



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

JOSÉ RICARDO RANGEL SANTOS JÚNIOR

**USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA - CE**

FORTALEZA - CE

2018

JOSÉ RICARDO RANGEL SANTOS JÚNIOR

USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA - CE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

FORTALEZA - CE

2018

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)

- S235u Santos Júnior, José Ricardo Rangel.
Uso de psicotrópicos por crianças em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza - CE / José Ricardo Rangel Santos Júnior. – 2018.
89 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim .
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Psicotrópicos. 3. Criança. 4. Medicalização. 5. Saúde Mental. I. Título.
CDD 610.73
-

JOSÉ RICARDO RANGEL SANTOS JÚNIOR

USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA - CE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Manoel Ribeiro de Sales Neto (1º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Ana Paula Pessoa Maciel (2º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

À minha família, em especial meus pais e irmão
pelo apoio e amor incondicional.

Ao meu mais fiel amigo e companheiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda benção concedida, por ter me guiado e me dado forças pra superar qualquer obstáculo durante a minha trajetória acadêmica.

À professora e minha orientadora Ana Paula Soares, para além de todo o aprendizado obtido com as suas contribuições, mas pela gentileza e receptividade que teve comigo desde quando entrei para o seu grupo de pesquisa, o Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME).

A todos os meus amigos e colegas do LISFARME, seja da graduação ou pós-graduação os quais tive contato, pelo incentivo, companheirismo, momentos de aprendizagem coletiva e troca de experiências.

A todos os professores do departamento de enfermagem, que com toda a certeza, contribuíram imensamente para a minha formação profissional.

Às minhas queridas amigas do curso de enfermagem, que estiveram comigo desde o início na faculdade, Carla, Viviane, Thaissa e Nádia, por todos os momentos de descontração e amizade que certamente trouxeram mais leveza à essa jornada.

E, por último, mas não menos importante, a todos aqueles que me ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Encerro, desse modo, esses agradecimentos com uma só palavra:

Gratidão.

RESUMO

Essa investigação traz como problemática a elevada prescrição e utilização de medicamentos psicotrópicos dispensados para a população infantil, sobretudo direcionados ao tratamento dos transtornos mentais. Soma-se ao exposto, a necessidade de se avaliar essa temática no contexto da APS, principalmente com base na escassez de estudos. Nesse sentido, teve-se como objetivo, descrever a utilização de psicotrópicos por crianças atendidas em uma Farmácia Pólo de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza – CE. O estudo se caracteriza como descritivo, com abordagem quantitativa. Foi aplicado um formulário diretamente com os pais ou responsáveis das crianças que utilizam psicotrópicos no momento em que esses buscam o medicamento na Farmácia da UAPS. A coleta de dados ocorreu entre o mês de outubro de 2018. Utilizou-se o programa estatístico Epi Info™ *for Windows*, versão 7.2.2.6 para armazenamento e análise dos dados. Das 67 crianças que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, houve predominância do sexo masculino (79,1%), da faixa etária de 5 a 7 anos (28,4), e das que recebiam benefício social (53,7%). Os responsáveis pelas crianças possuem média de idade de 38,5 anos, são solteiros (49,2%), não trabalham (67,2%), e a mãe se destaca como a principal cuidadora das crianças (73,1%). Os chefes de família, em geral, também são as mães das crianças (44,8%), pertencentes às classes econômicas C2 e D (79,1%). Os medicamentos psicotrópicos mais prescritos foram os antipsicóticos (65%), seguidos dos antiepiléticos (18,4%). A média de utilização é de 1,43 medicamentos. Os neuropediatras e psiquiatras infantis são os principais prescritores (59,6). Com relação à origem das prescrições, em sua maioria são provenientes das UAPS. Entre as crianças, 97% realizam acompanhamento médico segundo responsáveis, com destaque para os neuropediatras e psiquiatras infantis (87,5). 62,7% da amostra das crianças realizam tratamento não medicamentoso, com média de 2,86 profissional por criança, há destaque para o terapeuta ocupacional (29,2%), seguido dos psicólogos (27,5). A maioria dos familiares das crianças apoiam tanto o tratamento medicamentoso (95,5%), quanto o tratamento não medicamentoso (92,9%). Desse modo, observou-se uma alta prevalência do uso de medicamentos psicotrópicos na população infantil, sobretudo em crianças com idade mais baixa, o que reforça a necessidade de mais estudos que avaliem o uso desses medicamentos pela população infantil na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Psicotrópicos. Criança. Medicalização. Saúde Mental.

ABSTRACT

This research presents as problematic the high prescription and use of psychotropic drugs dispensed for the infantile population, mainly directed to the treatment of the mental disorders. In addition, the need to evaluate this issue in the context of PHC is based on the scarcity of studies. In this sense, we aimed to describe the use of psychotropic drugs by children attending a Pharmacy Pole of a Unit of Primary Health Care in Fortaleza - CE. The study is characterized as descriptive, with a quantitative approach. A form was applied directly to the parents or guardians of children who use psychotropic drugs at the time they seek the drug at the UAPS Pharmacy. Data collection took place between the month of October, 2018. The statistical program Epi Info™ for Windows, version 7.2.2.6 was used for data storage and analysis. Of the 67 children who met the criteria for inclusion in the study, there was a predominance of males (79.1%), ages ranging from 5 to 7 years (28.4), and those receiving social benefits (53.7%). Those responsible for children have a mean age of 38.5 years, are single (49.2%), do not work (67.2%), and the mother stands out as the main caregiver of children (73.1%). In general, heads of households are also mothers of children (44.8%), belonging to economic classes C2 and D (79.1%). The most commonly prescribed psychotropic medications were antipsychotics (65%) followed by antiepileptics (18.4%). The average use is 1.43 medicines. Neuropediatricians and child psychiatrists are the main prescribers (59,6). Regarding the origin of the prescriptions, they mostly come from the UAPS. Among the children, 97% carried out medical follow-up, according to those responsible, especially the neuropediatricians and children's psychiatrists (87,5). 62.7% of the sample of children are non-medicated, with a mean of 2.86 professionals per child. The occupational therapist stands out (29.2%), followed by psychologists (27.5). Most of the relatives of the children support both drug treatment (95.5%) and non-drug treatment (92.9%). Thus, a high prevalence of the use of psychotropic drugs was observed in the infant population, especially in children with lower age, which reinforces the need for more studies that evaluate the use of these drugs by the children population in PHC.

Key words: Primary Health Care. Psychotropic. Child. Medicalization. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das Farmácias Pólo no município de Fortaleza - CE, de acordo com suas respectivas Secretarias Executivas Regionais (SERs)	39
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do total de crianças com idade de 0 a 12 anos para cada SER do município de Fortaleza – CE	40
Tabela 2 – Distribuição dos aspectos demográficos e assistenciais das crianças, de acordo com idade, sexo e benefício. Fortaleza – CE, 2018	47
Tabela 3 – Distribuição das características familiares dos responsáveis pelas crianças e parentesco do cuidador. Fortaleza – CE, 2018	48
Tabela 4 – Distribuição das características socioeconômicas das famílias das crianças. Fortaleza – CE, 2018	49
Tabela 5 – Distribuição da utilização de medicamentos psicotrópicos pelas crianças, de acordo com o princípio ativo e apresentação. Fortaleza – CE, 2018	50
Tabela 6 – Distribuição dos medicamentos conforme o princípio ativo, classe terapêutica e código ATC. Fortaleza – CE, 2018	51
Tabela 7 – Distribuição dos quatro medicamentos psicotrópicos mais prescritos de acordo com a idade das crianças na UAPS. Fortaleza – CE, 2018	52
Tabela 8 – Distribuição das crianças de acordo com a quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizadas por cada. Fortaleza – CE, 2018.....	52
Tabela 9 – Distribuição do quantitativo de médicos prescritores evidenciados na pesquisa, e origem das respectivas prescrições conforme serviço. Fortaleza – CE, 2018.	53
Tabela 10 – Distribuição das crianças acompanhadas por médico referente ao tratamento medicamentoso e qual a especialidade. Fortaleza – CE, 2018.....	54
Tabela 11 – Dados relativos ao tratamento não medicamentoso das crianças. Fortaleza – CE, 2018	54
Tabela 12 – Distribuição das crianças de acordo com as abordagens terapêuticas utilizadas e como o respectivo apoio familiar. Fortaleza – CE, 2018	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DDD	Dose Diária Definida
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDFF	Efeito do desenho
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LISFARME	Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil
MeMeCri	Melhores Medicamentos para Crianças
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME	Relação Estadual de Medicamentos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER	Secretaria Executiva Regional
Sercefor	Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiante
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URM	Uso Racional de Medicamentos
WICC	<i>World Organization of Family Doctors International Classification Committee</i>
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivo específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Prevenção Quaternária	17
3.1.1	<i>Caracterização</i>	17
3.1.2	<i>Estratégia na APS para a (des)medicalização</i>	19
3.2	Os Estudos de Utilização de Medicamentos (UEM) e sua relação com o Uso Racional de Medicamentos (URM)	20
3.3	APS no Brasil: Um breve histórico até a atualidade	22
3.4	Articulação entre saúde mental infantil e APS no contexto do SUS	24
3.5	Medicalização	29
3.5.1	<i>Considerações iniciais</i>	29
3.5.2	<i>Medicalização no campo da saúde mental</i>	30
3.5.3	<i>Medicalização da infância no campo da saúde mental</i>	33
4	METODOLOGIA	38
4.1	Tipo do estudo	38
4.2	Local do estudo	38
4.3	População e amostra do estudo	40
4.4	Critérios de inclusão e exclusão	41
4.5	Descrição das variáveis	41
4.6	Coleta de dados	44
4.6.1	<i>Descrição do instrumento de coleta de dados</i>	44
4.6.2	<i>Pré-teste do instrumento de pesquisa</i>	44
4.6.3	<i>Procedimento de coleta</i>	45
4.7	Análise dos dados	45
4.8	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS	47
5.1	Características gerais e assistenciais da população/amostra	47

5.2	Características familiares dos responsáveis pelas crianças e parentesco do cuidador.....	48
5.3	Características socioeconômicas das famílias das crianças	49
5.4	Características relativas ao tratamento medicamentoso das crianças	50
5.4.1	<i>Aspectos referentes ao acompanhamento médico para o tratamento medicamentoso</i>	53
5.5	Identificação de outras abordagens terapêuticas pelas crianças que realizam o tratamento medicamentoso	54
5.6	Relação entre as abordagens terapêuticas das crianças e apoio familiar.....	55
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS QUE UTILIZAM PSICOTRÓPICOS	80
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
	ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)	86
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA – CE	87

1 INTRODUÇÃO

Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) são particularmente úteis para o planejamento de políticas públicas e estratégias que impliquem no Uso Racional de Medicamentos (URM), na medida em que fornecem informações importantes sobre o consumo e impacto dos mesmos na população que os usufrui (CASTRO, 2000).

Com base nessa perspectiva, revela-se como problemática, a elevada prescrição e utilização de medicamentos psicotrópicos dispensados para a população infantil, sobretudo direcionados ao tratamento dos transtornos mentais (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013; CUNHA; MELLO, 2017).

Por definição, os psicotrópicos ou também conhecidos como psicofármacos, são substâncias que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), tendo efeito sobre a função psicológica do indivíduo, onde estão inclusos os antidepressivos, alucinógenos, antipsicóticos e ansiolíticos (NOIA, 2012). Esses medicamentos podem ser utilizados no tratamento dos transtornos mentais e visam atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade e, além disso, prevenir recorrências, não possuindo propriedades curativas (OMS, 2001).

De modo emblemático, é apresentado o cloridrato de metilfenidato, mais conhecido como Ritalina, um de seus nomes comerciais, que desponta como o psicotrópico mais utilizado na psiquiatria infantil. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o Brasil se tornou o segundo maior mercado consumidor de cloridrato de metilfenidato no mundo após os Estados Unidos da América (EUA), com aumento de 775% nos últimos 10 anos (BRASIL, 2015).

No Brasil, com base no que regulamenta a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) N° 344 de 12 de maio de 1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, psicotrópico é entendido como toda e qualquer substância que possa vir a causar dependência física e/ou psíquica e, dessa forma, tem seu uso controlado e restrito para fins de comercialização (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, é preciso que haja um acompanhamento rigoroso no que se refere ao tratamento de crianças com psicotrópicos, para que não façam o uso de forma indiscriminada, tendo em vista os efeitos adversos que podem surgir (FERRAZZA; ROCHA; ROGONE, 2010; SILVA et al., 2012). Ao mesmo tempo, é notória a escassez de estudos que tragam evidências científicas sobre os efeitos do uso de tais medicamentos a longo prazo, apresentando seus riscos, benefícios e efeitos adversos, especificamente para o público infantil (PANDE, 2016).

Ao passo do crescente consumo de medicamentos psicotrópicos por crianças, outros estudos apontam uma alta prevalência de transtornos mentais infantis a nível mundial (OMS, 2001). No Brasil, os dados ainda são escassos, o que dificulta a estimativa da real situação do país em relação a outros países.

Estimativas brasileiras apontam que 0,4% a 3% da população infantil apresenta características depressivas (BALHS, 2002), enquanto um outro estudo brasileiro verificou que a prevalência de TDAH, entre crianças e adolescentes varie amplamente em torno de 0,9% e 26,8% (POLANCZYK, 2008).

A variabilidade das taxas de prevalência é alta e parte desse fenômeno pode ser explicado pelas diferenças das regiões investigadas, das exposições aos fatores de risco a depender da população, e da metodologia utilizada nos estudos (MIYAZAKI et al., 2014). Ademais, existe um contínuo debate no campo científico sobre a validade e a confiabilidade prática das categorias utilizadas para se chegar ao diagnóstico dos transtornos mentais (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Diante desse cenário, também entra em cena o processo de medicalização, que envolve o tratamento de questões não médicas como sendo de ordem médica, e que possui estreita relação com o aumento da prevalência de transtornos mentais infantis, assim como o aumento do consumo de medicamentos psicotrópicos por crianças.

Conforme aponta a OMS, o tratamento adequado dos transtornos mentais e comportamentais envolve o URM e abordagens não medicamentosas, como as psicoterápicas e a reabilitação psicossocial, todas de uma forma integrada e clinicamente significativa (OMS, 2001). Vitiello (2012) ressalta ainda que, em primeiro caso, são recomendadas intervenções não medicamentosas para o tratamento dos transtornos mentais na infância, entretanto, em algumas situações, como no caso dos transtornos psicóticos, os pacientes requerem um tratamento medicamentoso imediato (GONDIM; MACIEL; MONTEIRO, 2017).

Desse modo, fica claro que o medicamento ou abordagem farmacológica para os transtornos mentais, não deve ser a única estratégia terapêutica empregada, assim como o tratamento restrito à avaliação de apenas um único profissional, sobretudo, o médico.

Em 2012, no município de Fortaleza, foi realizado um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), que são serviços especializados no atendimento de crianças com transtornos mentais, onde constatou-se que 88,3% utilizavam medicamentos psicotrópicos, dentre o qual, 44,5% utilizavam apenas o medicamento, e 43,8% utilizavam o medicamento em associação com outras abordagens não medicamentosas, como a psicoterápica (MACIEL, 2013).

Em contrapartida aos serviços especializados em saúde mental infantil, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como porta de entrada preferencial aos serviços de saúde como um todo, atuando de maneira mais próxima à comunidade, e representando espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ademais, admite-se o pressuposto de que seria nesse nível de atenção onde grande parte dos transtornos mentais seriam identificados e tratados inicialmente (MOLINER; LOPES, 2013; TANAKA; RIBEIRO, 2008).

Portanto, diante do exposto, e considerando a necessidade de estudos que avaliem a utilização de psicotrópicos por crianças no contexto das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Fortaleza, foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras: *I. Quais as características sociais e familiares das crianças que fazem uso de psicotrópicos na APS? II. Há outras abordagens terapêuticas utilizadas além da medicamentosa?*

Este trabalho foi desenvolvido em uma UAPS do município de Fortaleza, com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Com efeito, procura-se colaborar na construção de um panorama da utilização de psicotrópicos por crianças atendidas na APS, especificamente, as que recebem tais medicamentos nas UAPS do município, de forma a identificar aspectos relacionados com o seu uso. Arelado a isso, também espera-se incentivar o desenvolvimento de mais estudos no âmbito da saúde mental infantil na APS, levando à construção de propostas que fomentem políticas públicas relacionadas com o uso URM em pediatria.

Ademais, este estudo teve como ponto de partida o projeto intitulado “Uso de psicotrópicos e problemas de formulações no atendimento às crianças e adolescentes na rede pública de saúde em Fortaleza - Ceará”, que tem por objetivo principal avaliar a problemática do uso de psicotrópicos por crianças usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da APS. O referido projeto foi desenvolvido pelo Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME) em colaboração com grupo de pesquisa Melhores Medicamentos para Crianças (MeMeCri).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a utilização de psicotrópicos por crianças que são atendidas na Farmácia Pólo de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza – CE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Descrever as características gerais, familiares e classificação socioeconômica das crianças.
- II. Identificar a utilização das abordagens terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas das crianças.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Prevenção Quaternária

3.1.1 Caracterização

O conceito de Prevenção Quaternária foi proposto inicialmente na literatura, em 1986, por Marc Jamouille, médico de família belga (JAMOUILLE, 2012). Em 1999, em uma reunião do *World Organization of Family Doctors International Classification Committee* (WICC), o mesmo conceito é aprovado, e passa a constar nas publicações do dicionário da *World Organization of Family Doctors* (WONCA) como: “Ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis”¹ (BENTZEN, 2003, p. 110, tradução nossa; JAMOUILLE, 2012).

Tal modelo, dentre os que classificam os tipos de prevenção em saúde, se relaciona ao mesmo tempo em que inova o desenvolvido por Leavell & Clark (1965) (CARDOSO, 2015). Este baseia-se apenas no modelo de história natural da doença, sendo que nem sempre as pessoas têm uma doença estabelecida. A maioria dos pacientes procura o sistema de saúde sem uma patologia orgânica, mas com problemas complexos que envolvem por vezes queixas diversas, além de fatores sociais, psicológicos, familiares e comunitários que em grande parte nunca se traduzirão em uma doença orgânica (GUSSO, 2009).

Nesse contexto, o modelo da forma como foi proposto por Jamouille, se tornaria mais complexo ao de Leavell & Clark, na medida em que incluiria a perspectiva do paciente, para além de uma compreensão do adoecimento meramente biomédica e dicotômica (saúde/doença), e onde os pontos de vista do profissional de saúde (presença ou ausência de doença)² e do paciente (percepção de bem-estar e mal-estar) são valorizados e confrontados (GUSSO, 2009).

De modo didático e complementar, o modelo de Leavell & Clark é composto apenas por três níveis de prevenção, na qual são organizados de forma linear e cronológica segundo a história natural da doença, a saber: primária (antes de o problema ocorrer), secundária

¹ Tradução original de “*Quaternary Prevention*”: “*Action taken to identify patient at risk of overmedicalisation, to protect him from new medical invasion, and to suggest to him interventions, which are ethically acceptable*” (BENTZEN, 2003, p. 110).

² Gusso (2009, p. 33) faz uma diferenciação entre as palavras “enfermidade (*illness*)” e “doença (*disease*)”, bem definidas na língua inglesa, onde enfermidade remeteria aos sintomas e sentimentos do paciente, enquanto doença seria a avaliação realizada pelo profissional de saúde. Na língua portuguesa, entretanto, essa diferenciação seria menos percebida, visto que a palavra doença incorpora os dois significados.

(diagnóstico precoce antes do sintoma) e terciária (reabilitação) (GUSSO, 2009). Ao mesmo tempo, a Prevenção Quaternária, é concebida como um quarto e último nível, não relacionada ao risco de doença, e sim ao risco da medicalização excessiva/desnecessária direcionada aos indivíduos, como uma forma de protegê-los dessas intervenções (NORMAN; TESSER, 2009).

Entretanto faz-se importante salientar que por mais que a Prevenção Quaternária seja interpretada como um quarto nível isoladamente, ela deve ser realizada nos diferentes estágios do processo saúde-doença, ao passo que em qualquer momento do cuidado os indivíduos correm o risco de serem medicalizados (CARDOSO, 2015). Dessa forma, não se pode observar os níveis de prevenção, seja do primário ao quaternário, de forma linear, pois os limites entre saúde e enfermidade e entre saúde e doença não estão claramente definidos (JAMOULLE; GUSSO, 2012).

A Prevenção Quaternária, alternativamente à definição proposta no dicionário da WONCA, também pode ser compreendida como a prevenção da “Iatrogenia”³, termo que denota danos ou prejuízos causados pelo tratamento de saúde através da prática médica, seja com intervenções desnecessárias ou inapropriadas (ALMEIDA, 2005). Ademais, o princípio hipocrático denominado “*primum non nocere*”, também conhecido como princípio da “não maleficência”, que significa: “primeiro, não prejudicar”; e que orienta até os dias atuais a prática médica tendo como base a ética profissional, implica que a Prevenção Quaternária deveria se sobrepor a qualquer outra opção preventiva ou curativa (MUNOZ, 2004; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2006).

Parafraseando ALMEIDA (2005, p. 95), a Prevenção Quaternária se baseia ainda em dois princípios fundamentais: o da precaução, já mencionado anteriormente (atribuído ao “*primum non nocere* - primeiro, não prejudicar”), e o princípio da proporcionalidade (onde os ganhos de qualquer intervenção devem ser ponderados face aos riscos da mesma). Desse modo, a aplicação prática desses princípios proporcionaria ao indivíduo apenas os cuidados necessários, aceitáveis e justificáveis do ponto de vista médico-científico, com o máximo de qualidade e com o mínimo de intervenção (NORMAN; TESSER, 2009).

Portanto, a Prevenção Quaternária se constitui enquanto estratégia imprescindível no que concerne ao cuidado em saúde, tendo em vista a expansão do processo de medicalização

³ De acordo com Tavares (2007, p. 181), Iatrogenia (ou iatrogenose, iatrogênese) compreende os danos materiais (através do uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, etc.) e psicológicos (psicoiatrogenia – por meio do comportamento, atitudes, palavras) causados ao paciente não só pelo médico como também por sua equipe (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais).

na sociedade, que possui consequências danosas aos pacientes, e que muitas vezes não é percebido na prática, nem pelos profissionais e muito menos pelos usuários.

3.1.2 Estratégia na APS para a (des)medicalização

Após duas décadas desde o surgimento do conceito de Prevenção Quaternária, profissionais da APS (médicos da família e comunidade) vem dando impulso a ideia, que também é vista como uma necessidade para o SUS, especialmente no âmbito do nível primário de atenção (NORMAN; TESSER, 2009). Faz-se importante salientar que a medicalização é, de fato, muito expressiva na APS, levando-a em consideração como “porta de entrada preferencial” do sistema único de saúde, e a expansão da medicalização na sociedade atrelada à industrialização e a globalização (CARDOSO, 2015).

Melo (2007) e Tesser & Norman (2009) chamam a atenção para alguns exemplos na prática clínica os quais deixam os indivíduos mais suscetíveis à intervenção médica excessiva e/ou desnecessária, dentre os quais são citados: o tratamento farmacológico de fatores de risco⁴ (muitas vezes sem ganho algum de saúde para o paciente); o excesso de programas de rastreamento (muitas vezes sem necessidade e validade científica); o excesso de exames complementares (a exemplo de quadros clínicos inespecíficos); os excessos de diagnósticos (criando-se “pseudodiagnósticos” diante de sintomas medicamente inexplicáveis) e a medicalização de problemas cotidianos e/ou autolimitados (muitas vezes relacionados com a prescrição abusiva de medicamentos).

Ratificando o exposto anteriormente, em 2010, o próprio MS reconhece a existência do processo de medicalização e os excessos advindos da prática clínica na APS, principalmente no que diz respeito ao rastreamento e diagnóstico ou detecção precoce de doenças (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, é ressaltada a importância da Prevenção Quaternária para evitar ou atenuar tais intervenções desnecessárias que possam acarretar prejuízos aos indivíduos.

Tesser & Norman (2009) ressaltam 3 ferramentas aliadas na prática da Prevenção Quaternária, que seriam: a abordagem centrada na pessoa (na qual o profissional reconhece o indivíduo como um ser único, valorizando suas queixas e refletindo conjuntamente sobre as possibilidades terapêuticas e diagnósticas), a medicina baseada em evidências (parte da necessidade dos profissionais de estarem atualizados e direcionarem sua prática com base na

⁴ Sarfield et al. (2008) fazem uma crítica ao conceito de prevenção com foco crescente em determinadas doenças e fatores de risco. Eles salientam que a distinção entre fator de risco e doença está ficando cada vez mais tênue, considerados muitas vezes como equivalentes. Nesse sentido, a medicalização encontra terreno fértil nos estágios pré-doença e fatores de risco que passam a ser objetos de intervenção médica mais precocemente.

melhor evidência científica disponível) e centramento do cuidado na APS, com longitudinalidade (a longitudinalidade do cuidado implica o acompanhamento dos indivíduos, principalmente aqueles que apresentam sintomas inespecíficos e não possuem a necessidade de intervenção imediata).

Com base nessas estratégias para se evitar a medicalização desnecessária/excessiva dos usuários nos serviços de saúde, em especial aqueles da APS, Mendes (2016) contribui chamando atenção para a capacitação dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, no sentido de os mesmos se atentarem para as suas condutas e exercitarem a Prevenção Quaternária na prática.

Almeida (2005) também chama atenção para a capacitação dos usuários de cuidados em saúde, no intuito de que os mesmos conheçam as vantagens e desvantagens dos métodos diagnósticos e terapêuticos, e procurem o serviço de saúde de forma apropriada. Essa estratégia poderia ser implementada na APS, sob a responsabilidade das equipes locais (ESF) e realizada por meio de educação em saúde para a população.

Nesse sentido, a Prevenção Quaternária implicaria o respeito à autonomia dos usuários pelos profissionais, caso eles rejeitem ou aceitem determinadas intervenções terapêuticas ou preventivas apresentadas, levando em conta que muitas vezes o excesso de intervencionismo médico resulta da pressão exercida pelos próprios pacientes (ALMEIDA, 2005).

3.2 Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e sua relação com Uso Racional de Medicamentos (URM)

A OMS define a utilização de medicamentos como “o marketing, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial nas consequências médicas, sociais e econômicas resultantes”⁵ (WHO, 1977, p. 35, tradução nossa).

Ao mesmo tempo, os EUM são considerados importantes estudos dentro da Farmacoepidemiologia⁶, na qual permitem conhecer o perfil da utilização de medicamentos em diferentes contextos e populações, de forma a construir informações que possibilitem

⁵ Tradução original de “*Drug utilization*”: “*The marketing, distribution, prescription and use of drugs in a society, with special emphasis on the resulting medical, social and economic consequences.*” (WHO, 1977, p. 35).

⁶ A Farmacoepidemiologia trata-se da junção da farmacologia clínica com a epidemiologia, e surgiu como uma necessidade para que o uso e efeito de medicamentos pudesse ser estudado na população, proporcionando instrumentos capazes de avaliar o impacto dos mesmos, bem como propor intervenções para a sua racionalidade, contribuindo com informações sobre eficácia, segurança e o custo dos medicamentos. Além disso, ela tem como principais ferramentas de trabalho, os EUM e os estudos de farmacovigilância (PFAFFENBACH, 2004; CASTRO, 2000).

intervenções com vistas a promover o URM e, conseqüentemente, aprimorarem os serviços assistenciais de saúde (CASTRO, 2000).

De modo complementar, Gama (2008) afirma que, os EUM enfocam nos fatores relacionados à prescrição, dispensação, administração e uso de medicamentos, assim como seus eventos associados, englobando os determinantes médicos e não-médicos da sua utilização, bem como os efeitos relacionados ao uso, sejam eles benéficos ou adversos.

Sendo assim, podemos destacar que, os EUM:

“[...] são ferramentas que servem para analisar, avaliar e monitorar as questões relacionadas ao medicamento, não apenas os seus aspectos médicos, mas também seus aspectos sociais e econômicos, subsidiando a discussão de uma política de medicamentos, e em um âmbito mais amplo, de uma política de saúde.” (PFAFFENBACH, 2004).

Quanto à metodologia empregada, os EUM, podem ser classificados em quantitativos ou qualitativos. Os estudos quantitativos e descritivos são os que mais se destacam, inclusive no Brasil (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006). Já os qualitativos buscam completar as informações quantitativas iniciais com dados sobre a adequação da prescrição, hábitos dos prescritores, adesão ao tratamento por parte do paciente, etc (CAPELLÀ, 1993 apud PFAFFENBACH, 2004).

Tendo como objetivo facilitar a uniformidade de expressão e troca de informações, inclusive para seja possível a comparação entre diferentes países, foi criada uma forma de classificação dos fármacos⁷, denominada *Anatomical Therapeutic Chemical*, que corresponde à sigla ATC (PFAFFENBACH, 2004). Esta, em conjunto com a Dose Diária Definida – DDD (*Defined Daily Dose*)⁸, forma o sistema ATC/DDD que, desde 1996, passou a ser reconhecido pela OMS como padrão internacional para os EUM (WHO, 2017).

No que se refere especificamente ao sistema de classificação ATC, os fármacos são classificados em uma hierarquia de cinco níveis. No primeiro nível, está o sítio de ação ou sistema do organismo no qual age o fármaco, composto por catorze grupos anatômicos. O segundo nível (subgrupo do primeiro nível) corresponde ao grupo terapêutico principal; o terceiro ao subgrupo terapêutico/farmacológico; o quarto ao subgrupo terapêutico/farmacológico/químico e o quinto nível à substância química propriamente dita (CASTRO, 2000).

⁷ Fármaco corresponde à substância química que é o princípio ativo do medicamento (BRASIL, 1998).

⁸ De acordo com Pfaffenbach (2004), a DDD é uma medida padronizada para quantificar o consumo de medicamentos em determinadas populações.

A OMS recomenda ainda que os estudos farmacoepidemiológicos, incluindo aqui os EUM, devem ser prioridades na área de pesquisa em saúde (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Por outro lado, no Brasil, temos a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria Nº 3.916/98, que também enfatiza a necessidade dos estudos farmacoepidemiológicos como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Nessa perspectiva, destaca-se o URM, que se apresenta como uma consequência dos EUM, pois este último contribui para a promoção de uma prescrição mais racional, ao passo em que orientam intervenções baseadas nos problemas levantados pelos estudos (PFAFFENBACH, 2004).

Alinhando à compreensão do URM, de acordo com a OMS e segundo a PNM, entende-se que o mesmo ocorre a partir do momento em que pacientes recebem medicamentos apropriados para a sua situação/condição clínica, com o consumo nas doses indicadas, de acordo com as suas necessidades, por um período de tempo adequado, com intervalos definidos, e ainda ao menor custo para si e a comunidade (preços acessíveis), com disponibilidade oportuna (WHO, 1985; BRASIL, 1998).

Melo, Ribeiro e Storpirtis (2006) enfatizam ainda a importância dos EUM com base na racionalização de recursos, sobretudo nos países mais pobres, tendo em vista que estes estudos permitem reduzir os custos sem ocorrer a perda de qualidade nos tratamentos médicos, além de possibilitarem a detecção de possíveis usos inadequados dos medicamentos ou a ocorrência de eventos adversos. Ademais, os medicamentos representam parcela considerável dos investimentos públicos com saúde e não são consideradas substâncias inofensivas.

Apesar de terem destacada a relevância dos EUM em parágrafos anteriores, em consonância com o preconizado pela OMS e, ao mesmo tempo, possuírem políticas no Brasil que os formentem, por outro lado, estudos no país nessa temática ainda são considerados escassos, e isso pode levar à inadequação na utilização de medicamentos simplesmente devido à falta de informações (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Portanto, faz-se indispensável o reforço à realização desses estudos, através das políticas de saúde dentro do SUS.

3.3 APS no Brasil: breve histórico até a atualidade

De acordo com o relatório da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, na declaração de Alma-Ata, promovida pela OMS em 1978, Atenção Primária à Saúde (APS), que corresponde aos cuidados primários de saúde, pode ser definida como sendo

tecnologias práticas e acessíveis colocadas ao alcance dos indivíduos e famílias da comunidade, representando o primeiro nível de contato destes ao sistema nacional de saúde, ao passo que leva o serviço para o mais próximo possível das pessoas, e se constitui como a base do processo continuado de assistência (OMS, 1978, p. 1-2).

No Brasil, a APS está incorporada ao SUS, que teve sua institucionalização a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual reconheceu o direito da população à saúde de forma integral, universal e gratuita, com base nos ideais da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e sob forte influência do movimento de Reforma Sanitária⁹ (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; RIBEIRO, 2007). Posteriormente, o SUS teve sua regulamentação e operacionalização a partir do ano de 1990, conforme dispõem as Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90 (BODSTEIN, 2002).

Com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS) e, logo depois, o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, devido avaliação positiva do PACS, a APS começa a ganhar a devida importância dentro do cenário brasileiro (LAVRAS, 2011). Atrelado à esse processo histórico, e com a consolidação do PSF¹⁰ enquanto estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil, em 28 de março de 2006, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica¹¹ (PNAB), conforme a portaria n. 648 do MS, caracterizando a APS como um novo modelo de reorientação do sistema assistencial em saúde, a partir de um sistema universal e integrado de atenção, incorporando os princípios do SUS (BRASIL, 2006). Essa proposta está em conformidade com o caráter universalista proposto na definição de APS da declaração de Alma-Ata (MATTA; MOROSINI, 2006).

Atualmente, de acordo com os preceitos da PNAB, a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica:

⁹ O movimento de Reforma Sanitária brasileira surgiu em meados da década de 70, no contexto da ditadura militar, para se referir ao conjunto de ideias que propuseram mudanças nas condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que criticavam o modelo de atenção e gestão das práticas de saúde vigentes, o qual priorizavam a assistência médico-curativista e mercantilização do setor (COHN, 1989; SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Esse processo, articulado com diversos setores da sociedade, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde e posterior nascimento do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

¹⁰ Após a publicação da portaria n. 648 do MS, de março de 2006, o Programa Saúde da Família, passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que a palavra “programa” denota tempo determinado e “estratégia” se caracteriza como permanente e contínua (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

¹¹ No Brasil, APS foi primeiramente denominada como Atenção Básica, pelo SUS, em contraponto à perspectiva adotada por vários países e órgãos internacionais de que os “cuidados primários em saúde”, propostos na declaração de Alma-Ata, tinham um caráter voltado para ações de saúde de baixa complexidade, dedicadas às populações mais pobres e de baixa renda no sentido de minimizar a exclusão social e econômica resultantes da expansão do capitalismo global (MATTOS, 2000 apud MATTA; MOROSINI, 2006). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera ambos os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária a Saúde” como equivalentes (BRASIL, 2017).

“É o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a APS deve ser considerada como porta de entrada preferencial do processo de assistência, levando em consideração o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, na medida em que busca produzir uma atenção em saúde de forma integral. Fundamenta-se ainda por meio dos princípios da universalidade, equidade e integralidade; atrelada às diretrizes da regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade e coordenação do cuidado; orientação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

O trabalho da APS é realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de outros serviços específicos, como nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis e Academias de Saúde. Além disso, a APS possui a Estratégia Saúde da Família (ESF) como tática prioritária que procura contribuir na sua consolidação e expansão (BRASIL, 2017).

3.4 Articulação entre saúde mental infantil e APS no contexto do SUS

Contemporâneo ao movimento de Reforma Sanitária, o movimento de Reforma Psiquiátrica teve como principais pontos: a crítica ao modelo hospitalocêntrico, centrado no hospital psiquiátrico e na lógica manicomial, presente no Brasil desde o século XIX; assim como o propósito de se estabelecer a criação e diversificação das práticas de saúde mental vigentes, com a ampliação dos serviços de base territorial e a participação da comunidade (SOUZA; RIVERA, 2010; FONTE, 2012). Nessa perspectiva, os ideais da Reforma Psiquiátrica, iriam além da criação e substituição dos serviços de saúde mental predominantemente médico hegemônicos, mas viriam a imprimir um novo modelo de atenção psicossocial (CARNEIRO, 2008).

Em 6 de abril de 2001, foi promulgada a Lei Nº 10.216, também conhecida como marco da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil, que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde (BRASIL, 2001; PIRES; RESENDE, 2016). Nesse mesmo ano, também ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), e a OMS publicou seu relatório mundial

dedicado à saúde mental, na qual ressalta a importância de falar sobre a mesma, e chama a atenção para os transtornos, que apresentam consequências graves em termos humanos, sociais e econômicos (OMS, 2001; BRASIL, 2002a).

Esses eventos somados às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, traduz um novo patamar para as políticas de saúde mental no Brasil, que começam a ganhar cada vez mais visibilidade e sustentação, já no começo do século XXI. Tanto a III CNSM, quanto o relatório da ONU, em 2001, abordam a questão da saúde mental infantojuvenil, reconhecendo as crianças e adolescentes enquanto sujeitos psíquicos de direitos e, inclusive, reafirmam o importante papel da APS no cuidado desses indivíduos, constituindo espaço privilegiado de intervenção, ao passo que representa o acesso mais fácil e rápido aos serviços de saúde (OMS, 2001; BRASIL, 2002a).

A III CNSM trazia ainda os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como referência local e regional para a assistência em saúde mental, baseados nos princípios da integralidade da atenção, descentralização e regionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002a). A partir daí, em 19 de fevereiro de 2002, os CAPS são regulamentados pela Portaria Nº 336/GS/MS, que estabelece as diretrizes para seu funcionamento, e os classifica em modalidades conforme seu porte/nível de complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002b).

Por definição, os CAPS seriam serviços substitutivos aos que se enquadram no modelo hospitalocêntrico, possuindo a formação de equipe multiprofissional capacitada “para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (BRASIL, 2002b). No que diz respeito à sua forma de atuação, os CAPS trabalhariam de modo essencialmente comunitário e aberto à população¹², na medida em que oportuniza aos seus usuários atendimento diário, acompanhamento clínico e reinserção social por meio de acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, revigoramento do vínculo familiar e comunitário (PIRES; RESENDE, 2016).

Atualmente, uma das modalidades do CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), é o responsável por atender:

¹² Tanto a APS/AB quanto a atenção psicossocial (inclui-se os CAPS) são considerados como portas de entrada do SUS. Entretanto, a APS seria a porta de entrada preferencial, considerada o primeiro contato do indivíduo, com caráter resolutivo e, os CAPS, serviços especializados para capacitar e supervisionar a APS/AB (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2002b).

“[...] crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.” (BRASIL, 2011).

Além dos CAPS, outros serviços foram preconizados pela III CNSM, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, nos quais são destacados os centros de convivência, oficinas terapêuticas, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios de saúde mental e a própria rede básica, com o objetivo de se oferecer uma atenção integral ao usuário de saúde mental, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização:

“Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania.” (BRASIL, 2002a).

No ano de 2004, em virtude do surgimento das políticas de saúde mental no começo do século XXI, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária, em especial as determinações da Lei Nº 10.216 e as deliberações da III CNSM, ocorre um importante evento direcionado para a atenção à saúde mental infantojuvenil, o chamado “Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil”, constituído pela Portaria Nº 1.608/GM/MS. O mesmo fórum se reuniu para debater e deliberar sobre o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes, particularmente daquelas portadoras de transtornos psíquicos, com a elaboração de diretrizes que implicariam na construção e consolidação de uma política de saúde mental para esta população específica, juntamente com ampla participação de representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas (BRASIL, 2005a).

Desse modo, em “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil”, publicação do MS, no ano de 2005, a APS/AB é apontada como locus fundamental da rede de atenção em saúde mental, por sua proximidade com as famílias e comunidades, tendo o PSF “como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (p. 33). Inclusive, o mesmo documento reconhece como sempre necessária a articulação entre saúde mental e APS, na medida em que toda e qualquer doença apresenta um componente de sofrimento subjetivo que, por vezes, atuam como obstáculos à adesão de práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2005b).

Ainda segundo esta publicação, o MS viria estimulando, nas políticas de APS/AB, diretrizes inclusivas da dimensão subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes de saúde mental, compromisso com os grandes e pequenos municípios, especialmente estes, onde não é necessária a implantação dos CAPS. Entretanto, nem sempre a APS teria condições para dar conta dessa importante tarefa. Nesse sentido, a articulação entre APS e serviços especializados, como o CAPSi, tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência, através do apoio matricial e equipes de referência (BRASIL, 2005b).

Proposto por Campos (1999), o apoio matricial é considerado uma metodologia de trabalho que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados do cuidado em saúde, e que possuem responsabilidade pela condução do caso em particular, seja ele individual, familiar ou comunitário, traduzindo as equipes de referência (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Esses profissionais atuam de maneira integrada e interdisciplinar, ampliando as possibilidades de ações em saúde de cada sujeito/usuário. No âmbito das políticas de saúde do SUS, esse processo tem se estruturado como uma forma de colaboração entre saúde mental e APS (BRASIL, 2007a).

O compartilhamento de saberes entre os profissionais de saúde mental e APS, por meio do apoio matricial e equipes de referência, ocorre através de discussões conjuntas dos casos entre os profissionais, com a participação do paciente, família e/ou comunidade, na elaboração de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2005b). Além disso, esse processo de trabalho permite a responsabilização entre as equipes, na qual exclui a lógica do encaminhamento e a burocracia da referência e contra-referência, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2005b).

Embora o apoio matricial seja incorporado a alguns programas do MS a partir do ano de 2003, como o Humaniza-SUS, apenas no ano de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria N° 154/GM/MS, que serão importantes na consolidação desse processo de trabalho no âmbito da APS (CUNHA; CAMPOS, 2011; BRASIL, 2008).

De acordo com a portaria que os institui, os NASF possuem o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo de ações da APS, assim como sua resolubilidade, reforçando os princípios de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008). Além disso, os NASF são compostos por equipes multiprofissionais, nas quais recomenda-se constar, pelo menos 1 profissional da área de saúde

mental. As suas equipes atuam em parceria com as equipes da ESF, compartilhando as práticas dos territórios os quais a mesma possui responsabilidade (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, toda a gama de serviços que é ofertada pelo NASF parte das necessidades das equipes de ESF ou outras equipes da APS/AB. Portanto, pensar na sua lógica de trabalho, a partir do apoio matricial, implica um cuidado integral aos indivíduos/sujeitos, com base numa atuação compartilhada e colaborativa, além de promover a autonomia das equipes de referência, que seriam as equipes de APS/AB.

Dessa forma, a atenção à saúde mental, a partir do NASF juntamente com a ESF, tem como propósito a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais, com base no território. Esse trabalho envolve o desenvolvimento, por parte dos profissionais, de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, bem como a de corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2009). A partir desses componentes é possível elaborar conjuntamente projetos terapêuticos e estratégias de reinserção social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2009).

A favor da perspectiva de superação de uma lógica fragmentada dos serviços de saúde mental, no contexto do SUS, com estímulo da criação de uma rede de atenção e cuidado integrados, em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria Nº 3.088/GM/MS. Essa rede surgiu com o intuito de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na qual define responsabilidades e estabelece diretrizes para sua operacionalização e integração (BRASIL, 2011b).

A RAPS reúne diversos componentes envolvidos no cuidado à saúde mental, dentre os quais estão: ESF, NASF, centros de convivência, CAPS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviços de atenção em regime residencial, leitos em hospitais psiquiátricos e SRT. Todos vinculados aos seus respectivos componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Por fim, no ano de 2014, o MS elabora outro documento voltado para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, dessa vez com o objetivo de qualificação e expansão das ações direcionadas à essa área, denominado: “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos”. Nele é reforçado a importância da construção de redes e articulações intersetoriais, como a RAPS, que envolve os cuidados em saúde mental desde a APS/AB até a atenção hospitalar (BRASIL, 2014).

Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços da rede de atenção em saúde mental infantojuvenil com a APS/AB, na medida em que a mesma se apresenta como porta de entrada dos serviços de saúde, através do contato direto com a comunidade pelos profissionais, permitindo a identificação precoce de casos e o tratamento inicial. Para além do sofrimento psíquico já estabelecido, a APS também trabalharia com a prevenção e promoção da saúde, potencializando o cuidado e facilitando uma abordagem integral às crianças e adolescentes conforme preconiza a OMS (2001).

3.5 Medicalização

3.5.1 Considerações iniciais

O debate acerca da medicalização surge a partir do final da década de 60, começo da década de 70 do século XX, para se referir à crescente apropriação da medicina sobre os modos de vida do homem (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). A partir de então, diferentes autores de diversas áreas, passaram a discutir e falar sobre a temática ao longo do tempo. Em geral, destacam-se: Ivan Illich, Michel Foucault e Peter Conrad, que são constantemente citados em trabalhos, e realizaram críticas ao modelo biomédico e hegemônico da medicina, tendo em vista a sua expansão para outras dimensões consideradas estranhas ao campo da saúde, como a das relações sociais (SANCHES; AMARANTE, 2014; CARVALHO et al., 2015).

De acordo com o sociólogo Peter Conrad (2007, p. 4), medicalização é conceituada como sendo “um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como sendo problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos”. Ainda segundo Collares e Moysés (1994, p. 25), duas estudiosas brasileiras sobre o tema com um enfoque voltado para a educação e a infância, medicalização se refere “ao processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza”.

Partindo dessas definições acerca da medicalização, pode-se inferir que ela contribui para naturalizar todos os processos humanos, transformando os problemas coletivos em individuais, sejam eles culturais, políticos, sociais, econômicos, ou gerados pelas desigualdades. Isso implica reduzir os fenômenos comportamentais dos indivíduos, das mais diferentes origens, em patologias, que seriam inerentes aos mesmos e, no caso, passíveis de intervenção médica, levando em consideração que a medicina se apropria da manutenção do bem-estar associada à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra (2014), ressaltam ainda a medicalização como sendo um processo irregular, na medida em que afirma ser “por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração” (p. 1863-1864). Dessa forma, pode-se compreender que alguns comportamentos e/ou grupos são potencialmente mais medicalizáveis do que outros, a depender da época, do contexto histórico ou sociocultural, a existência de definições de comportamento ou transtorno competitivas entre si, do menor ou maior apoio da profissão médica, a disponibilidade de tratamentos, entre outros fatores. Além disso, é importante ressaltar que o processo de medicalização, não se restringe a ação isolada de determinado grupo, como os médicos, mas envolve a participação de outros profissionais da saúde, assim como educadores, a própria indústria farmacêutica e a mídia podem ser citados como exemplos que contribuem com esse processo. (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014).

Faz-se pertinente salientar, também, que a saúde mental é considerada, provavelmente, o aspecto mais medicalizado da vida humana, haja vista que o sofrimento emocional cotidiano pode ser facilmente traduzido em patologias ou transtornos, e que são tratados, na grande maioria das vezes, apenas com o uso de psicofármacos de forma questionável (SOALHEIRO; MOTA, 2014; ZANELLA et al., 2016).

Longe de querer aprofundar o debate acerca da medicalização, mas com o intuito de fazer entender como a mesma se deu, até se estabelecer no campo da saúde mental infanto-juvenil, e ainda, atrelada ao número crescente de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, juntamente com a problemática do uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, são apresentados a seguir alguns aspectos importantes que contribuíram para sedimentar esse processo.

3.5.2 Medicalização no campo da saúde mental

Dentre alguns dos aspectos históricos importantes a serem levados em consideração relativos à medicalização da saúde mental, um deles diz respeito ao que Rodrigues (2003) denomina de “revolução psicofarmacológica”, ocorrida a partir da década de 50, com o surgimento dos primeiros psicofármacos. Na medida em que mais estudos com novos medicamentos foram aparecendo, se mostrando teoricamente mais eficazes, como consequência, começa a se alterar a abordagem direcionada para o tratamento dos pacientes psiquiátricos, no sentido de que a quimioterapia passa a tomar cada vez mais espaço em detrimento das abordagens psicoterapêuticas. Ora, os revolucionários psicofármacos haviam se

tornados sedutores com as promessas de tratamento dos transtornos psiquiátricos em menos tempo (RODRIGUES, 2003).

Nessa mesma época, a psiquiatria e psicanálise prosperavam juntas, pois mantinham certa vinculação. Entretanto, ao passo que as descobertas psicofarmacológicas foram se estabelecendo, a relação entre as duas foi perdendo força e o medicamento tomando espaço essencial no que se refere às abordagens terapêuticas dos transtornos mentais em detrimento dos recursos psicoterapêuticos. Outro aspecto a ser levado em consideração é que a resposta clínica às substâncias farmacológicas nos estudos realizados com os novos psicofármacos, passa a ser considerada importante na determinação de novas classificações nosológicas, e isso é observado a partir dos estudos de Donald Klein em pacientes ansiosos (RODRIGUES, 2003).

Todas as mudanças e descobertas no campo da psiquiatria, anteriormente mencionadas, influenciaram na publicação de novos manuais de classificação diagnóstica¹³ na época. De forma emblemática, está o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, em sua terceira edição (DSM-III), da *American Psychiatric Association* (APA), publicado em 1980. A partir dele, denota-se a priorização de uma caracterização descritiva dos transtornos mentais, em termos puramente pragmáticos, que devem ser diagnosticados a partir de certo número de sintomas em um espaço de tempo definido, sem mais levar em consideração a teoria psicanalítica que influenciava suas edições anteriores (DSM-I e II), dispensando qualquer referência ontológica e, portanto, sendo reconhecido como atóxico, (RODRIGUES, 2003; GUARIDO, 2007; SOALHEIRO; MOTA, 2014; DUNKER, 2014). Posteriormente, essa tendência se refletirá, também, na décima versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), produzido pela OMS (RODRIGUES, 2003).

De certo, o DSM-III é considerado um marco importante devido as mudanças instauradas na psiquiatria com a sua publicação, conforme Ehrenberg (1998, p. 158 apud RODRIGUES, 2003) denomina de “segunda revolução”¹⁴. Ele torna-se o responsável pelo rompimento com a psiquiatria clássica e pela introdução de novas categorias diagnósticas, assim como ampliação das existentes, especificamente aquelas que eram designadas como neuroses, visto que esse termo teve de ser excluído pois remetia à psicanálise e,

¹³ Dentre os manuais de classificação diagnóstica para os transtornos mentais, existe tanto o DSM quanto o CID, que são amplamente utilizados na prática médica e exercem forte influência nos diagnósticos médicos em todo o mundo, sendo o primeiro específico, e o segundo mais amplo no sentido de que reúne uma grande variedade de doenças que não apenas mentais (NUBILA; BUCHALLA, 2008).

¹⁴ A primeira revolução seria a “revolução psicofarmacológica” apontada por Rodrigues (2003).

consequentemente, não tinha base empírica para diferenciar os vários tipos de transtornos mentais, tornando-se um conceito vago e não científico (DUNKER, 2014; RUSSO; VENÂNCIO, 2006; MATOS; MATOS; MATOS, 2005).

Ademais, também se faz importante ressaltar o papel da indústria farmacêutica no desenvolvimento do DSM-III, na medida em que a mesma necessitava de um padrão psicopatológico para testar os medicamentos sobre a população alvo, e o manual iria ajudá-la fornecendo um grupo de transtornos para onde direcionar os estudos dos novos fármacos (RODRIGUES, 2003; PINTO, 2012; SAUVAGNAT, 2012). Ou seja, sob uma lógica capitalista, a mesma iria financiar o desenvolvimento de pesquisas científicas de acordo com seus próprios interesses, em contrapartida aos interesses no bem-estar da população, se apropriando das categorias diagnósticas com o intuito de vender as doenças e, consequentemente, medicamentos para o tratamento das mesmas.

Dessa forma, os psicotrópicos são apresentados como soluções milagrosas no tratamento dos transtornos mentais e desvios de comportamento dos indivíduos, tendo em vista que, sob a ótica normativa do DSM, o qual exclui-se aspectos subjetivos, o sujeito portador de um transtorno é reduzido a um sintoma ou condição passível de tratamento farmacológico (DUNKER, 2014).

Conforme aponta Pinto (2012), longe de objetivarem a cura, os medicamentos atuam como paliativos, “cuja função central será sempre de diminuir o sofrimento imediato sem que as causas deste sejam colocadas em questão”. Nesse caso, proporcionaria apenas certo conforto aos seus usuários e permitiria que continuassem sua rotina sem grandes abalos gerados por seus respectivos sofrimentos.

Definitivamente, o próprio DSM sempre foi alvo de críticas, tendo sua validade questionada apesar de ser tomado como confiável, começando pelo fato de que a própria Associação Americana de Psiquiatria “impõe” um manual de transtornos que sirva de referência para todo o mundo, apresentando-o como se fosse uma “bíblia”, detentora de uma verdade supostamente inquestionável (TEIXEIRA, 2015; SAUVAGNAT, 2012). A cada nova versão do DSM, que atualmente já se encontra em sua quinta (DSM-V), as quantidades de diagnósticos para os transtornos mentais aumentam, representando um número cada vez maior de sinais e sintomas observáveis, quantificáveis e mensuráveis, o que torna comum a facilidade de qualquer pessoa em se enquadrar em algum tipo de transtorno ao longo da vida (PINTO, 2012; ZANELLA et al., 2016).

Atrelado a esse contexto histórico, o processo de medicalização da saúde mental foi ganhando impulso e tomando proporções maiores ao longo das décadas, tendo como ponto de

partida o modelo positivista, biomédico, que a psiquiatria passou a assumir desde então. Com efeito, uma série de comportamentos pessoais, individuais, coletivos e sociais que não eram descritos no vocabulário médico, não eram entendidos como patologias, nem passíveis de tratamento e intervenção médica, passam a sê-lo, atingindo toda a população, de uma forma geral.

A socialização do DSM na comunidade médica, inclusive, permite que clínicos de outras especialidades, que não só a psiquiátrica, possam medicar facilmente seus pacientes, o que se traduz na banalização do diagnóstico psiquiátrico e uso inadequado dos psicofármacos (GUARIDO, 2007). Não é tendencioso afirmar que a banalização do diagnóstico é perceptível, também, fora do discurso acadêmico, ou científico, mas dentro do próprio senso comum. Os comportamentos desviantes daquilo que se considera normal ou socialmente aceito são traduzidos em doenças, sendo popularmente patologizados pelas pessoas. Isso se relaciona com a influência da mídia e das campanhas de marketing fomentadas pela indústria farmacêutica que contribuem para disseminar o discurso medicalizante em cima do comportamento e atitude dos indivíduos. (GUARIDO, 2007).

3.5.3 Medicalização da infância no campo da saúde mental

No que se refere à medicalização da infância, esta se insere numa perspectiva de que os problemas de aprendizagem e comportamentais são os principais alvos das práticas medicalizantes, e isso se faz presente, sobretudo, em espaços como a escola, onde crianças sem nenhum declínio ou comprometimento cognitivo são considerados alunos problemáticos (GIUSTI, 2016; LEONARDO; SUZUKI, 2016).

Até o começo do século XX, a criança era basicamente objeto da pedagogia, e a preocupação dos primeiros médicos dedicados a enfrentar os problemas de desenvolvimento infantil, era de que as crianças se tornassem adultos capazes de usufruir plenamente do funcionamento de suas capacidades mentais. Ademais, as formas de tratamento para o que nessa época se reconhecia como transtorno mental infantil, eram descritas como médico-pedagógicas, e a exemplo disso, temos a idiotia (retardo mental) (GUARIDO, 2007).

Nesse contexto, deu-se o surgimento das escalas de inteligência, propostas por Binet e Simon, que tinham por objetivo a verificação do nível de inteligência em crianças, o que contribuiria para segregá-las, determinando seus graus de deficiência mental e colaborando com o surgimento de serviços especiais para aquelas consideradas “anormais”. A psiquiatria infantil começa então a se estabelecer enquanto ramo independente da psiquiatria geral e, a

partir disso, o domínio do saber sobre a criança se transfere do domínio pedagógico para o médico-psicológico (GUARIDO, 2007; GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

Christofari, Freitas e Baptista (2015) destaca ainda que o processo de medicalização na escola, foi se desenvolvendo juntamente com a urbanização e inserção das práticas higienistas nas instituições escolares, com o objetivo de disseminar a educação sanitária por meio de uma atuação formativa e contínua, já no começo do século XX. Essas práticas tinham por objetivo prevenir os maus hábitos. Ficava evidenciado a preocupação com os cuidados pessoais, de saúde e de higiene através de práticas que deveriam nortear as condutas dos indivíduos conformando-os aos novos modos de sociabilidade urbana (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015).

Diante dessas considerações, pode-se perceber que a medicalização infantil ganhou espaço em um momento que era preciso educar a sociedade por meio de ações disciplinares e normativas, com um foco apenas no corpo individual, sob uma ótica mecanicista, biologizante.

As práticas higienistas, que encontraram na escola lugar propício para serem disseminadas, influenciaram notoriamente as ações medicalizantes da infância percebidas até os dias atuais, conforme aponta Colombani e Martins:

“[...] ainda se justifica o não aprender e os problemas existentes no cotidiano escolar como um fracasso do aluno, apartando-o de sua realidade social, individualizando-o e focando os conflitos no corpo biológico, desconsiderando completamente o coletivo e as relações interpessoais presentes na realidade escolar.” (COLOMBANI; MARTINS, 2017).

Atualmente, é crescente o encaminhamento de crianças com demandas sociais aos serviços de saúde mental, em busca de explicações e respostas para problemas comuns do cotidiano, e atrelado a este fato, nota-se o elevado número de prescrições de medicamentos psicotrópicos dispensados para a população infantil (SANCHES; AMARANTE, 2014; GIUSTI, 2016). Um exemplo bem representativo disso, diz respeito ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), considerado o transtorno mental mais diagnosticado em crianças de todo o mundo (FERRAZZA; ROCHA; ROGONE, 2010; SILVA et al., 2012; FERREIRA, 2015).

O TDAH, conforme o DSM-V, é reconhecido como sendo um transtorno do neurodesenvolvimento, que se manifesta, tipicamente, no início do período do desenvolvimento, em geral, antes de a criança ingressar na escola, se caracterizando por graus prejudiciais de desatenção e desorganização inconsistentes com a idade ou o nível de

desenvolvimento, e/ou hiperatividade-impulsividade excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino, e com os sintomas podendo persistir até a vida adulta (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Já de acordo com o CID-10, o TDAH é reconhecido como um transtorno hipercinético, categoria em que são enquadrados aqueles:

“[...] caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de esperança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

É interessante notar que desde a constituição do TDAH em 1970, o mesmo vem sofrendo ampliação dos critérios diagnósticos, através das atualizações dos manuais de classificação diagnósticos, tendendo a expandir o grupo de pessoas que se inserem nesse contexto:

“Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais.” (ORTEGA et. al., 2010, p. 501).

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, baseando-se em critérios claros e bem definidos, de acordo com os sistemas classificatórios atuais como o DSM-V ou o CID-10 (ROHDE; HALPERN, 2004). Ademais, a etiologia específica do TDAH é desconhecida, sendo considerado de causa multifatorial ou que não pode ser determinada, não existindo marcador diagnóstico específico (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Entretanto, há uma discussão no que se refere à confiabilidade prática dos manuais classificatórios para se chegar ao diagnóstico do TDAH que, por vezes, pode apresentar-se de forma questionável. Os critérios diagnósticos são identificados em forma de roteiro, com elementos basicamente comportamentais e passíveis de julgamento subjetivo, onde, por vezes, não se leva em consideração as diferenças comportamentais normais da conduta infantil, tendo em vista que os sintomas que definem o transtorno, como desatenção, impulsividade e hiperatividade são, em menor grau, traços comuns da natureza humana e, que se tornariam patológicos não devido uma mudança qualitativa, mas sim, temporal e de intensidade (LARROCA; DOMINGOS, 2012; CALIMAN, 2008).

O tratamento do transtorno exige ainda uma abordagem multidisciplinar, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (ROHDE; HALPERN, 2004; SANTOS; VASCONCELOS, 2011). Na realidade prática, porém, o que podemos perceber é uma terapêutica voltada essencialmente para o uso do medicamento (ITABORAHY; ORTEGA, 2013; SILVA et al., 2012).

O medicamento utilizado para o tratamento do TDAH é o cloridrato de metilfenidato, comercializado sob os nomes de Ritalina ou Concerta (BRATS, 2014). Ele faz parte do grupo das anfetaminas, e atua como estimulante do SNC, inibindo a recaptação de dopamina e noradrenalina na fenda sináptica, potencializando a ação desses dois neurotransmissores (BRATS, 2014; AFFONSO et al., 2016). Como resultado, ele contribui na melhora da atenção, concentração e diminuição de eventuais comportamentos impulsivos, auxiliando no desempenho das tarefas escolares em crianças, além de agir como atenuador da fadiga (ITABORAHY, 2009; BRATS, 2014). Além disso, é considerado o psicotrópico mais consumido no mundo e o mais prescrito para crianças, sendo, inclusive, rotulado popularmente como “droga da obediência”, apelido um tanto promissor para um fármaco que se propõe a corrigir “problemas de aprendizagem” (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013; ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Faz-se pertinente salientar que o mecanismo de ação do cloridrato de metilfenidato em crianças ainda não está completamente esclarecido, nem existem evidências científicas conclusivas que demonstre como seus efeitos psíquicos e comportamentais se relacionam com a condição do SNC (MEIRA, 2012). Além do mais, o seu uso também não é recomendado em crianças menores de 6 anos de idade, visto que não estão estabelecidos os critérios de segurança e efetividade para essa faixa etária (BRATS, 2014). Nesse sentido, é importante discutir o seu uso fora das indicações, por longos períodos, considerando os riscos atribuídos ao medicamento, para crianças muito pequenas, e ainda por se tratar de um psicotrópico que pode ocasionar dependência física ou psíquica (ORTEGA et al., 2010; MEIRA, 2012; ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Apesar de termos o TDAH como sendo o mais representativo dos transtornos mentais no que se refere à temática da medicalização na infância, sendo citado em inúmeros estudos, outros transtornos também se destacam, principalmente no contexto escolar, dentre os quais podemos citar: o Transtorno Opositor Desafiante (TOD), a Dislexia e o Transtorno do Espectro Autista (MOYSÉS, 2013).

De forma relacionada, é notória a expansão diagnóstica que veio ocorrendo ao longo do tempo através das atualizações dos manuais de classificação. De acordo com Allen

Frances, psiquiatra francês que esteve à frente da equipe que redigiu o DSM-IV, admite que os mesmos foram responsáveis pela criação de três falsas epidemias de transtornos mentais, dentre as quais: o próprio TDAH, o Autismo e o Transtorno Bipolar (FRANCES, 2014). Como resultado, houve uma inflação diagnóstica, que obviamente ocasiona muitos efeitos iatrogênicos, especialmente no âmbito da psiquiatria infantil.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com os pais ou responsáveis das crianças que fazem uso de psicotrópicos, atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza - CE.

O estudo se caracteriza como descritivo pois se propõe a observar um fato ou fenômeno, procurando descrevê-lo, relacionando-o com suas variáveis, interpretá-lo e analisá-lo (RUDIO, 1986; RODRIGUES, 2007; LAKATOS, 2010). Nesse sentido busca-se realizar o registro e a interpretação dos fatos tal qual se apresentam.

Ademais, a pesquisa quantitativa se apoia predominantemente em dados estatísticos, e seus resultados podem ser quantificados. Nesse caso, os resultados possibilitam descrever as causas de um fenômeno e as relações entre suas variáveis, sendo centrada na objetividade (RODRIGUES, 2007; FONSECA, 2002).

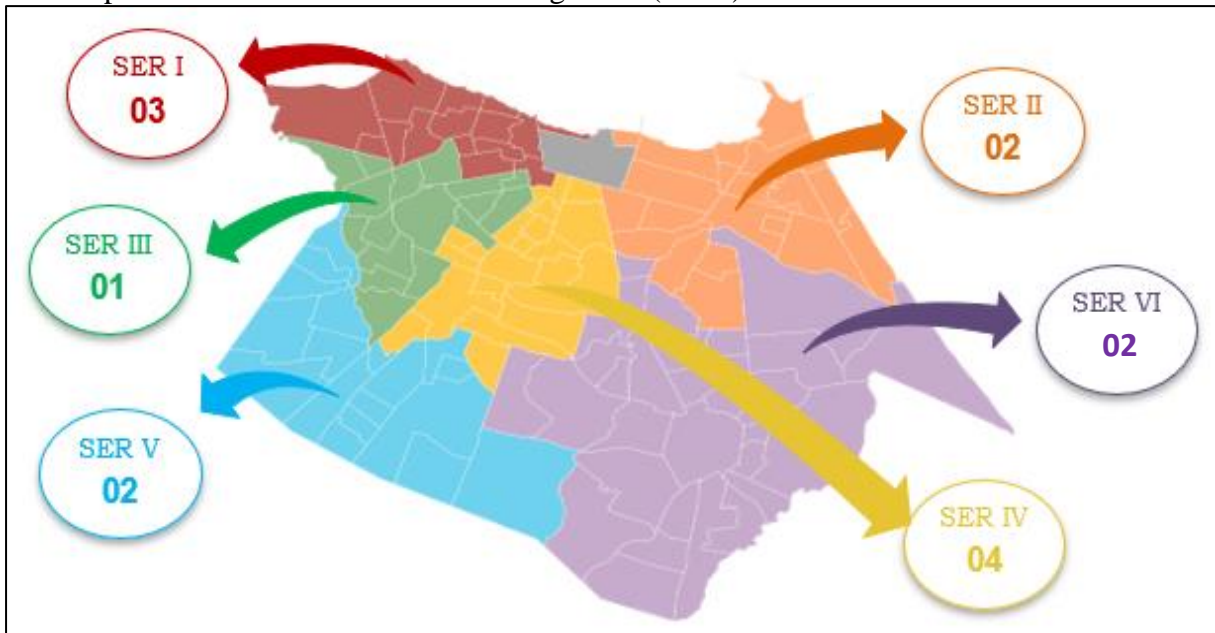
4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma Farmácia Pólo do município de Fortaleza, na qual possui população estimada de 2.643.247 milhões de habitantes, ocupando uma área de 314, 930 km² (IBGE, 2018). Além disso, o município é composto atualmente por 119 bairros, coordenados e divididos administrativamente por 7 Secretarias Executivas Regionais (SERs) que funcionam como subprefeituras, a saber: SER I, II, III, IV, V, VI, e a Regional do Centro (Sercefor) (FORTALEZA, 2018).

No que tange ao SUS, a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), dispõe de Farmácias Pólo que funcionam como unidades especializadas na dispensação de medicamentos sujeitos à controle especial, e que exigem a retenção da receita médica no serviço, com base na Portaria nº 344/98, incluindo os psicotrópicos utilizados por crianças com transtornos mentais que realizam o tratamento medicamentoso. Essas unidades funcionam dentro de Centros de Saúde da Família (CSF) como são conhecidas as UAPS (ou UBS) no município. Atualmente, o município de Fortaleza dispõe de 14 Farmácias Pólo (FORTALEZA, 2018).

As Farmácias Pólo estão espalhadas e subdivididas de acordo com cada SER do município, com o intuito de democratizar o acesso da população ao serviço, conforme apresenta a figura a seguir:

Figura 1 - Distribuição das Farmácias Pólo no município de Fortaleza - CE, de acordo com suas respectivas Secretarias Executivas Regionais (SERs).



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Secretarias_Executivas_Regionais_de_Fortaleza.svg (Adaptada pelo autor).

A UAPS escolhida para a realização do estudo foi a Farmácia Pólo do CSF Anastácio Magalhães, responsável por cobrir 17 bairros do município (Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha), e sendo a única da SER III a atender às demandas de saúde da população infantil desta área, relacionadas à dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial no âmbito da APS.

Além disso, para o atendimento das demandas de saúde mental, o público infantil também dispõe de serviços especializados, como os CAPSi da atenção secundária. Entretanto, Fortaleza possui apenas 2, sendo o CAPSi Estudante Nogueira Jucá localizado na SER III, responsável por atender as demandas das SERs I, III e V, e o CAPSi Maria Ileuda Verçosa situado na SER VI, referência para o atendimento das SERs II, IV e VI (FORTALEZA, 2018).

Faz-se pertinente salientar que o CAPSi da SER III, não dispõe de farmácia. Nesse sentido, as crianças atendidas no serviço, e pertencentes à respectiva área (SER III), são encaminhadas para a farmácia da UAPS Anastácio Magalhães de forma a terem acesso ao tratamento medicamentoso. Nessa perspectiva, subte-se que a Farmácia Pólo da SER III, seja uma unidade especializada no atendimento desses pacientes.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo é composta pelas crianças de 0 a 12 anos de idade que fazem uso de psicotrópicos, e que usufruem do serviço da Farmácia Pólo localizada na UAPS Anastácio Magalhães, para terem acesso a esses medicamentos prescritos.

A faixa etária de criança determinada para a realização do estudo foi baseada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que classifica como criança a pessoa de 0 até 12 anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).

Para a seleção dos participantes da pesquisa, foi realizado um levantamento do quantitativo de crianças residentes em cada SER, a partir de cada bairro do município de Fortaleza - CE, conforme consta no *site* do IBGE.

Tabela 1 – Distribuição do total de crianças com idade de 0 a 12 anos para cada SER do município de Fortaleza - CE.

Variável	N* (%)
Secretarias Executivas Regionais (SERs)	
SER I	69.650 (15)
SER II	57.021 (12)
SER III	66.982 (14)
SER IV	42.859 (9,5)
SER V	117.822 (25)
SER VI	108.889 (24)
SERCEFOR	3725 (1)

Fonte: Adaptado de IBGE (Censo Demográfico de 2010). * O N se refere ao tamanho da população.

Conforme observado acima, do ponto de vista demográfico, a SER III possui a quarta maior população de crianças dentro da faixa etária estabelecida para o estudo, com 14% do total, a partir de dados estimados.

Posteriormente, foi realizado o cálculo da amostra para o estudo, com base no quantitativo de crianças de 0 a 12 anos residentes na SER III (tamanho da população), no qual levou-se em consideração que a Farmácia Pólo da UAPS Anastácio Magalhães é responsável por atender a demanda de toda a população dessa área, cobrindo seus respectivos bairros. Ademais, o processo de amostragem foi aleatório, seguindo os critérios estabelecidos para a faixa etária, e se os pais ou responsáveis pelas crianças estavam disponíveis no momento da coleta.

A estimativa do uso de psicotrópicos por crianças, foi feita com base em um estudo realizado nos dois CAPSi de Fortaleza, onde evidenciou que 88,3% das crianças em acompanhamento no serviço, com a faixa etária de 0 a 12 anos, utilizavam os medicamentos para o tratamento dos seus transtornos mentais (MACIEL, 2013).

Dado o exposto, para o dimensionamento da amostra aleatória simples (n), utilizou-se a seguinte fórmula, calculada a partir do programa estatístico Epi Info™ *for Windows*, versão 7.2.2.6:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2(1-\alpha/2)^2 * (N-1) + p*(1-p)]$$

Onde,

Tamanho da população - para o fator de correção da população finita ou fcp (N) = 66.982

Frequência hipotética da população (p) = 88%

Limites de confiança (d) = 8%

Efeito do desenho (EDFF) = 1

Escore padrão da distribuição normal (Z) = (1,96 para 95% de confiança)

Dessa forma, o tamanho da amostra representativa da população (n), foi igual a 63 crianças.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram: crianças com idade 0 até 12 anos, que utilizam o serviço da Farmácia Pólo, na referida UAPS, e que fazem uso de medicamentos psicotrópicos para o tratamento de transtornos mentais; presença dos pais ou responsáveis, no momento da dispensação, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos mesmos.

Foram excluídos do estudo, os pais ou responsáveis das crianças que se recusaram a assinar o TCLE, e as crianças que ainda iriam começar o uso dos medicamentos psicotrópicos.

4.5 Descrição das variáveis

As variáveis do estudo podem ser classificadas em quantitativas discretas, que admitem apenas números inteiros, sendo avaliadas de forma numérica, e qualitativas ou categóricas, que são geralmente expressas por palavras (ARANGO, 2009), conforme apresentam-se a seguir, de acordo com a sequência de perguntas dispostas no instrumento de pesquisa (formulário) (APÊNDICE A):

- Parte I – Dados da Criança

Nome; Data de nascimento (dia/ mês/ ano); Idade (em anos); Sexo (masculino/ feminino); Se recebe algum benefício social (sim/ não); Se “Sim”, qual benefício? (bolsa família/ benefício de prestação continuada - BPC/ pensão/ aposentadoria/ bolsa escola/ auxílio doença).

- Parte II – Dados do Responsável pela Criança

Nome; Idade (em anos); Sexo (masculino/ feminino); Religião (católica/ protestante/ espírita/ umbanda/ candomblé/ testemunha de jeová/ mórmon/ adventista/ sem religião/ indefinida); Estado civil (solteiro/ casado/ viúvo/ divorciado/ separado); Bairro e SER onde mora; Se trabalha (sim/ não/ aposentado); Qual grau de parentesco com a criança (mãe/ pai/ avó/ avô/ tio/ tia/ irmão/ irmã); Se cuida da criança em casa (sim/ não); Se “Não”, quem cuida (mãe/ pai/ avó/ avô/ tio/ tia/ irmão/ irmã).

- Parte III – Avaliação da Classe Econômica Familiar

Para a avaliação dos indicativos socioeconômicos, foram adotados os critérios de classificação econômica do Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), na qual foi incorporada ao formulário. A avaliação é realizada por meio de alguns critérios de classificação, que correspondem a um determinado número de pontos, e a soma dos mesmos é capaz de fornecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos familiares, dividindo as famílias em “classes sociais” e, inclusive, estimar a média da renda familiar (ABEP, 2018). Com base nisso, as perguntas foram dispostas da seguinte forma:

Se paga a maior parte das contas em casa (sim/ não); Se “Não”, quem paga (mãe/ pai/ avó/ avô/ tio/ tia/ irmão/ irmã); Nível de instrução do chefe da família¹⁵ (analfabeto-fundamental I incompleto/ fundamental I completo - fundamental II incompleto/ fundamental completo - médio incompleto/ médio completo - superior incompleto/ superior completo); Tipo de domicílio (casa/ apartamento/ barraco); Situação do domicílio (alugado/ próprio/ emprestado/ cedido/ sob justiça); Água utilizada no domicílio é proveniente de (rede geral de distribuição/ poço ou nascente/outro meio); Trecho da rua do domicílio é (asfaltada-pavimentada/ terra-cascalho); Presença de itens de conforto no domicílio (banheiros/ empregados domésticos/ automóveis/ microcomputador/ lava louça/ geladeira/ freezer/ lava roupa/ dvd/ micro-ondas/ motocicleta/ secadora de roupa); Total de pontos.

- Parte IV – Dados Relativos ao Tratamento Medicamentoso da Criança

¹⁵ Considera-se “chefe da família”, a pessoa que contribui total ou com a maior parte da renda do domicílio (ABEP, 2018).

Quais medicamento(s) que a criança faz uso; Concentração; Forma farmacêutica; Posologia; Se recebeu orientações acerca do(s) medicamento(s) que a criança faz uso (sim/ não); Qual a indicação do uso do medicamento; Há quanto tempo a criança faz uso desse(s) medicamento(s); Melhora dos sintomas percebidos com o uso do medicamento (sim/ não); Se “Sim”, qual/ quais; Problema percebido com a criança devido ao uso do medicamento (sim/ não); Se “Sim”, qual/quais; Registrar serviço de origem da prescrição; Registrar a especialidade do médico que receitou a prescrição; Por que a criança faz uso desse(s) medicamento(s); Se costuma sempre receber o(s) medicamento(s) para a criança nessa Farmácia (sim/ não/ 1ª vez); Se já deixou de receber algum do(s) medicamento(s) para a criança nessa Farmácia (sim/ não); Quando não consegue o medicamento na Farmácia da UAPS, como faz (compra/ nunca falta/ fica sem tomar/ não sabe); Se já adquiriu o medicamento sem receita médica (sim/ não); Se “Sim”, onde; Se a criança realiza algum acompanhamento médico para seu tratamento (sim/ não); Em qual serviço a criança é acompanhada pelo médico; Com qual frequência a criança é acompanhada pelo médico; Há quanto tempo a criança é acompanhada pelo médico; Qual a especialidade do médico que a criança é acompanhada (psiquiatra/ neuropediatra/ pediatra/ não sabe/ outro, especificar); Se a família apoia esse tratamento (sim/ não).

- Parte V - Dados Relativos ao Tratamento Não Medicamentoso da Criança

Criança realiza outro tipo de tratamento que não o medicamentoso (sim/ não); Qual profissional realiza o tratamento não medicamentoso com a criança (psicólogo/ terapeuta ocupacional/ fonoaudiólogo/ psicopedagogo/ enfermeiro/ fisioterapeuta/ outro, especificar); Em qual serviço a criança realiza o tratamento não medicamentoso; Com qual frequência a criança é acompanhada para o tratamento não medicamentoso; Há quanto tempo a criança realiza esse tipo de tratamento; Melhora dos sintomas percebidos com o tratamento não medicamentoso (sim/ não); Se “Sim”, qual/ quais; Se o tratamento não medicamentoso influenciou na diminuição do uso do medicamento (sim/ não); Problema percebido com a criança devido o tratamento não medicamentoso (sim/ não); Se “Sim”, qual/ quais; A família apoia o tratamento não medicamentoso (sim/ não).

Além desses critérios estabelecidos para cada parte do formulário (Parte I, II, III, IV e V), algumas variáveis foram agrupadas, de acordo com o proposto por Rouquayrol e Silva (2017), no que se refere as variáveis relacionadas com a pessoa, a saber: características gerais (sexo e idade das crianças) e características familiares (idade e estado civil dos responsáveis pelas crianças).

Os medicamentos também foram classificados conforme o quinto nível ATC, e para a definição da classe terapêutica foi utilizado o terceiro nível do mesmo.

No que se refere a idade das crianças e de seus responsáveis, elas foram agrupadas conforme o cálculo a partir da fórmula de Sturges, descrita no livro de Arango (2009).

4.6 Coleta de dados

4.6.1 Descrição do instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário (APÊNDICE B) de modo a obter informações diretamente dos pais ou responsáveis pelas crianças. Conforme aponta Lakatos (2010), o formulário se aplica com o contato face a face entre o pesquisador e o entrevistado, e se caracteriza por ser um roteiro de perguntas que deverá ser preenchido pelo próprio pesquisador, no momento da entrevista.

O formulário tem uma estrutura parecida com a de um questionário, e quanto à classificação das perguntas, estas se dividem em abertas, fechadas e de múltipla escolha (LAKATOS, 2010). Além disso, permite ser aplicado com todas as populações, sejam elas alfabetizadas ou não e, nesse caso, torna-se uma alternativa vantajosa tendo em vista que alguns pais ou responsáveis possam não ser instruídos e capacitados para a leitura.

Dessa forma, pensou-se no formulário para ser aplicado com os pais ou responsáveis, enquanto estes estiverem aguardando atendimento para receber os medicamentos das crianças na Farmácia Pólo.

De acordo com os objetivos desse trabalho, o formulário foi agrupado em cinco partes, sendo: dados da criança; dados do responsável pela criança; avaliação da classe econômica familiar, dados relativos ao tratamento medicamentoso da criança e dados relativos ao tratamento não medicamentoso da criança.

4.6.2 Pré-teste do instrumento de pesquisa

Foi realizado um pré-teste do formulário/instrumento de pesquisa no período de 02 a 04 de outubro de 2018, em uma parcela da população da amostra (cerca de 20% do n=63), correspondendo ao total de 13 pessoas. Teve-se por objetivo avaliar sua aplicabilidade, tendo como base as dificuldades do entrevistador, assim como as do entrevistado, sejam elas relacionadas ao nível de compreensão das perguntas por parte dos pais ou responsáveis. Além disso, o pré-teste também serviu para averiguar a validade do instrumento aplicado, no caso, se possibilita um registro adequado dos dados para a realização de sua posterior análise, e sua fidedignidade, permitindo que qualquer pessoa que o aplique obtenha sempre os mesmos resultados (LAKATOS, 2010).

Após a aplicação do teste-piloto, procedeu-se ao aprimoramento do instrumento, com ajuste de linguagem, reorganização das variáveis e pequenas modificações nos enunciados de algumas perguntas, com o propósito de tornar o instrumento mais compreensível aos entrevistados e preciso. A sequência das perguntas permaneceu inalterada.

Ademais, todos os formulários preenchidos (13) durante a realização do pré-teste foram eliminados das etapas subsequentes da pesquisa, como preenchimento do banco de dados e análise dos resultados.

4.6.3 Procedimento de coleta

A coleta de dados propriamente dita, foi realizada no período de 09 a 25 de outubro de 2018. Os dados foram coletados com base nas informações dos pais ou responsáveis pelas crianças por meio do formulário (APÊNDICE A), no momento em que os mesmos aguardavam para serem atendidos na Farmácia Pólo da UAPS Anastácio Magalhães, de forma a obterem acesso aos medicamentos prescritos.

Com base nisso, para a coleta, seguiu-se o horário de funcionamento da unidade, tendo em vista que funciona de segunda a sexta, no horário de 07 às 19 horas, e a depender também da disponibilidade do entrevistador.

Os entrevistados foram abordados de forma aleatória, e após os mesmos estarem suficientemente esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, procedia-se a realização da mesma, onde era solicitado a assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

4.7 Análises dos dados

Os dados foram armazenados e analisados utilizando-se o programa estatístico Epi Info™ *for Windows*, versão 7.2.2.6. Através dele, foram obtidas as frequências simples das variáveis de interesse do estudo, e estas apresentadas por meio de percentuais e proporções em tabelas.

No que se refere às variáveis, da forma em que foram classificadas, para as discretas, foram empregadas medidas de tendência central (média, moda, mínimo e máximo) e dispersão (variância e desvio-padrão), enquanto que para as categóricas, foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção).

4.8 Aspectos éticos

Este trabalho faz parte do projeto “guarda-chuva” intitulado “Uso de psicotrópicos e problemas de formulações no atendimento às crianças e adolescentes na rede pública de saúde em Fortaleza – Ceará”. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) (ANEXO A), com o parecer nº 1.684.517, e autorizado a realização pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da SMS de Fortaleza – CE (ANEXO B).

Os participantes do estudo, no caso, os pais ou responsáveis das crianças com transtornos mentais que utilizam medicamentos psicotrópicos, foram esclarecidos sobre os aspectos éticos da pesquisa e, dessa forma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B - TCLE) para participação na mesma, o qual os resguarda de eventuais problemas ou constrangimentos, assim como garante a confidencialidade e confiabilidade das informações coletadas que estão armazenadas em um local seguro. Ademais, a possibilidade de acesso aos procedimentos da pesquisa, assim como eventual desistência da mesma, também foram assegurados aos participantes sem nenhum desconforto.

Este estudo seguiu as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e não se propôs a antecipar nenhum bônus ou ônus aos participantes, tendo fins exclusivamente acadêmicos e de pesquisa.

5 RESULTADOS

Ao todo, foram preenchidos 67 formulários, 4 a mais da amostra representativa da população (n=63), cerca de 3%. Não houve perdas ou recusas, portanto, todos foram considerados válidos para a pesquisa.

Os resultados são apresentados conforme os objetivos da pesquisa e, ao mesmo tempo, respeitando a sequência de organização das variáveis no formulário, de acordo com as partes (I, II, III, IV e V) do mesmo.

5.1 Características gerais e assistenciais da população/amostra

Dentre as características gerais da população/amostra destacam-se os aspectos demográficos e assistenciais das crianças, que correspondem as variáveis idade, sexo e benefício social, respectivamente (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição dos aspectos demográficos e assistenciais das crianças, de acordo com idade, sexo e benefício. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
Idade (anos) (n=67)		7	2,89	8,39	1	12	4
1 — 3	2 (3,0)						
3 — 5	13 (19,4)						
5 — 7	19 (28,4)						
7 — 9	13 (19,4)						
9 — 11	8 (11,9)						
11 — 13	12 (17,9)						
Sexo (n=67)							
Feminino	14 (20,9)						
Masculino	53 (79,1)						
Benefício social (n=67)							
Sim	36 (53,7)						
Não	31 (46,3)						
Qual benefício (n=36)							
Aposentadoria	2 (5,6)						
Auxílio-Doença	8 (22,2)						
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	14 (38,9)						
Bolsa Família	12 (33,3)						

Fonte: Elaboração Própria.

Conforme evidenciado na tabela acima, a média de idade entre as crianças foi de 7 anos, variando entre 1 e 12 anos de idade. Com relação ao sexo, houve predominância do

masculino, sendo 79,1% (53) meninos, e 20,9% (14) meninas. Já com relação ao benefício social, 53,7% (36) recebiam o benefício, e os restantes 46,3% (31) não recebiam. Dentre os que recebiam o benefício social, em primeiro lugar ficou o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com 38,9% (14), e em segundo, o Bolsa Família, com 33,3% (12).

5.2 Características familiares dos responsáveis pelas crianças e parentesco do cuidador

Nesse tópico, destacam-se as variáveis idade, estado civil e trabalho dos responsáveis pelas crianças, assim como parentesco do cuidador, tendo em vista que nem sempre o responsável é o que cuida da criança (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição das características familiares dos responsáveis pelas crianças e parentesco do cuidador. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
Idade (n=67)		38,50	9,07	82,22	26	69	34
26 — 33	19 (28,4)						
33 — 40	20 (29,8)						
40 — 47	15 (22,4)						
47 — 54	8 (11,9)						
54 — 61	4 (6,0)						
61 — 68	0 (0)						
68 — 75	1 (1,5)						
Estado civil (n=67)							
Casado	30 (44,8)						
Divorciado	2 (3,0)						
Separado	1 (1,5)						
Solteiro	33 (49,2)						
Viúvo	1 (1,5)						
Trabalha (n=67)							
Sim	22 (32,8)						
Não	45 (67,2)						
Quem cuida da criança (n=67)							
Avó	3 (4,5)						
Avô	1 (1,5)						
Mãe	49 (73,1)						
Pai	10 (14,9)						
Tia	4 (6,0)						

Fonte: Elaboração Própria.

Entre os responsáveis entrevistados, 64,2% (43) eram as mães das crianças, 19,4% (13) os pais, 8,9% (6) as avós, 6,0% (4) as tias, e apenas 1,5% (1) era o avô. Dentre eles, 91,0% (61) afirmaram cuidar também das crianças e 9,0% (6) disseram que não cuidam.

A média de idade entre os responsáveis pelas crianças foi de 38,5 anos, variando numa faixa entre 26 e 69 anos. A maioria possui estado civil solteiro, com 49,2% (33), e logo depois vem casado com 44,8% (30). Em relação ao exercício de atividade remunerada (trabalho), 67,2% (45) afirmaram que não trabalham e 32,8% (22) trabalham.

A maioria dos cuidadores das crianças são as mães, representando 73,1% (49), e em segundo lugar estão os pais com 14,9% (10).

5.3 Características socioeconômicas das famílias das crianças

As variáveis a seguir, dizem respeito ao grau de parentesco do chefe da família com a criança, nível de instrução do mesmo e classificação socioeconômica (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição das características socioeconômicas das famílias das crianças. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)
Chefe da família (n=67)	
Avó	5 (7,4)
Mãe	30 (44,8)
Pai	29 (43,3)
Tia	3 (4,5)
Nível de instrução do chefe da família (n=67)	
Analfabeto/Fundamental I incompleto	4 (6,0)
Fundamental completo/Médio incompleto	18 (26,9)
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	17 (25,3)
Médio completo/Superior incompleto	27 (40,3)
Superior completo	1 (1,5)
Classificação socioeconômica (n=67)	
B2	3 (4,5)
C1	8 (11,9)
C2	23 (34,3)
D	30 (44,8)
E	3 (4,5)

Fonte: Elaboração Própria.

Com relação à variável chefe da família, a grade maioria se trata da mãe da criança com 44,8% (30), e logo após vem os pais com 43,3% (29), apresentando pequena diferença. No

que diz respeito ao nível de instrução, 40,3% (27) possuem ensino médio completo ou superior incompleto, e 26,9% (18) possuem o ensino fundamental completo ou médio incompleto.

Foi constatado quanto à classificação socioeconômica, que a maior parte das famílias entrevistadas se enquadravam nas classes D com 44,8% (30), e C2 com 34,3% (23).

5.4 Características relativas ao tratamento medicamentoso das crianças

As variáveis apresentadas nesse tópico, dizem respeito às características dos medicamentos utilizados e dispensados às crianças na Farmácia Pólo da UAPS. Faz-se importante salientar que, na tabela abaixo, com relação ao princípio ativo, o n=96 está com um valor acima do quantitativo da população entrevistada (n=67), tendo em vista que haviam crianças que utilizavam mais de um medicamento.

Tabela 5 – Distribuição da utilização de medicamentos psicotrópicos pelas crianças, de acordo com o princípio ativo e apresentação. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	Apresentação	n (%)
Princípio ativo (n=96)		
Ácido Valpróico	Xarope 25mg/mL	2 (2,0)
Ácido Valpróico	Xarope 50mg/mL	8 (8,4)
Aripiprazol	Comprimido 10mg	1 (1,0)
Carbamazepina	Comprimido 200mg	2 (2,0)
Carbamazepina	Suspensão 20mg/mL	1 (1,0)
Carbamazepina	Suspensão 60mg/mL	1 (1,0)
Cloridrato de Clomipramina	Comprimido 25mg	1 (1,0)
Cloridrato de Fluoxetina	Solução 20 mg/mL	2 (2,0)
Cloridrato de Fluoxetina	Comprimido 20mg	5 (5,3)
Cloridrato de Metilfenidato	Comprimido 10mg	7 (7,3)
Cloridrato de Metilfenidato	Comprimido 2mg	1 (1,0)
Fenobarbital	Solução 40mg/mL	1 (1,0)
Haloperidol	Comprimido 5mg	1 (1,0)
Lamotrigina	Comprimido 25mg	2 (2,0)
Levomepromazina	Comprimido 25mg	1 (1,0)
Periciazina	Solução 1%	1 (1,0)
Periciazina	Solução 4%	4 (4,2)
Risperidona	Comprimido 1mg	16 (16,9)
Risperidona	Solução 1mg/mL	28 (29,4)
Risperidona	Comprimido 2mg	3 (3,2)
Risperidona	Comprimido 3mg	7 (7,3)
Vigabatrina	Comprimido 500mg	1 (1,0)

Fonte: Elaboração Própria.

Ainda na TABELA 5, os medicamentos foram agrupados e classificados conforme o princípio ativo e apresentação, sendo que Risperidona solução de 1mg/mL se destacou com 29,4% (28), seguido de Risperidona comprimido de 1mg com 16,9% (16) e Ácido Valpróico xarope 50mg/mL com 8,4% (8).

Na próxima tabela (TABELA 6), os medicamentos foram agrupados de acordo com o princípio ativo, classe terapêutica e código ATC. Os medicamentos mais prescritos, por ordem decrescente, foram: Risperidona com 56,8% (54); Ácido Valpróico com 10,4% (10); Cloridrato de Metilfenidato com 8,3% (8); Cloridrato de Fluoxetina com 7,3% (7); Periciazina com 5,2% (5); Carbamazepina com 4,0% (4); e Lamotrigina com 2,0% (2).

Com relação à classe terapêutica, os antipsicóticos representaram 65% (62) dos medicamentos prescritos, logo em seguida temos os antiepiléticos com 18,4% (18), os antidepressivos com 8,3% (8), e os psicoestimulantes também com 8,3% (8).

Tabela 6 – Distribuição dos medicamentos conforme o princípio ativo, classe terapêutica e código ATC. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	Classe Terapêutica	Código ATC	n (%)
Princípio ativo (n=96)			
Ácido Valpróico	Antiepiléticos	N03AG01	10 (10,4)
Aripiprazol	Antipsicóticos	N05AX12	1 (1,0)
Carbamazepina	Antiepiléticos	N03AF01	4 (4,0)
Cloridrato de Clomipramina	Antidepressivos	N06AA04	1 (1,0)
Cloridrato de Fluoxetina	Antidepressivos	N06AB03	7 (7,3)
Cloridrato de Metilfenidato	Psicoestimulantes	N06BA04	8 (8,3)
Fenobarbital	Antiepiléticos	N03AA02	1 (1,0)
Haloperidol	Antipsicóticos	N05AD01	1 (1,0)
Lamotrigina	Antiepiléticos	N03AX09	2 (2,0)
Levomepromazina	Antipsicóticos	N05AA02	1 (1,0)
Periciazina	Antipsicóticos	N05AC01	5 (5,2)
Risperidona	Antipsicóticos	N05AX08	54 (56,8)
Vigabatrina	Antiepiléticos	N03AG04	1 (1,0)

Fonte: Elaboração Própria.

Na próxima tabela (TABELA 7), dentre os medicamentos mais prescritos, destacam-se abaixo os quatro primeiros, de acordo com o quantitativo de crianças que fazem uso e suas respectivas idades. No caso da Risperidona, ela foi mais prevalente na faixa etária de 4 a 7 anos de idade. Com relação ao Ácido Valpróico, temos a faixa etária de 5 a 7 anos evidenciada; o Cloridrato de Metilfenidato dos 6 aos 8, e a Fluoxetina dos 9 aos 11 anos.

Tabela 7 – Distribuição dos quatro medicamentos psicotrópicos mais prescritos de acordo com a idade das crianças na UAPS. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	Ácido Valpróico (n=10)	Cloridrato de Fluoxetina (n=7)	Cloridrato de Metilfenidato (n=8)	Risperidona (n=54)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade				
1	-	1 (14,2)	1 (12,5)	1 (1,8)
2	-	-	-	1 (1,8)
3	-	-	1 (12,5)	1 (1,8)
4	-	1 (14,2)	-	9 (16,7)
5	4 (40,0)	-	-	7 (13,0)
6	1 (10,0)	-	1 (12,5)	11 (20,4)
7	1 (10,0)	-	2 (25,0)	9 (16,7)
8	-	-	1 (12,5)	1 (1,8)
9	2 (20,0)	2 (28,7)	-	4 (7,5)
10	-	2 (28,7)	2 (25,0)	3 (5,5)
11	2 (20,0)	1 (14,2)	-	-
12	-	-	-	7 (13,0)

Fonte: Elaboração Própria.

Já na próxima tabela (TABELA 8), com relação à quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizados por cada criança, o predomínio foi de apenas um medicamento com 67,2% (45), em seguida dois com 22,4% (15), e três com 10,4% (7). A média de utilização dos medicamentos foi de 1,43 psicotrópicos por criança.

Tabela 8 – Distribuição das crianças de acordo com a quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizadas por cada. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)	Media	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
Quantidade de medicamentos (n=67)		1,43	0,68	0,46	1	3	1
1	45 (67,2)						
2	15 (22,4)						
3	7 (10,4)						

Fonte: Elaboração Própria.

Na tabela seguinte (TABELA 9), com relação à identificação do médico prescritor, os que mais se destacaram foram os neuropediatras com 34,3% (23), e logo em seguida os psiquiatras infantis com 25,3% (17), em terceiro lugar aparecem os médicos da ESF com 23,9% (16), e por último os pediatras com 9,0% (6). Quanto à origem das prescrições, em ordem decrescente, a maior parte provinha das UAPS com 34,3% (23), depois dos CAPSi com 22,4% (15), instituições filantrópicas com 20,9 (14), hospitais gerais com 11,9% (8), hospitais infantis com 6,0% (4) e, por último, das clínicas particulares com 4,5% (3).

Tabela 9 – Distribuição do quantitativo de médicos prescritores evidenciados na pesquisa, e origem das respectivas prescrições conforme serviço. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)
Identificação do médico prescritor (n=67)	
Clínico Geral	1 (1,5)
Indefinido	1 (1,5)
Médico da ESF	16 (23,9)
Neurologista	1 (1,5)
Neuropediatra	23 (34,3)
Oftalmologista	1 (1,5)
Pediatra	6 (9,0)
Psiquiatra	1 (1,5)
Psiquiatra Infantil	17 (25,3)
Origem da prescrição (n=67)	
CAPSi*	15 (22,4)
Clínicas Particulares	3 (4,5)
Hospitais Gerais**	8 (11,9)
Hospitais Infantis***	4 (6,0)
Instituições Filantrópicas****	14 (20,9)
UAPS	23 (34,3)

Fonte: Elaboração Própria. * Os CAPSi se referem aos únicos do município (SER III e VI). ** Neste item se encontram: HUWC e HGF. *** Neste item se enquadram o HIAS e SOPAI. **** Foram agrupadas neste item as seguintes instituições filantrópicas: APAE, Casa da Esperança, NAMI (UNIFOR), NUTEP, Recanto Psicopedagógico e clínica escola de saúde da UNICHRISTUS.

5.4.1 Aspectos referentes ao acompanhamento médico para o tratamento medicamentoso.

As variáveis a seguir dizem respeito ao acompanhamento das crianças que realizam o tratamento medicamentoso, caso positivo ou negativo, e qual a especialidade do médico que acompanha de acordo com o referido pelos responsáveis (TABELA 10).

Com relação à variável acompanhamento médico, 97,0% (65) dos responsáveis pelas crianças afirmaram que as mesmas eram acompanhadas por especialista. Entretanto, na pesquisa, há crianças que são acompanhadas por mais de um médico e, por esse motivo, o n=73 está com um valor acima do quantitativo da população entrevistada (n=67).

Nesse sentido, 50,6% (37) das crianças são acompanhadas por neuropediatra e 36,9 (27) são acompanhadas por psiquiatra infantil, sendo que com 8,3% (6) estão as crianças que são acompanhadas por pediatra.

Tabela 10 – Distribuição das crianças acompanhadas por médico referente ao tratamento medicamentoso e qual a especialidade. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)
Acompanhamento médico (n=67)	
Não	2 (3,0)
Sim	65 (97,0)
Especialidade (n=73)	
Clínico Geral	1 (1,4)
Médico da ESF	1 (1,4)
Não sabe	1 (1,4)
Neuropediatra	37 (50,6)
Pediatra	6 (8,3)
Psiquiatra infantil	27 (36,9)

Fonte: Elaboração Própria.

5.5 Identificação de outras abordagens terapêuticas pelas crianças que realizam o tratamento medicamentoso

Quando ao tratamento não medicamentoso, as variáveis ficaram dispostas do seguinte modo na tabela (TABELA 11): presença de tratamento não medicamentoso; quantitativo de profissionais por criança; e categoria do profissional que acompanha.

Tabela 11 – Dados relativos ao tratamento não medicamentoso das crianças. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	n (%)	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
Tratamento não medicamentoso (n=67)							
Sim	42 (62,7)						
Não	25 (37,3)						
Quantidade de profissionais por criança (n=42)							
		2,86	1,14	1,30	1	6	3
1	7 (16,7)						
2	6 (14,3)						
3	17 (40,5)						
4	11 (26,2)						
6	1 (2,3)						
Categoria do profissional por criança (n=120)							
Acupunturista	1 (0,8)						
Enfermeiro	2 (1,7)						
Fisioterapeuta	6 (5,0)						
Fonoaudiólogo	29 (24,2)						

Judoca	1 (0,8)
Psicólogo	33 (27,5)
Psicopedagogo	13 (10,8)
Terapeuta ocupacional	35 (29,2)

Fonte: Elaboração Própria.

De acordo com o constatado na tabela acima, 62,7% (42) das crianças também realizam tratamento não medicamentoso, onde é evidenciado que 40,5% (17) eram acompanhadas por mais de um profissional, ou seja, 3 profissionais; 26,2% (11) por 4 e 16,7% por 1. Além disso, o profissional terapeuta ocupacional recebeu destaque de 29,2% (35) entre as crianças, sendo o mais mencionado; o psicólogo com 27,5% (33); logo após vem o fonoaudiólogo com 24,2% (29) e o psicopedagogo com 10,8% (13).

5.6 Relação entre as abordagens terapêuticas das crianças e apoio familiar

No que se refere ao apoio dos familiares das crianças acerca dos tratamentos realizados pelas crianças, quanto ao tratamento medicamentoso, 95,5% (64) apoiam o uso do medicamento, e 4,5% (3) não apoiam (TABELA 12). Ao passo que quanto ao tratamento não medicamentoso, 92,9% (39) apoiam, e 7,1% não apoiam.

Tabela 12 – Distribuição das crianças de acordo com as abordagens terapêuticas utilizadas e como o respectivo apoio familiar. Fortaleza – CE, 2018.

Variável	Medicamentosa (n=67)	Não Medicamentosa (n=42)
	n (%)	n (%)
Apoio Familiar		
Sim	64 (95,5)	39 (92,9)
Não	3 (4,5)	3 (7,1)

Fonte: Elaboração Própria.

6 DISCUSSÃO

A proposta principal do estudo foi analisar o uso de psicotrópicos por crianças atendidas na Farmácia Pólo de uma UAPS do município de Fortaleza - CE. Com base nisso, procedeu-se à avaliação de suas características gerais, como sexo e idade; aspectos familiares, classificação socioeconômica, dados relativos ao tratamento medicamentoso e identificação de outras abordagens terapêuticas não medicamentosas direcionadas para os seus tratamentos.

Faz-se importante destacar que não foram constatados na literatura, estudos que se propuseram a averiguar, de fato, a situação da utilização de psicotrópicos especificamente pelo público infantil na APS, o que se traduziu na dificuldade de comparar as variáveis em questão. Em contrapartida, há um estudo que avalia a utilização de psicotrópicos por crianças de 0 a 12 anos em tratamento nos CAPSi do município de Fortaleza – CE, que servirá como base de comparação para esta pesquisa (MACIEL, 2013).

No que se refere às características gerais e assistenciais das crianças, evidenciou-se a predominância do sexo masculino para o uso de psicotrópicos, com a maior proporção na faixa etária de 5 a 7 anos de idade, e onde a maior parte recebia benefício social. Esses dados são corroborados com o estudo de Maciel (2013), exceto para uma discreta diferença com relação à faixa etária que mostrou uma proporção maior do consumo de psicotrópicos em crianças de 3 a 8 anos.

Estudos internacionais também enfatizam a maior propensão das crianças do sexo masculino, sobretudo pré-escolares, para o uso de psicotrópicos (CHIRDKIATGUMCHAI, 2013; GARFIELD, 2015). E isso pode estar relacionado com a maior prevalência dos transtornos mentais infantis também em crianças do sexo masculino (MIYAZAKI et al., 2014; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014; PETRESCO et al., 2014).

Há uma relação segundo a qual crianças com comportamentos externalizantes (aqui incluída a agressividade, impulsividade, hiperatividade, comportamento desafiador e desatenção), em comparação com aquelas que apresentam comportamentos de internalização (aqui relacionados à ansiedade, depressão e retraimento), são as que possuem maior probabilidade de serem encaminhadas aos serviços de saúde mental e, além disso, apresentam uma maior prevalência em meninos (MIYAZAKI et al., 2014; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

No estudo, as mães se destacaram como a maioria dos responsáveis pelas crianças, e também como as principais cuidadoras, seguidas dos pais. De certo, o papel da mãe enquanto a pessoa mais envolvida no processo do cuidado ainda é considerada maioria absoluta em

diversos estudos (MACEDO et al., 2015; COLESANTE et al., 2015). Entretanto, mais recentemente, a literatura vem considerando a relevância paterna, e sinalizando para a importância de se compreender o lugar de um pai mais atuante e participativo, trazendo-os como figuras importantes no desenvolvimento infantil. Isso se demonstra a partir do interesse dos mesmos no maior envolvimento relativo ao cuidado e à criação dos filhos (BORSA; NUNES, 2011).

De todo modo, é sabido que a família tem papel muito importante no tratamento das crianças com transtornos mentais, no que tange ao suporte, seja ele físico, social e emocional; inclusive, arcando com o ônus do cuidado de uma criança com uma condição crônica (OMS, 2001; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015). Nesse contexto, um dado que se destaca a partir da pesquisa, é que a grande maioria dos responsáveis pelas crianças não exerciam atividade remunerada, ou seja, não trabalhavam; e isso pode estar relacionado com o fato dos mesmos terem de abdicar os seus empregos pra cuidar das crianças, ao passo que o cuidado implica tempo e disponibilidade. Ademais, se tratando de situações mais graves, conciliar as duas coisas pode se tornar impossível (CAMPELO; COSTA; COLVERO, 2014).

Tendo em vista as dificuldades dos responsáveis e cuidadores para se manterem num trabalho, as condições financeiras tendem a se precarizar, com desvantagens para custear o cuidado de saúde das crianças (CAMPELO; COSTA; COLVERO, 2014). A maioria das famílias do estudo, inclusive, pertenciam às classes socioeconômicas mais desfavorecidas. Nessa perspectiva, é relevante considerar o baixo nível socioeconômico das famílias como um fator de risco para problemas de saúde mental entre crianças, havendo uma associação no que diz respeito à baixa renda, analfabetismo, desemprego, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e à educação (SÁ et al., 2011; RAMIRES et al., 2009).

Com relação aos medicamentos evidenciados no estudo e suas respectivas apresentações farmacêuticas, 8 dos 22 não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que é uma lista disponibilizada pelo MS, onde elenca os medicamentos prioritários no tratamento e controle da maioria das patologias mais prevalentes no país, ou seja, as que mais acometem a população brasileira (BRASIL, 2018). A Inclusão de medicamentos na RENAME ocorre em função de avaliações sobre o custo-benefício, custo-eficácia e vantagens terapêuticas (BRASIL, 2013a). Além disso, essa lista é um documento de referência nacional, norteador da PNM, que possui a finalidade de orientar e subsidiar os estados e municípios na elaboração de suas respectivas relações de medicamentos essenciais, a Relação Estadual de Medicamentos (RESME) e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)

(BRASIL, 2007b). A OMS preconiza o uso das listas de medicamentos essenciais nos países como uma recomendação para promover o URM (WHO, 2002).

Dentre os 8 medicamentos que não constam na RENAME, também não constam na REMUME e, além desses, acrescenta-se mais 7, totalizando 15 medicamentos que não constam na lista municipal (FORTALEZA, 2018). Isso pode se considerar uma dificuldade de acesso às famílias que necessitam dos medicamentos. A Risperidona, por exemplo, não consta na REMUME e, de acordo com a RENAME, é considerado um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que se caracteriza pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade, e cujas linhas de cuidado são definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (ALEXANDRE et al., 2016). Além da Risperidona, que é um antipsicótico, outros medicamentos da mesma classe terapêutica também são evidenciados no estudo, tais como a Lamotrigina e Vigabatrina. Todos estes, integram o CEAF, no qual estão disponíveis no SUS de forma restrita, e dependem de solicitação específica com justificativa sujeita à análise (BRASIL, 2013a).

No estudo de Maciel (2013) realizado nos CAPSi, a Risperidona também ganhou destaque como o psicotrópico mais prescrito. Ela é indicada no tratamento da esquizofrenia e demais transtornos psicóticos, além de uma variedade de condições não-psicóticas, incluindo autismo, síndrome de Tourette, retardo mental associado a alterações de comportamento e também quadros de explosões de agressividade encontrados em crianças com transtorno de conduta (ROCHA; BATISTA; NUNES, 2004). Ela se caracteriza ainda por ser um antipsicótico atípico, ou de segunda geração, que é menos propenso a causar efeitos de liberação extrapiramidal (relacionados a motricidade, especialmente distonias e parkinsonismo em crianças). No entanto, entre seus efeitos colaterais, destacam-se sedação e ganho de peso (ROCHA; BATISTA; NUNES, 2004).

Em segundo e terceiro lugar dos medicamentos mais prescritos para as crianças no estudo, apresentam-se o Ácido Valpróico e o Cloridrato de Metilfenidato. O Ácido Valpróico é o fármaco de escolha no tratamento de pacientes portadores de crises epilépticas focais ou generalizadas, além de outras síndromes epileptiformes, como a síndrome de West e, inclusive, transtorno bipolar (GARANITO et al., 2009; ROCHA; BATISTA; NUNES, 2004). Já o Cloridrato de Metilfenidato, é indicado principalmente para o tratamento do TDAH (BRATS, 2014).

Dessa forma, destacam-se então os antipsicóticos, antiepilépticos e os psicoestimulantes. É válido ressaltar que das duas apresentações do Ácido Valpróico encontradas no estudo, apenas uma consta na REMUME, e a outra apenas na RENAME; já com relação ao Cloridrato de Metilfenidato, o mesmo não consta em nenhuma das listas de medicamentos essenciais.

Ainda com relação ao tratamento medicamentoso direcionado para as crianças, Gama (2008) reforça a importância de se realizar os EUM na população pediátrica, uma vez que muitos medicamentos prescritos para esta população são dados de forma *off label*, sendo aqui inclusos os psicotrópicos (STEINHAUSEN, 2015; MORRIS; STONE, 2011).

O termo *off label* se refere aos medicamentos prescritos de maneira diferente daquela orientada na bula ou compêndios oficiais, no que se refere à indicação, dose, idade, forma ou intervalo de administração. Ademais, a prescrição *off label* não é considerada ilegal, nem obrigatoriamente incorreta, sendo até mesmo contemplada em protocolos pediátricos. Entretanto, não existem orientações para auxiliar sua prescrição, ficando por conta e risco do profissional médico que irá prescrever, sendo que o mesmo deveria considerar antes disso vários fatores clínicos, éticos e de segurança, além de analisar do ponto de vista das opções terapêuticas, risco-benefício e indicação clínica (GONÇALVES; HEINECK, 2016). Desse modo, ainda se tratando de crianças, seu uso deve-se dar de forma racional e segura, evitando a exposição das mesmas a riscos desnecessários, e que podem se traduzir em iatrogenias (MORRIS; STONE, 2011).

Neste estudo, foi constatado o uso *off label* de alguns dos medicamentos prescritos para as crianças, sobretudo, de três entre os quatro medicamentos mais prescritos (Risperidona, Cloridrato de Metilfenidato e Cloridrato de Fluoxetina), para idades nas quais não está estabelecida segurança e eficácia terapêutica, e tendo como parâmetro, principalmente, as informações dos documentos norteadores do uso de medicamentos elaborados pelo MS, o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e os PCDT. Foram utilizados, em especial, os PCDT disponíveis do transtorno afetivo bipolar (tipo 1), transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia e comportamento agressivo como transtorno do espectro do autismo.

A Risperidona, particularmente, não possui estudos que avaliam o seu uso antes dos 5 anos de idade para crianças com autismo, aos 10 anos para aquelas no tratamento de mania (manifestação do transtorno afetivo bipolar), e aos 13 no que se refere à esquizofrenia (BRASIL, 2013b, 2016a, 2016b). No FTN não possui nenhuma menção da Risperidona sobretudo para a população infantil (BRASIL, 2010b). Contudo, constatou-se neste estudo a prescrição desse medicamento para crianças abaixo dos 5 anos de idade.

O Cloridrato de Metilfenidato, no entanto, é contraindicado para crianças menores de 6 anos, ao passo que nesta pesquisa constatou-se o seu uso por crianças de 1 e 3 anos de idade (BRATS, 2014; VITIELLO, 2012). Faz-se pertinente ressaltar que pelo medicamento não constar na RENAME, ele conseqüentemente não é abordado no FTN que é elaborado com base na mesma lista. Ademais, não existe um PCDT de abrangência nacional que inclua o TDAH e o tratamento com Cloridrato de Metilfenidato, isso implica a necessidade da criação de parâmetros para o diagnóstico do transtorno, bem como seu tratamento que respalde o uso do medicamento com base nas melhores evidências científicas disponíveis.

O Cloridrato de Fluoxetina é mencionado no PCDT do transtorno afetivo bipolar, e no FTN, porém, não há nada estabelecido para o seu uso com relação especificamente à população infantil, indicando também a escassez de evidências que justifiquem seu uso em crianças tão pequenas (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2010b).

Nessa perspectiva, verificou-se que os medicamentos foram receitados para a faixa etária em desacordo com os documentos que respaldam sua prescrição. Este trabalho não se propôs a avaliar detalhadamente o uso *off label* de todos os medicamentos prescritos, mas fez esse recorte que se embasou no seguinte questionamento: *Será que o uso desses medicamentos está sendo feito de forma segura na APS?* Em um estudo realizado num município de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, foi evidenciado elevado percentual de prescrição *off label* para crianças na APS, principalmente relacionada à idade, dose e frequência de administração (GONÇALVES; HEINECK, 2016).

No que se refere à identificação dos médicos que prescreveram os psicotrópicos, os neuropediatras foram os que mais se destacaram, seguidos dos psiquiatras infantis e os médicos da ESF. Esses dados se contrastam com o de estudos que revelam os clínicos gerais como a especialidade que mais tende a medicar nesse sentido (COSTA; OLIVEIRA, 2017; TORRES et al., 2014). Inclusive, a maioria dos responsáveis pelas crianças também afirmaram que as mesmas realizavam acompanhamento médico com destaque para os neuropediatras e psiquiatras infantis, respectivamente.

Ademais, os resultados evidenciados nessa pesquisa, parecem imprimir um ponto positivo no sentido de que os médicos mais habilitados para tratar os distúrbios neurológicos e psiquiátricos da infância, foram os que mais prescreveram tais medicamentos, uma vez que devem conhecer mais profundamente as propriedades farmacológicas dos psicotrópicos e os riscos inerentes à sua utilização (FERRARI et al., 2013; PANDE, 2016). Todavia, o destaque em terceiro lugar para os médicos da ESF, chama atenção para o fato de que apesar de poderem prescrever os medicamentos, os mesmos não teriam tanta habilidade para reconhecer os

transtornos e nem poderiam ficar sobre a responsabilidade total do tratamento. Inclusive, no estudo, ficou constatado que a grande maioria das origens das prescrições dos medicamentos psicotrópicos partiam de UAPS.

Alternativamente, é preciso levar em consideração que em algumas situações, o médico da ESF atua renovando a receita, de modo que as crianças que realizam acompanhamento em serviços especializados como o CAPSi, por exemplo, não fiquem sem dar continuidade ao seu tratamento.

Partindo desse pressuposto, também é importante ressaltar que por mais que a criança seja acompanhada num serviço especializado, a APS não perde o seu compromisso com o paciente, que tem como base os seus princípios de coordenação e longitudinalidade do cuidado. Esse seria o principal papel não só dos médicos, mas de todos os outros profissionais que atuam na APS. A maior parte dos problemas com o uso crônico e inadequado de psicotrópicos é causado pela ausência de um profissional que se responsabilize pelo início, meio e fim do tratamento (CHIAVERINI et al., 2011). Em vista disso, é necessária a integração da APS com os demais níveis de atenção, para que os profissionais possam atuar e elaborar de maneira conjunta o projeto terapêutico mais adequado para o paciente, aqui no caso as crianças. Esse trabalho pode ser realizado por meio do matriciamento.

Quando à identificação de outras abordagens terapêuticas além da farmacológica, foi identificado no estudo que mais da metade das crianças também realizavam tratamento não medicamentoso de acordo com seus responsáveis, ao passo que quase 40% não realizavam. A própria OMS aponta que o tratamento adequado dos transtornos mentais e comportamentais da infância, envolve o URM e abordagens não farmacológicas, como as psicoterápicas e reabilitação psicossocial, todas de uma forma integrada e clinicamente significativa (OMS, 2001).

Nesse sentido, o dado mencionado anteriormente acerca do tratamento não farmacológico na pesquisa se contrapõe de forma sutil ao de Maciel (2013), onde constatou um número superior de crianças que realizavam apenas o uso do medicamento, sem associação com outras formas de tratamento não farmacológicas. Faz-se importante que os profissionais estejam atentos para que o medicamento não tome o lugar das demais modalidades de cuidado (CHIAVERINI et al., 2011).

Dentre os profissionais que mais se destacaram no tratamento não medicamentoso estão os terapeutas ocupacionais, seguidos dos psicólogos e fonoaudiólogos. Além disso, a maioria das crianças eram acompanhadas por mais de um profissional. Isso está de acordo com o fato de que o manejo dos transtornos mentais se configura de forma multidisciplinar,

envolvendo não só o médico que prescreve, mas também, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais (LUENGO, 2010; PANDE, 2016).

Por fim, a grande maioria dos responsáveis pelas crianças, em sua quase totalidade, também revelaram apoiar o tratamento medicamentoso, assim como o não medicamentoso, o que também está de acordo com o estudo de Maciel (2013). Conforme revisão proposta por Souza et al. (2011), algumas pesquisas apontaram para a importância do apoio familiar durante as intervenções terapêuticas oferecidas ao paciente, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento.

A principal limitação identificada para este estudo foi, de fato, com relação à escassez de trabalhos dentro da mesma linha e contexto de pesquisa no intuito de se realizar a comparação entre as variáveis elencadas. Além disso, o estudo também se propôs a avaliar o uso de psicotrópicos por crianças em apenas uma UAPS, no qual consta Farmácia Pólo, do município de Fortaleza - CE, o que interfere no tamanho da amostra e expressividade dos resultados. Ao mesmo tempo, o estudo se torna relevante no sentido de preencher uma pequena lacuna referente à descrição do uso de medicamentos psicotrópicos por crianças no contexto da APS.

7 CONCLUSÃO

Conforme destacado neste estudo, encontra-se maior prevalência do uso de psicotrópicos em crianças do sexo masculino, com idades entre 5 e 7 anos, e que recebem benefício social. Os responsáveis pelas crianças possuem média de idade de 38,5 anos, com a maior parte possuindo estado civil solteiro, sem exercer atividade remunerada, e a mãe prevalecendo como a principal cuidadora. Além disso, com relação ao chefe da família, a mãe também se destaca, com o predomínio de familiares que possuem ensino médio completo/superior incompleto, e pertencentes a classe D.

A Risperidona, o Ácido Valpróico, o Cloridrato de Metilfenidato e o Cloridrato de Fluoxetina foram evidenciados como os medicamentos mais prescritos para as crianças, e a média de utilização de todos os psicotrópicos ficou de 1,43 para cada. Já com relação aos prescritores, os neuropediatras e psiquiatras se destacaram como as especialidades que mais prescreveram, além disso, os responsáveis pelas crianças também referiram que as mesmas são acompanhadas em geral por esses dois médicos. A maioria das origens das prescrições partiram de UAPS.

Grande parte das crianças também realizam abordagens terapêuticas não medicamentosas, apresentando destaque para o acompanhamento com terapeuta ocupacional, psicólogo e fonoaudiólogo. A média é de 2,86 profissional por criança. As famílias das crianças, em geral, apoiam as abordagens terapêuticas utilizadas pelas mesmas, seja medicamentosa ou não medicamentosa.

Com base nos resultados obtidos observou-se uma alta prevalência do uso de psicotrópicos na população infantil, sobretudo em crianças com idade mais baixa, onde faz-se imprescindível determinar se os casos de prescrição são realmente necessários para as mesmas, de acordo com os seus problemas de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento e dispensação de medicamentos na APS. Tudo isso levando em consideração ainda a dificuldade para se fechar um diagnóstico e a escassez de evidências que respaldem a utilização desses medicamentos principalmente população infantil.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Raphael da Silva et al. O uso indiscriminado do cloridrato de metilfenidato como estimulante por estudantes da área da Saúde da Faculdade Anhanguera de Brasília (FAB). *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, v. 28, n. 3, p. 166-172, 2016. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/3425-1475592416.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- ALEXANDRE, Rodrigo Fernandes et al. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: pacto federativo para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso no SUS. *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, p. 1313-1314, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000401313&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ALMEIDA, Lúcio Meneses de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde*, v. 23, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf. Acesso em: 22 out. 2018.
- ARANGO, Héctor Gustavo. *Bioestatística: teórica e computacional com banco de dados reais em disco*. – 3.ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. [American Psychiatric Association]. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAHLS, Saint-Clair. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de psiquiatria*, v. 24, n. 2, p. 63-67, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462002000200005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 mai. 2018.
- BENTZEN, Niels. *WONCA dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003. Disponível em: <http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000092/0000052.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.
- BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 401-412, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.
- BORSA, Juliane Callegaro; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, v. 29, n. 64, 31-39, 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835/19141>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 junho 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7), 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 197 p. 2011a. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 31 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde publica recomendações sobre o uso abusivo de medicamentos na infância. Ministério da Saúde. Brasília, 015. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-do-adolescente-e-do-jovem/noticias-saude-do-adolescente-e-do-jovem/19971-ministerio-da-saude-publica-recomendacoes-sobre-o-uso-abusivo-de-medicamentos-na-infancia>. Acesso em: 04 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a 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 Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002a. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 60 p. 2006. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária, n. 29, 95 p., 2010a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 364, de 09 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 324, de 31 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/Portaria-324-de-31-de-mar--o-de-2016.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34) – Brasília: Ministério da Saúde, 176 p., 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad24.pdf. Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 218 p., 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_rename.pdf. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a

controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 fev. 1999b. Poder Executivo (Versão republicada). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos 1998. Diário Oficial da União, 10 de novembro de 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 10 set. 2018.

BRATS. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Brats, v. 8, n. 23, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. Psicologia: ciência e profissão, v. 33, n. 1, p. 208 - 221, 2013d. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2820/282026452017/>. Acesso em: 04 mai. 2018.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. Psicologia em estudo, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2871/287122110017/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CAMPELO, Lany Leide de Castro Rocha; COSTA, Sarah Maria Esequiel; COLVERO, Luciana de Almeida. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. spe, p. 192-198, 2014. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/103070>. Acesso em: 18 set. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2018

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2018.

CARDOSO, R. V. Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family doctors. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1117>. Acesso em: 15 set. 2018.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 11, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a03v11n2>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CARVALHO, Sérgio R. et al. Medicalização: uma crítica (im) pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1251-1269, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312015000401251&script=sci_arttext. Acesso em: 12 jul. 2018.

CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osório de, coord. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 92 p., 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zq6vb/pdf/castro-9788575412657.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

CHIRDKIATGUMCHAI, Vilawan et al. National trends in psychotropic medication use in young children: 1994–2009. *Pediatrics*, p. peds. 2013-1546, 2013. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/4/615>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CHRISTOFARI, A. C; FREITAS, C. R. de; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos modos de ser e de aprender. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 40(4), 1079-1102, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edreal/2015nahead/2175-6236-edreal-42057.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2018.

COLESANTE, Maria Francilene Leite et al. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. *Rev. enferm. UERJ*, v. 23, n. 4, p. 501-506, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4966/14241>. Acesso em: 05 nov. 2018.

COLOMBANI, Fabiola; MARTINS, Raul Aragão. O movimento higienista como política pública: aspectos históricos e atuais da medicalização escolar no Brasil. *Revista online de Política e Gestão Educacional*, p. 278-295, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9788>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CONRAD, Peter. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=cAE5hIP5YkAC&oi=fnd&pg=PR9&dq=The+medicalization+of+society.+On+the+transformation+of+human+conditions+into+treatable+disorders.+&ots=6oW9cM9o1J&sig=aRX2iyMg8izrqLZTXOjrLs5dHYs#v=onepage&q=The%20medicalization%20of%20society.%20On%20the%20transformation%20of%20human%20conditions%20into%20treatable%20disorders.&f=false>. Acesso em: 13 ago. 2018.

COSTA, George Muniz Portela da; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva. Análise de prescrições médicas de psicotrópicos atendidas em uma farmácia comercial de médio porte da cidade de Sobral/CE. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 6, n. 1, p. 164-172,

2017. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/863>. Acesso em: 20 out. 2018.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2018.

CUNHA, Janaina Arruda Pontes da; MELLO, Lúcia Maria de Lima. Medicação/Medicalização na infância e suas possíveis consequências. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 2, n. 4, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://200.229.32.55/index.php/pretextos/article/view/15252>. Acesso em: 04 mai. 2018.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. V Jornada Internacional de Políticas Públicas-Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís-MA, 2011. Disponível em: http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em: 06 out. 2018.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e profissão*, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a14>. Acesso em: 15 jul. 2018.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM.J. *psicanal.* São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 ago. 2018.

FERRARI, Carlos Kusano Bucalen et al. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2262. Acesso em: 02 nov. 2018.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da; ROGONE, Heloísa Maria Heradão. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 36-44, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127236>. Acesso em: 11 mai. 2018.

FERREIRA, Rodrigo Ramires. A Medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2871/287145780008/>. Acesso em: 13 out. 2018.

FONSECA, João José Saraiva. Metodologia da Pesquisa Científica. Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Centro de Educação, 2002. Disponível em:

http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA%281%29.pdf. Acesso em: 12 jul. 2018.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 02 out. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. 30 jun. 2018. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=75. Acesso em: 30 jun. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 02/2018. Normaliza no âmbito da secretaria da saúde do Município de Fortaleza, a dispensação de medicamentos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial do Município, Fortaleza, CE*, 18 de Janeiro de 2018.

FRANCES, Allen. Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. *El País: o jornal global*, 27 set 2014. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html. Acesso em: 03 jul. 2018.

GAMA, Helena. Drug utilisation studies. *Arqui Med*. 22(2/3): 69–74; 2008. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-34132008000200006&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 30 out. 2018.

GARANITO, Marlene Pereira et al. Valproato de sódio: efeitos colaterais em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 27, n. 4, p. 456-460, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4060/406038931017.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GARFIELD, Lauren D. et al. Psychotropic drug use among preschool children in the Medicaid program from 36 states. *American journal of public health*, v. 105, n. 3, p. 524-529, 2015. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302258>. Acesso em: 02. nov. 2018.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 21-34, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2018.

GÉRVAS, Juan; FERNÁNDEZ, Mercedes Pérez. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta sanitaria*, 20, 66-71, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106752311>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GIUSTI, Karina Gomes. Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 4, n. 8, p.

191-216, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5896099>. Acesso em: 30 jul. 2018.

GONÇALVES, Marcele Giacomini; HEINECK, Isabela. Frequência de prescrições de medicamentos off label e não licenciados para pediatria na atenção primária à saúde em município do sul do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 1, p. 11-17, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001124>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GONDIM, Ana Paula Soares; MACIEL, Ana Paula Pessoa; MONTEIRO, Mirian Parente. Abordagem Terapêutica e sua Relação entre as Características Sociais e Econômicas de Crianças nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Rev. paul. pediatria.*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 383-390, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400383&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2018.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1>. Acesso em: 30 jul. 2018.

GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*, v. 25, n. 1, p. 239-263, 2009. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/6430/art_GUARIDO_O_que_nao_tem_remedio_remediado_esta_2009.pdf?sequence=1. Acesso em: 30 jul. 2018.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/en.php>. Acesso em: 20 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações sobre os municípios brasileiros. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ITABORAHY, Cláudia. A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo. – 2009. 126f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp104785.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

ITABORAHY, Claudia; ORTEGA, Francisco. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 803-816, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n3/803-816/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

JAMOULLE, Marc. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. *Rev Port Med Geral Fam, Lisboa*, v. 28, n. 6, p. 398-399, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000600002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

JAMOULLE, Marc; GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; p. 205-11. 2012b.

Disponível em:

http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/G/GUSSO_Gustavo/Trat_Medic_Familia_Comun_2vols/Liberado/Cap_24.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. Fundamentos de metodologia científica. – 1.ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LARROCA, Lilian Martins; DOMINGOS, Neide Micelli. TDAH-Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, v. 16, n. 1, p. 113-123, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100012. Acesso em: 20 set. 2018.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018

LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 793-802, Apr. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2018.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. Fractal: Revista de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 46-54, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0046.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

LUENGO, Fabiola Colombani. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. - 1.ed. - São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/109138>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MACEDO, Eliza Cristina et al. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 23, n. 4, p. 769-777, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00769.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

MACIEL, Ana Paula Pessoa. Utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil de Fortaleza. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8164>. Acesso em: 05 mai. 2018.

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania Mello Gomes de; MATOS, Gustavo Mello Gomes de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Revista de

Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27(3), p. 312-318, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300010. Acesso em: 30 jul. 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, v. 2, p. 44-50, 2006. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: 05 set. 2018.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. Psicologia Escolar e Educacional, p. 136-142, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

MELO, Daniela Oliveira de; RIBEIRO, Eliane; STORPIRTIS, Sílvia. A importância dos estudos de utilização de medicamentos. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 42, n. 4, out./dez., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322006000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2018.

MELO, Miguel. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 23(3), 289-93, 2007. Disponível em: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10361/10097>. Acesso em: 18 set. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2016. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/cogtes/sead/pluginfile.php/4456/mod_forum/attachment/316/O%20ACESSO%20A%20ATEN%20C3%87%20C3%83O%20PRIM%20C3%81RIA%20A%20SAUDE%20PDF.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Revista Psicologia-Teoria e Prática, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5683>. Acesso em: 02 mai. 2018.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. Saúde e Sociedade, v. 22, p. 1072-1083, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000400010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 de jun. 2018.

MORRIS, James; STONE, George. Children and psychotropic medication: a cautionary note. Journal of marital and family therapy, v. 37, n. 3, p. 299-306, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.2009.00178.x>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). Série Idéias, n. 23, 1994. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

MUNOZ, Daniel Romero. Bioética: A mudança da postura ética. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia.*, São Paulo, v.70, n.5, p.578-579, Oct.2004.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000500001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

NOIA, Aparecida Santos et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. spe, p. 38-43, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/06>. Acesso em: 11 mai. 2018.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.2012-2020, Sept. 2009.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

NUBILA, Heloisa Brunow Ventura Di; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 324-335, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, p.64. 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5. Acesso em: 10 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 12 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, OMS: 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 05 mai. 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar, p.15-35. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel. Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças. 2016. 369 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20783>. Acesso em: 02 jun. 2018.

PETRESCO, Sandra et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v.

49, n. 6, p. 975-983, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24488152>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PFAFFENBACH, Grace Miriam de Almeida. Operacionalizando conceitos em farmacoepidemiologia: estudos de utilização de medicamentos e de farmacovigilância. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 159 p., 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309538>. Acesso em: 18 set. 2018.

PINTO, Tereza. Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 15, n. spe, p. 405-420, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 ago. 2018.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes de. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. *Direito*, v. 2, n. 25, p. 34-47, 2016. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/868>. Acesso em: 05 out. 2018.

POLANCZYK, G.V. Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta. 2008. 160f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12635/000628212.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 mai. 2018.

RAMIRES, Vera Regina Röhnelt et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672009000200012&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 02 nov. 2018.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/pt-br.php>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ROCHA, Gibsi P.; BATISTA, Bianca H.; NUNES, Magda L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, p. S45-S55, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0021-75572004000300007&lng=pt&nrm=iso&lng=en. Acesso em: 30 ago. 2018

RODRIGUES, Rui Martinho. Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. – São Paulo: Atlas, 2007.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000300009&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 set. 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zelia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017. xx, 719 p. ISBN 9788583690290 (broch.).

RUDIO, Franz Victor. Introdução ao projeto de pesquisa científica. – Petrópolis, Vozes, 128p, 1986.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300007. Acesso em: 18 set. 2018.

SÁ, Daniel Graça Fatori de et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 506-514, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300506&script=sci_arttext_plus&tlng=pt. Acesso em: 27 jul. 2018.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 4, p. 717-724, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000400015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2018.

SAUVAGNAT, François. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 13-27, jul./dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972012000100002. Acesso em: 12 ago. 2016.

SILVA, Ana Carolina Pereira da et al. A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 11, n. 2, p. 44 - 57, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127245>. Acesso em: 11 mai. 2018.

SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental/Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. *Revista Polis e Psique*, v. 4, n. 2, p. 65-85, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/49807>. Acesso em: 15 set. 2018.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204. Acesso em: 24 ago. 2018.

SOUZA, Andrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Tempus Actas Saude Colet*, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010. Disponível em:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

SOUZA, Joseane de et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2018.

STARFIELD, Barbara; HYDE, J; GÉRVAS, J; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), 580-583, 2008. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/62/7/580.short>. Acesso em: 18 set. 2018.

STEINHAUSEN, Hans-Christoph. Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, v. 24, n. 6, p. 635-640, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-014-0631-y>. Acesso em: 02 nov. 2018.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 477-486, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2018.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2. 180-185, Aug. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

TEIXEIRA, Pedro M. DSM I, II, III, IV, 5 (1952-2013). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 31, n. 3, p. 164-165, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n3/v31n3a03.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360. Acesso em: 04 mai. 2018.

TORRES, Maria Luiza Duarte et al. Prescrição de psicotrópicos e especialidade médica: estudo em uma farmácia comercial no município do Maranhão. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, v. 7, n. 4, 2014. Disponível em: <https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/74/artigo4.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

VICENTE, Jéssica Batistela; HIGARASHI, Ieda Harumi; DE CARVALHO FURTADO, Maria Cândida. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 107-114, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127236>. Acesso em: 18 mai. 2018.

VITIELLO, Benedetto. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In: Rey JM, editor. *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied

Professions; 2012. Disponível em: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/A.7-PSYCHOPHARMACOLOGY-072012.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

WHO, Expert Committee. The Selection of Essential Drugs, technical Report Series no.615. Geneva: World Health Organization, 1977. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41272/WHO_TRS_615.pdf;jsessionid=16F0B522EC76B1309195D19990B953B5?sequence=1. Acesso em: 02 nov. 2018.

WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2018. Oslo, Norway, 2017. Disponível em: <https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

WHO. World Health Organization. (1985). The Rational use of drugs: review of major issues. In Apresentado em: Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, Nairobi, 1985. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. The selection of essential medicines. Geneva: WHO, p. 1-6, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ZANELLA, Michele et al. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 15, p. 53-62, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602016000100008&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 30 jul. 2018.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1859-1868, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jul. 2018.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS QUE UTILIZAM PSICOTRÓPICOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
LABORATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE COLETIVA, FARMÁCIA SOCIAL E
SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL – LISFARME

USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data da coleta: ___/___/___ Pesquisador: _____ UAPS: _____

Parte I – Dados da Criança	
1. Nome da Criança:	NOMECRI
2. Data do Nascimento: ___/___/___	NASCCRI
3. Idade:	IDADECRI
4. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	SEXOCRI
5. A criança recebe algum benefício social? 1. () Sim 2. () Não	BENEFICRI
5.1. Se “Sim”, qual? 1. () Bolsa Família 2. () Benefício de prestação continuada (BPC) 3. () Pensão 4. () Aposentadoria 5. () Auxílio-Doença	QUALBENEF
Parte II – Dados do Responsável pela Criança	
6. Nome:	NOMERES
7. Idade:	IDADERES
8. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	SEXORESP
9. Qual a sua religião? 1. () Católica 2. () Protestante 3. () Espírita 4. () Umbanda 5. () Candomblé 6. () Testemunha de Jeová 7. () Mórmon 8. () Adventista 9. () Sem religião 10. () Indefinida	RELIRESP
10. Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Viúvo 4. () Divorciado 5. () Separado	CIVILRESP
11. Qual Bairro você mora? SER:	BAIRRESP
12. Você trabalha? 1. () Sim 2. () Não	TRABRESP
13. Qual o seu grau de parentesco com a criança? 1. () Mãe 2. () Pai 3. () Avó 4. () Avô 5. () Tio 6. () Tia 7. () Irmão 8. () Irmã	PARENTRE
14. Você quem cuida da criança? 1. () Sim 2. () Não	CUIDADRE
14.1. Se “Não”, quem cuida da criança? 1. () Mãe 2. () Pai 3. () Avó 4. () Avô 5. () Tio 6. () Tia 7. () Irmão 8. () Irmã	QUEMCUI
Parte III – Avaliação da Classe Econômica Familiar	
15. Você quem paga a maior parte das contas em casa? 1. () Sim 2. () Não	CONTCHEF
15.1. Se “Não”, quem paga? 1. () Mãe 2. () Pai 3. () Avó 4. () Avô 5. () Tio 6. () Tia 7. () Irmão 8. () Irmã	QUEMPAGA
16. Qual o nível de instrução do chefe da família? 1. () Analfabeto/Fundamental I incompleto 2. () Fundamental I completo/Fundamental II incompleto 3. () Fundamental completo/Médio incompleto 4. () Médio completo/Superior incompleto 5. () Superior completo	ESCOLCHE
*Considera-se “chefe da família”, a pessoa que contribui total ou com a maior parte da renda do domicílio.	
17. Qual o tipo de domicílio? 1. () Casa 2. () Apartamento 3. () Barraco	TIPODOMICI

18. Qual a situação do domicílio? 1. () Alugado 2. () Próprio 3. () Emprestado 4. () Cedido 5. () Sob justiça					SITUAÇDOM
19. A água utilizada no domicílio é proveniente de? 1. () Rede geral de distribuição 2. () Poço ou nascente 3. () Outro meio					AGUADOMI
20. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: 1. () Asfaltada/Pavimentada 2. () Terra/Cascalho					TRECHORU
ITENS DE CONFORTO NO DOMICÍLIO *Considerar aqueles que estão dentro do domicílio e em funcionamento; caso não esteja em funcionamento, considerar se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos 6 meses.					NÃO POSSUI
					1
					2
					3
					4+
21. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					AUTOMOVE
22. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					EMPREGME
23. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					LAVARROUP
24. Quantidade de banheiros privativos.					BANHEIROP
25. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					DVD
26. Quantidade de geladeiras.					GELADEIRA
27. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.					FREEZERS
28. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					MICROCOM
29. Quantidade de lavadora de louças.					LAVALOUÇ
30. Quantidade de fornos de micro-ondas.					MICROOND
31. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					MOTOCICLE
32. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					SECADROUP
TOTAL DE PONTOS:					PONTOS
Parte IV – Dados Relativos ao Tratamento Medicamentoso da Criança					
	Medicamento 1	Medicamento 2	Medicamento 3		
33. Quais medicamento(s) que a criança faz uso?					QUALMEDIC
34. Concentração: * Retirar dado da prescrição					CONCEMED
35. Forma Farmacêutica: * Retirar dado da prescrição					FORMAMED
36. Posologia: * Retirar dado da prescrição					POSOMEDIC
37. Você recebeu orientações acerca do(s) medicamento(s) que a criança faz uso?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não		ORIENTAME
38. Qual a indicação do uso do(s) medicamento(s)?					INDICAMED

39. Há quanto tempo a criança faz uso desse(s) medicamento(s)?				TEMPUSME
40. Você percebe melhora dos sintomas da criança com o uso do medicamento?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	MELHOMED
40.1. Se “Sim”, qual/quais?				QUALMELH
41. Você percebe algum problema com a criança devido ao uso do medicamento?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	PROBMEDIC
41.1. Se “Sim”, qual/quais?				QUALPROM
42. Registrar o serviço de origem da prescrição (retirar dado da prescrição):				ORIGEMPRE
43. Registrar a especialidade do médico que receitou a prescrição (retirar dado da prescrição):				ESPEPRESC
44. Por que a criança faz uso desse(s) medicamento(s)?				USODOMEDI
45. Você costuma sempre receber o(s) medicamento(s) para a criança nessa Farmácia? 1. () Sim 2. () Não 3. () 1º vez				RECEBMEDI
45.1. Se “Sim”, você já deixou de receber algum do(s) medicamento(s) para a criança nessa Farmácia? 1. () Sim 2. () Não				NÃOCONSE
45.2. Se “Sim”, como faz quando não recebe o medicamento? 1. () Compra 2. () Nunca falta 3. () Fica sem tomar 4. () Não sabe				COMPMEDI
46. Já adquiriu o medicamento sem receita médica? 1. () Sim 2. () Não				MEDSEMRE
46.1. Se “Sim”, onde?				ONDEMEDIC
47. A criança realiza algum acompanhamento médico para o seu tratamento? 1. () Sim 2. () Não				ACOMPAME
47.1. Em qual serviço a criança é acompanhada pelo médico?				ACOMPSE
47.2. Com qual frequência a criança é acompanhada pelo médico?				FREQUEME
47.3. Há quanto tempo a criança é acompanhada pelo médico?				TEMPMEDIC
47.4. Qual a especialidade do médico que a criança é acompanhada? 1. () Psiquiatra Infantil 2. () Neuropediatra 3. () Pediatra 4. () Não sabe 5. () Outro, especifique:				ESPECIMEDI
48. A família apoia esse tratamento? 1. () Sim 2. () Não				APOIOFAMI
Parte V – Dados Relativos ao Tratamento Não Medicamentoso da Criança				
49. A criança realiza outro tipo de tratamento que não o medicamentoso? 1. () Sim 2. () Não				TRATNAME

49.1. Qual profissional realiza o tratamento não medicamentoso com a criança? 1. () Psicólogo 2. () Terapeuta Ocupacional 3. () Fonoaudiólogo 4. () Psicopedagogo 5. () Enfermeiro 6. () Fisioterapeuta 7. () Outro, especifique:	TIPOTRATN
49.2. Em qual serviço a criança realiza o tratamento não medicamentoso?	REALTRAN
49.3. Com qual frequência a criança é acompanhada para o tratamento não medicamentoso?	FREQTRATN
49.4. Há quanto tempo a criança realiza esse tipo de tratamento?	TEMPODET
49.5. Você percebe melhora dos sintomas da criança com o tratamento não medicamentoso? 1. () Sim 2. () Não	MELHSINTN
49.6. Se “Sim”, qual/quais?	MELHNMED
49.7. Esse tratamento influenciou na diminuição do uso do medicamento? 1. () Sim 2. () Não	DIMINUIME
49.8. Você percebe algum problema com a criança devido ao tratamento não medicamentoso? 1. () Sim 2. () Não	PROBNMED
49.9. Se “Sim”, qual/quais?	QUALNMED
49.10. A família apoia esse tratamento? 1. () Sim 2. () Não	APOIONMED

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como participante da pesquisa intitulada “USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CEARÁ”. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e você não deve participar contra sua vontade.

Por favor, leia com atenção e calma as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou a instituição.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a problemática do uso de psicotrópicos em crianças atendidas na rede de saúde pública de Fortaleza, Ceará, com ênfase nos aspectos farmacêuticos das preparações prescritas e desenvolver tecnologias/intervenções para minimizar as dificuldades encontradas, será realizado no período de agosto de 2016 a julho de 2019.

Deste modo, venho convidá-lo(a) para participar da pesquisa disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar informações confidenciais.

Esclareço que:

- Ocorrerão dois encontros presenciais (antes e depois da intervenção) e virtuais, sendo que os presenciais durarão cerca de 30 minutos, e guiados por um roteiro de perguntas, em que procuraremos avaliar sobre possíveis impactos da intervenção efetivada dos placebos.
- Essas informações serão gravadas e somente utilizadas para os objetivos dessa pesquisa.
- O momento desses encontros será previamente acordado com você e realizado no próprio local de trabalho.
- As informações ficarão em sigilo, o seu anonimato será preservado, e que a divulgação das informações só será feita entre os profissionais e estudiosos do assunto.
- Não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou qualquer tipo de premiação por sua participação nessa entrevista.

A pesquisa apresenta como benefícios desenvolver um piloto para formulações pediátricas nos serviços de saúde mental do município de Fortaleza.

A pesquisa apresenta como riscos a possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere a abordagem no diálogo que envolvem questões sobre a habilidade de lidar com o sistema de informação.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se à vontade de entrar em contato com a coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Ana Paula Soares Gondim

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210, Rodolfo Teófilo - Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Telefone: (85) 3366-8274

ATENÇÃO: Se tiver alguma consideração ou dúvida, sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Fone: (85) 3366-8344. Horário: 08h – 12h.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante dessa pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda estar recebendo uma via assinada desse termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Participante da Pesquisa

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Coordenador da Pesquisa

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Pesquisador

_____ Data ____/____/_____
Assinatura da Testemunha da Pesquisa

ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CEARÁ

Pesquisador: ANA PAULA SOARES GONDIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58489716.1.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.684.517

Apresentação do Projeto:

Os pressupostos metodológicos definidos para essa pesquisa incidem em duas vertentes, observacional e pesquisa-ação. A vertente observacional analisa o uso de psicotrópicos e repercussões da população infantil atendidas na atenção psicossocial e na atenção primária à saúde. A vertente da pesquisa-ação desenvolverá duas tecnologias, piloto para o desenvolvimento de placebos e medicamentos apresentados na forma e dose adequados para uso em pediatria e práticas educativas para lidar com o uso racional de psicotrópicos frente à visão dos atores chaves (profissionais de saúde, crianças e familiares) (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a problemática do uso de psicotrópicos em crianças atendidas na rede de saúde pública de Fortaleza, Ceará, com ênfase nos aspectos farmacêuticos das preparações prescritas e desenvolver tecnologias/intervenções para minimizar as dificuldades encontradas.

Objetivo Secundário:

1. Estimar a prevalência da prescrição de psicotrópicos e de fatores associados entre crianças atendidas na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.
2. Analisar a prescrição segundo os componentes legais, sociais, culturais e institucionais em

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
(COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA – CE**



**PREFEITURA FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Processo: P245428/2016

- **Título do Projeto de Pesquisa:** USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Ana Paula Soares Gondim
- **Curso:** Farmácia
- **Instituição Proponente:** UFC – Universidade Federal do Ceará
- **Período de Coleta de Dados:** Maio/2018 a Dezembro/2019

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES**, conforme sua atribuição declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido Projeto de Pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 5 de Março de 2018

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho
e Educação em Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1694

