no entanto, seu uso irracional deve ser evitado.

2.3 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil a prevalência de transtornos mentais severos e persistentes é de cerca de 6%, enquanto a de problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas é de 3%, segundo Onocko-Campos e Furtado, 2006. Houve, nos últimos anos, uma inversão do padrão de gastos do orçamento do SUS em saúde mental, privilegiando-se os gastos com a rede substitutiva de atenção psicossocial em detrimento da rede de hospitais psiquiátricos.

A partir dessas mudanças a assistência à saúde mental no Brasil atravessou profundas e importantes mudanças desde a promulgação da constituição de 1988. No entanto, apenas em 2001 surge a tão esperada Lei 10.216/2001, esta veio dar enquadre legal para a transformação da rede de serviços públicos. A partir de 2001 houve uma expansão importante dos serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Houve com todo esse processo uma reiversão do dinheiro público gasto, indo do investimento hospitalocêntrico no regime militar passa a ter seus recursos gastos majoritariamente com os serviços comunitários e não com hospitais. Assim, o Brasil passa a alinhar-se com uma inconstante tendência mundial, desde o final da segunda guerra, de qualificação de cuidados comunitários para os portadores de doenças mentais, próximos às suas famílias, com respeito e liberdade. Fortalecendo desta forma um dos princípios básicos do SUS, a integralidade do cuidado.

No entanto muitas mudanças positivas já foram alcançadas neste processo no que se refere ao cuidado em Saúde Mental. Entretanto, devido o foco maior do cuidado em saúde mental serem os CAPS, que faz parte de atenção especializada. Sugere-se que este pode ser um ponto das dificuldades encontradas na ESF.

Segundo Bredá, et al. 2005 a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência.

Portanto, conforme resalta Tesser, 2007 da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção básica. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção básica, " de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas".

Vale ressaltar que existem várias formas de olhar para o problema em questão, o estudo de Ferrazza, Rocha e Luzio (2013) abordou a tendência das práticas psiquiátricas contemporâneas de enquadrar em diagnósticos, mal-estares comuns da vida cotidiana e submetê-los a tratamento com psicofármacos. Soalheiro e Mota (2015) falam ainda da existência em nossa sociedade de uma ideia de bem estar constante, não havendo espaço nem tempo para a dor, sendo que todas as adversidades inerentes a vida humana, decididamente precisam ser evitadas. Perussi (2015) afirma que o sofrimento visto como dor legítima o uso do psicotrópico, afinal a medicalização é a forma mais fácil de eliminá-la. Birman, em um seminário em Paris em 1998 já falava sobre esta mudança de estratégia dos médicos frente ao mal-estar, a qual não pretende a cura, mas a regulação do mal-estar.

A ESF parece ser uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada enquanto possibilidade de atenção comunitária em saúde mental. Alguns riscos da formulação de políticas e de inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica podem ser expressos em fenômenos como a ampliação do saber-poder psiquiátricos, a psicologização dos problemas sociais, a ampliação e a ambulatorização da demanda (FIQUEIREDO E CAMPOS, 2009).

Desta forma, conforme apontam Figueiredo e Campos, 2009 a inserção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e principalmente na ESF exige a ruptura de antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda hegemônica nas ações de cuidado que são conduzidas.

Ainda existe um longo caminho a ser percorrido, a saúde mental, principalmente na atenção básica gera medo e incertezas em muitos profissionais, pois fala-se abertamente sobre a prevenção e tratamento de doenças físicas, no entanto, o sofrimento psíquico muitas vezes ainda é deixada de lado.

No dia 14 de dezembro de 2017, houve grande retrocesso neste caminho até então percorrida. O Brasil foi surpreendido pela aprovação de nova política de saúde

mental pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância compota pelas três esferas de gestão de saúde no país – União, estados e municípios – sem a participação da sociedade civil. Neste momento, o presidente do Conselho Nacional de Saúde, não teve seu direito a manifestação garantido, ferrindo a prerrogativa do controle social.

A mudança proposta foi de maior investimentos em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, espaços de segregação e exclusão, o estigma da doença mental pode voltar a assombrar os usuários. Com esse investimento os serviços comunitários, como os CAPS e Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) e outros espaços da RAPS, como Atenção Básica, tenderão a se enfraquecer, coagidos pela pressão para internações psiquiátricas. Por essas e outras, que a caminhada pela democracia continua.

3 MÉTODO

Este estudo seguiu um delineamento descritivo que investigou o uso de psicofármacos por usuários atendidos pela estratégia de saúde da família do Município de Ibiaçá/RS, a população do estudo foi constituída pelos 743 usuários, este número já engloba um dos critérios de exclusão desta pesquisa que são os menores de 18 (dezoito) anos, ou seja, este número representa apenas os usuários maiores de 18 anos que retiraram psicofármacos na Farmácia Pública do Centro de Saúde Ibiaçá.

Para que pudesse ser realizado o estudo, primeiramente, o projeto de pesquisa foi apresentado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, após aprovação, foi feita a apresentação do projeto ao Gestor Municipal de Saúde, e com seu consentimento, foi apresentado à enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, visto que os dados e a localização dos participantes deste estudo estão sob sua responsabilidade, posteriormente foi apresentado e realizado o treinamento das Agentes Comunitárias de Saúde que levaram os questionários a domicílio.

Destes 743 usuários de psicofármacos foi selecionada a amostra de forma aleatória simples de 254 usuários. A amostragem aleatória simples, segundo Gil, 2016 consiste em atribuir a cada elemento da população, neste caso, cada usuário de psicofármaco, um número único para depois selecionar alguns destes elementos de forma casual.

Após o sorteio da amostragem, foi feita o treinamento com as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS e entrega dos questionários para que os mesmos fossem entreguem aos usuários selecionados na amostra no domicílio, durante a visita domiciliar das ACS, além dos questionários entregou-se também um envelope para cada usuário com cola, a fim de garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, e não visualização por outros que não a pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2018. O estudo contou com a participação de usuários de psicofármacos, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Ibiaçá. A ESF atua em todo o território do Município de Ibiaçá, abrangendo tanto a área urbana quanto a área rural, destaca-se que algumas áreas ficaram sem representatividade embora possuíssem usuários devido a falta de ACS que desse cobertura a tal área.

Nesse estudo a coleta de dados aconteceu por meio do questionário estruturado baseado na pesquisa de Santos (2009), APÊNDICE. O questionário investigou dados dos perfil dos usuários, como gênero, idade, estado civil, profissão, escolaridade. Averiguou também quais são os psicofármacos mais utilizados, formas de uso, principais dificuldades em relação ao uso e as formas de acesso ao medicamento, se através da farmácia pública ou privada. Buscou-se compreender quais as formas de enfrentamento os sofrimento emocional, para isso investigou-se a busca por psicoterapias alternativas, acompanhamento psicológico, grupos comunitários e atividades de lazer dos usuários.

Para análise de dados, por se tratar de um estudo descritivo, foi feita uma análise qualitativa e quantitativa, alguns resultados apresentados em números relativos, outros em números absolutos, os dados foram analisados com base em tabelas e gráficos, para que se possam interpretar os resultados obtidos de forma clara. Além disso, as informações disponíveis servirão como base para estudos para o campo de saúde mental, além de possibilitar novos projetos de intervenção em nível local.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratarem em sua maioria de dados quantitativos serão apresentados em formas de tabelas e gráficos, o questionário também conta com duas questões abertas para as quais utilizou-se do método análise de conteúdo, segundo Bardin.

Tabela 1 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiçá-RS quanto ao Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Número de Filhos, Religião e Local de Residência.

		%	n
Sexo	Feminino	70 %	177
	Masculino	26%	67
	Não responderam	4%	10
Faixa etária	20- 29 anos	4%	10
	30-39 anos	9%	23
	40-49 anos	14%	36
	50-59 anos	22%	57
	60-69 anos	27%	69
	70-79 anos	13%	33
	80-89 anos	5%	12
	90-99 anos	1%	02
	Não responderam	5%	12
Estado Civil	Casado	51%	130
	Solteiro	15%	38
	Divorciado	9%	23
	Viúvo	11%	27
	União Estável	9%	24
	Outros	1%	3
	Não responderam	4%	9
Filhos	Sim	80%	202
	Não	15%	38
	Não responderam	5%	14
Número de filhos	1	26%	46

	2	46%	81
	3	13%	23
	4	8%	15
	5	1%	2
	6	1%	4
	7	2%	3
	8	2%	1
	9	1%	2
Religião	Católica	85%	215
	Evangélica	6%	16
	Outros	8%	02
	Não responderam	1%	21
Localidade	Zona Urbana	76%	193
	Zona Rural	24%	61

Fonte: Giacomini, (2018)

A análise mostra que, do total de usuários da amostra, 177 (70%) usuários são do sexo feminino e 67 (26%) do sexo masculino, 10 (4%) usuários não responderam este item. Carlini et al, (2005), Rodrigues, et al (2006), Garcia, et al (2006) Santos (2009) e Rocha e Werlang (2013) também observam um maior uso de psicofármacos pela população do sexo feminino.

É possível observar maior prevalência (27%) do uso de psicofármacos pela população na faixa etária dos 60 aos 69 anos, Rodrigues et al (2006), refere que o maior consumo de psicofármacos associou-se significativamente com o aumento da idade, Santos (2009) também aponta a predominância do uso de psicofármacos na população acima de 61 anos.

Os dados relativos ao estado civil, indicam que 130 (51%) usuários são casados, 38 (15%) solteiros, 27 (11%) viúvos, 24 (9%) união estável, 23 (9%) divorciados, dado este que corrobora com a pesquisa de Santos (2009) a qual aponta o estado civil predominante de pessoas casadas.

Em relação a filhos, 202 (80%) responderam que sim, 38 (15%) que não, 14 (5%) não responderam. Dos participantes que responderam que sim, a maioria 81 (46%) usuários possuem 2 filhos e 46 (26%) usuários possuem 1 filho.

Os dados relativos religião destaca-se que a maioria 215 (85%) dos usuários declaram-se católicos, este dado é reforçado em outra questão onde alguns participantes citam a participação em atividades religiosas na comunidade como forma de lazer, será melhor discutido posteriormente.

Quanto a localidades, conforme dados da tabela 1, a maioria dos usuários entrevistados 191 (76%) pertencem a zona urbana, no entanto, faz-se importante destacar que algumas comunidades do interior não participaram da pesquisa, embora o relatório da retirada de medicamentos controlados apontasse usuários. A exclusão destes usuários da pesquisa deve-se ao fato de residirem em locais que não possuem a cobertura da ESF por meio de ACS. Tal situação pode estar vinculada ao fato de que no último processo seletivo, realizado em 2015 no município, não houve aprovação de ACS para algumas microareas.

Tabela 2 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiçá-RS quanto ao Grau de Escolaridade, Profissão, Renda Familiar e número de pessoas que compõe a Família

		%	n	
Escolaridade	Analfabeto	4%	11	
	Ensino Fundamental Incompleto	53%	134	
	Ensino Fundamental Completo	10%	25	
	Ensino Médico Incompleto	4%	11	
	Ensino Médico Completo	11%	29	
	Ensino Superior Incompleto	2%	06	
	Ensino Superior Completo	6%	14	
	Não responderam	10%	24	
	Profissão	Do lar	12%	31
		Agricultor (a)	18%	45
Aposentado		27%	68	
Outros/diversos		30%	77	
Não Responderam		13%	33	
Renda Familiar	>1 salário mínimo	9%	23	
	1 a 2 salários mínimos	64%	162	

(salários mínimos)	3 a 4 salários mínimos	7%	17
	5 a 7 salários mínimos	1%	03
	Não responderam	19%	48
Número de pessoas na família	1 a 3 pessoas	64%	163
	4 a 5 pessoas	23%	58
	6 a 7 pessoas	1%	02
	Não responderam	12%	31

Fonte: Giacomini, (2018)

Analisando os dados descritos na tabela 2, evidencia-se a baixa escolaridade e parcela importante estar aposentada. Santos (2009) apresenta em sua pesquisa dados que corroboram com este resultado, destacando a baixa escolaridade da maior população usuária, e o fator aposentadoria. Já Hilderbrandt et al (2009), apresenta as atividades domiciliares em primeiro lugar em maior uso, seguida dos aposentados.

Em relação aos aposentados, demonstram estar em uma fase da vida que, em virtude de suas condições, apresentam alto índices de modificações orgânicas, emocionais, o que segurem que possam ser fatores contributivas para o uso de psicofármacos.

Pode-se perceber que os antidepressivos são predominantes, como também aponta Araujo et al (2012) onde concluíram que os antidepressivos ainda ultrapassam os benzodiazepínicos em prescrições. No município de Ibiacá, conforme o Gráfico 1, o estudo aponta que os principais antidepressivos indicados fazem parte do grupo dos ISRS sendo eles: a Sertralina 85 usuários, a Fluoxetina 36 usuários, a Paroxetina 25 usuários; dentro dos antidepressivos. Psicofármacos duais tiveram indicativo de 43 usuários, referindo o uso de Venlafaxina, e 32 usuários referindo o uso de Amitriptilina. Ainda destaca-se o número de 19 usuários que relatam o uso do Diazepan, este pertencente ao grupo dos benzodiazepínicos. 101 usuários referem o uso de outros psicofármacos, não contabilizados individualmente, pois o número de usuários não ultrapassou 10 por medicamento, sendo todos pontuados na categoria outros, que desta forma representa mais de um medicamento. Destaca-se que neste caso, os dados são apresentados em números absolutos, devido o uso de medicamento ser, em alguns casos, mais de um medicamento por usuário.

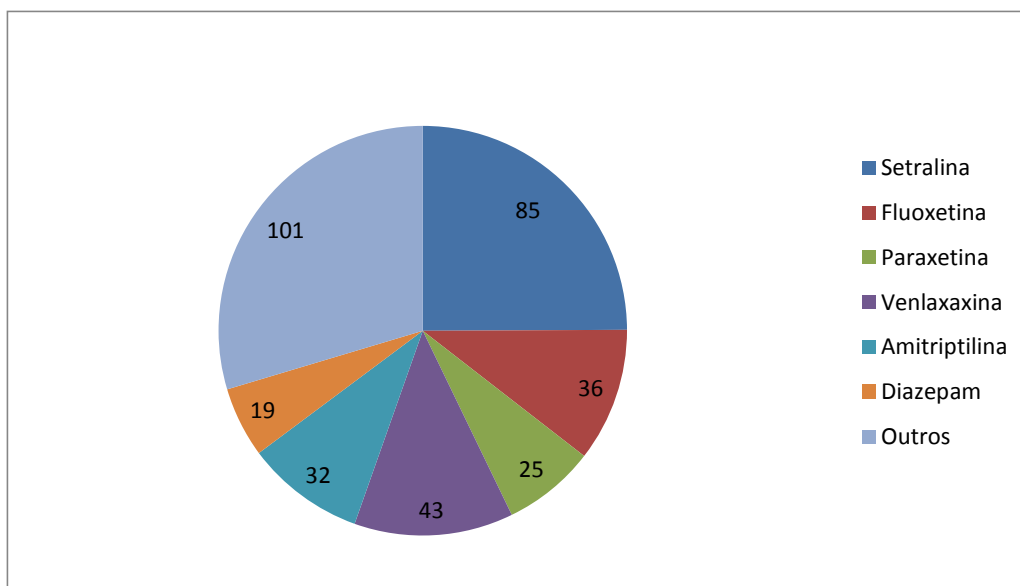


Gráfico - 1 Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, psicofármacos.

Buscou-se verificar a regularidade do uso e pode-se perceber que alguns usuários (19) referem não fazer uso regular e justificam tal conduta da seguinte forma “tomo quando me sinto muito irritada”, “quando estou muito estressada”, “só quando necessário”, “quando não se sente bem”. Tal conduta pode indicar algumas perspectivas de reflexão: a necessidade do uso, a efetividade do tratamento e a adesão, bem como o conhecimento quanto ao uso correto de medicamentos.

A grande maioria (241 usuários) passou a fazer uso de psicofármacos por orientação médica. Contudo ainda aparecem casos de automedicação como 1 usuário que referiu passar a fazer uso através de parente e 1 afirma ter começado a tomar por conta. Rodrigues, et al (2006) aponta que a maioria das pessoas usam com orientação médica. Quanto as principais dificuldades em relação ao uso, 35 usuários pontuam como principal dificuldade que esquecem de tomar, 20 afirmam não ter dificuldade e 182 não responderam

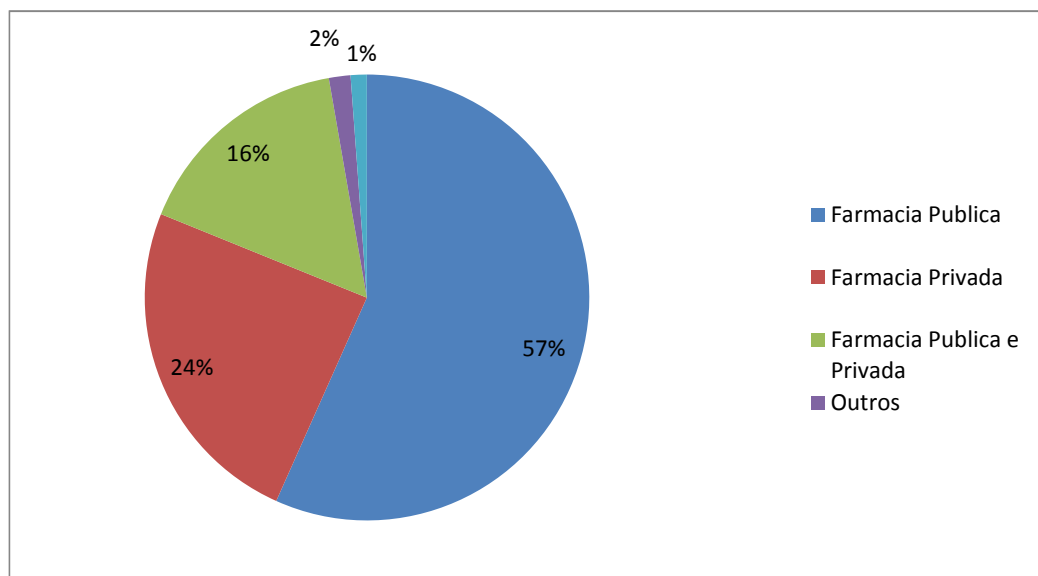


Gráfico 2 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, em relação ao local onde consegue a medicação.

Em relação a como consegue os medicamentos, 144 (57%) conseguem na farmácia pública, 62 (24%) na farmácia privada, 41 (16%) declaram conseguir nas duas. Do total de participantes a maioria (216) referem que tem facilidade em conseguir a medicação. Entre aqueles que relatam ter dificuldades em conseguir a medicação (27), referem que “às vezes não está disponível no posto de saúde”, “às vezes tem que comprar”, “burocracia”, “custo elevado”, “foi retirado da farmácia pública”. Recentemente dois antidepressivos foram retirados da farmácia básica, pois são medicamentos adquiridos pelo município, e com o intuito de corte de custos, optou pela retirada, sendo eles, a paroxetina e a velafaxina.

Interessava saber os motivos que levaram ao uso de psicofármacos. Atualmente tem-se falado sobre os Transtornos Mentais Comum (TMC), segundo Vidal et al (2013) esta expressão foi criada por Goldberg e Huxley, e compreende sintomas depressivos e ansiosos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Destacam que estes sintomas, embora possam estar acompanhados de incapacidade funcional e sofrimento, não preenchem os critérios formais para diagnóstico de depressão e ansiedade. Em sua pesquisa ficou comprovado o alto índice de TMC em mulheres, na faixa etária média de 45 anos, o que sugere o indício de mulheres sem transtorno mental usando psicofármacos. Considerando os dados

levantados no presente estudo, os participantes justificam o uso mediante a presença dos seguintes sintomas: 123 devido a depressão, 69 insônia, 56 agitação e 53 irritabilidade.

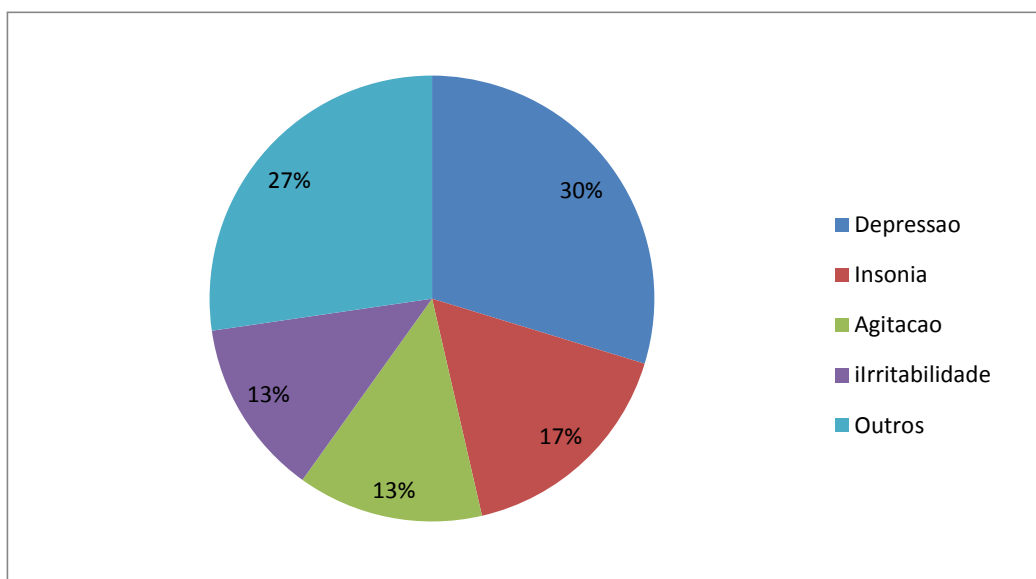


Gráfico 3 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, motivos do uso.

Outro dado neste contexto que merece destaque é que 93 usuários referem ter iniciado o uso a mais de um ano, 53 usuários a mais de 3 anos e 45 usuários a mais de 9 anos.

Vale ressaltar que existem várias formas de olhar o problema em questão, o estudo de Ferrazza, Rocha e Luzio (2013) abordou a tendência das práticas psiquiátricas contemporâneas de enquadrar em diagnósticos, mal-estares comuns da vida cotidiana e submetê-los ao tratamento de psicofármacos. Soalheiro e Mota (2015) falam ainda da existência em nossa sociedade de uma ideia de bem estar constante, não havendo espaços e nem tempo para a dor, sendo que todas as adversidades inerentes a vida humana, decididamente precisam ser evitadas.

Destaca-se na sequência, o Gráfico 4, o uso de psicofármacos devido processo de luto, 44 usuários pontuam este item. O que sugere o uso de medicamento psicofármaco como uma forma de enfrentamento a esse processo.

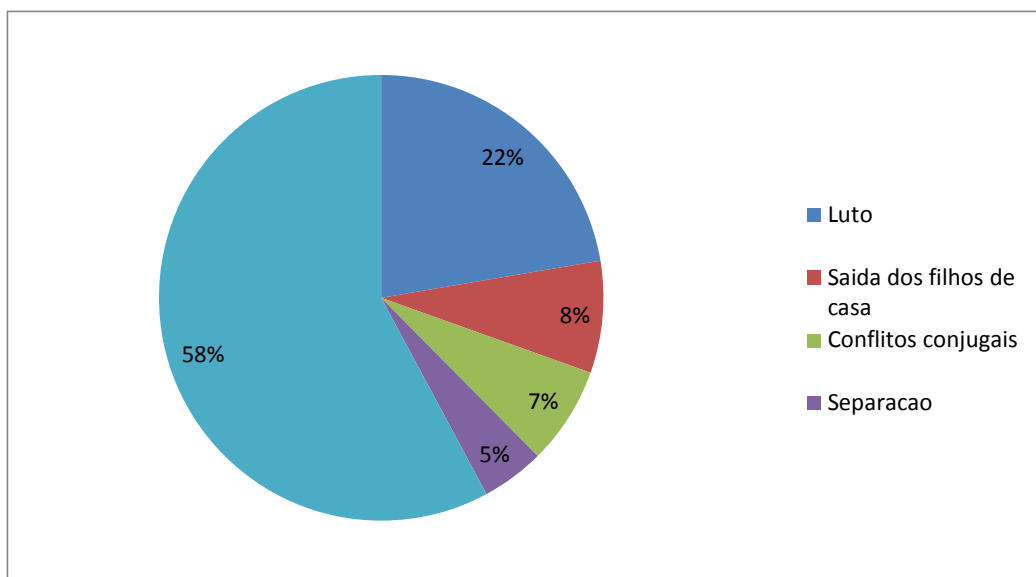


Gráfico 4 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, situações vivenciadas relacionada ao início do uso.

Foi investigado também entre os usuários que responderam ao questionário se existem outras pessoas na família que também fazem uso de psicofármaco. Teve-se o seguinte resultado: 56 usuários referem que apenas 1 pessoa na família faz uso, 46 mencionam existir de 1 a 3 familiares que fazem uso, 10 pessoas de 4 a cinco pessoas na família, 4 de 6 a 7 familiares, 1 participante de 8 a 9 familiares, 2 mais de 9 e 135 participantes não responderam a este item. Quanto ao retorno ao médico 52 usuários alegam terem retornado mais de 9 vezes, o que torna-se compreensível pelos anos que uso, também pelo relato de uma participante, “várias vezes para pegar a receita”, o que sugere que muitas vezes esse pode ser a única forma de auxílio.

Tabela 3 – Perfil do usuário de Psicofármacos de Ibiaçá-RS quanto a Realização de Acompanhamento Psicológico, Tempo de Acompanhamento e Terapia Alternativa

Acompanhamento psicológico	Sim	73
	Não	168
	Não responderam	15
Meses que permaneceu em acompanhamento psicológico	>1 mês	11
	1 a 2 meses	25
	3 a 4 meses	10
	5 a 6 meses	10

	7 a 8 meses	2
	9 ou > meses	11
	Não responderam	185
	Não lembra	3
Terapia alternativas	Sim	30
	Não	189
	Não responderam	35

Fonte: Giacomini, (2018)

Uma análise feita por Bezerra, et al (2016), sobre a gestão do cuidado evidenciou sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso de medicamentos, sendo esses, por vezes, desnecessários e que o fazem como único recurso terapêutico. Perde-se com isso um dos princípios do SUS que é a autonomia do sujeito, denominados pelos autores supracitados de “assujeitados”, não tem autonomia sobre o cuidado de si, e a relação profissional-usuário, com frequência, não permite decisões compartilhadas sobre seu projeto terapêutico.

Referente a prática de alguma terapia alternativa, dos 30 usuários que declaram fazer ou já terem feito, nota-se que os mesmos consideram terapias alternativas: ioga, pilates, caminhada, acupuntura, massoterapia, crochê, ginástica, massagem, fisioterapia, meditação, reiki e atendimentos realizados por padres. Percebe-se desta forma que os participantes da pesquisa não possuem compreensão claro do que são as terapias alternativas. Torna-se importante citar a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 a qual inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Massoterapia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Ioga a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Tabela 4 – Motivos atribuídos pelos usuários de psicofármacos de Ibiaçá-RS, para a manutenção do uso de antidepressivos.

Depressão	7
Bem estar	116
Prevenção de agravos a saúde física	22
Dependência	25
Início do tratamento	4
Não faz mais uso	7

Fonte: Giacomini, (2018)

Por se tratar de uma pergunta aberta foi apresentada na tabela acima categorias, dentro da categoria depressão estão as respostas subjetivas com esta nomeação, já dentro da categoria “bem estar” refere-se aos registros como: “porque se sente bem”, “porque se sente melhor”, “mais calma”, “mais tranqüila”, “menos preocupada”, “boa concentração”, “manter-se bem e não ter crises”, “por ter melhorado”, “evitar a ansiedade”, “para sentir-se bem e resolver os problemas da vida”, “para não ter ansiedade e conseguir dormir”, “evitar a ansiedade”, “para trabalhar tranqüila”, “pra conseguir dormir e descansar”, “ porque se sente bem usando, confortável e segura”, “precisa tomar porque se sente bem, fica sem dores e mal estar”, “para me controlar”. Na categoria Prevenção de agravos a saúde física, encontra-se os seguintes relatos: “se não tomar altera a pressão”, “efeitos da menopausa”, “pela saúde”, “precisa porque é deficiente”, “precisa”, “porque se não volta a depressão e a pressão sobre”.

Quanto a categoria dependência, encontra-se os registros: “não consegue ficar sem”, “se ficar sem, fica muito ansioso”, “se para fica ruim”, “medo de recair”, “dependência dos medicamentos”, “porque não pode ficar sem”, “não conseguiu parar”, “quando começou usar se sentiu bem, não consegue ficar um dia sem, já fica diferente”, “porque se não tomar tem recaída”, “sem tomar tem pouco sentido viver”, “porque se ficar sem fica muito irritada, agitada”, “porque se ficar sem, tem pouco sentido viver”, “se ficar sem, fica pra baixo”, “se não toma fica mal”. Categoria Início do tratamento: “faz pouco tempo que começou usar”, “porque ainda não melhorou”. Quanto a categoria Não faz mais uso, estão inclusos: “não usa mais”. Já na categoria Orientação médica inclui: “orientação médica” e “porque o médico não mandou parar”.

O dado apresentado na categoria prevenção de agravos a saúde física, esta diretamente relacionado com dados expostos no Gráfico 5, sobre os outros diagnósticos que necessitam de medicação continuada, hipertensão aparece em primeiro, com 106 usuários, seguida de diabetes, por 31 usuários.

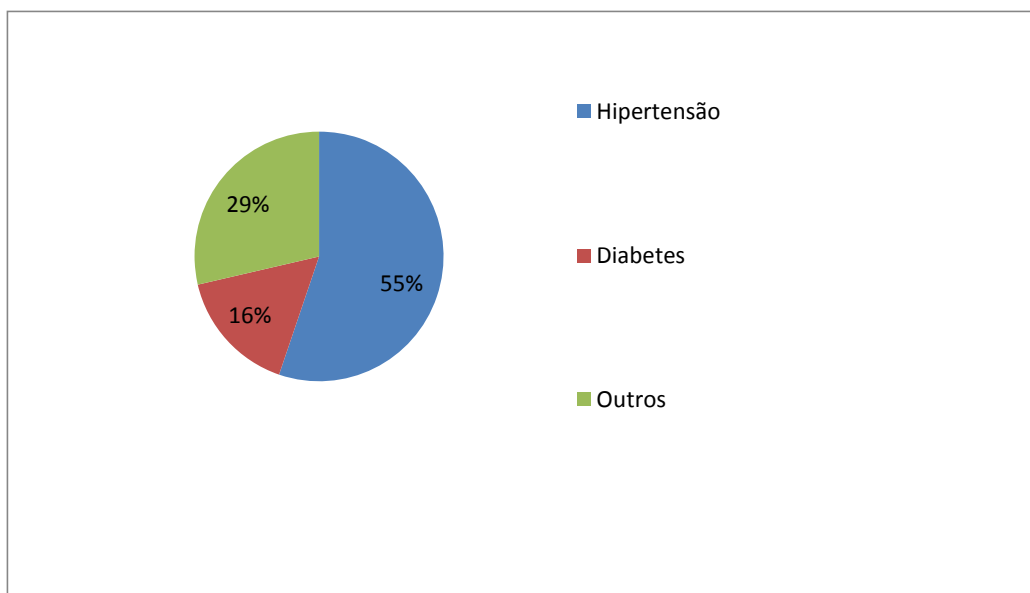


Gráfico 5 - Distribuição de usuários de psicofármacos atendidos pela ESF, no Município de Ibiaçá, RS, no período de julho a dezembro de 2017, outros diagnósticos.

Consideram-se como formas de enfrentamento, ou situações que contribuem para o bem estar a inclusão em grupos sociais, com isso foi investigado a participação em algum grupo da comunidade, 95 afirmam que sim, 135 que não, e 26 não responderam. Dos que afirmam que sim, 45 participantes referem participar de grupos religiosos (igreja, atividade de ministro, catequista, apostolado da oração, ladeira, grupo de jovens e louvor, CLJ, mãe apostólica, cursilho e coral). Além destes aparece em segundo lugar grupo da terceira idade, com 16 participantes, diretamente relacionado com a faixa etária dos participantes aposentados.

Outra questão aberta que buscou encontrar as formas de enfrentamento ao sofrimento mental refere-se as atividades de lazer que os participantes realizam, sendo apresentadas as respostas que apareceram mais de cinco vezes, elencando como outras/diversas as que apareceram menos de cinco vezes, conforme exposto tabela .

Tabela 5 – Atividades de lazer, consideradas formas de enfrentamento ao sofrimento mental.

Atividades	Nº de respostas
Caminhadas	35
Assistir TV (redevida, novelas)	15
Jogar baralho	9

Passear	20
Grupo de dança	10
Crochê	7
Jantar	11
Sair, encontrar, conversar com amigas	14
Tomar mate/ chimarrão	15
Ginástica/exercícios físicos/academia	25
Ginástica da Terceira Idade	6
Jardim, lidar com flores	5
Ler	6
Viajar	11
Outras/diversas	96

Fonte: Giacomini, (2018)

Percebe-se desta forma que existem atividades de lazer que os usuários participantes desta pesquisa realizam, algumas poderiam ser estimuladas através das Oficinas Terapêuticas se implantadas no Município, como o crochê, chimarrão com amigos, atividade física, dança, entre outras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos propostos por essa pesquisa, pode-se observar que o perfil dos usuários de psicofármacos do município de Ibiaçá, em sua maioria são do sexo feminino, destacando como principal profissão a classe de aposentados. Aliado a isso, pode ser considerado formas de enfrentamento os sofrimento mental as atividades de lazer realizadas por alguns participantes, o que justifica a criação de uma oficina terapêutica.

O desenvolvimento e principalmente a execução de qualquer política pública implica, necessariamente o reconhecimento do território, população, situação atual destes, bem como a criação e desenvolvimento de práticas para a execução da política. Porém o passo inicial deveria ser o diagnóstico da situação, ou seja, a definição de onde se está e onde se quer chegar. Neste sentido, este estudo inaugura, no município pesquisado um diagnóstico, ainda que inicial, sobre o fazer em saúde mental.

O Município de Ibiaçá/RS conta, a partir desde estudo, com o mapeamento dos principais psicofármacos utilizados pelos usuários atendidos pela ESF, bem como atividades de lazer, que podem ser estimuladas favorecendo assim a saúde mental, destacam-se nesta perspectiva as atividades físicas, como a ginástica e grupos de terceira idade.

O caminho a ser percorrido em busca da integralidade do cuidado deve levar em conta todos os aspectos importantes para compreensão deste fenômeno, uso de psicofármacos e buscar alternativas que consigam romper com a limitação das ações profissionais, usuários e seus familiares, diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influenciam na capacidade de participação social. Buscar a compreensão de um sujeito integrado em sua coletividade, mas sem deixar de reconhecer os limites e as potencialidade da sua singularidade.

Para que os princípios do SUS se consolidem, principalmente no que se refere a integralidade do cuidado existe a necessidade da educação permanente na APS, para que os profissionais estejam preparados para lidar com essa nova demanda, que apesar da contribuição e estímulo da indústria farmacêutica, o usuário do serviço também demanda que seu sofrimento seja resolvido de forma imediata. Sabe-se que os

medicamentos psicofármacos são importantes, por vezes, essências, porém não são, e não devem ser considerados, a única forma de lidar com o sofrimento psíquico.

Além da educação permanente, precisa-se pensar em ações de matriciamento, atividade do psicólogo no âmbito da saúde mental, como estratégia diante do alto número de usuários de psicofármacos no Município, buscando ações mais amplas, a fim de facilitar o trabalho da ESF, auxiliando na oferta de uma atenção mais qualificada a esses usuários. Sugere-se a construção de um grupo com a ACS, com o objetivos de discutir e planejar conjuntamente formas de atuação.

Diante do fato do público feminino ser o maior usuário, seguido de aposentados, profissionais da agricultura e do lar, é necessário pensar em atividades prioritariamente com esse público, abrangendo inclusive a área rural. Para isso sugere-se o pactuação através de projeto com o estado e a construção de Oficinas Terapêuticas, as quais no caso de Ibiaça, conforme exposto pela Resolução nº 404/11 – CIB/RS, enquadra-se nas Oficinas Terapêuticas Tipo II.

Além disso, evidencia-se a importância da realização de reunião de equipe a fim de poder discutir os casos de maior necessidade, buscando quando necessário, construir um PTS, o que poderá favorecer a diminuição dos índices atuais de consumo de psicofármacos.

Diante dos dados apresentados neste estudo, pode-se perceber que o município conta com recursos e ações que são contributivas para a saúde mental, como as ginásticas, o grupo da terceira idade, grupo de pintura, enfim atividades já realizadas pelo Município através das Oficinas do Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, que mesmo não sendo atividades vinculadas a pasta da saúde, contribui para o bem estar de forma indireta, e repercutindo assim para a saúde mental.

Desta forma, além de estimular a manutenção desses grupos que possuem aceitação de uma parcela da população, faz-se extremamente necessário, o início de reuniões de equipe para discussão de casos, educação permanente e matriciamento das ACS a fim de possibilitar maior abrangência do trabalho em saúde mental, visando sempre o cuidado integral em saúde, como proposto pela lei do SUS.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. L. C. Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral – CE. **SENARE**, Sobral, v.11. n.1., p. 45-54, jan./jun. 2012.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.1, p. 223-230, 2012.

BARRETO, F. OLCHOWSKY, A. A saúde mental na Estratégia da Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ed.6 p. 900-907. 2010.

BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise a luz da gestão do cuidado. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V. 40, n. 110, p. 148-161, jul-set 2016.

BIRMAN, J. A psicologia na pós-modernidade. Conferência na Instituição La Psychanalyse Actuelle, Paris, 1998.

BOCCARDO, A. C. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. Vol. 22. N 1, p. 85-92. Jan/abr. 2011.

BORGES, T. L. HEGADOREM, K.M. MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev. Panam Salud Publica**, 38(3), p. 195-201. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. Para entender a gestão do SUS/ **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União. Brasília**, DF, n. 182, p-18055-18059, 20 de setembro de 1990. Seção 1.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 69-E, p.2, 09 de abril de 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 MS/GM de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União. Brasília**, DF, n. 96, p.37-40, 21 de maio de 2013, Seção 1.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº 404/11 – CIB/RS. Resolve instituir, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental e de Atenção Básica,

Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e do tipo II, na Atenção Básica. **Secretária de Saúde**. Porto Alegre, 26 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, MS/GM de 27 de março de 2017 Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União. Brasília, DF**, nº 60, Seção 1, pág. 68. 28 de março de 2017.

BRASIL, H. H. A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatria**. Vol. 22, p. 40-41. 2000.

BRÊDA MZ, ROSA WAG, PEREIRA MAO, SCATENA MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005; 13(3):450-452.

CAMPOS, O. R. Clínica: a palavra negada sobre as práticas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. Vol. 25. nº 58, p. 97-111. 2001.

CARLINI, E. A. et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Páginas & Letras. São Paulo. V. 01. 420 p. 2007.

CARTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. Trad. Guy Reynaud. Rio de Janeiro. **Paz e Terra**, 418 p. 1986.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**. Vol. 47. p. 79 -107. 2014.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**, Botucatu, SP vol.21, n.61, pp.373-384 Out 2016.

FERAZZA, D. A. ROCHA, S. C. LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. 6 (2). P. 255-265. jul-dez, 2013.

FIGUEIRA, P. L. CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Pisc. Clin.**, Rio de Janeiro, vol.26, n.2, p. 17-32, 2014.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, n.1, pp.157-166. 2012.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estudo da medicalização e as inerprelações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, V.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GARCIAS, C. M. M. 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, Vol. 24. P. 1565-1571. Jul. 2008.

GASQUET, I. et al, Psychotropic drug use mental psychiatric in France: results of the general population ESEMeD/MHedeA 2000 epidemiological study. **Encephale**, p. 195-206. 2005

HILDEBRANDT, L.M. et al, Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal de saúde. <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496> (acessado em 28/Ago/2017). 2009.

IGNÁCIO, V. T. G. ; NARDI, H. C. A medicalização como Estratégia Biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**. Vol. 19, p. 88-95, 2007.

MACHADO, L. V. LESSA, P. S. Medicalização da vida: Ética, Saúde Coletiva e Indústria Farmacêutica. **Psicologia & Sociedade**. Vol. 24. P. 741-743. 2012

MANCINI, R. L.; VALIENGO, L. C. L. Psicofármacos. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M.C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, p. 1887-1896. 2012.

MARTINS, A. L. A psiquiatrização da vida na sociedade de controle. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. p 119 – 140. 2009.

MEDEIROS, L. F. A medicalização do sofrimento mental. **Investigação Qualitativa em Saúde**. Vol.1. p. 345-348. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.15, n.5, p.2297-2305. 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(10) p. 2889-1898. 2013.

ONOCKO-CAMPOS RT, FURTADO JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(5):1053-1062.

PERUSSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**. vol 27, n. 1. p. 139- 159. 2015.

PRATA, N. I. S. S. et al. Saúde Mental e Atenção Básica: Território, violência e o desafio das Abordagens psicossociais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.15 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2017.

PORTELA, A.S. Políticas públicas de medicamentos: trajetórias e desafios. **Rev. Ciência Farm. Básica Apl.** Vol. 31, n.1, p. 09-14. 2010

RODRIGUES, M. A. P; FACCHINI, L. A. e LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** vol.40, n.1, pp.107-114. 2006.

ROCHA, B. S. WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia de Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva.** 18(11) p. 3291-330, 2013.

SANTOS, R. C. Perfil dos Usuários de psicofármacos atendidos pela estratégia saúde da família da zona urbana do Município de Presidente Juscelino. 2009. 31f Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corito, MG, 2009.

SILVEIRA, D. P. e VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva.** Vol.14, n.1, p.139-148. 2009.

SOALHEIRO, N. I. MOTA, F.S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Revista Polis e Psique,** v. 4, n.2 p. 65-85. 2014.

TESSER CD. Medicalización social (II): Limites biomédicos e propuestas para la clínica en la atención básica. Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

VIDAL, C. E. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Caderno Saúde Coletiva,** 21(4) p. 457-464, 2013.

ZEFERINO, M. T. et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery.** Vol.20, n.3. 2016.

Termo de Ciência para Questionário Anônimo

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa **O Uso de Psicofármacos por usuários atendidos pela Estratégia de Saúde da Família no Município de Ibiaçá/RS** sob execução do(a) aluno(a) **Marta Giacomini, fone (54) 9.9692-8315** e sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Prof. Felipe Biasus, fone (54) 3520-9000 ramal 9130**.

Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado (a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Esse Projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da URI – Campus de Erechim (Fone: (54) 3520-9000. r. 9191).

Questionário			
1)Data da entrevista:	2)Sexo [] F []M	3)DN:	4)Idade:
5)Tem filho(os)? [] Sim []Não Quantos? _____	6)Estado civil: [] Solteiro(a) [] Casado(a) [] Divorciado [] Viúvo [] União Estável [] Outro: _____		
7)Qual a sua profissão?	8)Segue alguma religião? []Católica []Evangélica []Outra, qual: _____		
9) Endereço: []Centro [] B. Vila Nova []B. Bianchini [] L. Pro Morar []Araçá Baixo []S. Barbará [] Butia []Araçá Alto []Usina []Navegantes []Ponte Ligeiro []Rio do Meio []15 Novembro []Maito []P.Varzea []s. José []Campinas []Pulador []Divino []Rio Telha []S. Terezinha []Sto. Antônio []S. Pedro []S. Bom Jesus [] S. Francisco do Planalto [] Sagrado Cor. Jesus []S. Ricardo []V. Vitória []Três Pinheiros [] Divino Faxinal []Outro: _____			
10)Renda familiar (em salários mínimos): [] >1 [] 1 a 3 [] 3 a 5 [] 5 a 7 [] 7 a 9 [] 9 ou >			
11)Escolaridade: [] Analfabeto [] E. F. Incompleto []E.F. Completo []E.M Incompleto []E.M Completo []E.S. Incompleto []Sup. Completo			

12) Quantas pessoas tem na família? [] 1 a 3 [] 3 a 5 [] 5 a 7 [] 7 a 9 [] 9 ou >
13) Psicofármaco em uso? [] Fluxetina [] Paroxetina [] Sertralina [] Citalopran
14) Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
15) Vezes/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Psicofármaco em uso? [] Escitalopran [] Nortridiptilina [] Amitriptilna [] Imipramina
Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Vezes/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Psicofármaco em uso? [] Clomipramina [] Ventafaxina [] Mirtazapina [] Bupropiona
Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Vezes/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Psicofármaco em uso? [] Alprazolam [] Clonazepam [] Diazepam [] Lorazepam
Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Vezes/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Psicofármaco em uso? [] C. de Lítio [] Valproato Sódio [] Carbamazepina [] Lamotrigina
Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Vezes/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4
Psicofármaco em uso? [] Clopromazina [] Trifluoperazina [] Haloperidol [] H. decanoato
Comprimido/dia [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4

	[]4	[]4	[]4	[]4
Vezes/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Psicofármaco em uso?	[] Risperidona	[] Olanzapina	[] Clozapina	[] Quetiapina
Comprimido/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Vezes/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Psicofármaco em uso?	[] Aripiprazol	[] Biperideno	[] Metilfenidato	[] Promerazina
Comprimido/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Vezes/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Psicofármaco em uso?	[] Zolpidem	[] Propranolol	[] Amitriptilina	[] Outro: _____
Comprimido/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
Vezes/dia	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3	[]1 []2 []3
	[]4	[]4	[]4	[]4
16) Usa o medicamento diariamente/regularmente? [] Sim [] Não, por quê? _____				
17) No horário certo? [] Sim [] Não				
18) Como começou a usar? [] O. Médica [] parente [] vizinho [] amigo [] Outro: _____				
19) Como consegue o(s) medicamento(s)? [] farmácia pública [] farmácia privada [] outro: _____				
20) Tem facilidade em conseguir? [] Sim [] Não, por quê? _____				
21) Quando começou a usar (anos)? [] 1 a 3 [] 3 a 5 [] 5 a 7 [] 7 a 9 [] 9 ou >				
22) Por que começou a usar? [] Insônia [] Agitação [] Depressão [] Convulsão [] Fadiga [] Irritabilidade [] Esquecimento [] Dificuldade de Concentração [] Queixas somáticas [] Outros: _____				
23) Ouve algum situação difícil vivenciada no início do uso? [] Separação [] Luto [] Saída dos filhos de casa				

<input type="checkbox"/> Conflitos conjugais <input type="checkbox"/> Violência física <input type="checkbox"/> Outros: _____	
24) Além de você, quantos familiares usam medicamento controlado? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >	
25) Quantas vezes voltou ao(à) médico (a) que iniciou a medicação desde o início do uso?	
<input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >	
26) Por que mantêm o uso?	
27) Já realizou acompanhamento psicológico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28) Quanto meses permaneceu em acompanhamento? <input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >	
29) Já procurou auxílio de alguma de terapia alternativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
30) Participa em algum grupo em sua comunidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(ais): _____	
31) Quais as atividades de lazer que realiza?	
32) Quais as principais dificuldades em relação ao uso do medicamento? <input type="checkbox"/> Esquece de tomar <input type="checkbox"/> Interrompe o uso sem O. M. <input type="checkbox"/> Altera a dosagem sem O.M. <input type="checkbox"/> Confunde com outros em uso <input type="checkbox"/> guarda em local inadequado <input type="checkbox"/> Difícil acesso	
33) Possui outros diagnósticos que exigem uso de medicação contínua? <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Muito Obrigada!	Entrevistador:

ANEXO

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim



Termo de Autorização da Instituição

Nós, abaixo assinados, responsáveis pela Secretária Municipal de Saúde com a ciência da Enfermeira Responsável pela ESF, **autorizamos** a realização do estudo **O USO DE PSICOFÁRMACOS POR USUÁRIOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IBIAÇÁ/RS**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. **Fomos** informados pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: **Apresentação e treinamento das Agentes Comunitárias de Saúde para que estas possam aplicar o questionário de coleta de dados desta pesquisa durante as Visitas Domiciliares dos usuários sorteados para atender o critério de amostra.**

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Felipe Biasus

Marta Giacomini