



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

GABRIELA DE ALMEIDA RICARTE CORREIA

**A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ**

FORTALEZA

2019

GABRIELA DE ALMEIDA RICARTE CORREIA

**A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ**

Dissertação apresentada à
coordenação do Curso de Mestrado em
Ciências Farmacêuticas da Faculdade
de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre
Área de concentração: Farmácia
Clínica e Vigilância Sanitária
Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula
Soares Gondim

FORTALEZA

2019

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)

- C847p Correia, Gabriela de Almeida Ricarte.
A Polifarmácia de Medicamentos Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde do município de Maracanaú / Gabriela de Almeida Ricarte Correia. – 2019.
165 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Ana Paula Soares Gondim.
1. Polimedicação, Psicotrópicos, Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 615

GABRIELA DE ALMEIDA RICARTE CORREIA

A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas
da Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a obtenção
do Título de Mestre

Aprovada em ____/____/2019

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Dedico este estudo a
Deus, criador do
Universo, que me guiou
em todos os momentos
deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Antonio Pinto (*In memoriam*) e Maria Socorro pela imensa contribuição na minha formação.

Ao meu esposo Lívio Araújo Correia pelo companheirismo e dedicação em toda minha jornada. Te amo

Ao meu filho João Rafael, que mesmo tão pequeno sempre foi minha inspiração e fonte de alegria desde sua chegada.

À minha cunhada Livia Caroline pelo companheirismo e ajuda quando necessário. À minha tia Fátima pelo apoio de sempre

À minha orientadora Profa. Dra Ana Paula Soares Gondim, pela paciência e apoio nas etapas desse estudo

Aos professores do mestrado, por serem únicos na arte de ensinar

Ao William, secretário do Mestrado, sempre disposto a ajudar

Aos colegas do Lisfarme, pelos momentos de ajuda e compartilhamento de experiências.

Aos colegas do mestrado, em especial aos amigos Felipe e Denilla

Aos membros da banca examinadora, nas pessoas da professora Dra. Mirian, Dr. Djanilson e Dr. Paulo Arrais pela disponibilidade e considerações ao estudo

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde de Maracanaú, ao Secretário de Saúde e a Gerente do Nasf de Maracanaú pela compreensão para a realização dessa pesquisa

Aos funcionários da Farmácia Polo de Maracanaú, na pessoa do Coordenador, Sávio pela forma acolhedora com que me receberam.

Aos participantes da pesquisa pela generosa disponibilidade em responder ao instrumento de coleta dos dados

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em usuários da Atenção Primária à Saúde que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo do município de Maracanaú-Ce. Tratou-se de um estudo transversal por meio de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e consulta às prescrições médicas. Foram entrevistados 293 usuários da APS. Os resultados demonstraram que a maioria dos usuários era do sexo feminino (70,65%), a média de idade de 48,94 anos e não recebem benefícios sociais (66,55%). Possuem Ensino Fundamental (56,99%) e estado civil casado (49,83%). A maior parte dos usuários não tiveram internação psiquiátrica nos últimos 12 meses e a principal doença secundária foi a hipertensão (46,15%). Os usuários da APS realizam predominantemente a abordagem medicamentosa (82,59%) e uma pequena parte realiza a abordagem não-medicamentosa de forma associada (17,41%), principalmente de forma individual (88,23%) pelo profissional psicólogo (76,47%) sendo ainda acompanhados em outros locais, onde o CAPS se mostrou o mais procurado (75,20%). Considerando a polifarmácia psicotrópica como o uso de dois ou mais medicamentos para o mesmo paciente, obteve-se que 44,70% dos usuários praticam polifarmácia, onde os medicamentos mais consumidos foram: amitriptilina, diazepam e fluoxetina. As principais indicações para o uso dos medicamentos foram: nervosismo (42,10%) , insônia (31,1%) e depressão (13,15%) e os principais problemas decorrentes desse uso foram: sonolência (27,27%) e tontura (18,18%). Quanto a origem da prescrição, a maioria são da Unidade Básica de Saúde (69,62%), prescritas pelo clínico (79,52%). Após análise de regressão logística pelo modelo backward os fatores que se apresentaram associados à polifarmácia psicotrópica foram: origem da prescrição e acompanhamento em outros locais. O estudo revelou que grande parte dos usuários da APS praticam a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos e que as abordagens não-medicamentosas ainda são subaproveitadas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Polimedicação, Psicotrópicos, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The research Polypharmacy in the use of psychotropic drugs in Primary Health Care aimed to characterize the polypharmacy of psychotropic drugs in users of Primary Health Care who receive their drugs in the Pharmacy Pole of Maracanaú-Ce. This was a cross-sectional study using a quantitative approach. Data were collected by the principal researcher through a structured questionnaire and consultation with medical prescriptions. A total of 293 APS users were interviewed seeking medication receipt at the Pharmacy Pole. The results showed that most users were female (70.65%), the average age of 48.94 years and not receiving social benefits (66.55%). They have elementary school level (56.99%) and married marital status (49.83%). Most users had no psychiatric hospitalization in the last 12 months and the main secondary disease was hypertension (46.15%). APS users predominantly perform the medication approach (82.59%) and a small part perform the non-medication approach in an associated manner (17.41%), mainly individually (88.23%) by the professional psychologist (76 , 47%) being followed in other places, where CAPS was the most sought (75.20%). Considering psychotropic polypharmacy as the use of two or more drugs for the same patient, it was found that 44.70% of users practice polypharmacy, where the most consumed drugs were: amitriptyline, diazepam, fluoxetine, risperidone, carbamazepine, paroxetine, alprazolam , clonazepam, sodium valproate and levomepromazine. The main indications for medication use were: nervousness (42.10%), insomnia (31.1%) and depression (13.15%) and the main problems resulting from this use were: drowsiness (27.27%) and dizziness (18.18%). Users report that they no longer receive the drugs in this pharmacy (37.20%) and when this occurs, buy (98.17%). Regarding the origin of the prescription, most are from the Basic Health Unit (69.62%), prescribed by the clinician (79.52%). The factors associated with psychotropic polypharmacy were: gender, age, education, marital status, health problem, hypertension, psychiatric hospitalization, follow-up in other places, origin of the prescription, specialty of the prescriber and no longer receiving the drugs in this pharmacy. After logistic regression analysis by the backward model, the factors that were associated with psychotropic polypharmacy were: origin of prescription and follow-up in other places. The

study revealed that most APS users practice polypharmacy of psychotropic drugs and that non-drug approaches are still underused in health services, suggesting that mental health care practices are implemented in these services in geographically known territory.

Keyword: Polypharmacy, Psychotropic, Primary Health Care,

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Série histórica de expansão dos CAPS (BRASIL, 1998 a 2005) .	25
Figura 2: Série Histórica Indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes por região (dez 2002 a 2015).....	25
Figura 3: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial -RAPS	27
Figura 4: Redes de Atenção Psicossocial do Ceará	28
Quadro 1 - Elenco dos medicamentos padronizados pela LME da Saúde Mental, da OMS e Brasil.....	47
Quadro 2 - Relação de Medicamentos dispensados na Farmácia Pólo em Maracanaú.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Distribuição dos usuários da APS segundo sexo e faixa etária.	85
Tabela 2-Unidades Básicas de Saúde, população e quantidade de Equipes de Saúde da Família por Unidade de Saúde	86
Tabela 3-Unidade Básica de Saúde, população com idade maior ou igual a 20 anos e amostra calculada por proporção para cada UBS	89
Tabela 4-Distribuição dos usuários da Atenção Primária à Saúde de acordo com o sexo, idade, benefício social, escolaridade e estado civil (Auto-referido). Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293).....	96
Tabela 5- Distribuição dos usuários da APS de acordo com o tipo de benefício (Auto-referido), Maracanaú-Ce, janeiro a junho, 2019 (n=98)	97
Tabela 6-Distribuição das características dos usuários da APS, quanto a escolaridade e estado civil, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	97
Tabela 7-Distribuição das características dos usuários da APS, de acordo com tabagismo, prática regular de exercícios físicos e uso de bebidas alcóolicas, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293).	98
Tabela 8-Distribuição das características quanto a auto-percepção de saúde, presença de problemas de saúde e internação psiquiátrica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	99
Tabela 9-Distribuição dos problemas de saúde, segundo sexo entre usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293)	99
Tabela 10-Distribuição dos problemas de saúde auto-referidos pelos usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=156)	100
Tabela 11-Distribuição das características quanto as abordagens terapêuticas, acompanhamento em outros locais e local de acompanhamento, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019.....	100
Tabela 12-Distribuição dos profissionais médicos que realizam o acompanhamento em outros locais, frequência desse acompanhamento e local de acompanhamento (n=125), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	101

Tabela 13-Distribuição dos usuários acompanhados na APS de acordo com a abordagem medicamentosa Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293).....	102
Tabela 14-Distribuição dos usuários acompanhados na APS de acordo com a abordagem não-medicamentosa Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=51).....	102
Tabela 16-Distribuição dos usuários acompanhados na APS, quanto ao tipo de atendimento, local, profissional e frequência para a abordagem não-medicamentosa, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=51)	103
Tabela 17-Consumo de psicotrópicos por pessoa entre os usuários que recebem seus medicamentos na Farmácia Pólo e presença ou ausência de polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019...	104
Tabela 23-Distribuição dos usuários quanto ao recebimento dos medicamentos na Farmácia Polo e forma de aquisição quando na falta, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	108
Tabela 25-Distribuição da polifarmácia psicotrópica em usuários da APS, segundo as características dos usuários, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019.....	109
Tabela 26-Distribuição dos usuários de acordo com a escolaridade, estado civil e presença ou ausência de polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	110
Tabela 27-Distribuição dos usuários de acordo com tabagismo, exercícios físicos, bebidas alcólicas e polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019.....	110
Tabela 28-Distribuição dos usuários da APS de acordo com auto-percepção da saúde, problema de saúde, hipertensão, diabetes, consultas na ESF internação psiquiátrica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	111
Tabela 29-Distribuição dos usuários da APS de acordo com acompanhamento em outros locais, frequência de acompanhamento e especialidade do médico, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019	112
Tabela 31-Distribuição dos usuários de acordo com origem da prescrição, especialidade do prescritor (retirados da prescrição), recebimento dos medicamentos na Farmácia Pólo, falta, frequência do acompanhamento na UBS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019.....	114

Tabela 32-Distribuição dos usuários da APS de acordo com sexo, benefício social, estado civil, escolaridade em relação à utilização de medicamentos psicotrópicos (sem polifarmácia), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEADIM	Central de Armazenamento de Distribuição de Imunobiológicos
CID-10	<i>International Classification of Disorder-10</i>
CNPURM	Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos
COASF	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
COPAS	Coordenadoria de Políticas de Assistência à Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
(DeCS)	Descritores de Ciências da Saúde
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistics Manual V</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
GAM	Guia de Gestão Autônoma da Medicação
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NUFITO	Núcleo de Medicamentos Fitoterápicos
NUMES	Núcleo de Medicamentos Estratégicos
NUMEX	Núcleo de Medicamentos Excepcionais
NUSAM	Núcleo de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Programação Pactuada Anual
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de medicamentos Essenciais
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Saúde Mental: conhecer, questionar e intervir	19
3.2 Conhecendo os transtornos mentais	29
3.3 Abordagens terapêuticas dos transtornos mentais	31
3.4 Assistência Farmacêutica: caminhos para a garantia do acesso	41
3.5 Atenção Primária à Saúde: aspectos conceituais e históricos	53
3.6 Estratégia Saúde da Família: reorientando o processo de trabalho	63
3.7 Estudos de Utilização de Medicamentos: entendendo o uso dos medicamentos na sociedade.....	70
3.9 Medicalização da vida: repensando as práticas assistenciais.....	77
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	83
4.1 Tipo de estudo.....	83
4.2 Local do estudo	83
4.3 População do estudo.....	85
4.4 Tamanho e Cálculo da amostra	88
4.5 Critério de seleção da amostra.....	90
4.6 Critérios de inclusão e exclusão.....	90
4.7 Coleta de dados	90
4.7.1 Passos da coleta de dados	91
4.7.2 Teste-piloto.....	91
4.8 Descrição das variáveis.....	91
4.9 Análise dos resultados	94
5.0 Aspectos éticos	95
5 RESULTADOS	96
6 DISCUSSÃO	117
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	134
8 CONCLUSÕES	135
9 REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICE A.....	159

APÊNDICE B.....	162
APÊNDICE C	163
ANEXO A	165

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da pesquisa foi a caracterização da Polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em usuários da Atenção Primária à Saúde que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo do município de Maracanaú, Ceará. Para a consecução do objetivo proposto foram pesquisados Estudos de Utilização de Medicamentos no contexto da Saúde Mental em especial no âmbito da Atenção Primária, bem como experiências sobre a Polifarmácia Psicotrópica, a fim de fornecer subsídios para o aprimoramento do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Postula-se dessa forma o desenvolvimento de mecanismos para promover o bem-estar mental, prevenir perturbações e prestar cuidados, garantindo conseqüentemente a melhor terapêutica disponível e a efetivação dos direitos humanos.

Há de se destacar que as incapacidades em decorrência dos transtornos mentais, neurológicos, devido ao uso de substâncias e suicídio são percebidas em vários países, com prevalência de 36,5% no Brasil, 36,2% no Chile e 33,4% nos Estados Unidos (OPAS/OMS, 2018). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada quatro famílias possuem pelo menos um membro sofrendo com alguma perturbação mental ou comportamental (WHO, 2002).

Tais dados alarmantes conclamam autoridades e demais segmentos sociais para a necessidade de reorientar o modelo assistencial para os portadores de transtornos mentais.

No Brasil, a aprovação da Lei 10.216/01 preconizou uma ampla assistência aos portadores de transtornos mentais, incluindo a participação da sociedade e da família, redirecionando o modelo assistencial e instaurando uma nova forma de cuidado, com serviços holísticos prestados a nível comunitário (BRASIL, 2001)

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui como uma de suas premissas fundamentais o primeiro contato do usuário aos serviços de saúde e tem sido apontada como um modelo que se fundamenta na coordenação do cuidado através da execução de propostas integrais que valorizam o trabalho multidisciplinar, fortalecendo o vínculo entre equipe de

saúde e população, a prevenção de doenças e a promoção da saúde (MARTINS et al., 2015)

Bezerra (2013) destaca o fato de que na contemporaneidade as pessoas experienciam vivências de um mundo consumista ditado por padrões sociais e culturais que culminam no adoecimento mental, levando ao uso do medicamento. Acrescenta-se o fato de que a maioria dos tratamentos medicamentosos não combatem a causa dos agravos e atuam para atenuar os sintomas, onde no campo da saúde mental tal realidade é mais evidente, já que problematizar a existência é doloroso para muitas pessoas.

O uso de múltiplos medicamentos ou polifarmácia tem crescido nos últimos anos, acarretando aumento das Reações Adversas aos Medicamentos (RAM). De acordo com a National Association of State Mental Health Program Directors (2001), a polifarmácia psicotrópica refere-se ao uso de dois ou mais medicamentos psiquiátricos concomitantemente a um paciente, podendo ser de mesma classe, classes diferentes, polifarmácia adjunta, polifarmácia de aumento e polifarmácia total (KUKREJA SANJA *et al*, 2013).

Na saúde mental, a maioria dos estudos desenvolvidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde tendem a investigar a prevalência de uso dos psicotrópicos, associados a fatores sociodemográficos, farmacoterapêuticos, histórico de saúde e Transtornos Mentais Comuns (TMC)(BORGES et al., 2015); bem como analisar a prevalência de TMC em mulheres atendidas em unidades de atenção básica e examinar o impacto dos TMC sobre a qualidade de vida (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). Alguns estudos se dedicam a avaliar a prevalência de TMC e os possíveis fatores associados em agentes comunitários de saúde (SANTOS et al., 2017), além de analisar a utilização de um psicofármaco específico, como os benzodiazepínicos no contexto da APS (SILVA; ALMEIDA; SOUZA, 2019). Reduzido número de pesquisadores se dedicaram ao estudo das ações, procedimentos e condutas adotadas em saúde mental no âmbito da atenção básica (MARTINS et al., 2015).

Nesse sentido, é possível refletir como podem ser desenvolvidas as estratégias terapêuticas disponíveis nos serviços. Desta maneira, apoia-se a ampliação do cuidado em saúde mental numa perspectiva longitudinal que

possibilite o Uso Racional dos Medicamentos, formando cenários produtivos e reflexivos.

Para isso, iniciou-se um questionamento das práticas cotidianas que ultrapassam o conhecimento das normativas legais das políticas públicas e (re)direciona os serviços à integralidade das ações.

À vista das considerações levantadas, foram formuladas duas questões de investigação para a temática proposta:

1. Quais os fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo do Município de Maracanaú-Ce?
2. Quais as abordagens terapêuticas disponibilizadas aos usuários da APS que recebem os medicamentos na Farmácia Polo?

Espera-se que a elucidação dessas questões possa contribuir para caracterizar o uso dos psicotrópicos nessa população de estudo, bem como fomenta as bases para o desenvolvimento de uma efetiva aproximação entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Maracanaú-Ce.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas, hábitos sociais, identificação das condições de saúde e uso dos serviços de saúde dos usuários da APS;

Identificar os fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos;

Identificar as características medicamentosas e não-medicamentosas dos usuários da APS;

3 REVISÃO DA LITERATURA

No intuito de melhor apreender a temática expressa no estudo, esta seção foi constituída com base no que já é escrito na academia sobre o tema, sustentados pelo aporte teórico das legislações e práticas existentes nos serviços de saúde.

Sendo assim, a revisão da literatura abordará as seguintes subseções que contribuíram para o aprofundamento do constructo nesse percurso: Saúde Mental; Conhecendo os transtornos mentais; Abordagens terapêuticas dos transtornos mentais (medicamentosas, não-medicamentosas e práticas integrativas e complementares); Assistência Farmacêutica e Acesso aos psicofármacos; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família;; Estudos de Utilização de Medicamentos, Polifarmácia e, por último Medicalização.

3.1 Saúde Mental: conhecer, questionar e intervir

Historicamente, a saúde mental passou ao longo dos últimos 35 anos por diversas transformações desde o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978 até a aprovação da Lei 10.216 em 2001, com sucessivas alterações que propunham repensar a realidade do cuidado em saúde mental apontando caminhos para a desinstitucionalização e criando novos espaços para a prática dos cuidados em saúde mental (RIBEIRO, 2013).

Com efeito, o estudo da saúde mental compreendeu uma trajetória caracterizada por estigmas e preconceitos aliados às lutas sociais que, ocasionaram reflexões sobre as formas como os portadores de algum transtorno mental estavam sendo tratados (GONÇALVES; SENA, 2001)

As modificações advindas dessas lutas podem ser compreendidas ao mergulharmos na formulação das políticas de saúde, que ditam os processos e a utilização dos serviços. Sendo assim, uma política identifica as principais questões e objetivos de interesse, define os papéis dos setores público e privado no financiamento e na prestação de serviços, identifica instrumentos de política e esquemas organizacionais necessários para atingir o almejado, além de estabelecer uma agenda para o fortalecimento da capacidade e

desenvolvimento organizacional. Corroborando com o que acabamos de afirmar, o processo de elaboração das políticas tem de incluir uma ampla variedade de interessados: doentes, familiares, profissionais, políticos e outros países interessados, baseando-se em informações atualizadas e fidedignas que contemplem indicadores epidemiológicos atrelados aos grandes determinantes psicossociais dos problemas mentais (WHO, 2002).

Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde podem ser explorados na formulação, implementação e monitorização das políticas. Esses elementos podem explicar as diferenças de saúde sentidas entre os grupos humanos, as quais não podem ser explicadas meramente por fatores biológicos. Pelo contrário, essas diferenças coadunam com hábitos construídos socialmente, nos quais não podemos separar o que está ligado (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Dessa maneira, a formulação de políticas sobre saúde mental, álcool e outras drogas deve-se aportar a um quadro complexo que contemple o universo de políticas governamentais de saúde, bem-estar e ordem social, nos quais as realidades sociais, políticas e econômicas sejam percebidas. Na área da saúde mental, o modelo de gestão em saúde está pouco desenvolvido em muitos países, tornando difícil refundar o sistema e as práticas de saúde, devido não só ao estigma e as violações de direitos humanos sofridas por muitas pessoas com problemas mentais e comportamentais, mas também devido à insuficiente quantidade de recursos que essas pessoas possuem para garantir suas necessidades básicas de sobrevivência (WHO, 2002)

Em alguns países, a acumulação de saberes propiciou que os serviços de saúde mental fixassem prioridades com base nas necessidades identificadas, fortalecendo o processo de integração a nível de serviços, política e comunidade. Como exemplo, temos Uganda onde a maioria das pessoas pouco compreendia as perturbações mentais ou não tinha conhecimento das possibilidades de serviços e tratamentos. Somente em 1996, o Ministério da Saúde começou a fortalecer os serviços de saúde mental e integrá-los aos cuidados primários. Já na Itália, a aprovação da Lei 180 pelo parlamento, propiciou que os tratamentos para as manifestações psiquiátricas obedecessem a três opções. A primeira, residia na instalação de camas psiquiátricas em hospitais gerais; a segunda previa a instauração de

residências não-hospitalares e a terceira abordava a construção de ambulatórios não residenciais (OMS/WONCA, 2008)

Na Austrália, percebeu-se um aumento de despesas com a saúde mental na casa dos 30%, ao passo que os serviços de base comunitária cresceram 87%. Houve dessa forma uma tentativa clarificada de incorporar a saúde mental nos cuidados primários e aumentar a participação dos usuários no processo de decisão (OMS/WONCA, 2008).

Enquanto isso no Brasil, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica atuavam conjuntamente, motivando e sendo motivadas pela defesa da saúde coletiva e pelo protagonismo de usuários e trabalhadores dos serviços em favor da utilização das tecnologias de saúde de forma equânime. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica mergulhou em profundidade no cenário político e social da época alicerçados por um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores vividos no cotidiano dos sujeitos partícipes de todo esse processo. O próprio Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge nesse período, mais especificamente no ano de 1978, incorporando e divulgando experiências da Itália de descaracterização da psiquiatria e de críticas aos manicômios (BRASIL, 2005).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica promoveu importantes reflexões e transformações para o cuidado em Saúde Mental, buscando romper com os estigmas e instaurando novos saberes e práticas pautadas na valorização da pessoa em sofrimento psíquico como cidadão (KANTORSKI *et al.*, 2013).

Destaca-se nesse sentido que a Reforma Psiquiátrica por seu aspecto complexo favoreceu a discussão de profissionais de saúde, autoridades governamentais, sociedade e principalmente usuários dos serviços a trilharem caminhos originais, inovadores e prolíferos para os tratamentos em saúde mental, oportunizando a construção de relações horizontais alicerçadas em terreno firme, onde o respeito a cidadania e aos direitos humanos são norteadores de todos os processos (RAMOS *et al.*, 2013).

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica que vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas e, principalmente a partir dos anos 1970 aponta novas perspectivas para o tratamento das perturbações mentais e parte da concepção que a saúde mental deve assumir um caráter biopsicossocial e não somente biologicista (GONÇALVES; SENA, 2001).

Dessa forma, o modelo de saúde mental vigente no país é resultado da conjunção entre a Reforma Psiquiátrica e as Conferências de Saúde Mental.

A 1ª. Conferência de Saúde Mental analisou o modo de produção capitalista e o definiu como sistema sufocante para o setor de saúde mental no momento em que sucumbe as necessidades sentidas na área social e reafirma a manipulação e exploração pelos que padecem de algum sofrimento psíquico. Nessa Conferência destacou-se a importância da criação de comissões e de conselhos de saúde nos níveis local, municipal, regional e estadual, estando os usuários inseridos nesses espaços. A 2ª. Conferência, realizada em 1992, consolidou e aprofundou aspectos inerentes ao novo modelo assistencial, instigando autoridades sanitárias e a população a refletirem sobre a integralidade da atenção e a humanização das relações no campo da Saúde Mental. A 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, reafirmou a reorientação do modelo assistencial e enfatizou a importância da integração da política de saúde mental com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habitação, visando garantir o exercício da cidadania e a efetivação das práticas integrais e promocionais de saúde. A 4ª. Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em meio a complexidade do setor da saúde mental, reafirmando o caráter público da Política de Saúde Mental, com a responsabilização dos entes governamentais, propondo que os usuários participem de toda rede de atenção disponível no território, fazendo emergir desafios intersetoriais para o alcance da humanização do cuidado (BRASIL, 1988; BRASIL, 1992; BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Mesmo com todos esses avanços obtidos nas Conferências de Saúde Mental, ainda era tímida a existência de normas regulatórias e fiscalizadoras para a Saúde Mental, estando concentradas na manutenção dos Hospitais Psiquiátricos.

Nesse sentido, a Lei nº. 10.216 de 06 de abril de 2001 redefiniu os cuidados em saúde mental e estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Com isso, a reorientação das práticas foram estabelecidas por meio de um tratamento humanizado que buscou romper com o paradigma do modelo hospitalocêntrico. Corroborando com os pressupostos dessa lei cabe afirmar que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da

Política de Saúde Mental, a assistência e a promoção das ações de saúde, garantindo a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Diante dessa nova lógica de rearrumar os serviços assistenciais em saúde mental, o surgimento do primeiro CAPS em 1987 e a intervenção realizada pelo governo municipal de São Paulo na Casa de Saúde de Anchieta, além da criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos foram fundamentais para o processo de reafirmação das práticas assistenciais de saúde. Tem destaque ainda no campo normativo o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção maciça dos manicômios em todo país. Somente na década de 90 o Ministério da Saúde incorporou as experiências na Saúde Mental regulamentando a implantação de serviços de atenção diária baseados nos CAPS, NAPS e Hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Nesse novo cenário de práticas de cuidado foram criados os CAPS com a função de promover a autonomia dos usuários, encontrando mecanismos para a melhor atuação no meio em que vivem. Para isso devem atuar estrategicamente com as equipes de saúde da família e Agentes Comunitários de Saúde para uma melhor articulação com os recursos de outras redes. De maneira geral, o objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e fortalecendo as relações sociais dos usuários e a inserção através do acesso ao trabalho e lazer com projetos que podem ultrapassar a estrutura física e adentrar nos espaços subjetivos dos indivíduos onde são construídas as vivências do cotidiano (BRASIL, 2004).

A Portaria nº. 336/2002 definiu as modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS ad) com a função de atender diariamente e segundo a lógica do território pacientes com algum transtorno mental, desempenhando estratégias conectoras entre sujeito e sociedade (BRASIL, 2002).

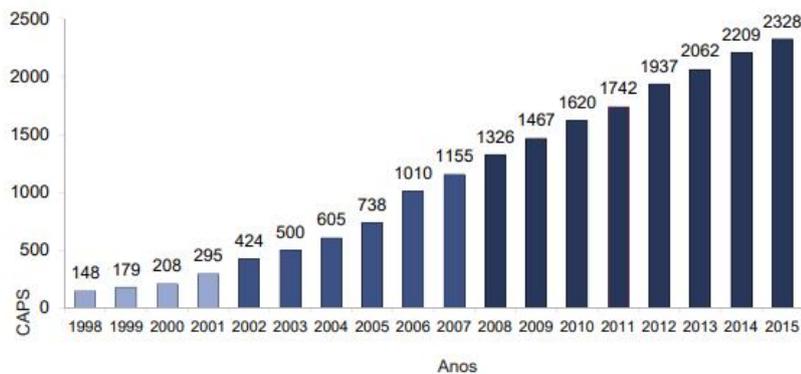
Os CAPS I figuram-se como serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atenderem municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com prestação de assistência nas seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social e outras), atendimento em oficinas

terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. Os CAPS II destinam-se a assistência psicossocial prestada aos municípios de 70.000 a 200.000 habitantes, devendo possuir 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, além de 06 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Os CAPS III destinam-se aos municípios com população acima de 200.000 habitantes. Existem ainda as modalidades CAPSi para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, possuindo como uma de suas diretrizes a capacitação das equipes da Atenção Básica, serviços e programas de saúde no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial na atenção à infância e adolescência, bem como os CAPSad para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas devendo ainda possuir 02 a 04 leitos de desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002).

Observa-se que o crescimento dos CAPS foi considerado estável e progressivo, com maior dispêndio de recursos humanos e financeiros para fortificar esse modelo territorial de base comunitária, conforme evidencia o gráfico a seguir.

Figura 1: Série histórica de expansão dos CAPS (BRASIL, 1998 a 2005)

Gráfico 2. Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015)

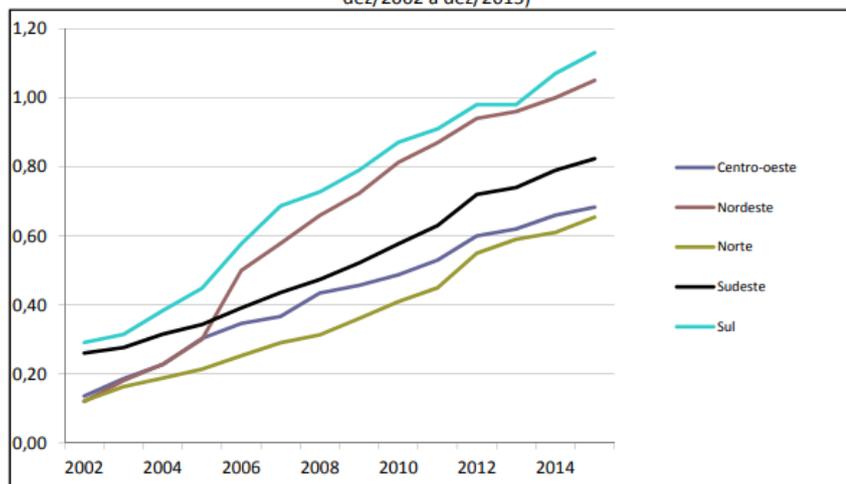


Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

Ao analisar a série histórica do Indicador de cobertura do CAPS/100 mil habitantes percebeu-se um crescimento contínuo nas regiões Nordeste e Sul, seguidos das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte, conforme demonstra o gráfico a seguir (BRASIL, 2016).

Figura 2: Série Histórica Indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes por região (dez 2002 a 2015)

Gráfico 3. Série histórica Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por região (Brasil, dez/2002 a dez/2015)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estado do Ceará possui 131 CAPS, sendo 65 CAPS I, 30 CAPSII, 03 CAPSIII, 07 CAPSi, 23 CAPSad e 03 CAPSadIII distribuídos em 93 municípios até o ano de 2015. O referido estado possui uma Lei Estadual de nº. 12.151/93 que proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados e a contratação e financiamento pelos setores estatais de novos leitos naqueles hospitais (CEARÁ, 1993). No município de Maracanaú existem atualmente 01 CAPS II, 01 CAPSadIII e 01 CAPSi (MARACANAÚ, 2018).

Esses serviços de saúde mental estão inseridos em uma complexa rede de cuidados, onde destacamos as Redes de Atenção à Saúde (RAS), pensadas para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde.

O desenvolvimento das Redes de Atenção (RAS), orientados pela Portaria nº. 4.279/2010 e pelo Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 propõe o estabelecimento de estratégias coordenadas no território para garantir aos usuários dos serviços de saúde acesso integral e eficiente, produzindo impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Dessa forma, define-se RAS como:

“...arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado...” (BRASIL, 2010).

No âmbito da Saúde Mental, a Portaria nº. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Essa rede de cuidados é constituída por sete componentes, coordenados pelos pontos de atenção estratégicos: Atenção Básica, Atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar em hospitais gerais, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Sendo assim, esse novo modelo de atenção psicossocial ordena-se pela lógica das redes de cuidado e convoca a clínica para produzir novas formas de

trabalho com instrumentos eficientes e empoderadores (MINÓIA; MINOZZO, 2015).

O quadro a seguir detalha os componentes da RAPS.

Figura 3: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial -RAPS

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

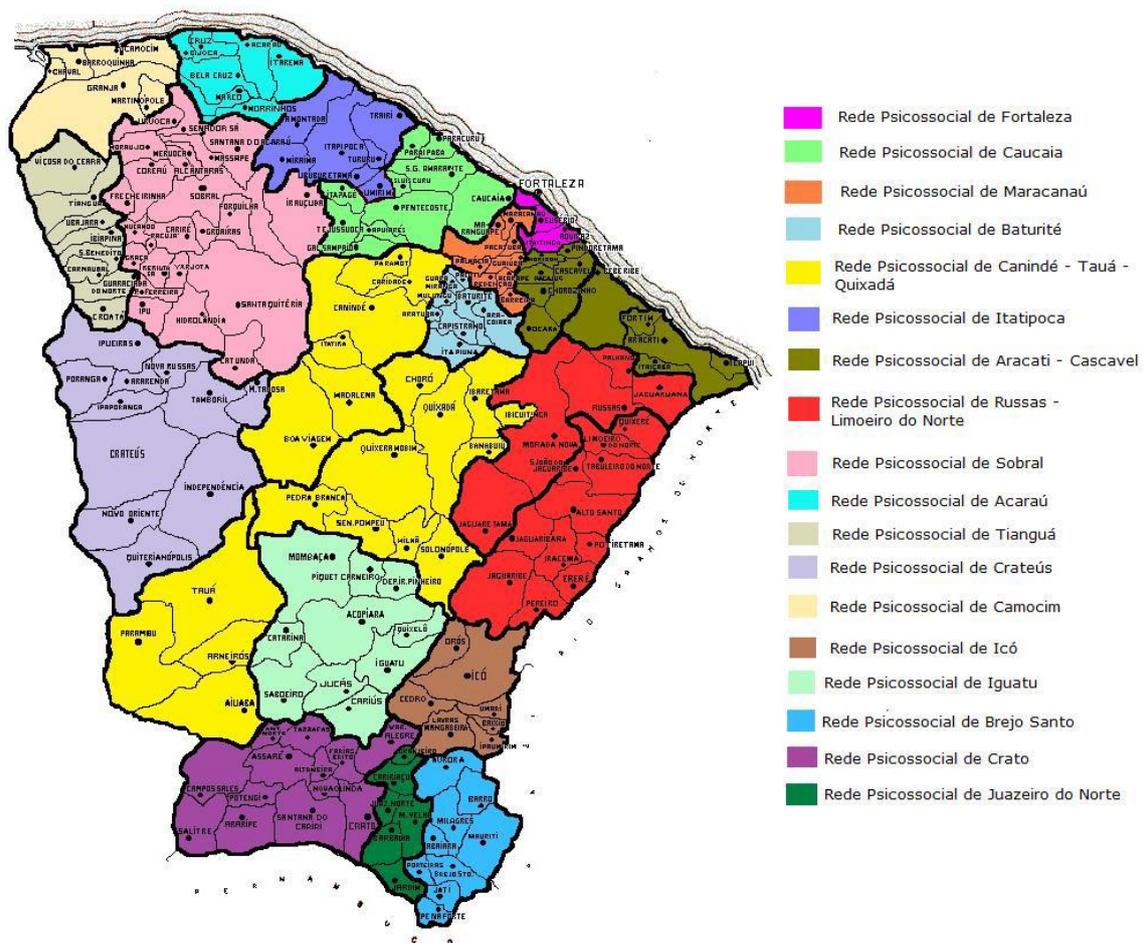
Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa; • Programa de Desinstitucionalização.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

No Estado do Ceará, a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) e o Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NUSAM) coordenam no nível estadual as ações e estratégias no campo da Saúde Mental, obedecendo a Lei 10.216/2001 (CEARÁ, 2018).

O processo de construção dessa rede ocorreu de forma parceira e colaborativa entre as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES e municípios, sendo levantadas questões relativas aos serviços já existentes e coberturas necessárias, bem como a pactuação intergestores. Ao longo dessas discussões foram pactuadas 18 Redes de Atenção Psicossocial, conforme figura a seguir (CEARÁ, 2016).

Figura 4: Redes de Atenção Psicossocial do Ceará



Fonte: Plano Estadual de Saúde (2016-2019)

Para consolidação dessa atuação integrada em redes assistenciais algumas estratégias são fundamentais entre elas destacamos a incorporação da Saúde Mental na APS, trabalhando com a lógica do território, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família e implantando o matriciamento em saúde mental e a educação permanente, com vistas a consolidar de fato e de direito a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010).

De acordo com Rebouças (2017), no processo de trabalho o alvo terapêutico deve ocorrer em vários planos e abordar múltiplas dimensões, considerando os diversos núcleos de saberes que compõem a rede assistencial, o que remete ao compromisso de efetivar o conhecimento dos aspectos biopsicossociais do usuário e a contento fortalecer e coordenar as ferramentas do cuidado.

Uma dessas ferramentas de trabalho disponíveis aos profissionais é o apoio matricial, que contribui para a organização de uma linha de cuidado contínua através da existência de um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde visando ao aumento da resolubilidade das ações de saúde e reformulação das práticas e rearranjos organizacionais. Pauta-se assim no desenvolvimento de ações com vistas a promoção, proteção e reabilitação da saúde, cujas intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de condução dos agravos em saúde, orientados por uma dimensão abrangente que não se limite à cura de doenças e que perceba o indivíduo além de um diagnóstico da saúde (HIRDES; SILVA, 2014)

3.2 Conhecendo os transtornos mentais

Os transtornos mentais compreendem a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos do desenvolvimento, incluindo o autismo, apresentando carga elevada com impactos significativos sobre a saúde e as principais consequências sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo (OPAS/OMS, 2019).

No que tange aos números diagnosticados e subnotificados de transtornos mentais, evidencia-se um estigma generalizado que compromete as práticas de saúde e corrobora para a fragmentação dos serviços, sustentado pela deficiência dos critérios diagnósticos que envolvem essas desordens, o que impossibilita uma avaliação aprofundada da eficácia e custo-efetividade das intervenções terapêuticas (OPAS/OMS, 2018).

De acordo com Araújo e Neto (2014), a análise dos comportamentos e a psiquiatria impulsionaram o diagnóstico dos transtornos mentais, refletindo o modelo biomédico de diagnóstico ao observar, descrever e categorizar enfermidades que possuem sinais e sintomas comuns. Nesse sentido, o uso das classificações permanece como recurso limitante, pois não refletem a vida dos sujeitos em sua totalidade.

Nos serviços de saúde são empregados dois sistemas de classificação para os transtornos mentais. A primeira é a *International Classification of Disorder (ICD)* ou Classificação Internacional de Doenças (CID) e representa

o padrão internacional para relatar doenças e condições de saúde, sendo utilizada para os fins clínicos e de pesquisa, possibilitando o conhecimento do universo de doenças, lesões e sintomas. A segunda é a *Diagnostic and Statistics Manual V* (DSM-V) que define e classifica os transtornos mentais para auxiliar no diagnóstico, tratamento e pesquisas no campo da saúde mental (APA, 2018).

O manual apresenta em seus capítulos os principais transtornos mentais, entre eles: transtorno do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno bipolar e outros transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo (ARAÚJO e NETO, 2014).

De acordo com Resende; Pontes; Calazans (2015), o DSM V instaura um retorno das explicações orgânicas para os transtornos mentais, favorecendo processos medicalizantes que buscam erradicar o sofrimento e mal-estar das sociedades atuais ao mesmo tempo em que preconiza sintomas físicos e critérios diagnósticos não somente no contexto clínico, mas também em outras áreas, como a jurídica e a escolar.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o correto diagnóstico dos transtornos mentais representa componente essencial para o estabelecimento de um tratamento eficaz.

Nesta dissertação, adotou-se o CID-10 por ser o documento utilizado nas políticas de saúde mental do Brasil somados a intensa crítica de aspectos contidos no DSM-V conforme supracitado. Os transtornos mentais e comportamentais possuem códigos representados pela letra F que incorpora do F00-F99 (WHO, 2019).

Compreendem os seguintes grupos: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; transtornos do humor (afetivos); transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; síndromes comportamentais e associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante

a infância ou a adolescência e transtorno mental não especificado (CID 10) (WHO, 2019).

Moliner e Lopes (2013) reiteram que ainda se verifica uma grande importância dada pelo diagnóstico, mediada pelo “entendimento” de sintomas inerentes ao indivíduo adoecido, o que sugere descontinuidade de domínios necessários para olhar o paciente de forma ontológica.

Conseqüentemente, o aumento dos diagnósticos psiquiátricos aliados às novas opções farmacológicas difundidas cotidianamente pela indústria farmacêutica tem contribuído para o aumento da utilização dos psicofármacos (RODRIGUES; FACHINI; LIMA, 2006).

3.3 Abordagens terapêuticas dos transtornos mentais

A Política Nacional de Saúde Mental possibilitou que os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental fossem assegurados com o intuito de oferecer o melhor tratamento disponível consentâneo às necessidades em saúde (BRASIL, 2001).

Tais intervenções devem promover novas possibilidades, orientando-se pela produção da vida e saúde, não se restringindo à cura de doenças. Para isso, deve-se recorrer ao auxílio profissional para que essas intervenções sejam construídas no cotidiano dos sujeitos (BRASIL, 2013)

Dessa maneira, as possibilidades terapêuticas em saúde mental tentam superar os modelos convencionais de prestação de cuidados buscando romper com a lógica fragmentada do modelo biomédico. Em contrapartida, opções terapêuticas orientadas por valores humanos e centrados na clínica ampliada tem despertado em profissionais e gestores modificações no processo de trabalho.

Nessa lógica, as novas práticas são construídas com a participação de diversos saberes atuando de forma articulada para transpor modelos hierárquicos de atuação e otimizar o cuidado, onde os esforços são geridos para o alcance de uma clínica que realmente se diz “ampliada” (REBOUÇAS, 2017).

Abordagem medicamentosa

A psicofarmacologia no mundo ocidental foi inaugurada com o medicamento clorpromazina, antipsicótico utilizado largamente em hospitais psiquiátricos, e desde então a humanidade experencia o poder fascinante atribuído aos psicofármacos no manejo do tratamento das perturbações mentais (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Nos tratamentos farmacológicos dessas condições, a utilização dos agentes antipsicóticos pauta-se na capacidade de reduzir os sintomas psicóticos em uma ampla variedade de condições inclusive a esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão psicótica, psicoses senis, além das psicoses orgânicas e induzidas por substâncias, podendo ainda melhorar o humor e reduzir a ansiedade e transtornos do sono, apesar de não serem a escolha inicial para esses distúrbios em quadros não-psicóticos (MELTZER, 2004).

Alguns antipsicóticos são utilizados largamente na prática clínica, entre eles: clorpromazina, haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina entre outros, sendo de forma geral absorvidos rapidamente e atuando sobre receptores de Dopamina (D₂), mas carreando uma série de efeitos colaterais nos Sistemas Nervoso Autônomo, Central e Endócrino (boca seca, dificuldade de urinar, constipação intestinal, acatisia, distonias, amenorreia, galactorrêia, infertilidade, impotência e ganho de peso) (MELTZER, 2014).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde alguns estudos identificaram que os chamados Transtornos Mentais Comuns, entre eles a ansiedade patológica e a depressão figuram como a principal causa dos atendimentos e demandas terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não. Sendo assim, o diagnóstico da depressão depende de uma entrevista clínica para que seja possível verificar se o paciente apresenta um transtorno depressivo maior, onde os agentes antidepressivos consistem na principal indicação para essa condição (BATTISTA, 2014).

Os principais antidepressivos prescritos na clínica são os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina, escitalopram) podendo seu uso se estender para outras condições como: transtorno obsessivo compulsivo, transtornos de pânico e bulimia. Existem ainda os inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina

(venlafaxina, duloxetine), os antidepressivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina) e os inibidores da monoaminoxidase (selegilina, fenelzina, tranilcipromina) compartilhando a mesma atuação farmacodinâmica ao produzirem aumento da neurotransmissão monoamínica por diferentes mecanismos. Conseqüentemente, a dose ideal de um antidepressivo depende da sua indicação e do paciente, devendo portanto ser avaliado após quatro semanas de tratamento para manutenção ou substituição farmacológica (BATTISTA, 2014).

Outras indicações clínicas também são costumeiramente tratadas com os antidepressivos, como os transtornos de ansiedade e distúrbios de dor, a exemplo da fibromialgia, neuralgia pós-herpética e dor lombar crônica, bem como o transtorno disfórico pré-menstrual, abandono do tabagismo e transtornos alimentares como a bulimia. Por conseguinte, a escolha de um antidepressivo baseia-se em considerações práticas sobre o histórico do paciente, além de custo, disponibilidade, efeitos colaterais, interações medicamentosas e outros fatores como sexo e idade (BATTISTA, 2014).

Outra condição que merece atenção dos cuidados em saúde mental se refere ao transtorno afetivo bipolar (maníaco-depressivo) que acomete de 1 a 3% da população adulta, cujos principais sintomas incluem: excitação, hiperatividade, impulsividade, desinibição, agressão, necessidade diminuída de sono, sintomas psicóticos e comprometimento cognitivo. O carbonato de lítio era o tratamento preferido para tais condições, mas com a aprovação do valproato, quetiapina, risperidona e da ziprasidona, observou-se uma diminuição no número de pacientes em uso do lítio, já que associados aos inúmeros efeitos colaterais existe a necessidade de monitoramento dos níveis séricos de lítio para avaliar tanto a dose necessária ao tratamento da mania aguda quanto a manutenção profilática. Atualmente, outros medicamentos estão sendo elegidos para tratamento do transtorno bipolar, como a carbamazepina e a lamotrigina (MELTZER, 2014).

Entre os fármacos ansiolíticos, os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo em decorrência das propriedades desejáveis de alívio da ansiedade, euforia, desinibição e promoção do sono. Os usos psiquiátricos dos benzodiazepínicos além do tratamento dos estados de ansiedade incluem: opção terapêutica inicial da mania e o controle dos estados

de hiperexcitabilidade induzidos por substâncias. Atualmente o crescimento do consumo de benzodiazepínicos se deve a sua ação sedativo-hipnótica ao sugerir uma ação redutora para ansiedade e calmante, bem como propiciar alívio da insônia e produzir um estímulo do início e manutenção do sono (TREVOR; WAY, 2014)..

Em estudo realizado entre a população de adultos e idosos do Ambulatório municipal de Saúde Mental de Sorocaba-SP onde foi observada uma elevada prescrição de clonazepam e diazepam, com uma pequena minoria das prescrições considerada racional para os dois grupos. Analisou-se ainda a existência de interações consideradas graves entre alguns benzodiazepínicos, entre eles o alprazolam/fenobarbital, clonazepam/fenobarbital e diazepam/fenobarbital. Tais medicamentos quando associados interagem com risco de depressão respiratória pronunciado (NALOTO *et al.*, 2016).

Estudo realizado com prescrições de psicofármacos identificou uma alta frequência de interações medicamentosas potenciais associadas ao elevado número de medicamentos em cada receita médica, devendo tal situação ser repensada pelos prescritores a fim de que a prática da polifarmácia seja reduzida nos serviços de saúde (BALEN *et al.*, 2017).

Nesse contexto, apesar de demonstrarem eficácia no cotidiano da prática clínica, o uso dos psicofármacos deve ser objeto de avaliação não somente por estudiosos da psiquiatria biológica, e sim por profissionais e interessados em outras vertentes psiquiátricas a fim de ampliar o conhecimento sobre o tema (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Diante do exposto, confluímos que a decisão sobre a utilização de determinado psicofármaco carrega consigo um universo multifatorial que engloba a história de vida do paciente, seu contexto familiar e a presença de comorbidades.

Para alguns transtornos, como: esquizofrenia, transtorno bipolar e em depressões graves a instituição da terapia farmacológica parece otimizar a evolução dos sintomas prejudiciais. Enquanto que, em outras condições como transtornos de personalidade e fobias específicas a eleição de psicoterapias se configura como estratégia ótima para um cuidado eficaz (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Sendo assim, a eleição de uma abordagem farmacoterapêutica deve estar em pauta nas discussões da equipe de saúde, pois o cuidado ao paciente não é responsabilidade apenas do prescritor. Com esse último, tem-se a possibilidade de uma decisão diagnóstica sustentada pela construção de vínculo e pelo constructo social que é estabelecido pelo conhecimento da história do paciente, sua família, comorbidades presentes e uso de medicamentos concomitantes (CANCELLA, 2012).

Dessa forma, é necessário refletir sobre o que temos de recursos terapêuticos e potencialidades nos serviços de saúde para propor alternativas não-medicamentosas com o estabelecimento de intervenções realizadas pela equipe de saúde orientadas para o sujeito e sua vivência na comunidade.

Abordagens não-medicamentosas

Costumeiramente, os problemas físicos são percebidos e tratados por determinada equipe, enquanto que os problemas psíquicos são delegados a serviços de saúde mental, ocasionando peregrinações desnecessárias dos usuários entre os serviços de saúde, descontinuando e subdividindo as redes de atenção.

A contento, a maioria das possibilidades de cuidado não-farmacológico são realizadas no âmbito da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São elas: atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal); atendimento para a família (atendimento nuclear e a grupos de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares); atividades comunitárias (atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade); assembleias ou reuniões de organização do serviço (atividade semanal que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço) (BRASIL, 2004).

No município de Maracanaú, são realizados atendimentos individuais, atendimentos em grupos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares e atividades comunitárias nos três Centros de Atenção Psicossocial, integrando ainda outros equipamentos de saúde.

Em se tratando de Atenção Primária à Saúde (APS) percebe-se que uma demanda importante relacionada a saúde mental é atendida na APS, exigindo que a equipe multiprofissional desenvolva habilidades para lidar com o sofrimento psíquico de forma perspicaz. Consentâneo a essas experiências existem alguns entraves, a saber: a falta de diretrizes elucidadas para o tratamento em saúde mental somados a pouca habilidade técnica do profissional e de investimentos dos gestores, culminando com uma frágil produção do cuidado em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2013).

E, uma das primeiras estratégias e sem dúvidas a introdutória para a relação de um bom vínculo é o acolhimento, que proporciona o diálogo necessário entre paciente e equipe de saúde para a partir desse momento identificar sintomas de angústia, ansiedade e conflitos interiores.

Estudos em instituições de cuidados primários tem quantificado a prevalência das perturbações mentais, com valores elevados (43,7%) e identificado os fatores associados a essa prevalência, entre eles a utilização de medicamentos e a renda familiar, suscitando a participação de diversos setores governamentais para propor estratégias de intervenção em saúde direcionadas aos usuários desses serviços (MOREIRA *et al.*, 2011).

Estudiosos da área procuram encontrar boas alternativas para aproximar os diversos pontos de atenção e estabelecem que a APS não é somente a porta de entrada aos serviços, mas sim um equipamento a favor do usuário e família correlacionando os cuidados de saúde mental com serviços primários.

Dessa forma, podemos pensar que a APS desempenha papel importante no diagnóstico precoce em quadros de psicoses e outros transtornos comportamentais. Além disso, mesmo para os pacientes acompanhados nos CAPS, deve-se continuar o seguimento do acompanhamento nas Equipes de Saúde da Família numa perspectiva de clínica ampliada, confluindo para o apoio e consolidação da humanização do cuidado das RAS (BRASIL, 2013)

Dessa forma, as redes de atenção são formas de articulação multicêntrica relacional e não hierárquica com capacidade instalada para operar transformações nas práticas de cuidado e nas estruturas institucionais, evidenciando que as redes são formadas por pessoas e não meramente entre instituições. Posiciona-se desse modo uma forma de atuação desburocratizada e alicerçada nas interações entre os sujeitos (BERMUDEZ; BATISTA, 2017).

Oliveira (2013) menciona que uma das estratégias que favorecem essa articulação em rede é o apoio matricial que introduz novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais em diversos níveis de atenção. A organização desse arranjo fundamenta-se na responsabilização e adscrição de conjuntos de usuários/grupos acompanhados de forma continuada para inaugurar na equipe premissas de produção do cuidado e convivência diante dos desafios e possibilidades.

No município de Maracanaú ocorreram avanços significativos na relação dialógica entre profissionais da Rede de Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde com encontros mensais de reuniões de matriciamento em cada AVISA, sendo discutidos casos, seguidos pela proposição do acompanhamento em rede.

Sendo assim, para que esse atendimento produza resultados proveitosos é preciso que os profissionais estejam aptos e disponíveis para reconhecer que a demanda em saúde mental vai além da doença instalada e requer uma boa comunicação entre paciente-família e serviços de saúde (MOLINER; LOPES, 2013).

Avoluma-se uma série de dispositivos e práticas aceitas para desenvolver uma boa relação entre profissional-paciente e evitar uma demanda olvidada, seja por falta de profissionais suficientes ou na maioria das vezes pela presença maciça de trabalhadores presos a concepções biologicistas e inadequadas para o trabalho em saúde pública. Entre esses mecanismos de cuidado, podemos mencionar: acolhimento com avaliação de risco e análise da demanda, intervenções breves na crise, projetos terapêuticos singulares, responsabilização do sujeito, uso racional dos medicamentos, bem como a participação em práticas grupais (ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2013).

Essas características se contrapõem a lógica predominante dos serviços de saúde, voltadas para um projeto curativista que não visualiza o sujeito além do processo de adoecimento.

De acordo com Moliner e Lopes (2013), o desafio que vem sendo enfrentado pelos profissionais da Atenção Básica incide justamente na pouca articulação entre saúde mental e atenção básica, onde a efetivação das práticas integrativas e complementares possibilitarão melhorias na assistência e ampliação do acesso.

Práticas Integrativas e Complementares: integralidade da atenção à saúde no Brasil

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) estabelece a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências de práticas integrais no âmbito dos estados e municípios. Tais exercícios, desenvolvidos na prática cotidiana dos serviços, durante algum tempo foi exercido de modo desigual e sem o repasse das informações necessárias, caracterizando um processo desigual no estabelecimento dessas estratégias (BRASIL, 2015)

Tendo em vista esses desencontros, a Portaria GM/MS Nº. 971 de 3 de maio de 2006 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde a PNPIC que contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2006)

Abrange recursos naturais para prevenção de agravos com reconhecimento internacional que possibilitam o desenvolvimento do processo de auto-cuidado e instaura na equipe uma visão integrativa que funde homem e meio ambiente (BRASIL, 2015).

Os principais anseios dessa política são: incorporar e implementar a PNPIC no SUS na perspectiva da prevenção de agravos e promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; contribuir para a ampliação do acesso à PNPIC, com as necessárias segurança e eficácia, bem como promover a racionalização das ações de saúde por meio de alternativas inovadoras tendo

em vista o objetivo principal que é o controle e participação social de todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2015).

Esses pontos indicam a finalidade da instituição dessas práticas no âmbito dos serviços públicos de saúde. Para tanto, algumas estratégias para o desenvolvimento efetivo dessas alternativas são conhecidas:

- I- Incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;
- II- Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- III- Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- IV- Estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- V- Elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento dessas abordagens no SUS;
- VI- Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015)

Na continuidade dessas assertivas, propõe-se a instauração de uma clínica que realmente se efetive como ampliada, onde suas ações serão fortalecidas diariamente pelas equipes de saúde para promover a saúde global da população seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2015).

Recentemente, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 849/2017, que ampliou a PNPIC, incorporando 14 outras práticas a serem desenvolvidas nos serviços de saúde. São elas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017 (BRASIL, 2017).

Vale destacar, também, que essas práticas possibilitaram a inserção do Brasil como destaque nas práticas integrativas em sistemas universais de saúde, figurando como proposta salutar nas recomendações da OMS e das

Conferências Mundiais voltadas para medicina tradicional e complementar (GONÇALVES; ORMEZZANO; TONDO, 2016).

No ano de 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde ofertaram alguma das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), distribuídas em 3.018 municípios. De acordo com informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), tem-se um total de 9.470 estabelecimentos de saúde no país que ofertam PIC's (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, percebemos que a Atenção Primária à Saúde consiste em campo fértil para o desenvolvimento dessas experiências integrativas, no momento em que representa o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde.

Nesses espaços de cuidados a que denominamos Unidades Básicas de Saúde, em sua terminologia usual, ocorre a união de profissionais trabalhando sob a égide da clínica ampliada buscando romper com modelos segregados de atenção pautados na centralização do cuidado em um único campo do saber.

A contento, os diversos núcleos de saberes atuam no sentido de defender a vida através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, pautando-se no acolhimento e humanização do cuidado, desenvolvendo coletivamente com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas, como: educação, esporte, lazer, entre outras (REBOUÇAS, 2017).

Venturini (2010) ressalta que a ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria, devendo assumir uma visão polissêmica de integralidade ao buscar principalmente a consolidação de interações intersubjetivas entre usuários e profissionais no processo diário de trabalho.

Infere-se que a aplicação dessas práticas no campo da saúde mental permite uma interação profissional-paciente mais acentuada, com benefícios no protagonismo e empoderamento de usuários, familiares e equipes. Dessa forma, o compartilhamento das experiências, a construção de grupos coletivos e a corresponsabilização dos tratamentos modificará a lógica das práticas medicalizantes restritivas que impossibilitam avançar para a efetivação de condutas reflexivas e comprometidas com o exercício do “pensar em profundidade” (GONÇALVES; ORMEZZANO; TONDO, 2016).

No que tange ao modelo defendido pela OMS, clarifica-se que a Saúde Mental na Atenção Primária está num incessante processo de (re)construção na tentativa de (re)inserir ideais e práticas interligadas e mais efetivas no campo da saúde mental.

No município de Maracanaú, algumas práticas integrativas e complementares são realizadas, mesmo que sem uma sistematização, como a shantala. Faz-se necessário salientar que a Farmácia Viva do município foi desativada no ano de 2012 e desde então a população padece pela falta desses insumos tão necessários ao bem-estar da população Maracanauense.

3.4 Assistência Farmacêutica: caminhos para a garantia do acesso

Em resposta às necessidades de organizar e provê o funcionamento dos serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº. 8080/90 com os objetivos de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde destinadas a promover nos campos econômico e social a redução dos riscos de doenças e agravos, assegurando o acesso universal e igualitário das populações, bem como prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Assim, para alcançar o preconizado na criação do SUS, fez-se necessário pensar na instauração de uma Política farmacêutica nacional com a missão de garantir o acesso a medicamentos para toda a população de acordo com princípios de equidade e justiça social, onde os insumos tenham qualidade, segurança e eficácia, bem como possuam uso terapêuticamente racional e economicamente eficiente por parte dos profissionais de saúde e usuários (BRASÍLIA, 2005).

Tais objetivos refletem um olhar comprometido com a questão do medicamento, seu acesso e a responsabilidade desse uso para que os mesmos sejam vistos como recurso terapêutico protetor da saúde.

Essa garantia do acesso ao medicamento é defendida na própria Constituição Federal de 1988 e para otimizar esse pressuposto os profissionais de saúde devem possuir habilidades éticas para dispor de toda capacitação

técnica para o atendimento equânime que a população necessita, principalmente em situações de vulnerabilidade, contexto esse que exige prudência no enfrentamento das questões vivenciadas (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014).

Assim, quando se fala em medicamentos, tem-se que esse acesso envolve uma complexa rede de atores que desempenham diferentes papéis nos contextos econômico, político e social (GARCIA *et al.*, 2013).

Essa integralidade das ações nos serviços de saúde deve envolver a Assistência Farmacêutica, agregando valor aos serviços de saúde e instaurar uma cultura de racionalização no manejo dos tratamentos farmacoterápicos (BRASIL, 2006).

Entremeando a organização das ações e serviços de saúde podemos ressaltar que para o alcance dessa integralidade é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades numa dimensão pluralista que instaure a articulação entre os diversos pontos do território, possibilitando o acesso, a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Nesse trajeto, o medicamento ocupa posição central para a garantia da saúde, observando critérios de disponibilidade e, em especial de acessibilidade, adquirindo uma conformação considerada custo-efetiva quando usado de forma racional. Dessa forma, o acesso ocorre quando o paciente recebe o medicamento adequado para uma finalidade específica, por tempo adequado, em dose correta e cuja racionalização do uso permita um alcance ótimo dos níveis de saúde (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014).

Sendo assim, motivados por fatores como problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos, uso irracional de medicamentos, desorganização dos serviços farmacêuticos e desarticulação da Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) representa um norte para os aspectos que envolvem o uso do medicamento no país ao propor como uma de suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006).

O próprio sentido da palavra reorientação nos conduz ao fato de reconhecer o lugar em que se está e propiciar novos horizontes. A contento, a Política Nacional de Medicamentos avança na pactuação de prioridades para a

reordenação dos mecanismos que circundam o uso dos medicamentos no país.

Nesse sentido, a garantia dos medicamentos é o objetivo central da política de medicamentos da OMS, assim como na Política de Medicamentos do Brasil e na maioria dos países, devendo ser garantido tanto o acesso como a efetividade dos serviços de saúde (GARCIA *et al.*, 2013).

Com efeito, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi criada pela portaria nº. 3.916 de 30 de outubro de 1998, estando inserida no campo da Política Nacional de Saúde e possibilita condições para a efetivação da promoção da saúde, ao mesmo tempo em que garante a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além de promover o uso racional e garanti-los à população, baseados em evidências científicas que justifiquem o uso (BRASIL, 1998).

Nesta perspectiva, a PNM alinha-se a esse processo político e representa uma aspiração palpável na definição de metas para o setor farmacêutico, permitindo a repactuação quando necessário

Para esse feito, algumas diretrizes são conhecidas: adoção da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Todas essas diretrizes objetivam o alcance do principal pressuposto da PNM que é o acesso aos medicamentos, ao redor do qual se organizam os outros anseios: qualidade e uso racional. Portanto, o acesso somente se dá quando ocorre essa utilização comprometida com a saúde pública (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Nesse contexto há de se destacar ainda que a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em 06 de maio de 2004 avançou ao estabelecer a intersectorialidade no SUS, envolvendo os setores público e privado em um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, alicerçados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004)

De acordo com a referida política, a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações tanto individual como coletiva que envolvem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, englobando também atividades diretas ao usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Para que a Assistência Farmacêutica se efetive é imprescindível a organização da rede local de saúde que, no SUS são ordenados por níveis de atenção de acordo com a complexidade que o cuidado necessita. Compreende a atenção básica/primária, atenção secundária/média complexidade, atenção terciária/alta complexidade e serviços e programas de saúde (BRASIL, 2006).

Ao se utilizar desses serviços dispostos em redes, faz-se necessário um planejamento contínuo com a intenção de identificar uma situação-problema e a partir daí realizar as intervenções cabíveis. No âmbito da assistência farmacêutica essas ações possibilitam a melhoria do acesso, promovendo assim a regularidade no abastecimento (BRASIL, 2006).

Entretanto, o que se percebe nos serviços coaduna com a existência de uma segmentação da atenção, propiciada por problemas de gestão que reproduzem mecanismos desconexos para garantir o acesso aos serviços e aos medicamentos. Segmentos populacionais são forçados desse modo a se deslocarem aos serviços de acordo com o “grau” de enfermidade que possuem, gerando agravos e impactos sanitários (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Importante é observar, para melhor compreensão que em todos os níveis de atenção circundados pelo uso dos medicamentos os usuários se veem como órfãos diante das inúmeras peregrinações aos serviços de saúde.

Nesse contraponto, várias normativas legais de cunho orientador, oferecem listas de medicamentos “categorizadas”, a saber: essenciais, de dispensação excepcional, de alto custo e tantas outras propagadas para gestores, funcionários e usuários visando “melhor” direcionar os sujeitos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

No contexto internacional, a OMS preconiza que medicamentos seguros e eficazes são uma parte essencial de qualquer sistema de saúde, onde a Lista de Medicamentos Essenciais (LME) deve ser utilizada em muitos países para aumentar o acesso aos medicamentos e fomentar decisões sobre os regimes posológicos. A edição mais recente foi publicada no ano de 2017 e acrescenta 30 medicamentos para adultos e 25 para crianças, alcançando um total de 433 medicamentos considerados essenciais para atender as necessidades de saúde mais importantes (WHO, 2017).

A Lista modelo de medicamentos da OMS foi lançada em 1977, coincidindo com a Assembleia Mundial de Saúde “Saúde para Todos”, tendo como princípio norteador as políticas de Saúde da OMS e dos países. Essa lista é referenciada por muitos países para confecção de suas próprias relações e conta com atualização a cada 2 anos pelo Comitê de Peritos da OMS sobre Seleção e Uso de Medicamentos Essenciais (OPAS, 2019).

Conseqüentemente, a OMS, após a Conferência sobre Uso Racional de Medicamentos, em 1985 elaborou um protocolo para ser usado como instrumento de trabalho nos serviços de saúde, oferecendo descrições sobre o padrão de uso e prescrição dos medicamentos. Mesmo sem contemplar todos os aspectos da Assistência Farmacêutica, os indicadores de prescrição da OMS permitem avaliar o comportamento de profissionais de saúde no que se refere ao medicamento, ao mesmo tempo em que possibilita reconhecer aspectos como: média de medicamentos por prescrição; percentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico; percentagem de medicamentos prescritos com base na lista de medicamentos existentes na instituição, bem como percentagem de antibióticos e injetáveis receitados (ALBUQUERQUE; TAVARES, 2011).

O Brasil vem investindo a algum tempo na publicação e aperfeiçoamento de listas de medicamentos essenciais com o intuito de garantir a assistência farmacêutica e o Uso Racional de Medicamentos. No Brasil, adota-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que possui o objetivo de nortear o desenvolvimento científico-tecnológico e a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas de governo (MAGARINOS-TORRES, 2014).

A RENAME foi publicada por meio da portaria ministerial nº. 1897, de 26 de julho de 2017, sendo realizado um trabalho de harmonização da descrição dos itens, considerando a DCB, o Vocabulário Controlado de Formas Farmacêuticas, Vias de Administração e Embalagens de Medicamentos da ANVISA e os registros sanitários de medicamentos no país. Nesta edição, a RENAME foi dividida em quatro seções, onde na seção A os medicamentos estão contemplados em cinco listas, a saber: Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico, Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico, Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado, Relação Nacional de Insumos e Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. Na seção B, os itens são apresentados de acordo com o Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Clínica (ATC); na seção C, os itens são apresentados em ordem alfabética com os respectivos códigos ATC e na seção D, são apresentadas as modificações da lista em relação às versões anteriores, além das recomendações de não inclusão de medicamentos (BRASIL, 2018).

Entretanto, o Ministério da Saúde do Brasil adotou um conceito diferente da OMS para medicamento essencial, divulgando que os medicamentos essenciais devem ser definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso. Dessa forma, ao comparar a RENAME 2013 com a 18ª. Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde (EML), percebeu-se que a RENAME contém 413 fármacos, dos quais 190 (46,0%) não constam na EML, concluindo que a lista atual não pode ser utilizada como instrumento para orientar o ciclo da assistência farmacêutica (YAMAUTI *et al.*, 2017).

O quadro 1 contém as listas de medicamentos padronizadas nos serviços de Saúde Mental, da OMS em 2017 e os medicamentos da RENAME, 2018.

Quadro 1 - Elenco dos medicamentos padronizados pela LME da Saúde Mental, da OMS e Brasil

Grupo farmacológico	OMS (2017)	Brasil (2018)
Transtornos psicóticos	<p>Clorpromazina 25mg/ml – 2ml</p> <p>Clorpromazina 25mg/5ml</p> <p>Clorpromazina 10mg</p> <p>Flufenazina 25mg/ml ampola</p> <p>Haloperidol 2mg/ml ampola</p> <p>Haloperidol 2mg</p> <p>Haloperidol 5mg</p>	<p>Biperideno 2mg</p> <p>Biperideno 4mg</p> <p>Clorpromazina 5mg/ml</p> <p>Clorpromazina 40mg/ml</p> <p>Clorpromazina 25mg</p> <p>Clorpromazina 100mg</p> <p>Haloperidol 5mg/ml</p> <p>Haloperidol 2mg/ml</p> <p>Haloperidol 1mg e 5mg</p> <p>Decanoato de haloperidol 50mg/ml</p> <p>Risperidona 1mg/ml</p> <p>Risperidona 1mg; 2mg; 3mg</p>
Transtornos depressivos	<p>Amitriptilina 25mg</p> <p>Amitriptilina 75mg</p> <p>Fluoxetina 20mg</p>	<p>Amitriptilina 25mg</p> <p>Amitriptilina 75mg</p> <p>Carbamazepina 20mg/ml</p> <p>Carbamazepina 200mg e 400mg</p> <p>Clomipramina 10mg e 25mg</p> <p>Fluoxetina 20mg</p> <p>Nortriptilina 10mg; 25mg; 50mg; 75mg</p> <p>Carbonato de Lítio 300mg</p> <p>Valproato de Sódio 250mg; 500mg e 50mg/ml</p>
Tratamento de transtornos bipolares	<p>Carbamazepina 100mg</p> <p>Carbamazepina 200mg</p>	

Transtorno de ansiedade	Carbonato de Lítio 300mg Ácido Valpróico 200mg Ácido Valpróico 500mg Diazepam 2mg Diazepam 5mg	Diazepam 5mg/ml Diazepam 5mg Diazepam 10mg Clomipramina 10mg e 25mg
Transtorno obsessivo compulsivo	Clomipramina 10mg Clomipramina 25mg	
Dependência de substância	Metadona 5mg/ml amp Metadona 10mg/ml Metadona 5mg/5ml Metadona 10mg/5ml Terapia de reposição da Nicotina 2mg e 4 mg	

Fonte: OMS (2017), BRASIL (2018)

Observa-se que apesar da existência de uma relação de medicamentos padronizada, alguns critérios de eficácia e prescrição racional ainda são subutilizados, corroborando com um aumento vertiginoso do uso dos medicamentos observados nas variadas classes ao analisarmos os relatórios do sistema Hórus da Farmácia Polo desde sua implantação em janeiro de 2019.

Disso decorre a irracionalidade no uso do medicamento, sustentado por prescrições mal definidas que, por vezes não consideram a melhor evidência terapêutica disponível para determinada enfermidade e contribuem para um

considerável aumento no dispêndio de recursos com a necessidade implantada de inserir “novos” medicamentos nas listas já fornecidas no âmbito público (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Com efeito, a multiplicidade de listas de medicamentos e fontes de financiamentos forçou a publicação da portaria 2.084, que estabeleceu o aumento para valores de financiamento *per capita* de medicamentos da atenção básica pactuados entre as três esferas de governo e estabeleceu um Elenco Mínimo Obrigatório (EMO) para a Atenção Básica, constituído pelos componentes estratégico e descentralizado (BRASIL, 2005).

Tal portaria possui importância quando ajuda a redefinir responsabilidades no financiamento para medicamentos e permite avaliar e monitorizar o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, devendo ser coerentes com a PNM e a PNAF (BRASIL, 2005).

Avançando ainda mais com a pauta do financiamento podemos destacar a Portaria nº. 204 de 29 de janeiro de 2007 que dispõe sobre a criação de blocos de financiamento para a administração dos recursos federais destinados às ações e serviços de saúde.

Sendo assim:

Os blocos de financiamentos são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. Sendo eles:

I – Atenção Básica;

II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III – Vigilância em Saúde;

IV – Assistência Farmacêutica; e

V – Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Com relação a Assistência Farmacêutica, o financiamento contemplará três componentes: componente básico, componente estratégico e componente de medicamentos de dispensação excepcional. O componente básico destina-se a aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica, no âmbito da atenção básica, bem como aqueles relacionados a programas específicos, entre eles a saúde mental, enquanto que o componente estratégico destina-se ao direcionamento do financiamento para os seguintes programas: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de

chagas; anti-retrovirais do programa DST/AIDS; sangue e hemoderivados e imunobiológicos. Já o componente de medicamentos de dispensação excepcional abrange o grupo de medicamentos utilizados para condições específicas como: esclerose múltipla, esquizofrenia refratária, doença de Gaucher e outras condições estabelecidas em portaria específica (BRASIL, 2007).

Em se tratando de saúde mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental apontou a necessidade de garantir medicamentos aos usuários do SUS através da integração entre Política de Assistência Farmacêutica e Política de Saúde Mental, sem desrespeitar a promoção do Uso Racional de Medicamentos (BRASIL, 2010).

Situando os medicamentos nesse contexto, podemos considerar que os psicofármacos são um recurso terapêutico importante para o tratamento desde que contextualizados com processos de escuta qualificada e mudanças comportamentais.

Quanto à normatização dos medicamentos psicotrópicos, a Portaria 344, de 12 de maio de 1998, aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, agrupando os medicamentos em categorias: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicos); C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial); C2 (retinóides); C3 (imunossupressores); C4 (antirretroviral); C5 (anabolizante) e D1 (percussores). A referida portaria instituiu as normas referentes a prescrição e a notificação de receita, os quais devem ser observados nos estabelecimentos públicos e privados que dispensem esses medicamentos (BRASIL, 1998).

A Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú e a Central de Abastecimento Farmacêutico seguem os parâmetros da RENAME 2017, onde os medicamentos são padronizados para atender a maioria da população, sem no entanto existir uma lista de medicamentos essenciais. O processo de elaboração da REMUME em Maracanaú encontra-se em fase de andamento.

No município, os psicofármacos são dispensados na Farmácia Pólo, de forma centralizada sob a responsabilidade do profissional farmacêutico e auxiliares de farmácia. Esses medicamentos compõem o elenco da Atenção Básica da RENAME e são distribuídos pela COASF para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) de Maracanaú, que faz o repasse

mensalmente a Farmácia Polo, sob a supervisão do profissional farmacêutico no processo de envio de mapas e conferência dos medicamentos. As unidades básicas de saúde não dispensam esses medicamentos. Entretanto, a lista de medicamentos dispensados é divulgada mensalmente para as Unidades Básicas de Saúde do município.

Nesse estabelecimento farmacêutico é utilizado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), que dentro do SUS, apresenta-se como importante ferramenta no tocante ao fornecimento de informações fidedignas sobre o acesso, perfil de utilização, estoque e demanda de medicamentos, possibilitando que a Assistência Farmacêutica seja desenvolvida de forma transparente e qualificada (BRASIL, 2018)

O quadro a seguir detalha o elenco de medicamentos disponibilizados aos usuários do município que procuram o serviço.

Quadro 2 - Relação de Medicamentos dispensados na Farmácia Polo em Maracanaú

Medicamento	Apresentação
Ácido Valpróico (Valproato de Sódio)	Comprimido 500mg e Solução oral 50mg/ml
Alprazolam	Comprimido 0,5mg; 1,0mg; 2,0mg
Amitriptilina	Comprimido 25mg; 75mg
Biperideno	Comprimido 2mg; 4mg
Carbamazepina	Comprimido 200mg; suspensão oral 20mg/ml
Carbonato de Lítio	Comprimido 300mg
Citalopram	Comprimido 20mg
Clomipramina	Comprimido 25mg; 75mg
Clonazepam	Comprimido 0,5mg; 2,0mg e solução oral 2,5mg/ml
Clorpromazina	Comprimido 25mg; 100mg e solução injetável 5mg/ml e solução oral 40mg/ml
Diazepam	Comprimido 5mg e solução injetável 5mg/ml

Fenitoína	Comprimido 100mg
Fenobarbital	Comprimido 100mg e solução oral 40mg/ml
Fluoxetina	Comprimido 20mg
Gabapentina	Comprimido 300mg
Haloperidol	Comprimido 1mg; 5mg; solução oral 2mg/ml e solução injetável 5mg/ml
Imipramina	Comprimido 25mg
Levodopa+Benserazida	Cápsula 100mg+25mg; Comprimido 200mg+50mg; Comprimido 100mg+25mg
Levodopa+Carbidopa	Comprimido 200mg+50mg; 150mg+25mg
Levomepromazina	Comprimido 25mg; 100mg; solução oral 40mg/ml
Nortriptilina	Comprimido 25mg
Oxcarbazepina	Comprimido 300mg e Suspensão oral 6%
Paroxetina	Comprimido 20mg
Periciazina	Solução oral 40mg/ml
Prometazina	Comprimido 25mg e solução injetável 25mg/ml
Risperidona	Comprimido 1mg; 3mg e solução oral 1mg/ml
Tioridazina	Comprimido 50mg
Venlafaxina	Comprimido 25mg; 75mg

Pensando no medicamento e nas práticas que disciplinam o seu uso podemos reconhecer que o grande desafio que circunda a assistência farmacêutica consiste em alinhar os componentes clínicos e os gerenciais sem prejudicar a efetividade do acesso.

Neste panorama, as ações conjuntas entre profissionais e serviços de saúde podem atuar no estabelecimento de prioridades assistenciais e técnico-pedagógicas, estando implicadas na construção de um plano terapêutico que contemple outras possibilidades de tratamento e que produza um cuidado voltado para o “ouvir as pessoas”.

É preciso reinventar as práticas nos serviços de saúde, em especial na atenção básica de forma que possibilite o entendimento do “sentido” de usar determinado medicamento. Somente a partir dessa ótica de corresponsabilização poderemos avançar no sentido de conceber o medicamento não somente como panaceia, mas sim como instrumento terapêutico que em algum momento pode não ser efetivo e não manifestar o controle de determinada condição (CENAT, 2019).

3.5 Atenção Primária à Saúde: aspectos conceituais e históricos

Os sistemas de serviços de saúde são o conjunto das atividades com o propósito de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, estando organizados para atender às necessidades de saúde. Os seus principais objetivos são: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; o acolhimento dos cidadãos; a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde. Para atingir esses objetivos devem desempenhar funções, agrupadas em três macrofunções, a saber: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde (MENDES, 2012).

Esses serviços surgiram desde que os homens começaram a proteger sua saúde com práticas da medicina tradicional que aliavam tratamentos fitoterápicos com práticas de curandeirismo e aconselhamento. Na Idade Média, esses sistemas existiram sob a forma de prática religiosa ou monástica e prática leiga ou técnico-profissional. Na contemporaneidade, estruturaram-se a partir da Revolução Industrial como consequência da necessidade de uma força de trabalho produtiva e em condições de saúde favoráveis. Entretanto, foi somente após a Revolução Russa em 1917 que um modelo de serviços de saúde universal e gratuito foi pensado, servindo de alicerce para o Relatório Dawson elaborado no Reino Unido em 1920 (MENDES, 2012)

Inseridos nesse contexto, em 1942 foi publicado o Relatório Beveridge que identificou a importância dos sistemas de serviços de saúde para uma política de seguridade social e fundamentou a criação do Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido, caracterizando a primeira geração das reformas sanitárias. No final dos anos 70 tem-se ainda em Alma-Ata, Rússia, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que define a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Alicerçados pelas reformas da saúde e descentralização dos sistemas públicos, a Organização Mundial de Saúde incorpora o conceito de Universalismo trazendo como elementos essenciais a equidade, a proteção social em serviços de saúde, o fortalecimento da saúde pública, a instituição de um estado regulador forte e a construção social dos processos de reformas guiados pelos valores de solidariedade e centralidade nos cidadãos (MENDES, 2002).

Como percebemos, os sistemas de serviços de saúde percorreram processos conflituosos e complexos, sendo de extrema valia na sociedade para atingir sua finalidade primordial de manter a vida e aliviar o sofrimento.

No que concerne ao que se constrói nesse trabalho, iremos nos deter na macrofunção de prestação dos serviços de saúde que reúne a combinação de recursos num processo de produção dentro de uma estrutura organizacional cujo desfecho coaduna com as alterações no estado de saúde dos usuários. Essa prestação de serviços subjaz a vários desafios, seja nos sistemas fragmentados ou nos sistemas integrados de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Fica claro que a organização dos sistemas em questão compreendem os sistemas fragmentados, entendidos como aqueles organizados por pontos de atenção dissociados e incomunicáveis e sistemas integrados, cuja estratégia de horizontalidade e integralidade dissolve a hierarquia pretendida no modelo anterior e reconhece a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro coordenador dos diversos pontos de atenção (MENDES, 2002).

A primeira proposta para organização da atenção à saúde data de 1920, quando representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos da Grã-Bretanha pensaram em centros de saúde regionais hierarquizados em

níveis primário, secundário e terciário. Tais centros se expandiram somente na década de 1960 na Inglaterra e nos EUA e caracterizavam-se por serviços preventivos (GIOVANELA, 2012).

Dessa forma, a moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido em 1920 no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de saúde em diversos níveis, a saber: serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino, inaugurando assim uma proposta de regionalização dos sistemas de atenção à saúde baseados em redes assistenciais e coordenados pela APS (MENDES, 2012).

Um marco histórico mundial para a atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizada em 1978 em Alma-Ata com a participação dos representantes de 134 governos, exceto o Brasil, trazendo em destaque críticas aos modelos verticais de combate às endemias e ao modelo biologicista hegemônico fundamentado na especialização do cuidado (GIOVANELA, 2012).

Como consequência desse novo olhar paradigmático, a declaração de Alma-Ata consolidou a grande ideia da APS ao expressar a necessidade urgente de convocar todos os governos e demais segmentos da sociedade civil a se empenharem na promoção da saúde de todos os povos do mundo, admitindo que os cuidados primários instauram esse desejo e colaboram para que as tecnologias de saúde alcancem indivíduos, famílias e comunidade (OMS, 1978).

Essa concepção de atenção primária expressa em Alma-Ata é abrangente e considera o termo tecnologias apropriadas como aquelas adequadas às necessidades de saúde da população, socialmente aceitáveis e com relação custo-benefício positiva, devendo incluir a participação comunitária e a democratização do conhecimento, desmistificando o saber médico único e hegemônico ao aproximar-se dos sujeitos, uma vez que representará o primeiro nível de contato aos serviços de saúde (GIOVANELA, 2012).

Atualmente, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de saúde, referindo-se a um conjunto de práticas

integrals em saúde, que no Brasil durante o processo de implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (GIOVANELLA, 2012).

Neste estudo, utilizaremos tanto a expressão Atenção Básica à Saúde (ABS) como Atenção Primária à Saúde (APS), embora prefiramos utilizar a segunda, por ser reconhecida internacionalmente.

De acordo com Giovanella (2012), não há uma uniformidade conceitual do termo atenção primária à saúde (*primary health care*), identificando-se quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços (*selective primary care*); um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados (*primary care*); abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata (*comprehensive primary health care*) e por último, uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Mendes (2012) enfatiza o fato de que existem três interpretações principais da APS: atenção primária seletiva, nível primário do sistema de atenção à saúde e estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Com relação a atenção primária seletiva, o autor a entende como aquele programa destinado a populações e regiões pobres, ofertando tecnologias simples e de baixo custo providas por trabalhadores de baixa qualificação profissional sem a possibilidade de referência a níveis de atenção mais especializados. Enquanto que a APS como nível primário do sistema de atenção à saúde permite organizar a porta de entrada do sistema para resolver problemas mais comuns, de forma a minimizar custos e atender as necessidades de saúde da população. Esse modelo é típico de países desenvolvidos, relacionando-se intrinsecamente a existência de médicos especializados em medicina geral ou da família. O terceiro modelo para a APS é o de organização do sistema de atenção à saúde, onde todos os recursos do sistema são convertidos em oferta de serviços singulares à população de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Esta interpretação, mais abrangente, é adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e propõe a renovação da APS como uma sólida prática para superar a falta de saúde e as desigualdades. Sendo assim,

emerge uma quarta concepção desse modelo que desdobra os equipamentos de saúde do território para provocar na sociedade um novo enfoque de saúde, baseado nos direitos humanos, de modo a alcançar melhorias na equidade entre os povos (MENDES, 2012).

Para cumprir este papel, a APS deve concentrar esforços para ser o centro de comunicação da RAS, sendo ao mesmo tempo ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, devendo portanto constituir o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema, trazendo serviços de saúde próximos e garantindo a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017).

Ao lançar mão deste conceito, podemos clarificar que essa concepção de saúde primária permeia todo o sistema de saúde e só pode ser alcançada quando houver: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde, entendida como um direito humano (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, partimo-nos do conceito que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde fundamentada nos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, da focalização na família e da orientação comunitária, devendo ainda cumprir três papéis essenciais: papel resolutivo, papel organizador e o papel de responsabilização (BRASIL, 2007).

No intuito de melhor conhecermos a APS, debruçamo-nos sobre os principais elementos constituintes. O primeiro deles é o primeiro contato ou porta de entrada ao sistema de saúde, que deve ser compreendido como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há alguma necessidade ou problema de saúde. Esse elemento nos remete ao conceito de acesso que envolve dois componentes. O primeiro deles é o acesso geográfico que envolve aspectos referentes a distância e meios de transporte utilizados, enquanto que o segundo diz respeito ao acesso organizacional, compreendidos como o conjunto de fatores que facilitam ou impedem que as pessoas usufruam dos cuidados de uma equipe de saúde (BRASIL, 2007).

Dessa forma, Starfield (2002) corrobora que a APS deve oferecer a entrada no sistema de saúde para todas as situações, olhando o indivíduo e

não apenas a doença, fornecendo atenção sobre a pessoa ao mesmo tempo que coordena e integra a atenção em outros pontos da rede e colaborando para a redução de custos e melhoria da saúde da população.

O segundo elemento que fundamenta a APS é a longitudinalidade, cuja essência reside no estabelecimento de uma relação pessoal entre indivíduos e um profissional ou equipe de saúde. Mais uma vez, a existência do vínculo e a responsabilização ao sujeito são primordiais para a continuidade do cuidado, que deve empreender a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, como acontece com as condições de saúde crônicas que necessitam de cuidados persistentes em saúde para a resolução dos agravos (BRASIL, 2007).

Destaca-se um terceiro elemento, que é a integralidade, entendida como a capacidade da equipe de saúde em resolver as necessidades do indivíduo, família ou comunidade, seja por oferta de serviços ou por referência a outros pontos de atenção. Esse elemento fortalece um conceito amplo de saúde onde as necessidades bio-psicossociais, culturais e subjetivas são percebidas e a promoção, prevenção e tratamento são integrados, oferecendo ao indivíduo, família e comunidade suporte necessário para o usufruto dos diversos serviços existentes no território (BRASIL, 2007).

O último atributo da APS é a coordenação do cuidado, que reúne os outros elementos e possibilita que as demandas sejam organizadas nos serviços. A essência da coordenação é a informação e a qualidade desta, seja na unidade de saúde, nos serviços, em casos de referência e contra-referência e entre os diversos setores como: educação, saneamento e transporte (BRASIL, 2007).

Sendo assim, a APS como sistema integrado possibilita que o conceito de autocuidado assuma posição privilegiada na tomada de decisões, atuando sobre as condições crônicas ao invés de dedicar-se apenas aos eventos agudos que subestimam os processos de cuidados continuados (MENDES, 2002)..

Tal modelo de APS mais abrangente e integrado aos serviços ambulatoriais de primeiro contato pode ser encontrado nos países europeus, enquanto que nos países periféricos observamos um modelo seletivo e de

baixa resolutividade, opondo-se aos objetivos preconizados em Alma-Ata (GIOVANELA, 2012).

Diferencia-se pois dos sistemas secundários e terciários por dedicar-se aos problemas de saúde mais frequentes, nas suas fases iniciais, permitindo que a aproximação das pessoas aos serviços favoreça a construção de vínculos necessários ao enfrentamento das inúmeras necessidades de saúde (MENDES, 2002).

Nesse constructo, umas das inúmeras possibilidades da APS figura no trabalho de construção de vínculos para fortalecer o conhecimento sobre os problemas de saúde e o relacionamento entre profissionais e usuários (BARBOSA; BOSI, 2017).

Mundialmente, estudos apontam que países com uma APS forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que possuem uma APS frágil. Os principais delineamentos que comprovam uma associação positiva entre APS e melhores níveis de saúde são o *Health Council of the Netherlands* e a *Health Evidence Network*. Ambos realizaram revisões sistemáticas sobre a APS e concluíram a importância nos quesitos melhoria de recursos sanitários, eficiência, redução de mortalidade e prevenção de agravos, além de melhor realocação de recursos financeiros e satisfação dos usuários (MENDES, 2012).

Estudos avaliativos nos Estados Unidos inferem que doenças crônicas como hipertensão e diabetes são mais controladas com a participação dos usuários no controle de suas decisões e com a ajuda de médicos de família mais próximos do contexto ao qual estão inseridos. Acrescenta-se a este fato que a continuidade da atenção realizada por uma equipe multiprofissional mostrou-se associada à menor hospitalização por condições sensíveis à atenção primária (MENDES, 2012).

Cabe assinalar ainda que a utilização desses serviços de atenção primária dependem da boa resolutividade das equipes e do acolhimento, entendido esse como um dos pilares da APS para estabelecer o vínculo necessário para uma boa prestação de serviços.

No Brasil, essas concepções da APS mais abrangentes não foram bem definidas inicialmente, ocupando lugar secundário nas políticas de saúde. O referido modelo possui trajeto longo no sistema público de saúde, entendidos

como transformações ocorridas no decorrer dos anos e subdivididas em ciclos. O primeiro ciclo, surgiu na segunda década do século XX com a criação dos Centros de Saúde e utilizavam como ação fundamental a educação sanitária. O segundo ciclo, deu-se no início dos anos 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, atual Fundação Nacional de Saúde, sendo pioneiro na criação de unidades de APS que conciliavam ações preventivas e curativas. Já o terceiro ciclo, a partir dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, focalizando prevenção de doenças, como no anterior, dedicando especial atenção a população materno-infantil e as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. Nos anos 70, o quarto ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura pautados na atenção primária seletiva e alcançando abrangência nacional por meio de um programa de medicina simplificada. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80 em meio a grave crise da Previdência Social e a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) dentro das unidades de APS. A substituição das AIS's pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a criação do SUS pela Constituição Federal levou a um sexto ciclo, onde a descentralização e integralidade das ações propiciou a municipalização das unidades de APS (BRASIL, 2007). Paralelamente, outros programas de atenção primária foram lançados, a exemplo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), lançados em 1984 e 1987 (BRASIL, 2007)

Sob os auspícios dos países desenvolvidos que praticavam uma medicina familiar, inúmeras experiências brasileiras dirigidas ao indivíduo, núcleo familiar e comunidade puderam ser percebidos e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira (GIOVANELA, 2012)

Somente em 2006, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional da Atenção Básica, definindo esse nível de atenção como segue:

“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a

populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2006).

Tal política reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica, reforçando a necessidade de que a expansão desse modelo proporcione integração à rede de serviços de saúde municipal com vistas a organizar o sistema local de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entretanto, observa-se que esse processo de reorganização permanece preso a resolução dos problemas de saúde mais frequentes, com foco para grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares ou ambientais, contrapondo-se ao preceito de responsabilizar-se com a saúde de toda a população (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, por meio da Portaria nº. 2.488, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reafirmando a gestão e coordenação do cuidado ao usuário nas demais Redes de Atenção, além de elencar outros formatos de ESF, a exemplo dos Consultórios de Rua (BRASIL, 2011).

Recentemente, a portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017 estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS, além de renomear os antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que agora passam a possuir a nomenclatura de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).

Apesar das evidências internacionais e nacionais serem inquestionáveis sobre as vantagens da APS como modelo de saúde, sua valorização política, econômica e social é baixa em todo mundo. Em países desenvolvidos e

naqueles em processo de desenvolvimento, observa-se que de forma geral a APS ainda não se institucionalizou de fato e apresenta entraves decorrentes de inúmeros fatores, como: concepção da APS seletiva, insatisfação dos médicos, modelo de ensino médico centrado na especialização e incremento de responsabilidades clínicas somados a uma ideologia da medicina científica presa ao curativismo (MENDES, 2012).

Nos últimos anos, tem-se falado em renovação da APS para revitalizar a capacidade dos países de elaborarem uma estratégia coordenada e eficaz para o combate aos problemas e agravos em saúde. Sendo assim, renovar a APS exige mais do que adequação às mudanças epidemiológicas, consiste em desafiar profissionais, gestores e sociedades em geral a realizar uma retomada das práticas diárias nos serviços de saúde e consumir-se de um propósito abrangente direcionado à integralidade das ações e a efetividade do cuidado, tomando como base os seus princípios, que são: a capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas; a existência de serviços orientados à qualidade; a responsabilização dos governos; a justiça social; a sustentabilidade; a participação e a intersetorialidade (OPAS, 2008).

No Brasil, foi publicada por meio da portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável, relacionado ao desempenho das equipes. O objetivo desse programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, sendo suas principais diretrizes o estímulo ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica com a premissa de efetivar a mudança do modelo de atenção e reorientar os serviços (BRASIL, 2011).

Mesmo sendo uma das principais políticas do Ministério da Saúde para qualificar a Atenção Básica, observa-se que o impacto da PMAQ-AB na organização e na assistência à saúde não é visualizado pela maioria dos

participantes de um estudo exploratório que avaliou o referido programa, havendo falhas na comunicação entre a gestão e as equipes de atenção básica, onde são destacados alguns desafios que o PMAQ-AB pretende enfrentar, a saber: precariedades da rede física, condições de trabalho inadequadas para os profissionais, pouca integração e elevada rotatividade entre os trabalhadores, o que gera descontinuidade do processo de trabalho (FLÓRES *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, o estado do Ceará em 2014 deu início a Planificação da Atenção primária à Saúde, fruto de uma proposta do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realizada pela Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), com o apoio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As oficinas foram realizadas inicialmente na cidade de Tauá, sendo estendidas para os municípios de Sobral e Fortaleza com a obtenção de bons resultados nos indicadores de saúde desses municípios. Posteriormente, no ano de 2016, foi lançado o Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará com o objetivo de subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente da implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CEARÁ, 2019)

Ao lançar mão destas observações, concluímos que alguns desafios são perceptíveis em todos os elementos que compõem a APS, entre eles elencamos o pouco enfoque para as necessidades em saúde da população sustentados pela lógica da medicina especialista e da demanda espontânea, bem como a rotatividade dos profissionais e a qualidade das informações em prontuários, fragmentando o contato entre os diversos pontos de atenção e impossibilitando que o cuidado longitudinal se efetive (BRASIL, 2007)

3.6 Estratégia Saúde da Família: reorientando o processo de trabalho

Os programas de atenção à saúde pós-reforma sanitária ganharam dimensão nacional a partir dos anos de 1990 ao desenvolverem práticas em saúde coletiva que se opuseram aos ditames da ciência biomédica e do

pragmatismo curativista, caracterizados por altos custos dos atendimentos e internações hospitalares (SILVEIRA, 2010).

Nesse sentido, o surgimento de um programa como o PSF tornou-se possível em decorrência da participação dos movimentos sanitários formados por profissionais de saúde, representantes das comunidades, especialistas no campo da saúde coletiva e da própria medicina social (SILVEIRA, 2010).

Inseridos nessa lógica e na tentativa de contornar as iniquidades dos modelos assistenciais, onde o modelo biomédico predomina, tem-se no Programa Saúde da Família (PSF) uma saída para a reorganização dos serviços assistenciais, com foco na atenção longitudinal e no cuidado ao usuário em sua totalidade.

O Programa Saúde da Família (PSF), renomeado posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 1994 e teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991. Essa nova estratégia do setor da saúde surge alicerçada segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios orientadores: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, orientação comunitária e foco na família (ANDRADE *et al.*, 2016).

A formulação do PSF se materializou com a portaria MS nº. 692, de dezembro de 1993. Inicialmente foi implantado em municípios pequenos e guardou o caráter restrito da APS, com condições de atender a demanda de atenção primária, mas com baixa continuidade do processo de cuidado. Tal programa foi incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) que indicava a retomada da discussão do cuidado e do financiamento nesse setor (GIOVANELLA, 2012).

Essa norma operacional foi precedida pela prática dos instrumentos anteriores, entre eles a NOB 93 que regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim:

“ (...) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a

assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema (...)" (BRASIL, 1993).

A partir da NOAB 96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, apontando para uma reordenação do modelo em saúde, com mecanismos e fluxos de financiamentos baseados em programações ascendentes, pactuadas e integradas, bem como definiu a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS a fim de superar mecanismos tradicionais e instaurar propostas que devolvam ao usuário o empoderamento e a participação social, privilegiando os núcleos familiares e comunitários (BRASIL, 1997).

A referida norma instituiu o Piso Assistencial Básico (PAB) que consiste em recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações da atenção básica, de responsabilidade municipal, sendo definido um valor *per capita* para população por município, transferidos ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios para alocar na atenção básica. Enquanto que o PAB variável é composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos (BRASIL, 1997)

Com relação a assistência, o Programa Saúde da Família definiu que a organização em Unidades de Saúde da Família como modelo de assistência vai além da assistência médica, devendo portanto assistir sujeito, família e comunidade, agindo na prevenção e promoção (GIOVANELLA, 2012).

Atualmente, o Brasil possui cerca de 41 mil Equipes de Saúde da Família, presentes na maioria das cidades brasileiras, representando mais de 15% de todos os estabelecimentos de saúde existentes no Brasil (SORATTO *et al.*, 2017). Maracanaú possui, no ano de 2016, 87% de cobertura por equipes de saúde da família (MARACANAÚ, 2017).

No ano de 1997, o Ministério da Saúde apresentou o documento intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, reiterando que o PSF não é uma estratégia para ser desenvolvida somente para grupos populacionais específicos, apresentando como uma de

suas principais características a atuação inter e multidisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população (BRASIL, 1997).

Nesse modelo, o ambiente social é incorporado como fator indispensável para a atenção à saúde ao priorizar ações que visem a promoção, prevenção e cuidado dos indivíduos e de sua família para além do atendimento domiciliar (SILVEIRA, 2010).

Tais ações são fundamentadas nos próprios princípios do SUS que de acordo com a lei 8080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de normatizar a organização e o funcionamento dos serviços, como aponta o seguinte artigo:

Art 2º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a concepção da Estratégia Saúde da Família pauta-se em programas e ações que ampliam a cobertura e melhoram os indicadores de saúde através do trabalho articulado de uma equipe responsável por determinado território de abrangência (GIOVANELLA, 2012).

É composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), além de contar com a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, devendo cada equipe de saúde ser responsabilizada por 4.000 pessoas de uma determinada área. As principais atribuições de cada equipe são: conhecer a realidade das famílias e identificar os problemas de saúde mais comuns e os fatores de risco aos quais a população está exposta, além de prestar assistência integral e promover ações intersetoriais e parcerias com outros órgãos para discutir, de forma permanente, conteúdos voltados para cidadania e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2017).

Acrescenta-se que a atuação dos trabalhadores fundamenta-se na interdisciplinaridade, com mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade (BRASIL, 2000).

Sendo assim, a atuação das equipes compreende habilidades para as particularidades vivenciadas no território, promovendo a saúde da população por meio da orientação e intervenção de aspectos que põem em risco à saúde dos usuários, como a má alimentação, tabagismo, sedentarismo, dentre outros, realizando o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) (PINTO et al, 2017)

É oportuno destacar que a nova Política Nacional de Atenção Básica estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e reforça que a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017)

A referida política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica e pretende superar a dicotomia existente entre assistência e promoção da saúde através da inclusão dos determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença (BRASIL, 2017).

Essa mudança de pensar e fazer saúde possibilita que a Atenção Básica funcione como porta de entrada do sistema de saúde, coordenando o cuidado em toda Rede de Atenção à Saúde e permitindo que as práticas sejam (re) direcionadas para o reconhecimento dos usuários como sujeitos do seu processo saúde-doença, incentivando a autonomia e a construção de vínculos com a equipe de saúde (BARBOSA; BOSI, 2017).

Essa relação de cuidado deve instituir condições propícias para a construção da autonomia do sujeito, onde o ato assistencial seja financiado por uma relação de compromisso, dissociando-o da hierarquia de poder-saber ainda vivenciada nos discursos de muitos profissionais, manifestada por atitudes que legitimam os saberes de uma categoria profissional em detrimento dos saberes diários vivenciados pelos usuários dos serviços (VILLA *et al.*, 2015).

Com efeito, a nova Unidade Básica de Saúde emerge não apenas como um local de triagem e encaminhamentos a serviços especializados, mas como um serviço complexo que atende as necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência de forma resolutiva, responsabilizando-se pelo plano terapêutico e não apenas como “porta de entrada” (BRASIL, 2000).

Diante de tantos desafios, o crescimento e consolidação da ESF no Brasil perpassa por dificuldades para sua viabilização no que se refere não somente as práticas profissionais, que devem ser revistas, mas também na gestão burocrática dos serviços, caracterizadas pela lógica quantitativa da produção de procedimentos e a baixa articulação entre a rede de serviços e os pontos de atenção (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Cabe assinalar que a aquisição e a transformação de atitudes, conhecimentos e habilidades fazem parte de um processo contínuo que permeia toda a vida profissional num processo de educação permanente.

Diante dessas realidades, a PNAB menciona as atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica, a saber: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos e famílias em situações de vulnerabilidade; manter atualizado o cadastro das famílias no sistema de informação da Atenção Básica; realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde e, quando necessário em outros locais e contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando dos fluxos assistenciais na RAS (BRASIL, 2017).

Para a PNAB, a realização de trabalhos interdisciplinares e em equipe, incluindo profissionais de diferentes saberes e de outros níveis de atenção permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, readequando constantemente o processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Na continuidade do que é explanado, pode-se inferir que a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram indispensáveis para ampliar a abrangência e o escopo de ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Dessa forma, apesar de compor a atenção básica, o NASF não consiste em um serviço de saúde novo ou isolado. Este deve obedecer a lógica

do território, regulados pela atenção básica e estabelecer uma relação de complementariedade às demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou academias de saúde e relaciona-se com a RAS e seus pontos (CAPS, ambulatórios especializados, redes sociais, entre outras) (BRASIL, 2008)

Nesse formato, os NASF's devem prestar assistência integral aos usuários do SUS, através da ampliação da clínica, com saberes que contemplem o cidadão em seu aspecto integral. Para isso, são selecionadas algumas ações/atividades que em conjunto com as equipes de atenção básica e demais equipamentos da RAS contribuem para o cuidado numa perspectiva holística. São elas: discussão de casos, atendimentos conjuntos ou não, interconsulta, construção de projeto terapêutico singular, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações de prevenção e promoção da saúde, além da discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2017)

A nova PNAB traz uma nova denominação para NASF, que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e estabelece que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica e atue de forma horizontal com toda a equipe, fomentando olhares para o compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado (BRASIL, 2017).

O desafio inclui certa capacidade individual que vai além da dimensão cognitiva, onde profissionais possam exercitar e ressignificar afetos a partir dos “casos” vividos, especialmente nas relações de vínculos duradouros.

Dessa forma, citamos alguns aspectos que contribuem decisivamente na ampliação da clínica, a saber: sensibilidade do profissional de saúde para buscar o conhecimento e a auto percepção para lidar satisfatoriamente com cada situação singular; alguma disposição para utilizar expertises e tecnologias diferentes; capacidade para articular projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos de acordo com o momento experienciado; administrar incertezas e novidades que os desafios apontam e, subserviência para trabalhar em equipe e construir grupalidade (DANTAS; PASSOS, 2018).

De acordo com Martinhago e Oliveira (2015), a efetivação deste modelo de atenção só poderá ser alcançado através de um novo compromisso da sociedade na busca de efetivar o empoderamento dos indivíduos e abandonar

atitudes que procurem mascarar os sujeitos, criando condições que favoreçam o seu pertencimento nas decisões políticas e sociais que impactam no seu cotidiano.

Nesse contexto, surge um desafio quando nos debruçamos sobre o universo que circunda a Atenção Primária e os Serviços de Saúde Mental, pois muitos desses serviços de alicerce comunitário ainda permanecem marcados por experiências intrínsecas a um projeto reducionista que tecniciza e sumariza relações sociais e incorpora práticas institucionalizantes e opacas voltadas para o controle dos sintomas, utilizando a lógica do “acesso” e do “ter” o medicamento como única forma de praticar e conceber saúde mental.

3.7 Estudos de Utilização de Medicamentos: entendendo o uso dos medicamentos na sociedade

Na área farmacêutica, os estudos que abordam o medicamento em suas diversas nuances ganharam destaque ao longo dos anos com estudiosos interessados não apenas em quantificar fatores e tendências, mas sim em compreender o medicamento como objeto complexo de estudo.

Nesse sentido, a farmacoepidemiologia é um campo de pesquisa relevante, pois se dedica ao conhecimento do estudo dos medicamentos e seus aspectos, englobando a prescrição, regulação, consumo e perfis de utilização nas populações de acordo com faixa etária e local de estudo. Surgiu da cooperação entre farmacologia clínica e epidemiologia unindo esforços para compreender mecanismos de ação dos fármacos e perfis de utilização nas populações (CABRITA; MARTINS, 2017).

O objetivo da farmacoepidemiologia consiste em descrever, controlar e explicar os efeitos dos tratamentos farmacológicos em uma determinada população, permitindo uma melhor compreensão da utilização do medicamento nos indivíduos (GOMES; REIS, 2000).

Um acontecimento marcante para o desenvolvimento da farmacoepidemiologia no Brasil foi a criação da Sobrevime (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos), em 1990, entidade essa que desde sua criação investe em estudos sobre os medicamentos. Criou-se ainda o GPUIM (Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos), além de

vários Centros de Informação de Medicamentos (CIM) que colaboram ainda hoje para o conhecimento dos perfis de utilização e caracterização da população que utiliza medicamentos (CASTRO, 1999).

Laporte e Tognoni (1993) destacam que a Farmacoepidemiologia compreende duas áreas de atuação: a Farmacovigilância e os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM). A primeira dedica-se ao estudo das reações adversas e do monitoramento farmacoterapêutico, enquanto os EUM compreendem o uso dos medicamentos em uma sociedade.

Dessa forma, a farmacoepidemiologia está fortemente ligada a regulação sanitária de medicamentos e tem origem na farmacovigilância, que se dedica ao conhecimento das reações adversas aos tratamentos medicamentosos (CASTRO, 2009).

Em 2002, a OMS ampliou o conceito de farmacovigilância, que passou a ser a ciência capaz de detectar, avaliar e compreender os efeitos adversos aos medicamentos, além de efetivar ações de prevenção, incluindo ainda problemas decorrentes de queixas técnicas e interações medicamentosas (OMS, 2005).

Consta na Política de Assistência Farmacêutica destaque para a promoção do uso racional de medicamentos com ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Com efeito, a promoção do uso racional de medicamentos envolve além da adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), outras medidas, a saber: campanhas educativas, registro e uso de medicamentos genéricos, formulário terapêutico nacional, farmacoepidemiologia e farmacovigilância, além de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Diante dessa lógica, o monitoramento farmacoterapêutico e o conhecimento dos determinantes na utilização dos medicamentos em diferentes grupos populacionais contribuirá para a promoção do uso racional, trazendo benefícios clínicos, econômicos e humanísticos para todos os envolvidos no processo de utilização dos medicamentos (CAPUCHO, 2016). Tais estudos devolvem ao usuário, gestores e profissionais uma resposta aos tratamentos medicamentosos e conseqüentemente uma maior

corresponsabilização dos envolvidos em todo ciclo da Assistência Farmacêutica (COSTA *et al.*, 2011).

Nesse contexto, os principais determinantes envolvidos na utilização de medicamentos são: estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais, culturais, perfil de morbidade, além das características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor (COSTA *et al.*, 2011).

Consentâneo ao exposto, podemos inferir que a utilização de medicamentos envolve um processo social complexo controlado por inúmeras forças, estando fortemente ligados à influência dos padrões culturais e comportamentais que resultam no aumento do uso (BERTOLDI, 2004)

A própria OMS define de forma abrangente a utilização de medicamentos como a prescrição, distribuição e uso dos medicamentos na sociedade, com ênfase nas consequências médicas e sociais resultantes dessa utilização, sem abandonar o marketing propagandístico que permeia o sentido de usar ou não o medicamento (WHO, 1977).

Enquanto isso, no Ciclo da Assistência Farmacêutica, a utilização abrange a prescrição, a dispensação e o uso do medicamento, envolvendo aspectos legais, técnicos, clínicos e socioculturais que precisam estar alinhados para a obtenção de bons resultados farmacoterapêuticos (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014).

Nesses caminhos cotidianos, registramos esforços dos pesquisadores para investigar aspectos relativos ao uso dos medicamentos e seu acesso, uma vez que nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde não existem dados sobre o consumo de medicamentos, sendo necessário conhecer aspectos como: medicamento mais utilizado para aquele grupo de interesse, acesso, como utiliza e para que finalidade o medicamento foi prescrito. Tais estudos devolvem ao usuário, gestores e profissionais uma resposta aos tratamentos medicamentosos e conseqüentemente uma maior corresponsabilização dos envolvidos em todo ciclo da Assistência Farmacêutica (COSTA *et al.*, 2011).

No Brasil, o primeiro grande estudo realizado no país foi feito por Arrais *et al* (1997) como inquérito multicêntrico em três grandes centros urbanos brasileiros (Fortaleza, São Paulo e Belo Horizonte), objetivando descrever o

perfil da automedicação por meio da investigação da qualidade dos produtos, de vendas com prescrição antiga ou sem prescrição médica, ou ainda orientados por balconistas ou pelo farmacêutico (CASTRO, 2000).

Capucho (2016) pontua que os estudos farmacoepidemiológicos contribuem para que os benefícios clínicos sejam alcançados. Enquanto que a OMS considera que os estudos farmacoepidemiológicos devem ser objeto de estudo na pesquisa científica para auxiliar gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde no estabelecimento de políticas resolutivas e responsáveis (OLIVEIRA; XAVIER; ARAÚJO, 2012).

Quanto à metodologia abordada, a maioria dos estudos que avaliam a utilização dos medicamentos incluem aspectos relativos ao perfil de uso e padrões de prescrição, limitando-se a fazer pequenas indicações a profissionais e pacientes. Utilizam predominantemente a metodologia quantitativa, mas a OMS tem se esforçado para que os estudos com metodologia qualitativa sejam utilizados por estudiosos que procuram entender a completude que circunda o uso dos medicamentos (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Utilizam ainda predominantemente o sistema *Anatomical Therapeutic-Chemical (ATC)* de classificação dos fármacos, que juntamente com a Dose Diária Definida (DDD) é recomendada pela OMS desde 1981 para uso em estudos de utilização de medicamentos (CASTRO, 2000).

Dessa maneira, Estudos de Utilização de Medicamentos possuem função sanitária bem definida e se sobressaem como campo de destaque para profissão farmacêutica no momento em que permitem compreender os contextos que envolvem o consumo de medicamentos.

Por meio dessas assertivas podemos mencionar que tais estudos são ferramentas indispensáveis nas políticas públicas de acesso aos medicamentos por permitir reconhecer fragilidades e avanços nos serviços de saúde, além de identificar singularidades dos usuários de medicamentos muitas vezes reduzidos a diagnósticos incompreensivos (MAFRA *et al*, 2018).

Vale destacar ainda que os EUM contribuem para a formulação de políticas governamentais na área da saúde ao incorporar o medicamento como objeto científico ao mesmo tempo que o alinha a várias outras vertentes, como a demográfica, social e econômica, constituindo uma estratégia de racionalização do uso dos fármacos por fornecerem informações sobre os

medicamentos, bem como a qualidade do consumo destes, a prevalência da prescrição médica, os custos comparados e outros fatores indispensáveis para o conhecimento do perfil de uso dos medicamentos na sociedade (CASTRO, 2000).

3.8 Polifarmácia: a complexa “arte de prescrever”

Na saúde mental, a utilização dos psicotrópicos representa a instituição terapêutica comumente utilizada para o tratamento das manifestações clínicas. Acrescenta-se o fato de que muitos pacientes com doenças psiquiátricas apresentam comorbidades associadas como hipertensão e diabetes, sugerindo múltiplos manejos terapêuticos.

Os psicotrópicos devem ser utilizados de forma racional, considerando que o uso de forma indiscriminada leva ao aparecimento de reações adversas desconfortantes aos pacientes, podendo ocasionar a interrupção abrupta da farmacoterapia (ROCHA; WERLANG, 2013).

A sua utilização tem sido relatada com maior prevalência para indivíduos do sexo feminino, tendo destaque para a prescrição de benzodiazepínicos e antidepressivos. Tal fato decorre de fatores como: maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e maior preocupação com a saúde, bem como maior prevalência de depressão e ansiedade, além da sobrecarga familiar (FIRMINO *et al.*, 2011).

A definição de polifarmácia não é bem definida e de forma geral refere-se ao uso de vários medicamentos para o tratamento da condição médica de um paciente. Tal definição não considera a pertinência clínica para o uso desses medicamentos, favorecendo uma conduta irracional que desprivilegia a medicina baseada em evidências. Sendo assim, considera-se a existência da polifarmácia utilizando apenas critérios quantitativos por vezes não padronizados. O fenômeno da polifarmácia psiquiátrica ganhou destaque ao longo dos anos com estudiosos interessados em examinar a ocorrência dessa variedade de prescrições nos cenários mundiais (KUKREJA SANJAY *et al.*, 2013).

De forma conceitual, a National Association of State mental Health program Directors, 2011 em seu relatório, subdivide a polifarmácia em:

polifarmácia de mesma classe, polifarmácia multiclasse, polifarmácia adjunta, polifarmácia de aumento e polifarmácia total (KUKREJA SANJAY *et al.*, 2013).

Na prática psiquiátrica de rotina, os pacientes se utilizam de diversas combinações medicamentosas, em especial a polifarmácia antipsicótica para o tratamento de condições como esquizofrenia e transtornos de humor (COSTA *et al.*, 2017).

A definição comumente utilizada de polifarmácia psiquiátrica condiz com o uso de dois ou mais medicamentos psiquiátricos no mesmo paciente ou o uso de dois ou mais medicamentos da mesma classe ou ações farmacológicas para o tratamento de determinada condição patológica (KUKREJA SANJAY *et al.*, 2013).

Segundo Kukreja Sanjay *et al* (2013 APUD GHAEMI, 2002), existem cinco fatores associados à polifarmácia psiquiátrica: científica, clínica, econômica, política e cultural. O fator científico favoreceu a polifarmácia ao introduzir medicamentos psicotrópicos decorrentes de estudos sobre aminas biogênicas; o fator clínico permitiu que ocorresse uma ampla padronização e disseminação dos diagnósticos, orientados pelos manuais, onde a polifarmácia e a polinosologia estão correlacionadas. Enquanto que o fator econômico favoreceu a produção em larga escala dos medicamentos, impulsionando a indústria farmacêutica; já o fator político era evidente pelo FDA dos EUA, responsabilizando-se por diretrizes mínimas para a aprovação dos medicamentos. O último fator associado à polifarmácia consiste no aspecto cultural, atribuído ao uso dos tratamentos farmacoterápicos, o que favoreceu a disseminação da polifarmácia psiquiátrica em outros lugares.

Acrescenta-se o fato de que atributos etiológicos como: fatores da doença ou biológicos; fatores do paciente ou psicológico I; fatores médicos ou psicológico II e os fatores sociológicos tem sido enfatizados como aspectos que contribuem para a polifarmácia (KUKREJA SANJAY *et al.*, 2013 APUD FREUDENREICH *et al.*, 2012).

Dessa forma, tem destaque os méritos e as preocupações que existem na prescrição de dois ou mais fármacos, pois é conhecida que interações farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas respondem pelo sucesso ou insucesso de uma farmacoterapia. Avoluma-se o fato de que a falta de estratégias baseadas em evidências e os custos para os pacientes podem

limitar a evolução dos tratamentos medicamentosos (KUKREJA SANJAY *et al.*, 2013)

Para isso, faz-se necessário o conhecimento das classes de psicotrópicos mais utilizadas pelos grupos populacionais, os padrões de uso, e a existência de reações e interações medicamentosas potencialmente prejudiciais para um melhor redirecionamento das condutas terapêuticas que disciplinem o uso desses fármacos (NALOTO *et al.*, 2016).

Na Austrália a maioria dos estudos investigam a polifarmácia psicotrópica com dados que desconsideram a prática clínica em serviços de saúde mental para jovens. Estudo realizado em New South Wales realizado durante o período de 1 ano obteve que os principais diagnósticos foram os transtornos de ansiedade (35,18%), onde 10,28% utilizavam polifarmácia psicotrópica para essas condições. Nesse estudo, foram prescritos medicamentos psicotrópicos para cerca de 60% dos jovens, com um total de 155 medicamentos (DHARNI; COATES, 2018).

No Brasil, alguns estudos investigam o uso dos psicofármacos nas populações, a fim de verificar a prevalência e o padrão de consumo desses medicamentos (ROCHA; WERLANG, 2013; ALVARENGA *et al.*, 2009). Estudo realizado no Brasil, como parte de estudo multicêntrico buscou avaliar a polifarmácia psicotrópica e fatores associados (COSTA *et al.*, 2017)

Nesse estudo, 51,6% dos pacientes eram mulheres e o número médio de medicamentos psicotrópicos prescritos por paciente foi de 2,98, configurando polifarmácia psicotrópica. Entre os dez psicotrópicos mais prescritos estão (haloperidol, biperideno diazepam clorpromazina carbamazepina prometazina clonazepam levomepromazina amitriptilina e fluoxetina). Combinações de antipsicóticos com a mesma classe farmacológica e com outras classes, incluindo os anti-epilépticos, anticolinérgicos, ansiolíticos, antidepressivos e em menor escala, com hipnóticos e sedativos foram observados nesse estudo (COSTA *et al.*, 2017).

Em outros cenários também é observada a existência da polifarmácia. Estudo exploratório, de natureza avaliativa como parte da PNAUM encontrou como prevalência de polifarmácia (utilização de cinco ou mais medicamentos) no âmbito da Atenção Primária uma prevalência equivalente a 9,4%,

demonstrando ser uma realidade presente no SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Reflexões sobre a prática profissional contribuem para otimizar o uso do medicamento, considerando que a prescrição de psicotrópicos deve envolver além das diretrizes terapêuticas e “necessidades do paciente” os determinantes sociais de saúde, a fim de elucidar e clarificar as melhores opções terapêuticas disponíveis e atingíveis.

3.9 Medicalização da vida: repensando as práticas assistenciais

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi delineada como uma política integrante da Política Nacional de Saúde e define a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu uso racional. Dessa forma, um dos eixos estratégicos dessa política refere-se ao uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Nesse aspecto, a Promoção do Uso Racional de Medicamentos é elencada como diretriz da Política Nacional de Medicamentos, que de forma ampliada propõe-se a definir recursos para garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, com o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001).

Entretanto, observa-se na contemporaneidade um fato crescente e avassalador que consiste na medicalização da sociedade, onde a psiquiatria assume sua expressão máxima. Tal fato se mostra como um processo complexo e multifacetado, já que permeia os universos individual e coletivo.

Em ritmo progressivo, a utilização de medicamentos atinge os diversos públicos sociais, e nesse sentido a Organização Mundial de Saúde convida instituições de saúde, órgãos reguladores, profissionais de saúde e a própria população a se engajarem na busca por propostas não-medicalizantes em nossos equipamentos de saúde, direcionando essa atenção prioritariamente a grupos vulneráveis, principalmente no universo da psiquiatria, como crianças

em idade escolar, adolescentes, adultos que vivem no sistema carcerário, usuários com transtornos mentais e os idosos (BRASÍLIA, 2019).

De uma forma geral, o fenômeno da medicalização não se restringe ao universo da psiquiatria, mas encontra nessa área terreno fértil para ser inacabadamente explorada, permanecendo alicerçados sob uma avalanche de sintomas e formas diagnósticas corriqueiramente administradas pelos prescritores que, fortificados pelos manuais, especialmente o DSM-V, desconsideram aspectos políticos, sociais e culturais nos quais o sujeito está imerso (AZEVEDO, 2018)

. O conceito de medicalização tal como o concebemos hoje se consagrou a partir de estudos na década de 1970, referenciado por correntes marxistas e liberais humanistas, onde a medicina representava uma instituição de controle social, equiparadas a religião e as leis. Nesse âmbito, a singularidade dos pacientes não era respeitada e os diagnósticos e condutas médicas atribuíam caracteres de culpabilidade aos comportamentos desviantes, rotulando-os como transtorno e problema sob a égide do medicalizável (CARVALHO *et al.*, 2015).

Simultaneamente a essas reflexões, outros investigadores assistiam a uma elevada expansão dos serviços médicos e o avanço da ordem capitalista, com o desenvolvimento do complexo médico-industrial caminhando ao lado do mecanismo de biopoder nos espaços intra institucionais (CARVALHO *et al.*, 2015).

Mesmo com incansáveis esforços em menosprezar o sofrimento psíquico e os sentimentos de dor aos quais experienciamos, clarifica-se que a dor e o sofrimento são inerentes à própria existência humana e revestem-se de múltiplas facetas que se apresentam de forma hermética, não podendo ser minimizados ao enquadramento de uma categoria (AZEVEDO, 2018).

Seguindo esse pensamento, o indivíduo se converteu em gestor de si e aspectos sociais e intrínsecos à condição humana, como a felicidade, passou a assumir a lógica contemporânea da imposição. Paradoxalmente, o sujeito presencia um mundo turbulento onde as relações são fugazes, deslocando rapidamente o que não foi completamente processado em novas atrações e ideologias (AZEVEDO, 2018).

Objetivando entender a relação que se estabelece entre medicamento, medicalização e medicamentação, podemos referir que o medicamento se tornou objeto de desejo de uma sociedade consumista e pouco criteriosa.

A medicalização é o processo em que as questões da vida social são reduzidas a lógica médica, vinculando aquilo que não se adequa as normas sociais e causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Portanto, comportamentos não aceitos socialmente, descumprimento de metas, conquistas que ocorrem a passos lentos são olvidados de seus contextos sem levar em consideração os determinantes sociais de saúde (GUARIDO, 2007).

A medicamentação, por sua vez compreende o controle médico sobre a vida das pessoas, utilizando-se da prescrição e adotando o medicamento como única terapêutica possível para responder às situações da vida. Dessa forma, aspectos angustiantes, dolorosos e dificuldades são percebidos como adoecedores ao completo bem-estar, pairando sobre os “rótulos” das comorbidades psíquicas (BEZERRA *et al.*, 2014). Portanto, a medicamentação não pode ser dissociada desse processo e compreende o uso de medicamentos em situações que antes não eram considerados problemas médicos (BRASÍLIA, 2019)

Amarante (2008) postula que medicamentação e medicalização são processos inseparáveis, já que o uso de medicamentos sem rigor e de forma desnecessária, reflete-se no processo de medicalização social.

De acordo com Bezerra *et al* (2014), as práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e devem possibilitar a ruptura do modelo biologicista, repensando as condutas terapêuticas que não respeitam as singularidades e nutrindo os serviços de saúde com fundamentos que privilegiem esse novo lugar social para os sofrimentos psíquicos e as pluralidades.

Neste mesmo entendimento, o atual controle biopolítico que a indústria farmacêutica e as instituições de saúde impõem reforça o silenciamento dos que convivem com as atuais práticas de saúde, as quais desconectam as pessoas e atribuem aos psicofármacos a tarefa de organizar a saúde sob o domínio do medicalizável (IGNÁCIO; NARDI, 2007).

Dessa forma, o psicotrópico não figuraria como um mero artefato técnico, já que sua expressão hodierna valora uma infinidade terapêutica e

curativa atribuída aos medicamentos. Tal instrumento desvela uma crença neutralizadora que minimiza os impactos negativos dos arsenais terapêuticos, fazendo-nos conviver com uma verdadeira iatrogênese cultural. Dessa forma, mascara os problemas sociais, subtraindo-os a uma prescrição médica (PERRUSI, 2015).

Recentemente, os representantes do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM) do Ministério da Saúde juntamente com especialistas, reuniram-se em um fórum para discutir aspectos da medicalização da vida, uso de medicamentos por grupos em situações de vulnerabilidade e uso racional de antimicrobianos. Após as discussões, o relatório nos oferece produtos prolíferos para a efetivação de práticas assistenciais que priorizam o uso criterioso dos medicamentos. Nesse sentido, algumas estratégias, compiladas sob a forma de recomendações podem ser aludidas, a saber: elaborar diretrizes de desprescrição, conciliação e redução do uso de psicofármacos; promoção de articulações intersetoriais necessárias para desmedicalizar o cuidado e promoção do enfrentamento da cultura da medicalização da vida por meio de estratégias de comunicação (BRASÍLIA, 2019).

Tal relatório demonstra uma ruptura das expertises tradicionais que se manifestam na dimensão vertical do cuidado e na alienação dos sujeitos perante a passividade das condutas terapêuticas.

Dada a atual conjuntura, a prevenção quaternária emerge diante desse cenário de excessos nos diagnósticos, percebidos pela massificação da medicalização de estados pré-doença e de fatores de riscos supressores e repressores. Observa-se que para o esforço desse último nível de prevenção, faz-se necessário um novo (re) pensar da profissão médica, implicando num mergulho em profundidade da análise situacional que permeia essas relações sociais, vistas em última instância no contato profissional-paciente. Essa nova versão da clínica pretende avançar no sentido de comprometer-se com a ética da negativa, compreendida esta como a recusa de alguma intervenção comprovadamente desnecessária (NORMAN; TESSER, 2009).

Ao revisitar esses aspectos, pensamos ser a Estratégia Saúde da Família o sítio para o desenvolvimento e estabelecimento de práticas assistenciais que propiciem experiências desmedicalizantes e promotoras da

saúde, pautadas no acolhimento e na reorganização do contato dos usuários com os serviços de saúde.

Dessa forma, o acolhimento engloba um interesse e uma postura de abertura humana e empática perante as necessidades do usuário ao mesmo tempo que respeita o humano, abre caminhos para a avaliação de riscos e vulnerabilidades, percebendo necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que não podem ser refutadas. E, sendo a APS a porta de entrada para esse acolhimento, podemos enveredar por estratégias que permitam um fluxo facilitado de pessoas aos serviços de saúde, com técnicas pouco invasivas e mais socializadoras, catalogando incontáveis possibilidades de cuidado (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Cabe ressaltar que, na medida em que a lógica do tratamento pretende esclarecimentos, Frosi e Tesser (2015) alertam para a importância de que sejam utilizados recursos da APS para reorganizar o cuidado ao usuário com sofrimento psíquico, instaurando um saber dialógico e ontológico fundamentado na construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) que possibilitem o resgate da autonomia dos sujeitos e legitime a corresponsabilização das equipes para o tratamento de saúde.

Dessa forma, o PTS se consagra como uma forte estratégia na construção de tratamentos e condutas dos pacientes polimedicados e poliqueixosos típicos da área da saúde mental. Entretanto, o grande desafio consiste em incluir toda a equipe nesse projeto, que envolve a escuta continuada e o olhar holístico dos diversos saberes profissionais (DORIGATTI et al., 2014).

Uma dessas possibilidades nos convida a repensar atitudes de empoderamento dos usuários frente ao diagnóstico e a efetividade do tratamento de saúde. Eis que citamos, o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma estratégia inovadora apresentada em Quebec, Canadá, com a ideia primeira de alterar as relações de poder para garantir a participação ativa e decisiva dos usuários relativos aos seus tratamentos. Essa proposta foi delineada com o foco principal de retirar os medicamentos após questionamentos da necessidade do uso desses insumos, mas em um segundo momento foi possível o desenrolar de processos comuns que propiciaram tanto a troca de experiências de vida e adoecimento, de modo que

o foco da estratégia seja transferido para a partilha dos significados desse uso (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Consentâneo ao abordado, a incorporação dos cuidados de saúde mental nos cuidados primários, entendidos esses a Atenção Primária à Saúde, provoca uma ruptura das tendências medicalizantes que cronificam o uso de psicofármacos muitas vezes sustentados por renovações de receitas e diagnósticos dissociados dos processos de escuta.

Dessa maneira, as ações de saúde mental na APS experenciam caminhos exitosos para as equipes e comunidades envolvidas, pois possibilitam o melhor uso de estratégias como o vínculo, o acolhimento e a instituição de práticas integrativas e coletivas (GRYSHEK; PINTO, 2015).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro a junho de 2019 no município de Maracanaú-Ce com indivíduos provenientes da Atenção Primária à Saúde, portando o cartão que identifica a Unidade Básica de Saúde e a Equipe de Referência e encaminhados à Farmácia Polo para o recebimento dos medicamentos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Farmácia Polo do município de Maracanaú, Ceará, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, com uma população estimada em 209.057 habitantes de acordo com o último censo de 2010 e população estimada para 2017 de 227.886 pessoas com área de unidade territorial equivalente a 106,648 km² (IBGE, 2019).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam a porta de entrada ao Sistema Municipal de Saúde, onde se estabelece o primeiro contato e o maior vínculo da ESF com a população.

A Atenção Básica está dividida em áreas de Vigilância à Saúde (AVISA) criadas pela lei municipal nº. 561/97, totalizando seis, com vinte e sete Unidades Básicas de Saúde e 1 Unidade de Saúde Indígena. Cada AVISA, possui de 3 a 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob a coordenação de enfermeiras, supervisionadas por uma Coordenadoria da Atenção Básica. O município possui 64 Equipes de Saúde da Família, 39 equipes de Saúde Bucal e sete NASF's. A rede de saúde possui ainda o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (Geral, AD e infantil), Centro Integrado de Reabilitação (CIRM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SOS Maracanaú), Hospital Municipal João Elísio de Holanda, Hospital da Mulher e UPA 24hs (MARACANAÚ, 2018). Portanto, o município dispõe de infra-estrutura de atendimento primário e secundário e figura como município-polo de referência para outros municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde desse município está dividida em coordenadorias estratégicas: Coordenadoria de Atenção Básica, Vigilância à Saúde, Controle de Endemias, Zoonoses, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, SOS Maracanaú, Saúde Mental e Central de Abastecimento Farmacêutico (MARACANAÚ, 2018).

No município de Maracanaú, o Plano Plurianual (PPA) 2018-2019 está orientado por três eixos estratégicos, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população e direcionados para o atendimento das diretrizes nos seguintes eixos estruturantes:

Eixo 1 – Maracanaú sustentável

Eixo 2 – Maracanaú social e seguro

Eixo 3 – Maracanaú como gestão moderna, competente e transparente

O eixo 2 estabelece como uma de suas diretrizes a saúde integral com equidade e resolutividade, propiciando o acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos, humanizados e em rede intersetorial (MARACANAÚ, 2017).

Nesse sentido, propõe-se que no município o Sistema Único de Saúde seja aperfeiçoado para garantir o acesso universal da população a serviços de qualidade com equidade e integralidade na Rede de Atenção (MARACANAÚ, 2017).

Em relação a distribuição de medicamentos no município, verifica-se que a assistência farmacêutica é garantida através do atendimento de medicamentos padronizados no elenco da Programação Pactuada Integrada – PPI da Assistência Farmacêutica Básica, Secundária e dos Componentes Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica. O financiamento para a compra de medicamentos é garantido por recursos federais, estaduais e municipais, onde na Atenção Básica são programados anualmente pela Diretoria de Assistência Farmacêutica e distribuídos mensalmente da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as demais Unidades de Saúde sob conferência do farmacêutico responsável da AVISA correspondente. Esses medicamentos são fornecidos pelo Governo Federal e Estadual e, em contrapartida são garantidos por recursos municipais, distribuídos pela CAF para a Farmácia Polo, onde são dispensados para população de Maracanaú mediante apresentação da prescrição médica, cartão da unidade de saúde,

cartão do SUS e RG da pessoa que está recebendo o medicamento. No momento da dispensação é realizado o cadastro do paciente pelo Sistema Hórus, que é um sistema delineado para qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população.

4.3 População do estudo

Segundo informações do e-SUS, em Maracanaú encontram-se registrados 128.554 usuários na ESF até junho de 2018, conforme quadro abaixo obtido do relatório de cadastro individual do Sistema e-SUS AB.

Tabela 1-Distribuição dos usuários da APS segundo sexo e faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	Total
Menos de 01 ano	254	268	522
01 ano	628	633	1261
02 anos	839	864	1703
03 anos	975	970	1945
04 anos	993	943	1936
05 a 09 anos	4559	4674	9233
10 a 14 anos	4571	4705	9276
15 a 19 anos	5172	5294	10466
20 a 24 anos	5600	6405	12005
25 a 29 anos	5231	6126	11357
30 a 34 anos	5251	6248	11499
35 a 39 anos	4750	5798	10548
40 a 44 anos	3943	4880	8823
45 a 49 anos	3624	4596	8220
50 a 54 anos	3286	4308	7594
55 a 59 anos	2624	3537	6161
60 a 64 anos	2056	2948	5004
65 a 69 anos	1553	2194	3747

70 a 74 anos	1089	1583	2672
75 a 79 anos	766	1081	1847
80 anos ou mais	984	1751	2735

Fonte: e-SUS AB, Maracanaú (2008)

Considerando a população do estudo, correspondendo a indivíduos com 20 anos ou mais de idade, obtém-se um total de indivíduos (população) de 93.337, sem considerar o sexo. Esses indivíduos estão inseridos nas Unidades Básicas de Saúde do município, distribuídos nas seis AVISAS.

O quadro a seguir apresenta a quantidade de usuários com 20 anos ou mais de idade por Unidade Básica de Saúde do município e a quantidade de equipes de cada unidade de saúde.

Tabela 2-Unidades Básicas de Saúde, população e quantidade de Equipes de Saúde da Família por Unidade de Saúde

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CADASTRADO NO CNES)	POPULAÇÃO COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 20 ANOS	QUANTIDADE DE EQUIPES EM CADA UNIDADE DE SAÚDE
João Pereira de Andrade I (atualmente Manoel Celestino dos Anjos)	5688	02
João Pereira de Andrade II	2824	03
Raimundo Martins de Souza	1492	01
Enf. Vicente Severino Lima	1723	01
Luiza Targino da Silva	660	01
Polo Base Indígena Pitaguary	225	01
Prefeito Almir Dutra	8027	04
Elias Boutala Salomão	8275	04
Carlos Antonio Costa P. Martins	5282	04
Matheus Guilherme Lima de Sousa	5965	02
Maria das Graças Maximiano	2655	03
Maria Nazaré de Oliveira Silva	2360	02

João Batista dos Santos	5728	04
Senador Fernandes Távora	5038	03
Enfermeira Isabel Bonfim	1197	03
Parceiros do Bem	2039	02
Luiz de Queiroz Uchôa	847	01
Parque Piratininga	4517	03
Dr. Apaício Bezerra	3098	02
Juarez Izaias Araújo	2683	02
Maria Heleny Matos Brandão	1325	01
Maria José de Carvalho Andrade	2837	02
Maracananzinho	1948	02
José Teodósio	1983	02
Tenente Ivaldo Silva	2684	02
Dr. Alarico Leite	6600	04
Jaçanaú	3008	02
Mucunã	2629	01
TOTAL	93337	64

Em Maracanaú foi implantado o e-SUS AB em obediência ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, tendo em vista uma proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde por entender que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população em busca de um SUS eletrônico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Sendo assim, a população do estudo foi calculada em função do número de usuários adultos com idade igual ou superior a 20 anos cadastrados no e-SUS AB, pois pelo relatório do sistema não foi possível obter a população acima de 18 anos, que se encontrava estratificada na faixa de 15 a 19 anos.

4.4 Tamanho e Cálculo da amostra

A amostra do estudo foi calculada em função do número de usuários adultos cadastrados na Atenção Primária à Saúde de forma a garantir a representatividade do estudo. Então, a amostra foi calculada considerando as 28 Unidades Básicas de Saúde do município e considerando que a prescrição de psicotrópicos caracteriza o uso do medicamento, além de considerar a população correspondente a 93.337 pessoas com idade igual ou maior que 20 anos de idade. Em seguida foi realizada uma amostra aleatória simples das unidades de saúde, confrontando os dados do e-SUS, considerando $n/N > 0,05$, característico de uma população finita em estudos transversais. Foi definido uma porcentagem P igual a 25,8% de usuários cadastrados na APS, por implicar tamanho máximo da amostra, definindo também a prevalência de Transtorno Mental Comum. Dessa forma, foi garantido um tamanho amostral que abrangeu a estimação do uso de psicotrópicos, visto que a prevalência observada na literatura é de 25,8% (BORGES *et al*, 2015). O nível de significância foi de 5%, com nível de confiança de 95%, e um erro amostral relativo de 5%, acrescentando taxa de não resposta de 15%, tendo em vista as percas que poderão surgir no momento da pesquisa e considerando que quanto maior o tamanho da amostra melhor o poder do estudo. Foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N z_{(1-\alpha/2)}^2 pq}{d^2 (N - 1) + z_{(1-\alpha/2)}^2 pq}$$

Em que:

n = amostra

N = tamanho da amostra

p = população estimada para 25,8%%

q = 1-p q = 1-0,05 = 0,95

d = erro tolerável de amostragem (margem de erro ou grau de precisão) = 5%

$$z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$$

Nesse sentido, a amostra do estudo consiste num total de 293 usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde (e-SUS AB) que recebam seus medicamentos na farmácia Polo de Maracanaú. Foi realizado em seguida um sorteio com 14 Unidades de Saúde, correspondendo a 50% do total das Unidades de Saúde existentes no município, realizando ainda uma proporção para cada unidade básica de saúde selecionada, cuja amostra está esclarecida na tabela a seguir:

Tabela 3-Unidade Básica de Saúde, população com idade maior ou igual a 20 anos e amostra calculada por proporção para cada UBS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CADASTRADO CNES	BÁSICA (NOME NO	POPULAÇÃO COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 20 ANOS	AMOSTRA CALCULADA PARA CADA UNIDADE SELECIONADA
João Pereira de Andrade II		2824	16
Raimundo Martins de Souza		1492	9
Enf. Vicente Severino Lima		1723	10
Prefeito Almir Dutra		8027	45
Elias Boutala Salomão		8275	47
Matheus Guilherme Lima de Sousa		5965	34
João Batista dos Santos		5728	33
Senador Fernandes Távora		5038	29
Luiz de Queiroz Uchôa		847	5
Dr. Apaício Bezerra		3098	17
Juarez Izaias Araújo		2683	15
Maria Heleny Matos		1325	7

Brandão		
Maracananzinho	1948	11
Mucunã	2629	15
Total	51602	293

4.5 Critério de seleção da amostra

Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 20 anos que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo, portando cartão da Unidade Básica de Saúde selecionada para o estudo.

4.6 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: pacientes portando o cartão da Unidade Básica de Saúde que identifique a Equipe de Referência e prescrição médica de pelo menos 1 (um) psicotrópico, possuir idade igual ou superior a 20 anos, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos pacientes que estejam tomando o medicamento pela primeira vez, bem como pacientes portando prescrições médicas de terceiros e que não sejam provenientes das Unidades Básicas de Saúde selecionadas por sorteio.

4.7 Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante entrevistas estruturadas, contendo questões de fácil compreensão. O referido instrumento de coleta de dados foi elaborado com base em artigos científicos (ZANETTI *et al.*, 2017; BORBA *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2015; LUCCHESI *et al.*, 2014; PASSOS, 2008; MACIEL, 2013). Elaborou-se um formulário contendo 42 perguntas, divididas em cinco partes: a primeira destinava-se a identificação dos dados dos usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde. A segunda parte contém perguntas sobre hábitos em saúde e identificação das condições de saúde; a terceira parte possui perguntas sobre utilização de serviços de saúde; a quarta parte refere-se ao tratamento medicamentoso e a quinta parte aborda

os dados relativos ao tratamento não-medicamentoso. Os indivíduos foram recrutados enquanto aguardavam pelo recebimento dos medicamentos na Farmácia Polo de Maracanaú. Os sujeitos entrevistados no período pré-teste não fizeram parte da amostra.

4.7.1 Passos da coleta de dados

Os dados foram coletados mediante entrevista estruturada em formulário previamente testado (ANEXO A), contendo questões de fácil compreensão, onde os informante-chaves foram os próprios pacientes. O referido instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora tendo como parâmetro os objetivos do presente estudo.

A pesquisadora foi responsável pelo preenchimento dos instrumentos, com a posterior conferência dos questionários.

4.7.2 Teste-piloto

Foi realizado um estudo piloto com 10% do total da amostra, correspondendo a 29,3 ou seja 29 pacientes no período de 7 a 10 de janeiro de 2019, com os seguintes objetivos:

- ✓ Testar o instrumento de coleta dos dados;
- ✓ Avaliar o nível de compreensão das perguntas;
- ✓ Definir a metodologia e o fluxo mais adequado;
- ✓ Testar se a estrutura do instrumento utilizado possibilitava a entrada adequada dos dados e sua posterior análise pelo EPI INFO e STATA.

4.8 Descrição das variáveis

A variável dependente foi a polifarmácia psicotrópica, definida como o uso de dois ou mais medicamentos psiquiátricos para o mesmo paciente, segundo o conceito da Associação Nacional de Diretores do Programa de Saúde Mental do Estado (KUKREJA SANJAY et al., 2013). Nesse estudo optou-se por utilizar apenas os medicamentos psicotrópicos, pois o local de

dispensação onde foi realizada a pesquisa não dispensa medicamentos para outras condições, o que poderia ocasionar viés de memória pela impossibilidade da consulta às prescrições e prontuários. Utilizou-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) e os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

Para minimizar viés de memória, foi solicitado que os usuários mostrassem as prescrições médicas para facilitar a identificação dos medicamentos e minimizar eventuais erros na anotação dos dados.

As variáveis independentes foram categorizadas em cinco partes:

a) Parte I – Dados do adulto

Idade: estabelecida em anos e em seguida categorizada baseando-se em Rocha; Werlang (2013); sexo – masculino ou feminino e data do nascimento; estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado, união estável); benefício (sim ou não) – foi questionado se o paciente recebia algum tipo de benefício, categorizado em: bolsa-família, benefício de prestação continuada, pensão, aposentadoria, auxílio-doença.

A escolaridade foi identificada de acordo com a seguinte classificação, de acordo com PASSOS, 2008

- ✓ Analfabeto: indivíduos que não frequentaram a escola e não sabem ler e escrever
- ✓ Ensino Fundamental completo: indivíduos que estejam cursando da 1ª. a 4ª. série do ensino fundamental I;
- ✓ Ensino Fundamental I completo: indivíduos que tenham cursado da 1ª. a 4ª. série do Ensino Fundamental;
- ✓ Ensino Fundamental II incompleto: indivíduos que estejam cursando da 5ª. a 9ª. série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino Fundamental II completo: indivíduos que tenham cursado da 5ª. a 9ª. Série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino médio incompleto: indivíduos que estejam cursando do 1º. ao 3º. Ano do ensino médio;
- ✓ Ensino médio completo: indivíduos que tenham cursado do 1º. ao 3º. Ano do ensino médio;
- ✓ Ensino superior completo a pós-graduação: considerar todas as pessoas que tenham concluído o 3º. Grau (curso superior) ou que estejam

cursando ou cursaram cursos de especialização, mestrado ou doutorado.

✓ Ensino superior incompleto

b) Parte II – Hábitos em saúde e identificação das condições de saúde (auto-referido)

Tabagismo (nunca fumou; ex-fumante; fumante); prática regular de exercícios físicos (sim ou não); Uso de bebidas alcóolicas (sim ou não); Auto percepção da saúde – (boa, regular ou ruim); problema de saúde – (sim ou não), se sim qual: (hipertensão, diabetes, asma, incontinência urinária, dor de cabeça, gastrite, refluxo, outros); número de consultas médicas na ESF nos últimos 12 meses, internação por motivo psiquiátrico (sim ou não).

c) Parte III – Utilização dos serviços de saúde

Tipo de tratamento na UBS- medicamentoso e associado (medicamentoso e não-medicamentoso); acompanhamento médico em outros locais (sim ou não); local de acompanhamento (CAPS, Hospital, Escola, CRAS, Particular); Frequência de acompanhamento médico nesses locais (semanal, mensal, a cada 2 meses, a cada 3 meses, outros); especialidade do médico (psiquiatra, neurologista, clínico geral, não sabe, outro)

d) Parte IV – Dados relativos ao tratamento medicamentoso

Tratamento medicamentoso: nome do medicamento pela Denominação Comum Brasileira – DCB, classificação ATC, concentração, forma farmacêutica, posologia. Descrição da abordagem terapêutica medicamentosa quanto ao recebimento de orientação, indicação, tempo de uso (meses), melhora do problema de saúde, problema com o tratamento, apoio familiar ao tratamento, frequência de acompanhamento médico na APS (semanal, mensal, a cada 2 meses, a cada 3 meses, outro); origem da prescrição, especialidade do prescritor, recebimento na farmácia Polo (sim ou não); se já deixou de receber os medicamentos na referida farmácia (sim ou não) e como faz quando não recebe o medicamento, categorizados em: (compra, fica sem tomar, não sabe), recebimento do medicamento sem receita (sim ou não) e número de psicotrópicos utilizados.

Para melhor identificar os medicamentos utilizados e minimizar o viés de memória, foi solicitado a apresentação da receita.

e) **Parte V – Dados relativos ao tratamento não-medicamentoso**

Qual o tipo de tratamento não-medicamentoso (individual/grupo); profissional que realiza o tratamento não-medicamentoso, categorizado em: (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo, enfermeiro, fisioterapeuta, outros); apoio familiar ao tratamento não-medicamentoso (sim ou não); serviço onde realiza o tratamento não-medicamentoso (CAPS, Hospital, Escola, CRAS, Particular, UBS); frequência que realiza o tratamento não-medicamentoso (semanal, mensal, a cada 2 meses, a cada 3 meses, outro); descrição da abordagem terapêutica não-medicamentosa quanto à problema com o tratamento não-medicamentoso, melhora do problema de saúde com o tratamento não-medicamentoso, apoio familiar ao tratamento não-medicamentoso e influência do tratamento não-medicamentoso na diminuição do uso do medicamento.

4.9 Análise dos resultados

Os dados foram armazenados utilizando-se o programa estatístico Epi Info *for Windows*, versão 7.2.2.6 e analisados com o auxílio do programa STATA versão 12. O Epi-Info foi utilizado para a alimentação do banco de dados e obtenção das frequências simples. O STATA foi aplicado para as análises estatísticas bivariadas e multivariadas.

Na análise dos dados a prevalência de polifarmácia psicotrópica foi estimada pela proporção de usuários da APS que haviam consumido dois ou mais medicamentos psicotrópicos nos últimos 15 dias, divididos pelo total da amostra do estudo. Para as variáveis contínuas, foram empregadas medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e dispersão (desvio-padrão). Para as categóricas, foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção).

A associação entre as variáveis independentes e o uso de polifarmácia psicotrópica foi verificada pelo teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Foi desenvolvido modelo de regressão logística para verificar o impacto das variáveis independentes sobre a variável dependente. Foram incluídos nos modelos todas as variáveis explicativas que na análise bivariada apresentaram $p < 0,05$. Foi realizado o modelo completo e em seguida

foram retirados os que não foram significantes de acordo com o método backward.

5.0 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado com o nº. 3.066.380. Foram respeitados todos os direitos dos entrevistados ao anonimato e autonomia. Os usuários selecionados foram informados sobre os aspectos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obedecendo a resolução do CNS Nº. 466/12, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. A Autorização da Farmácia Polo como local de pesquisa foi realizada por meio de Declaração da Autorização Institucional.

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais da população/amostra

A população para o estudo constou de 293 usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Maracanaú que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo, onde o principal informante foi o próprio usuário.

5.2 Características sociais e demográficas dos usuários

A distribuição das características gerais da população amostrada segundo sexo, idade e benefício social encontram-se na tabela 4. A maioria dos usuários era do sexo feminino (70,65%), idade variando de 20 a 87 anos, com média de 48,9 anos e que não recebem benefício social (66,55%).

Tabela 4-Distribuição dos usuários da Atenção Primária à Saúde de acordo com o sexo, idade, benefício social, escolaridade e estado civil (Auto-referido). Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293)

Variáveis	n	%	Média	Desvio padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Moda
Sexo								
(n=293)								
Feminino	207	70,65						
Masculino	86	29,35						
Idade								
(anos)								
20-29	32	10,92	48,94	15,04	226,44	20	87	44
30-39	49	16,72						
40-49	69	23,55						
50-59	62	21,16						
60-69	55	18,77						
>70	26	8,87						
Benefício Social								
(n=293)								
Sim	98	33,45						
Não	195	66,55						

Os principais benefícios relatados foram: aposentadoria (39,80%), auxílio-doença (24,49%), bolsa-família (22,45%), pensão (9,18%) e benefício de prestação continuada (4,08%) (Tabela 5)

Tabela 5- Distribuição dos usuários da APS de acordo com o tipo de benefício (Auto-referido), Maracanaú-Ce, janeiro a junho, 2019 (n=98)

Variável	n	%
Tipo de Benefício Social (n=98)		
Aposentadoria	39	39,80
Auxílio-doença	24	24,49
Bolsa-família	22	22,45
Pensão	9	9,18
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	4,08

Quanto a escolaridade, a maioria dos entrevistados possuíam o Ensino Fundamental (56,99%) e estado civil casado (49,83%) (Tabela 6)

Tabela 6-Distribuição das características dos usuários da APS, quanto a escolaridade e estado civil, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	n	%
Escolaridade (n=293)		
Analfabeto	14	4,78
Ensino Fundamental	167	56,99
Ensino Médio	103	35,15
Ensino Superior	9	3,07
Estado Civil		
Solteiro	99	33,79
Casado	146	49,83
Divorciado	23	7,85
Viúvo	25	8,53

5.3 Hábitos em saúde e identificação das condições de saúde

Na tabela 7, observa-se a população amostrada em relação ao tabagismo, prática regular de exercícios físicos e uso de bebidas alcóolicas. A maioria dos entrevistados (68,04%) referem que nunca fumaram, não praticam atividade física (71,33%) e não fazem uso de bebidas alcóolicas (97,95%).

Tabela 7-Distribuição das características dos usuários da APS, de acordo com tabagismo, prática regular de exercícios físicos e uso de bebidas alcóolicas, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293).

Variáveis	n	%
Tabagismo		
Nunca Fumou	198	68,04
Ex-fumante	72	24,74
Fumante	21	7,22
Exercícios Físicos		
Sim	84	28,67
Não	209	71,33
Bebidas alcóolicas		
Sim	6	2,05
Não	287	97,95

Quanto a auto-percepção sobre a saúde, a maioria diz que a saúde é regular (55,29%). Todos os usuários entrevistados possuem acompanhamento médico por Equipe de Saúde da Estratégia Saúde da Família, cujo número médio de consultas médicas foi de 4,59, variando de 1 a 10 consultas. A maioria dos usuários não tiveram internação por motivo psiquiátrico nos últimos 12 meses (96,59%) (Tabela 8).

Tabela 8-Distribuição das características quanto a auto-percepção de saúde, presença de problemas de saúde e internação psiquiátrica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%	Média	Desvio padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Auto-percepção da saúde							
Boa	97	33,11					
Regular	162	55,29					
Ruim	34	11,60					
Problema de saúde							
Sim	122	41,64					
Não	171	58,36					
Número de consultas na ESF (últimos 12 meses)							
1-4	187	63,82	4,59	1,46	2,13	1	10
5-10	106	36,17					
Internação Psiquiátrica							
Sim	10	3,41					
Não	283	96,59					

Entre os entrevistados, 41,64% afirmaram ter outros problemas de saúde, somados a condição psíquica. No geral, observa-se maior proporção desses problemas no sexo feminino (44,44%) em relação ao sexo masculino (Tabela 9).

Tabela 9-Distribuição dos problemas de saúde, segundo sexo entre usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293)

Problema de Saúde	Masculino (n=86)		Feminino (n=207)		Total n
	n	%	n	%	
Sim	30	34,88	92	44,44	122
Não	56	65,12	115	55,65	
Total	86	100	207	100	171

As principais doenças auto-referidas foram: hipertensão (59,02%), diabetes (32,79%), dor de cabeça (10,66%) e gastrite (9,84%) (Tabela 10).

Tabela 10-Distribuição dos problemas de saúde auto-referidos pelos usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=156)

Variáveis	n	%
Hipertensão	72	46,15
Diabetes	40	25,64
Dor de cabeça	13	8,33
Gastrite	12	7,69
Asma	3	1,92
Outros	16	10,25
Total	156	99,98

5.4 Utilização dos Serviços de Saúde

Os resultados mostram que a maior parte dos usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde realizam apenas o tratamento medicamentoso (82,59%), enquanto que (17,41%) dos usuários realizam o tratamento associando as abordagens medicamentosas e não-medicamentosas. (57,34%) dos usuários não são acompanhados em outros locais (tabela 11)

Tabela 11-Distribuição das características quanto as abordagens terapêuticas, acompanhamento em outros locais e local de acompanhamento, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%
Abordagens terapêuticas		
Medicamentosa	242	82,59
Associada (medicamentosa+não- medicamentosa)	51	17,41
Acompanhamento em outros locais (n=293)		
Sim	125	42,66
Não	168	57,34

Observou-se que o profissional médico que realiza esse acompanhamento é predominantemente o psiquiatra (58,40%), com frequência de atendimento a cada 2 meses (54,40%) e o principal local de acompanhamento é o CAPS (75,20%), conforme discriminado na tabela 12.

Tabela 12-Distribuição dos profissionais médicos que realizam o acompanhamento em outros locais, frequência desse acompanhamento e local de acompanhamento (n=125), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%
Profissional (n=125)		
Psiquiatra	73	58,40
Clínico Geral	40	32,00
Neurologista	10	8,00
Outro	2	1,60
Frequência de acompanhamento (n=125)		
Semanal	1	0,80
Mensal	14	11,20
A cada 2 meses	68	54,40
A cada 3 meses	33	26,40
Outro	9	7,20
Local de acompanhamento (n=125)		
CAPS	94	75,20
Hospital	27	19,20
Particular	7	5,60

5.5 Abordagens terapêuticas dos usuários da APS em Maracanaú-Ce

O estudo avaliou os problemas com os tratamentos, as melhoras dos problemas de saúde e o apoio da família aos tratamentos. A abordagem medicamentosa revelou melhora (98,97%), não referiu problemas com o tratamento (91,80%) e as famílias apoiam o tratamento (99,66%) (Tabela 13).

Tabela 13-Distribuição dos usuários acompanhados na APS de acordo com a abordagem medicamentosa Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293)

Variáveis	n	%
Melhora		
Sim	290	98,97
Não	3	1,02
Problema		
Sim	24	8,19
Não	269	91,80
Apoio da família		
Sim	292	99,66
Não	1	0,34

A abordagem não-medicamentos inferiu que (92,16%) se sentem melhores, não sentiram problemas com o referido tratamento (96,07%) e tem o apoio familiar (98,03%) (Tabela 14)

Tabela 144-Distribuição dos usuários acompanhados na APS de acordo com a abordagem não-medicamentosa Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=51)

Variáveis	n	%
Melhora		
Sim	47	92,16
Não	4	7,84
Problema		
Sim	2	3,92
Não	49	96,07
Apoio da família		
Sim	50	98,03
Não	1	1,96

Para os pacientes que utilizam além da abordagem medicamentosa, a abordagem não-medicamentosa de forma associada, foi investigado se esse tratamento teve influência na diminuição do uso do medicamento, onde 68,63% afirmaram que não tiveram esse efeito, enquanto que 31,37% concordam que o tratamento não-medicamentoso possibilitou essa redução. De forma geral, as mulheres acreditam mais que os homens que o tratamento não medicamentoso influencia na diminuição do uso do medicamento (29,41%) (tabela 15).

Tabela 15-Distribuição de acordo com o sexo em relação à influência do tratamento associado (medicamentoso+ não-medicamentoso) na diminuição do uso do medicamento (n=51), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
Influência do tratamento não-medicamentoso na diminuição do uso do medicamento					
Sim	1	8,33	15	38,46	16
Não	11	91,67	24	61,54	35

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, a maioria dos usuários realiza atendimentos individuais (88,23%), cujo profissional que realiza esse atendimento é, em sua grande maioria o psicólogo (76,47%). Quanto ao local de realização desse acompanhamento não-medicamentoso, a UBS é o principal serviço procurado pelos usuários (56,86%), seguidos pelo CAPS (33,33%), com frequência prioritariamente mensal (41,18%) (Tabela 16)

Tabela 156-Distribuição dos usuários acompanhados na APS, quanto ao tipo de atendimento, local, profissional e frequência para a abordagem não-medicamentosa, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=51)

Variáveis	n	%
Tipo de atendimento		
Atendimento Individual	45	88,23
Atendimento em grupo	6	11,76
Local		
CAPS	17	33,33
UBS	29	56,86
Particular	3	5,88
Escola	2	3,92
Profissional		
Psicólogo	39	76,47
Terapeuta Ocupacional	3	5,88
Fonoaudiólogo	1	1,96
Psicopedagogo	1	1,96
Fisioterapeuta	2	3,92
Outros	5	9,80
Frequência		
Semanal	9	17,65
Mensal	21	41,18

A cada 2 meses	8	15,69
A cada 3 meses	4	7,84
Outro	5	17,65

Dos 293 usuários que participaram do estudo, todos usavam pelo menos 1 psicotrópico. O número de medicamentos psicotrópicos utilizados variou entre 1 a 5, onde a média de psicotrópicos foi de 1,68 medicamentos por usuário. Dessa forma, considerando que a polifarmácia psicotrópica acontece quando os usuários fazem uso de 2 ou mais medicamentos psicotrópicos, tem-se que na amostra estudada 44,70% dos usuários praticam a polifarmácia (Tabela 17).

Tabela 1716-Consumo de psicotrópicos por pessoa entre os usuários que recebem seus medicamentos na Farmácia Pólo e presença ou ausência de polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Número de psicofármacos consumidos por pessoa							
1	162	55,29	1,68	0,91	0,84	1	5
2	81	27,65					
3	34	11,60					
4	13	4,44					
5	3	1,02					
Presença de Polifarmácia Psicotrópica							
Sim	131	44,71					
Não	162	55,29					

Os medicamentos foram agrupados conforme a classificação ATC e os dez mais prescritos foram: amitriptilina (16,49%), diazepam (15,05%), fluoxetina (11,95%), risperidona (8,24%), carbamazepina (6,80%), paroxetina (4,74%), alprazolam (4,32%), clonazepam (3,91%), valproato de sódio (4,12%), levomepromazina (2,88%) (Tabela 18).

Tabela 18-Distribuição dos usuários acompanhados na APS, de acordo com a proporção da utilização de psicotrópicos em relação ao princípio ativo em ordem alfabética. Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

*Unidade de Análise =medicamento (n=453)

Variável	ATC	n	%
Alprazolam	N05BA12	21	4,32
Amitriptilina	N06AA09	80	16,49
Biperideno	N04AA02	10	2,06
Carbamazepina	N03AF01	33	6,80
Carbonato de Lítio	N05AN	12	2,47
Citalopram	N06B04	6	1,23
Clomipramina	N06AA04	1	0,20
Clonazepam	N03AE01	19	3,91
Clorpromazina	N05AA01	13	2,68
Diazepam	N05BA01	73	15,05
Escitalopram	N06AB10	2	0,41
Fenitoína	N03AB02	9	1,85
Fenobarbital	N03AA02	10	2,06
Fluoxetina	N06AB03	58	11,95
Gabapentina	N03AX12	1	0,20
Haloperidol	N05AD01	11	2,26
Nortriptilina	N06AA10	3	0,61
Levomepromazina	N05AA02	14	2,88
Paroxetina	N06AB05	23	4,74
Prometazina	D04AA10	15	3,09**
Quetiapina	N05AH04	3	0,61
Risperidona	N05AX08	40	8,24
Sertralina	N06AB06	2	0,41
Valproato de Sódio	N03AG01	20	4,12
Venlafaxina	N06AX16	6	1,23

** Não é medicamento psicotrópico, mas é utilizado em larga escala com o haloperidol

Os principais motivos que geraram o uso dos psicotrópicos foram referidos pelos pacientes ao serem indagados sobre a indicação do uso dos medicamentos. Os entrevistados referiram como principais: nervosismo (42,10%), insônia (31,1%) e depressão (13,15%) (tabela 19)

Tabela 19-Principais indicações para o uso dos psicotrópicos referidos pelos usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=380)

Variável	n	%
Motivo da indicação (n=380)		
Nervosismo	160	42,10
Insônia	119	31,31
Depressão	50	13,15
Ansiedade	37	9,73
Convulsão	7	1,84
Dependência Química	7	1,84

Perguntou-se para cada entrevistado o tempo de uso dos medicamentos em meses, onde para o medicamento 1, a média de tempo de uso foi de 86,84 meses (7 anos); para o medicamento 2 a média de tempo de uso foi de 104 meses (8 anos); para aqueles que fazem uso de 3 medicamentos, 4 e 5 a média de tempo de uso foi respectivamente de: 112 meses (9 anos), 111 meses (9 anos), 164 meses (13 anos) (tabela 20)

Tabela 20-Distribuição das características dos usuários da APS de acordo com o tempo de uso dos medicamentos (meses) para cada medicamento, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável (meses)	n	Média	Desvio-padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Tempo de uso 1	293	86,84	100,95	10192,37	3,0000	696,0000
Tempo de uso 2	130	104,23	115,52	13345,62	2,0000	696,0000
Tempo de uso 3	50	112,06	129,04	16651,44	2,0000	600,0000
Tempo de uso 4	16	111,75	102,92	10593,00	12,0000	360,0000
Tempo de uso 5	3	164,00	169,84	28848,00	60,0000	360,0000

Quando indagados sobre os problemas em decorrência do uso dos medicamentos, apenas 22 usuários (7,50%) referiram tal situação. Os

principais são: sonolência (27,27%), tontura (18,18%), demência (9,09%), dor no estômago (9,09%) (tabela 21)

Tabela 21-Distribuição dos problemas com o uso dos psicotrópicos auto-referidos pelos usuários da APS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%
Problema devido ao uso do psicotrópico (n=22)		
Sonolência	6	27,27
Tontura	4	18,18
Demência	2	9,09
Dor no estômago	2	9,09
Dor de cabeça	1	4,54
Dor nas pernas	1	4,54
Falta de memória	1	4,54
Náuseas	1	4,54
Sudorese	1	4,54
Aumento de peso	1	4,54
Bocejo	1	4,54
Total	22	99,95

Para cada medicamento foi perguntado se o entrevistado percebia melhora ao usar os medicamentos. Entre os usuários que percebiam melhoras, as principais foram: acalma (60,55%), dorme melhor (27,93%) e melhora a crise (11,51%) (tabela 22)

Tabela 22-Distribuição das características de acordo com o tipo de melhora ao utilizar o psicotrópico, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	n	%
Melhora ao usar o medicamento (n=469)		
Acalma	284	60,55
Dorme melhor	131	27,93
Melhora as crises	54	11,51

Os usuários referem que já deixaram de receber os medicamentos gratuitamente na Farmácia Polo (37,20%), e que quando isso acontece, a maioria compra (98,17%) (tabela 23).

Tabela 2317-Distribuição dos usuários quanto ao recebimento dos medicamentos na Farmácia Polo e forma de aquisição quando na falta, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variáveis	n	%
Deixou de receber algum medicamento nessa farmácia? (n=293)		
Sim	109	37,20
Não	184	62,80
Como faz quando não recebe? (n=109)		
Compra	107	98,17
Fica sem tomar	2	1,83

A frequência do acompanhamento médico da APS predominantemente referida foi de a cada 3 meses (79,18%). As prescrições médicas em sua maioria (69,62%) são provenientes da APS, onde o clínico geral é o principal prescritor (79,52%), seguido pelo psiquiatra (17,41%). (tabela 24).

Tabela 24-Distribuição das características dos usuários da APS de acordo com a frequência de acompanhamento médico na UBS, origem da prescrição e profissional prescritor, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019 (n=293)

Variáveis	n	%
Frequência		
Semanal	1	0,34
Mensal	7	2,39
A cada 2 meses	45	15,36
A cada 3 meses	232	79,18
Outro	8	2,73
Origem da prescrição		
UBS	204	69,62
CAPS	68	23,20
Hospital	15	5,12
Particular	6	2,05
Profissional prescritor		
Clínico	233	79,52
Psiquiatra	51	17,40
Neurologista	7	2,39
Pneumologista	2	0,68

5.6 Fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos

Na análise bivariada, a prevalência e fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos foram maior e estatisticamente significantes entre usuários do sexo feminino (64,12%). A variável sexo ($p=0,027$) e idade ($p=0,007$) demonstrou diferenças estatisticamente significantes, enquanto que a variável benefício social ($p=0,483$) não foi estatisticamente significativa (Tabela 25)

Tabela 185-Distribuição da polifarmácia psicotrópica em usuários da APS, segundo as características dos usuários, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia Psicotrópica				Valor p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,027
Masculino	47	35,87	39	24,07	
Feminino	84	64,12	123	75,93	
Idade (anos)					0,007
≤ 48,9	74	56,49	66	40,74	
>48,9	57	43,51	96	59,26	
Benefício Social					0,483
Sim	41	31,30	57	35,19	
Não	90	68,70	105	64,81	
Tipo de Benefício					0,582
Aposentadoria	15	36,59	24	42,10	
Outros	26	50,99	33	55,93	

Em relação às características escolaridade e estado civil dos entrevistados, observou-se que a polifarmácia psicotrópica é praticada principalmente por usuários com outras escolaridades (63,35%) considerando a classificação em variável binária de acordo com a que apresentou maior prevalência, demonstrando significância estatística ($p=0,004$). Considerando o estado civil dos usuários, percebeu-se que a categoria casado apresentou uma proporção de 38,93% para aqueles que praticam a polifarmácia psicotrópica, e de 58,65% para os que utilizam menos de dois medicamentos psicotrópicos, com significância estatística ($p=0,001$) (tabela 26)

Tabela 196-Distribuição dos usuários de acordo com a escolaridade, estado civil e presença ou ausência de polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia Psicotrópica				
	Sim		Valor p	Não	
	n	%		n	%
Escolaridade			0,004		
Fundamental I Incompleto	48	36,64		87	53,70
Outros	83	63,35		75	46,23
Estado Civil			0,001		
Casado	51	38,93		95	58,65
Outros	80	61,07		67	41,35

A polifarmácia psicotrópica foi praticada pelos usuários que nunca fumaram (45,23%), que não praticam atividades físicas (46,41%) e que não utilizam bebidas alcólicas (44,60%). Essas variáveis não demonstraram relação estatisticamente significativa quando em comparação à polifarmácia psicotrópica ($p=0,796$; $p=0,355$ e $p=0,792$ respectivamente) (tabela 27).

Tabela 207-Distribuição dos usuários de acordo com tabagismo, exercícios físicos, bebidas alcólicas e polifarmácia psicotrópica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia Psicotrópica				
	Sim		Valor p	Não	
	n	%		n	%
Tabagismo			0,796		
Nunca Fumou	90	68,70		109	67,28
Fumou	41	31,30		53	32,71
Exercícios			0,355		
Físicos					
Sim	34	25,95		50	30,86
Não	97	74,04		112	69,13
Bebidas Alcólicas			0,792		
Sim	3	2,29		3	1,85

Não	128	97,71	159	98,15
-----	-----	-------	-----	-------

Entre os usuários que praticam a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos, observou-se que a maioria (67,18%) não relatam outros problemas de saúde. Para esses usuários, a maioria não possuem hipertensão arterial (85,50%) e diabetes (90,08%) e possuem número de consultas na Estratégia Saúde da Família menor que a média de consultas, ou seja, 4,6 consultas (57,25%). Quanto a internação psiquiátrica, a maioria não teve internação dessa natureza nos últimos doze meses (93,90%). As variáveis problema de saúde ($p=0,006$), hipertensão ($p=0,000$), diabetes ($p=0,0095$) e internação psiquiátrica ($p=0,022$) demonstraram significância estatística com a presença de polifarmácia psicotrópica (tabela 28)

Tabela 2821-Distribuição dos usuários da APS de acordo com auto-percepção da saúde, problema de saúde, hipertensão, diabetes, consultas na ESF internação psiquiátrica, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia		Valor p	Não	
	Sim	%		n	%
Auto percepção da saúde			0,280		
Regular	70	56,45		85	52,47
Outros	54	43,55		77	47,53
Problema de saúde			0,006		
Sim	43	35,82		79	48,76
Não	88	67,18		83	51,23
Hipertensão			0,000		
Sim	19	14,50		53	32,71
Não	112	85,50		109	67,29
Diabetes			0,095		
Sim	13	9,92		27	16,67
Não	118	90,08		135	83,33
Número de Consultas na ESF			0,035		

≤4,6	75	57,25	112	68,13
>4,6	56	42,75	50	30,87
Internação Psiquiátrica				
		0,022		
Sim	8	6,10	2	1,23
Não	123	93,90	160	98,77

A presença de polifarmácia psicotrópica esteve associada à variável acompanhamento em outros locais ($p=0,003$), onde o CAPS como local de acompanhamento demonstrou ser o estabelecimento de saúde mais procurado pelos usuários da APS que utilizam psicotrópicos (84,42%). A frequência de acompanhamento e a especialidade do médico que acompanha esses pacientes nesses serviços não demonstrou significância estatística ($p=0,833$ e $p=0,041$) (tabela 29)

Tabela 229-Distribuição dos usuários da APS de acordo com acompanhamento em outros locais, frequência de acompanhamento e especialidade do médico, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia Psicotrópica				
	Sim		Valor p	Não	
	n	%		n	%
Acompanhamento em outros locais			0,003		
CAPS	65	84,42		28	60,87
Outros serviços	12	15,58		18	39,13
Frequência acompanhamento			0,833		
A cada 2 meses	43	55,12		25	53,20
Outros	35	44,88		22	46,80
Especialidade do médico			0,041		
Psiquiatra	51	65,39		22	46,80
Clínico/Outros	27	34,61		25	53,20

Na tabela 30 observa-se que os usuários que praticam o tratamento não-medicamentoso de forma individual com polifarmácia (86,67%) foi superior às

terapias em grupo (13,34%), não sendo verificada significância estatística ($p=0,678$). As variáveis local onde realiza o tratamento não-medicamentoso ($p=0,905$), frequência do tratamento não-medicamentoso ($p=0,581$) e especialidade do profissional ($p=0,818$) não demonstraram significância estatística (tabela 30)

Tabela 30-Distribuição dos usuários da APS de acordo com o tipo de tratamento não-medicamentoso, local, frequência e especialidade do profissional, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Sim		Polifarmácia Psicotrópica	
	n	%	Valor p	Não n %
Tratamento não medicamentoso			0,678	
Individual	26	86,67		19 90,47
Grupo	4	13,34		2 9,53
Local onde realiza o tratamento não-medicamentoso			0,905	
CAPS	9	33,33		7 35,0
Outros	18	66,66		13 65,0
Frequência do tratamento não-medicamentoso			0,581	
A cada 2 meses	4	13,33		4 19,04
Outros	26	86,67		17 80,96
Especialidade do profissional			0,818	
Psicólogo	25	83,33		18 85,71
Outros	5	16,67		3 14,29

Em relação as características da prescrição médica, foram levantadas as variáveis origem da prescrição e especialidade do prescritor, apontando significância estatística ($p=0,000$) e ($p=0,000$), respectivamente. Quando ao recebimento dos medicamentos na Farmácia Polo, observou-se significância

estatística ($p=0,000$). Já a frequência do acompanhamento médico pela equipe da ESF não demonstrou significância estatística ($p=0,127$) (tabela 31).

Tabela 231-Distribuição dos usuários de acordo com origem da prescrição, especialidade do prescritor (retirados da prescrição), recebimento dos medicamentos na Farmácia Pólo, falta, frequência do acompanhamento na UBS, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Polifarmácia Psicotrópica				
	Sim		Valor p	Não	
	n	%		n	%
Origem da Prescrição			0,000		
UBS	69	52,67		135	83,33
Outros serviços	62	47,33		27	16,67
Especialidade do prescritor			0,000		
Clínico	89	67,94		144	88,89
Outros	42	32,06		18	11,11
Deixou de receber os medicamentos nessa farmácia?			0,000		
Sim	65	49,62		44	27,16
Não	66	50,38		118	72,84
Frequência do acompanhamento médico da ESF			0,127		
A cada 3 meses	109	83,20		123	75,92
Outros	22	16,80		39	24,085

Ao comparar usuários que consomem um psicotrópico com aqueles que utilizam dois ou mais desses medicamentos, podemos verificar que para usuários que utilizam apenas um medicamento psicotrópico, a análise estratificada demonstrou que a amitriptilina foi o psicotrópico mais utilizado pelos usuários do sexo feminino (79,24%), seguido pelo diazepam (70,68%) e fluoxetina (86,66%). Entre usuários do sexo masculino, observou-se que o diazepam foi o medicamento mais consumido (29,31%). Entre os usuários da APS que recebem benefício social, o diazepam foi o medicamento mais utilizado (43,10%), seguido pela fluoxetina (35,55%). Já para os que não recebem benefício, a amitriptilina foi o mais utilizado (73,58%). O diazepam se mostrou prevalente entre os usuários casados (60,34%), seguidos pela amitriptilina (50,94%) e fluoxetina (57,77%). Em relação a escolaridade, usuários que estudaram até o Ensino Fundamental Completo I consomem predominantemente amitriptilina (52,83%) e diazepam (50%) (tabela 32)

Para usuários que praticam a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos observou-se que a amitriptilina foi o medicamento mais consumido pelo sexo feminino (83,33%), seguidos pela fluoxetina (76,92%), já os homens consomem predominantemente o diazepam (46,66%). Em relação ao benefício social, a amitriptilina foi o medicamento mais utilizado entre os usuários que recebem algum benefício (22,22%). Situação semelhante também é verificada em usuários casados, onde o consumo de amitriptilina foi superior (44,44%), seguido pela carbamazepina (64,28%). Quando analisamos o nível de instrução, a pesquisa apontou que o medicamento levomepromazina foi o mais consumido (28,57%) entre os usuários de medicamentos psicotrópicos (tabela 33).

Tabela 242-Distribuição dos usuários da APS de acordo com sexo, benefício social, estado civil, escolaridade em relação à utilização de medicamentos psicotrópicos (sem polifarmácia), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Psicofármacos								
	Amitriptilina n (%)	Diazepam n (%)	Fluoxetina n (%)	Carbamazepina n (%)	Paroxetina n (%)	Alprazolam n (%)	Clonazepam n (%)	Levomepromazina n (%)	Clorpromazina n (%)
Sem Polifarmácia de medicamentos Psicotrópicos									
Sexo									
Masculino	11(20,75)	17(29,31)	6(13,33)	11(57,89)	3(21,42)	3(18,75)	4(26,66)	4(57,14)	0(0)
Feminino	42(79,24)	41(70,68)	39(86,66)	8(42,10)	11(78,57)	13(81,25)	11(73,33)	3(42,85)	2(100)
Benefício Social									
Sim	14(26,41)	25(43,10)	16(35,55)	2(11,11)	5(35,71)	3(18,75)	6(40)	4(57,14)	1(50)
Não	39(73,58)	33(56,89)	29(64,44)	16(88,88)	9(64,28)	13(81,25)	9(60)	3(42,85)	1(50)
Estado Civil									
Casado	27(50,94)	35(60,34)	26(57,77)	4(21,05)	7(50)	11(68,75)	6(40)	2(28,57)	0(0)
Outros	26(49,05)	23(39,65)	19(42,22)	15(78,94)	7(50)	5(31,25)	9(60)	5(71,42)	2(100)
Escolaridade									
Fundamental I Completo	28(52,83)	29(50)	20(44,44)	8(42,10)	5(35,71)	7(43,75)	11(73,33)	2(28,57)	1(50)
Outros	25(47,16)	29(50)	25(55,55)	11(57,89)	9(64,28)	9(56,25)	4(26,66)	5(71,42)	1(50)

Tabela 33-Distribuição dos usuários da APS de acordo com sexo, benefício social, estado civil, escolaridade em relação a utilização de medicamentos psicotrópicos (com polifarmácia), Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Psicofármacos								
	Amitriptilina n (%)	Diazepam n (%)	Fluoxetina n (%)	Carbamazepina n (%)	Paroxetina n (%)	Alprazolam n (%)	Clonazepam n (%)	Levomepromazina n (%)	Clorpromazina n (%)
	Com Polifarmácia de medicamentos Psicotrópicos								
Sexo									
Masculino	4 (16,66)	7 (46,66)	3 (23,07)	5 (35,71)	3 (33,33)	0 (0)	1 (25)	5 (71,42)	6 (54,54)
Feminino	20 (83,33)	8 (53,33)	10 (76,92)	9 (64,28)	6 (66,66)	5 (1)	3 (75)	2 (28,57)	5 (45,45)
Benefício Social									
Sim	6 (22,22)	5(33,33)	1(7,69)	5(35,71)	2(22,22)	1(20)	2(50)	3(42,85)	4(36,36)
Não	21(77,77)	10(66,66)	12(92,30)	9(64,28)	7(77,77)	4(80)	2(50)	4(57,14)	7(63,63)
Estado Civil									
Casado	12(44,44)	6(40)	3(23,07)	9(64,28)	2(22,22)	4(80)	1(25)	2(28,57)	2(18,18)
Outros	15(55,55)	9(60)	10(76,92)	5(35,71)	7(77,77)	1(20)	3(75)	5(71,42)	9(81,81)
Escolaridade									
Fundamental I Completo	13(48,14)	5(33,33)	7(53,84)	4(28,57)	3(33,33)	4(80)	2(50)	22(28,57)	4(36,36)
Outros	14(51,85)	10(66,66)	6(46,15)	10(71,42)	6(66,66)	1(20)	2(50)	5(71,42)	7(63,63)

Em relação a utilização dos psicotrópicos pelos usuários da APS, o estudo apontou que para os usuários em uso de amitriptilina, a principal indicação foi a depressão (48,33%), enquanto que para o diazepam, a principal indicação foi insônia (74,07%) e para a fluoxetina, a principal indicação foi a ansiedade (56,36%). A principal melhora para o medicamento amitriptilina auto-referida pelos usuários foi “acalma” (68,57%), fato verificado também com a fluoxetina, onde a maioria dos informantes referem essa melhora (87,27%). Quando a referência dos usuários recai sobre a melhora “dorme melhor”, observou-se que usuários de diazepam são prevalentes para esse sintoma (76,38%), seguidos pela amitriptilina (30%). Ao relatarem problemas no uso dos medicamentos, observou-se que a amitriptilina foi o medicamento onde se registrou algumas dessas queixas, estando mais pronunciados a sonolência (33,33%). Para o diazepam, observou-se que sonolência (50%) e tontura (50%) são os principais problemas auto-referidos pelos usuários da APS. Enquanto que para a fluoxetina, os principais problemas são: dor no estômago (33,33%), náuseas (33,33%) e sonolência (33,33%) (tabela 34).

Tabela 34-Distribuição dos usuários da APS de acordo com a indicação, melhora e problema auto-referidos pelo uso de medicamentos psicotrópicos, Maracanaú-Ce, janeiro a junho de 2019

Variável	Psicofármacos								
	Amitriptilina n (%)	Diazepam n (%)	Fluoxetina n (%)	Carbamazepina n (%)	Paroxetina n (%)	Alprazolam n (%)	Clonazepam n (%)	Levomepromazina n (%)	Clorpromazina n (%)
Indicação									
Nervosismo	4 (6,66)	2(2,46)		2(7,40)	2(10,52)	2(9,52)			3(21,42)
Insônia	7(11,66)	60(74,07)	3(5,45)	3(11,11)	2(10,52)	11(52,38)	4(33,33)	1(14,28)	3(21,42)
Depressão	29(48,33)	7(8,64)	21(38,18)	4(14,81)	6(31,57)	4(19,04)	4(33,33)	2(28,57)	2(14,28)
Ansiedade	13(21,66)	11(13,58)	31(56,36)	5(18,51)	9(47,36)	3(14,28)	4(33,33)	2(28,57)	6(42,85)

Convulsão				12(44,44)					
Dependência	7(11,66)	1(1,23)		1(3,70)		1(4,76)		2(28,57)	
Química									
Qual Melhora?									
Acalma	48(68,57)	17(23,61)	48(87,27)	14(42,42)	20(90,90)	8(40)	10(55,55)	8(66,66)	10(83,33)
Dorme melhor	21(30)	55(76,38)	7(12,72)	5(15,15)	2(0,09)	12(60)	7(38,88)	2(16,66)	2(16,66)
Melhora as crises	1(1,42)			14(42,42)			1(5,55)	2(16,66)	
Qual Problema?									
Aumento de peso	1(16,66)								
Demência	1(16,66)								
Dor de cabeça	1(16,66)								
Dor no estômago			1(33,33)						
Falta de memória	1(16,66)								
Náuseas			1(33,33)						
Sonolência	2(33,33)	1(50)	1(33,33)						
Sudorese						1(100)			
Tontura		1(50)							1(100)

Após análise bivariada foi realizada a regressão logística com as variáveis significativas, ou seja com $p < 0,05$ e incluídas no modelo completo como demonstra a tabela 35. Em seguida foi realizado um novo ajustamento pelo modelo backward, retirando o que não era significativo e o modelo final apresentou como fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos a origem da prescrição e o acompanhamento em outros locais. Dessa forma usuários com prescrição de outros serviços de saúde tem 3,71 vezes mais chance de apresentar polifarmácia de medicamentos psicotrópicos comparados às receitas oriundas das Unidades Básicas de Saúde e pacientes acompanhados nos CAPS tem 3,73 vezes a mais de chances de realizarem a polifarmácia psicotrópica, comparados aos que realizam acompanhamento em outros locais, como o hospital por exemplo (tabela 36).

Tabela 35- Modelo de regressão logística para predição da polifarmácia psicotrópica

Modelo	OR	p-valor	IC95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Feminino	0,61	0,305	0,23	1,56
Masculino	1			
Idade				
≤48,9 anos	1			
>48,9 anos	1,01	0,972	0,35	2,92
Estado civil				
Casado	1			
Outros	2,27	0,103	0,84	6,13

Escolaridade

Fundamental I Incompleto

1

Outros

1,72

0,254

0,67

4,39

Problema de Saúde

Sim

1,52

0,541

0,39

5,93

Não

1

Hipertensão

Sim

0,46

0,389

0,82

2,63

Não

1

Origem da Prescrição

UBS

1

Outros serviços

4,77

0,017

1,31

17,31

Especialidade do prescriptor

Clínico

1

Outros

1,44

0,15

2,03

Número de consultas na ESF

0,380

≤4,6

1

>4,6

0,50

0,182

0,18

1,37

Acompanhamento em outros locais

CAPS

3,02

0,100

0,81

11,31

Outros serviços

1

Especialidade do acompanhamento médico

Psiquiatra

1,44

0,555

0,42

4,92

Clínico/Outros

1

Tabela 36- Modelo de regressão logística final após ajustamento pelo método backward para polifarmácia psicotrópica

Modelo	OR	p-valor	IC95%	
			Inferior	Superior
Origem da prescrição				
UBS	1			
Outros Serviços*	3,71	0,002	1,61	8,57
Acompanhamento em outros locais				
CAPS	3,73	0,004	1,52	9,17
Outros serviços**	1			

*CAPS, Hospital, Particular

** Hospital, particular

6 DISCUSSÃO

O estudo propôs caracterizar a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em usuários da Atenção Primária à Saúde que recebem seus medicamentos na Farmácia Polo do município de Maracanaú-Ce, obtendo informações sobre características sociais, demográficas, tais como faixa etária, escolaridade e utilização dos serviços de saúde.

A Farmácia Polo de Maracanaú é um local onde se realiza a dispensação dos psicofármacos da atenção básica e alguns do elenco do componente secundário. Essa dispensação era realizada na farmácia presente no CAPS geral e desde janeiro de 2019 houve essa mudança.

Até o momento, não foram divulgadas as informações sobre a população que utiliza algum psicofármaco no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Procura-se dessa forma adentrar no serviço de dispensação para investigar a prática da polifarmácia psicotrópica, caracterizada pelo consumo de dois ou mais medicamentos psicotrópicos, bem como conhecer as abordagens terapêuticas disponibilizadas aos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Buscou-se ainda conhecer os psicofármacos utilizados e outras características dessa utilização, pois não são disponibilizadas informações epidemiológicas sobre os usuários de transtornos mentais nem tampouco informações sobre a utilização desses medicamentos.

A Rede de Atenção Psicossocial busca incessantemente essa integração com a Estratégia Saúde da Família, através de atividades como matriciamento e participação de encontros da rede de saúde mental. Entretanto, percebemos que o universo da saúde mental ainda se encontra obscurecido no contexto da Atenção Primária.

Entre os entrevistados, a maioria é do sexo feminino e estado civil casado. Este resultado também foi encontrado em outro estudo realizado no município, onde a população investigada foi constituída predominantemente por mulheres (60,6%) e indivíduos com união estável/casado (60,2%) (PASSOS, 2008). Outro estudo realizado na região metropolitana de São Paulo identificou que o sexo feminino (52,80%) e estado civil casado (59,75%) também se mostram prevalentes (CAMPANHA, 2015).

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre com usuários que retiraram receitas de medicamentos no ano de 2010 e com prontuários ativos, também encontrou como achado que as mulheres consomem mais psicofármacos do que homens (72%) da amostra, com prevalência de utilização de psicofármacos de 7,30% (ROCHA; WERLANG, 2013).

A frequência maior de mulheres que utilizam psicofármacos foi verificada em outros estudos; São Paulo (BORGES *et al.*, 2015) e Bahia (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Em relação ao estado civil, resultado semelhante foi encontrado em outros estudos, mostrando que tal associação parece estar ligada a maior responsabilidade familiar, além da renúncia ao próprio cuidado, o que acarreta ansiedade e frustrações de ordens diversas (GONÇALVES *et al.*, 2014; LEONARDO; CUNHA; SAKAE; REMOR, 2017).

Em investigação realizada no município de Caicó, Rio Grande do Norte, observou-se prevalência do sexo feminino (80,3%), de sujeitos casados ou em união estável (44,3%) e de baixa escolaridade, caracterizada pelo ensino fundamental (48,8%) (FILHO *et al.*, 2018).

A média de idade dos participantes da pesquisa foi de 48,94 anos, com discreta prevalência na faixa etária de 40 a 49 anos, semelhante a estudo realizado em Maracanaú no ano de 2008 (PASSOS, 2008) e São Paulo (BORGES *et al.*, 2015).

Quanto a escolaridade, 56,65% dos entrevistados possuem escolaridade fundamental, o que é coerente com outros estudos (BORGES *et al.*, 2015); (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015); (MOREIRA *et al.*, 2011). De acordo com Luchese *et al.*, 2014, poucos anos de estudos implica na maior quantidade de transtornos mentais, estando diretamente associados a dificuldades de inserção no mercado de trabalho e baixa remuneração, culminando com a existência de problemas psicológicos futuros.

No estudo foi observado que a maioria dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família nunca fumaram, não realizam atividade física e não fazem uso de bebida alcoólica. Esse resultado corrobora estudo realizado anteriormente no mesmo município que objetivou avaliar o consumo de psicofármacos entre os usuários assistidos na Atenção Primária à Saúde e

encaminhados ao CAPS, onde pudemos perceber que cerca de 79% dos usuários referem não usar bebida alcóolica, 78% não fumam e 76% não praticam atividade física (PASSOS, 2018). Estudo realizado dessa vez com trabalhadores da Atenção Básica de Feira de Santana, Bahia, também relataram não fazer uso de bebidas alcóolicas (76,9%), não fumarem (96,2%) e não realizarem atividade física (57,3%) (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Estudo que avaliou a adesão ao portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa, onde o uso de álcool foi referido por 51,5% entre os que aderiram aos medicamentos e 48,5% aos que não aderiram; enquanto que 51% dos usuários referiram não usar bebida alcóolica entre os que aderiram aos medicamentos e 49% entre os que não utilizam bebida alcóolica e não referem aderir aos medicamentos (BORBA *et al.*, 2018).

Outro fato a se destacar no estudo é que a maioria dos usuários não recebem benefício social (66,55%), sendo a aposentadoria o principal benefício (39,80%). Nesse estudo, diferentemente de outros realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde não foram investigadas as características econômicas em relação a renda individual. Entretanto, estudo realizado no mesmo município no ano de 2008 encontrou que a maioria dos entrevistados referem renda mensal variando de 1 a 2 salários mínimos (PASSOS, 2008).

Estudo realizado no Rio Grande do Norte, verificou que o benefício mais prevalente foi a aposentadoria (49,4%) com renda de até um salário mínimo (49,8%) (FILHO *et al.*, 2018).

A maior parte dos usuários auto-referem que a saúde é regular (55,29%). Já o estudo realizado na zona urbana na cidade de Pelotas, RS que analisou a utilização de medicamentos em uma população adulta e estudou os determinantes individuais desse uso revelou que a maior parte dos entrevistados auto avaliaram a saúde como Muito Boa/Boa (62,3%) (BERTOLDI *et al.*, 2004).

Dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos identificou que usuários que consomem 1 medicamento auto-referem a saúde como muito boa ou boa (28,5%), enquanto que usuários que utilizam 3 a 4 medicamentos auto-declaram a saúde regular

(31,6%) e para os que utilizam acima de 5 medicamentos, 36,8% dos usuários auto-referem a saúde como ruim (RAMOS *et al.*, 2016).

No nosso estudo, os entrevistados afirmam que não tiveram internação psiquiátrica (96,59%), o que corrobora o estudo realizado em Maracanaú no ano de 2008, onde 89% dos usuários também não tiveram internação de ordem psiquiátrica (PASSOS, 2008).

A internação psiquiátrica é considerada um recurso de tratamento, onde se verificam duas posturas predominantes com relação aos motivos da própria internação: discordância e desconhecimento dos usuários (CLEMENTE; FILHO; FIRMO, 2011).

Em relação aos diagnósticos de transtornos mentais, não foi possível obtê-los por meio de prontuários, uma vez que na Farmácia Polo é realizado somente a dispensação de medicamentos, e que muitos dos prontuários existentes nas Unidades Básicas de Saúde não possuem os referidos diagnósticos dos transtornos mentais. Nesse sentido, percebe-se o prejuízo que significou a retirada do serviço “Farmácia” do CAPS II, uma vez que impossibilita o acesso a esses prontuários, bem como o entrelaçar de saberes e compartilhamento de experiências pela equipe multiprofissional.

No nosso estudo, foi perguntado ao paciente a indicação para o uso dos medicamentos. A maioria referiu nervosismo (42,10%), insônia (31,31%) e depressão (13,15%). Os achados condizem com estudo anterior realizado no mesmo município onde 20,4% dos entrevistados referem o nervosismo como o principal motivo que levaram ao uso dos psicofármacos, seguidos por insônia (17,8%) e depressão (11,6%) (PASSOS, 2008).

Araújo; Neto (2014) pontuam que a descrição e caracterização de enfermidades e a observação dos sintomas permite a formulação dos diagnósticos e depois podem ser traçadas estratégias de cuidado em saúde mental.

Estudo realizado no município de Maracanaú em 2008 realizou a consulta ao prontuário dos pacientes encaminhados da APS, uma vez que a dispensação era realizada no CAPS, o que não ocorreu no nosso estudo em decorrência dessa mudança. Dessa forma, a maioria dos diagnósticos do estudo anterior foi de transtorno do humor (afetivo) (51,1%), que se apresenta diferente do estudo realizado em Candeias - BA, onde a maioria dos

diagnósticos correspondem ao CID F20-F29, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CRUZ *et al.*, 2016).

Os principais problemas de saúde referidos pelos entrevistados foram: hipertensão, diabetes, dor de cabeça e gastrite. Outro estudo realizado no interior de São Paulo verificou que 60,4% de todos os participantes mencionaram alguma doença crônica, principalmente a hipertensão (46,9%) e (17,2%) eram diabéticas (SILVA; ALMEIDA; SOUZA, 2019), assim como estudo realizado por Borges *et al* (2015), onde 37,9% dos pacientes relatam possuir doenças clínicas,

Na literatura, os resultados demonstram associação direta entre rede de apoio e a presença de doenças físicas (hipertensão, diabetes), o que ocorre de forma discreta para os pacientes com algum transtorno mental comum, onde a cooperação é exercida de forma diferenciada, refletindo na maioria das vezes o isolamento ao qual esses pacientes estão sujeitos (ARAGÃO *et al.*, 2017).

Estudo realizado com mulheres atendidas na rede básica de saúde verificou que as doenças clínicas mais relatadas foram hipertensão arterial, diabetes e problemas osteomusculares, onde foi observada associação estatisticamente significativa entre essas condições e o Transtorno Mental Comum (VIDAL *et al.*, 2013).

Outro estudo analisou a relação entre doenças físicas, transtorno mental comum e a rede de apoio social dos pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro e em São Paulo, verificando associações negativas e significativas entre a ansiedade, a depressão e o transtorno depressivo-ansioso, cuja integração respondeu como agente protetor ao desenvolvimento de TMC, possibilitando concluir que uma rede de apoio integrada pode ser utilizada como alternativa de cuidado na prevenção e acompanhamento dos portadores de TMC atendidos na APS (ARAGÃO *et al.*, 2017).

A maior parte dos atendimentos referidos pelos entrevistados na Estratégia Saúde da Família está centrada no atendimento individual do médico, reservando apenas 17,41% para a associação das abordagens terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas.

Segundo Hirdes (2015), há uma necessidade pronunciada de investimentos no preparo dos profissionais e nos processos de transformação

das práticas, o que favorece a ampliação da clínica e a execução de ações que primem pelo diálogo, vínculo e intersetorialidade.

A própria Política Nacional de Saúde Mental reforça o preconizado na Reforma Psiquiátrica ao propor não somente a desinstitucionalização, mas também a institucionalização dos atendimentos em saúde mental. Nesse sentido, propõe-se que esse cuidado seja desenvolvido em serviços comunitários com tratamentos pouco invasivos e com características baseadas no respeito e participação da família no projeto terapêutico (BRASIL, 2001).

Nessa direção, a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pretende consolidar esse modelo de atenção através da integração do SUS com os equipamentos do território, onde a Atenção Primária e, especialmente a Estratégia Saúde da Família desempenha papel essencial para o acolhimento das demandas em saúde mental vivenciadas no território sob sua responsabilidade (MAINARDE *et al.*, 2014).

Entretanto, estudos mostram que são escassas as estratégias oferecidas aos portadores de transtornos mentais no âmbito da Atenção Primária, sustentados por profissionais que desconhecem a multifatorialidade dos diagnósticos e tratamentos em saúde mental (CUNHA; CAMPOS, 2011).

É preciso entender que os campos de interação entre Atenção Primária e Saúde Mental envolvem a priorização de problemas, identificação de prioridades e planejamento contínuo entre as equipes de saúde. Nesse sentido uma das estratégias que tem demonstrado aceitação entre os profissionais é o Apoio Matricial (HIRDES, 2015).

Estudo realizado em Maracanaú no ano de 2017 com profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família identificou a existência de duas bifurcações para as práticas em saúde. A primeira, refere-se a compreensão de alguns profissionais sobre ações compartilhadas e abordagem integral, mostrando-se receptivos e acolhedores às ações interdisciplinares. Enquanto que outra parcela de trabalhadores demonstra uma percepção limitada do cuidado, centrados na racionalidade do modelo biomédico, o que se mostra prejudicial no contexto das ações de saúde mental (REBOUÇAS, 2017).

Faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam a importância da reabilitação psicossocial como forma de permitir a readaptação

dos sujeitos no universo em que vivem, criando espaços de convivência articulados com outros equipamentos de saúde, nos quais os conceitos sejam ressignificados (UFMA/UNASUS, 2013)

Moliner & Lopes (2013) afirmam que para a devida efetivação do atendimento em saúde mental na atenção primária é necessário que os profissionais estejam aptos a reconhecer o sujeito além da doença mental instalada, o que requer uma comunicação efetiva entre as equipes de saúde. Nesse sentido, a criação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família-AB possibilitaram a ampliação do escopo de ações das equipes de saúde da família e permitem que ações e práticas se tornem viáveis para a promoção e prevenção da saúde mental.

No município de Maracanaú, as equipes de Estratégia Saúde da Família atuam no território identificando populações em situação de vulnerabilidade, com o apoio do NASF para o desenvolvimento de atividades no âmbito da saúde mental que incluem grupos de educação em saúde e visitas domiciliares.

Os participantes do nosso estudo são acompanhados em outros locais (42,66%), onde o principal local de acompanhamento é o CAPS (75,20%). O profissional psiquiatra responde pela maior parte desses atendimentos (58,40%) numa frequência de acompanhamento a cada 2 meses de 54,40%.

Tal fato demonstra que a procura pelo especialista ainda permanece frequente nos serviços de saúde a exemplo do CAPS, onde o atendimento individual ainda é prevalente.

Os CAPS tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira com a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, bem como regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dar suporte à saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2005).

Apesar da importância desse serviço, estudos demonstram que as queixas familiares incidem em aspectos como: falta de infra-estrutura dessas instituições, inadequação das atividades à idade do paciente, redução no número de atendimentos, não-inserção da família no processo terapêutico do paciente e ausência de acompanhamento domiciliar pelos profissionais do CAPS (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

De acordo com o trabalho de Passos (2008), deve haver uma hierarquia de condições a ser tratadas nos diversos níveis de atenção, onde os casos mais leves devem ser resolvidos na atenção básica.

A contento, a proposta do apoio matricial possibilita o desenvolvimento de ações básicas na saúde através de suporte técnico-pedagógico especializado que se caracteriza pelo compartilhamento de ações e intervenções conjuntas com as famílias e comunidades na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005).

Quanto aos tipos de tratamento, verificou-se que a associação da abordagem medicamentosa com a não-medicamentosas ainda se apresenta de forma discreta. Podemos observar na atualidade que o fenômeno da medicalização se mostra como um fenômeno complexo. Nesse sentido, a utilização de medicamentos parece obscurecer o contexto histórico e social dos sujeitos (AZEVEDO, 2017)

Do ponto de vista dos profissionais de enfermagem, verificou-se em estudo realizado em Curitiba que a terapêutica medicamentosa é responsável pela melhoria de vida da pessoa com transtorno mental, possibilitando controle nas relações interpessoais e estabilidade dos sintomas (ALCÂNTARA *et al.*, 2018).

Por outro lado, a instituição de novas abordagens em saúde mental possibilita enxergar os usuários de uma forma diferente, sem estigmas e preconceitos, o que favorece o desenvolvimento de autonomia, segurança e apoio. Esse novo modelo de assistência em saúde mental pauta-se pela ampliação da clínica, buscando promover a valorização de terapêuticas baseadas na escuta, acolhimento e empoderamento dos sujeitos e familiares, como a participação em rodas de conversa e grupos terapêuticos (BEZERRA *et al.*, 2014).

Entretanto, observamos que as formas de cuidado ainda refletem a terapêutica clínico-medicamentosa, desvalorizando a reabilitação psicossocial e impossibilitando a ressignificação do adoecimento mental, o que prejudica a promoção da saúde (FIORATI; SAEKI, 2013).

No presente estudo o número de medicamentos utilizados variou entre 1 a 5, sendo que a maioria fazia uso de 1 medicamento (55,29%). Entretanto, parcela expressiva da população praticam a polifarmácia psicotrópica

(44,70%). Estudo realizado em indivíduos maiores que 18 anos no interior de São Paulo, obteve que a prevalência de uso dos psicofármacos foi de 25,8% (BORGES *et al.*, 2015). Outro estudo realizado com mulheres, encontrou prevalência de uso dos psicofármacos de 27,1%, onde 30,3% tinham prescrição de dois ou mais psicofármacos (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). Estudo realizado em Maracanaú no ano de 2008, identificou que a maioria dos usuários também fazia uso de 1 psicofármaco, com média de consumo de 1,5 por pessoa e prática de polifarmácia de 40,9%, considerando o exercício da polifarmácia psicotrópica para aqueles usuários que consomem dois ou mais medicamentos (PASSOS, 2008).

De acordo com os dados obtidos da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos a prevalência do consumo de pelo menos um medicamento de uso crônico entre idosos foi de 93,0%, onde 18,0% praticavam a polifarmácia, considerando a utilização de pelo menos cinco medicamentos, sendo que no modelo ajustado multivariado para fatores de risco associados à polifarmácia permaneceram significativos as variáveis região, percepção de saúde, internação e as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, colesterol alto, reumatismo e depressão (RAMOS *et al.*, 2016)

Estudo de base populacional realizado com usuários de 18 anos ou mais de idade encontrou prevalência de 48,5% para o consumo de medicamentos, com número médio de medicamentos de 1,88 (COSTA *et al.*, 2011).

Outro estudo transversal, observou que a prevalência de uso de ao menos um psicotrópico entre os adultos e idosos foi de 6,8% com predomínio no uso de antidepressivos, seguidos por ansiolíticos e antipsicóticos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

Entre os usuários de psicofármacos, foi investigado para cada medicamento o tempo de uso, onde a para o medicamento 1, o tempo médio de uso foi de 86,84 meses; para o medicamento 2, 104,23 meses, para o medicamento 3, 112,06 e para os medicamentos 4 e 5, respectivamente 111,75 e 164,00 meses. Estudo realizado no mesmo município anteriormente verificou que a maioria dos entrevistados utiliza psicofármacos há mais de 12 meses, de forma contínua e com orientação médica (PASSOS, 2008).

Estudo realizado em um ambulatório médico de especialidades de uma universidade verificou que o diagnóstico para transtorno mental foi realizado principalmente nos últimos 10 anos e que esse tempo parece relacionar-se a cronicidade desse tipo de tratamento, que geralmente supera os 12 meses (LEONARDO *et al.*, 2017).

Alvim *et al* (2017) em relação à utilização de benzodiazepínicos, obteve prevalência de 18,3%, com tempo de uso superior a seis meses em 85,5% dos usuários com verificada associação de 38,4% de antidepressivos.

No que diz respeito a classe terapêutica mais prescrita, estudo realizado na Atenção Primária à Saúde identificou que os ansiolíticos representam 34% das prescrições realizadas, no qual o acesso ocorria mediante a compra do medicamento (62%) e apresentação da receita médica (96%) (FILHO *et al.*, 2018).

Entre os usuários de psicofármacos, as prescrições são em sua maioria oriundas das Unidades Básicas de Saúde (69,62%), onde o clínico geral é o principal prescritor, estando os pacientes acompanhados predominantemente numa periodicidade de 3 meses. Outro fato que chama atenção incide na aquisição dos psicofármacos somente com receita para a grande maioria dos usuários. Tal fato nos remete a organização do atual serviço de dispensação e a devida utilização do sistema Hórus no referido estabelecimento, sendo importante expandir o sistema Hórus para as farmácias das Unidades Básicas de Saúde. Atualmente, o Sistema Hórus existe somente a nível de Central de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia Polo.

Em situação anterior, no ano de 2008, onde a dispensação desses medicamentos era realizada a nível público na farmácia do CAPS Geral, Passos (2008) identificou que um percentual significativo (18,3%) dos usuários referiram ter adquirido algum psicofármaco sem receita.

Quanto às práticas prescritivas, em relação à abordagem medicamentosa os usuários referem melhora numa percentagem elevada (98,97%), cujos sintomas mais pronunciados condizem com a melhora no sono, tranquilidade e diminuição das crises.

Tal fato reforça o sentido atribuído aos medicamentos que na visão de muitos profissionais entendem que a prática terapêutica baseada no medicamento ameniza sofrimentos e atenua sintomas, culminando com

deficiências no processo de escuta e acolhimento tão necessários nos diagnósticos das patologias de cunho mental (MOLINER; LOPES, 2013).

De acordo com os autores supra-citados, para uma nova concepção de saúde mental é imprescindível a articulação com a saúde básica, deslocando o foco do tratamento assistencial/curativista para um novo olhar baseado na promoção e prevenção da saúde mental com a implementação de estratégias que vão além da patologização, tendo em vista a singularidade dos processos subjetivos envolvidos nesse contexto, articulando processos individuais e sociais e orientando para a mudança a partir dos recursos subjetivos do outro e não ao controle e à medicalização de seus processos (MOLINER; LOPES, 2013).

A manutenção do vínculo com a Estratégia Saúde da Família permite o reconhecimento das demandas psicossociais e clínicas, de forma integrada e com o auxílio de uma equipe multiprofissional que identifique as demandas vivenciadas no território (ZANETTI *et al.*, 2017).

Em relação à fonte de aquisição, a maioria dos usuários referem receber gratuitamente no SUS na Farmácia Polo e, entre os que não recebem, 98,17% referem comprar, enquanto que 1,83% afirmam ficar sem tomar os medicamentos. Os medicamentos fazem parte da RENAME, o que faz com que ocorra certa padronização das prescrições dos psicofármacos seguindo os consensos clínicos para os medicamentos essenciais.

Os subgrupos terapêuticos mais consumidos, de acordo com a classificação ATC, foram: antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, sendo os mais utilizados a amitriptilina (16,49%) e o diazepam (15,05%). Tal resultado é condizente com estudo realizado há 11 anos atrás no mesmo município, onde o consumo de diazepam foi referido por 27% dos pacientes e a amitriptilina por 20% dos entrevistados (PASSOS, 2008). Estudo realizado na Atenção Primária à Saúde identificou que entre os psicofármacos prescritos, os mais prevalentes foram os antidepressivos, seguidos pelos benzodiazepínicos (BORGES *et al.*, 2015).

Outro estudo obteve prevalência elevada (88,33%) de prescrição dos benzodiazepínicos, verificando que 52,89% faziam uso de forma associada com os antidepressivos em caráter contínuo. Tal fato merece atenção especial,

pois os benzodiazepínicos apresentam risco elevado de provocarem dependência física e psíquica mesmo em doses baixas (BRAGA *et al.*, 2016).

Filho *et al* (2018) verificou que os ansiolíticos representaram a classe farmacológica mais consumida (33,5%) no interior Paraibano.

A partir desses dados, é possível perceber como o medicamento ocupa posição central no processo terapêutico e na vida dos sujeitos, reforça a lógica biomédica que mascara os sentidos dos sujeitos e impõe o tratamento como solução para os adoecimentos físicos (CAVALCANTE; CABRAL, 2017).

Estudo realizado em três campos de pesquisa (Rio de Janeiro, Campinas e Salvador) obteve narrativas que inferem experiências no uso do medicamento, onde a maioria vivencia a utilização desse instrumento como uma imposição familiar, social e da própria equipe de cuidado diante de um diagnóstico (BENINI; LEAL, 2016).

Essa dependência ao medicamento gera uma desorganização do cuidado em saúde mental e aniquila as experiências intersubjetivas inerentes aos indivíduos diante das tensões e conflitos que o mundo apresenta a todo instante. Entre essas idas e vindas, afetos e desafetos, alegrias e tristezas, o medicamento promete reduzir a ansiedade e aliviar o que não segue a regra do “perfeito” (DORIGATTI *et al.*, 2014).

Esse sentido atribuído ao uso do medicamento deve ser objeto de discussão de toda rede de atenção à saúde através do aperfeiçoamento e divulgação das abordagens terapêuticas não-medicamentosas que propiciam o empoderamento dos usuários.

Neste estudo, buscou-se identificar os fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos entre os usuários da APS. Entre as variáveis estudadas, sexo, idade, escolaridade, estado civil, problema de saúde, hipertensão, internação psiquiátrica, acompanhamento em outros locais, origem da prescrição, especialidade do prescritor e deixou de receber os medicamentos nessa farmácia se mostraram estatisticamente significativos a polifarmácia psicotrópica, apresentando p valor menor que 0,05, ou seja, assumindo uma probabilidade de apenas 5% de que a diferença encontrada no estudo não seja verdadeira, apesar de, estatisticamente, ter sido assim demonstrada. Outras variáveis como benefício social, tabagismo, exercícios físicos, bebidas alcólicas, autopercepção da saúde, consultas na ESF,

especialidade do médico que acompanha em outros locais, bem como as variáveis relativas ao tratamento não-medicamentoso e a frequência do acompanhamento médico por equipe da ESF não foram significativas ao relacionarmos à prática da polifarmácia psicotrópica. Entretanto, tais variáveis foram imprescindíveis para a caracterização da população em uso de psicotrópicos e permitiram fazer uma análise das abordagens terapêuticas disponibilizadas aos usuários da APS.

O sexo e a idade apresentaram relação estatística significativa com a utilização dos psicofármacos, fato verificado no estudo de Borges *et al.*, 2015, que também verificou essa associação estatística ($p < 0,001$). Nesse mesmo estudo, a escolaridade também demonstrou significância estatística ($p < 0,001$), o que também foi condizente com o nosso estudo. Verificou-se associação significativa com o estado civil e polifarmácia psicotrópica, o que também foi verificado em outro estudo ($p = 0,001$) (COSTA *et al.*, 2017). O sexo também apresentou significância estatística com a prática da polifarmácia em outro estudo (GRIFFITH *et al.*, 2010). Resultado esse condizente com outro estudo, onde a idade e o sexo demonstraram significância estatística (RHE; ROSENHECK, 2019).

Ao verificar a significância estatística entre a polifarmácia psicotrópica e problema de saúde, podemos verificar associação estatística, o que também foi verificado em estudo de BORGES *et al.*, 2015, onde a utilização de três ou mais medicamentos (53,0%) demonstrou significância estatística ($p < 0,001$).

Quanto a escolaridade, o estudo apontou significância estatística, o que também foi verificado em outro estudo para indivíduos que tiveram de 4 a 7 anos de estudo ($p = 0,001$) (LUCCHESI *et al.*, 2014).

No nosso estudo, a variável acompanhamento em outros locais demonstrou significância estatística. Estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, verificou que quanto ao local de encaminhamento, a ESF e outros locais não foi significativo ($p = 0,623$). Já a internação hospitalar demonstrou significância estatística ($p = 0,018$), o que também foi apontado no nosso estudo. (ZANETTI *et al.*, 2017).

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, observou-se que as abordagens individual e em grupo não demonstraram significância estatística, o que também foi verificado nesse estudo realizado em usuários do CAPS

($p=0,880$ para a atividade individual e $p=0,061$ para aquelas realizadas em grupo) (ZANETTI *et al.*, 2017).

Com relação aos medicamentos utilizados pelos usuários da APS, percebeu-se que a prática da polifarmácia é praticada predominantemente por usuários do sexo feminino, onde o medicamento mais consumido foi a amitriptilina (83,33%), seguido pela fluoxetina (76,92%). Na literatura, encontramos estudo, onde mais de 60% dos jovens apresentaram prescrição de psicotrópicos, com um total de 155 medicamentos prescritos. Do total dessa amostra, 41,27% utilizaram apenas um medicamento e 19,58% praticaram a polifarmácia psicotrópica, com predominância na prescrição de antidepressivos (51,32%) (DHARNI; COATES, 2018)

Nesse sentido, os serviços de saúde mental devem elaborar projetos terapêuticos que respeitem as possibilidades individuais dos sujeitos e favoreçam o seu pertencimento nas decisões que pairam os serviços de cuidado comunitário. É preciso fortalecer os laços sociais entre usuários de saúde mental e rede de atenção psicossocial para permitir uma maior participação dos usuários e familiares nas estratégias de cuidado (UNASUS, 2011).

Em usuários do sexo masculino, o diazepam foi o medicamento mais consumido para os usuários em prática da polifarmácia (46,66%). Essa prescrição de benzodiazepínicos e polifarmácia foi significativamente ($p=0,02$), associada em estudo realizado por ALVIM *et al* (2017).

O consumo elevado de benzodiazepínicos está relacionado a presença de transtornos mentais comuns, polifarmácia e realização de consulta médica nos últimos 3 meses. Os benzodiazepínicos são utilizados em monoterapia e associados a outros medicamentos (ALVIM *et al.*, 2017).

A nossa investigação encontrou um reduzido número de pacientes utilizando alguma abordagem não-medicamentosa com predomínio do atendimento individual (88,23%) realizado principalmente pelo psicólogo (76,47%). Verificou-se ainda que a maioria dos usuários afirmam apresentarem melhoras com essa estratégia (92,16%).

A mudança proposta pela Reforma psiquiátrica não envolve apenas a estrutura física, mas também uma mudança na abordagem ao usuário que envolva a dimensão psicossocial do sofrimento, a subjetividade humana, a

inclusão social e a autonomia, priorizando o sujeito adoecido ao invés da doença instalada. As atividades com grupos possibilitam o compartilhamento de experiências através da ampliação da rede social ao trabalhar questões associadas ao seu sofrimento mental, identificando assim alternativas de apoio e suporte emocional, resignificando conceitos e construindo possibilidades de vida, entendendo a necessidade de ajuda de todos (UFMA/UNASUS, 2013).

O referido município incentiva, através da gestão do NASF a existência de grupos de educação em saúde em todas as unidades com a participação conjunta de toda equipe de saúde.

É importante ressaltar a necessidade das equipes da Estratégia Saúde da Família receberem capacitação para o atendimento em saúde mental, a fim de romper as barreiras de um tratamento caracterizado pela marginalização e exclusão dos que padecem de sofrimento psíquico (UFMA/UNASUS, 2013).

Não foi objeto do nosso estudo investigar os motivos dos usuários não estarem realizando outros atendimentos não-medicamentosos, mas as falas de alguns usuários referiram fila de espera para profissionais como psicólogo e fisioterapeuta, bem como a incompatibilidade de horários dos grupos com outros afazeres diários.

A contento, alguns quadros inerentes ao universo dos diagnósticos dos transtornos mentais podem ser nucleados por modelos biopsicossociais que incorporem a prática interdisciplinar. Entretanto, este feito requer que as habilidades profissionais sejam implicadas nesse processo, atuando no sentido de ampliar a clínica e construir práticas de cuidado integrais (REBOUÇAS, 2017).

No tocante aos serviços farmacêuticos podemos atribuir a estes não somente a responsabilidade pelas atividades técnico-gerenciais, mas adentrar a farmácia no cuidado ao usuário numa perspectiva de integralidade aos demais equipamentos e membros das RAS. Com isso, conseguiremos não somente o acesso, mas também o uso racional dos medicamentos, obtidos através da incorporação de atitudes comprometidas com o sujeito adoecido e não somente com a doença instalada (ARAÚJO *et al.*, 2017).

De forma geral, as Unidades Básicas de Saúde de Maracanaú oferecem uma ampla variedade de atendimentos à população adscrita, entre eles: acolhimento, acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e

puericultura), consulta odontológica, procedimento ambulatorial, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e curativos, consulta de enfermagem, exame preventivo (câncer de colo de útero), grupo de educação em saúde, imunização (vacinas), consulta médica, visita domiciliar, planejamento familiar, teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis, HIV, Hepatite B e C, atendimento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), controle da Hipertensão e Diabetes, Controle da Tuberculose e Hanseníase, Promoção, prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), troca de sonda nasogástrica e vesical, coleta de exame laboratorial, matriciamento em saúde mental e ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate de Endemias (ACE).

Percebe-se que a oferta de serviços abrange algumas condições e agravos presentes no âmbito da APS. Para a saúde mental é reservado além das consultas individuais, os atendimentos compartilhados com os profissionais do NASF, os grupos de educação em saúde e o matriciamento em saúde mental.

Estudo realizado no referido município em 2017 identificou que o fortalecimento do apoio matricial na perspectiva interdisciplinar entre as equipes analisadas produz ações mais abrangentes, onde se pode observar que as ações no âmbito da unidade de saúde se mostram mais articuladas. De acordo com esse estudo, em todas as AVISA's, é organizado um turno por mês na agenda dos profissionais para a discussão da demanda em saúde mental (matriciamento em saúde mental), momento esse que reúne profissionais de referência de cada unidade, responsáveis de todos os CAPS (AD, infantil e Geral) e os profissionais do NASF para discutirem conjuntamente os casos apresentados e realizarem os devidos encaminhamentos (REBOUÇAS, 2017).

O processo de matriciamento requer a estruturação de novas tecnologias para a sua implementação, onde o Projeto Terapêutico Singular, seja ele individual ou coletivo permite roteirizar esse processo de cuidado, que se fundamenta no contexto sociocultural do indivíduo. A priori, algumas informações são imprescindíveis, entre elas estão: motivo do matriciamento, informações sobre a pessoa, a família e o ambiente, problema apresentado no atendimento, história do problema atual, configuração familiar, vida social,

efeitos do caso na equipe interdisciplinar e formulação diagnóstica multiaxial (BRASIL, 2011).

Faz-se necessário que estudos de avaliação dos serviços sejam desenvolvidos para o melhor conhecimento da realidade e posterior detecção e solução de problemas. Acrescenta-se o fato de que estudos qualitativos são válidos no sentido de aprofundar a temática estudada, principalmente no conhecimento das estratégias terapêuticas destinadas aos portadores de transtornos mentais no contexto de uma perspectiva multidisciplinar que produza espaços integrados onde ações compartilhadas (atendimentos, visitas domiciliares, matriciamento, ações coletivas, entre outras) permitam a mudança preconizada na Reforma Psiquiátrica e em outros movimentos em prol da Saúde Mental.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No início do estudo a primeira dificuldade encontrada foi a inexistência de espaço reservado para a entrevista com os participantes da pesquisa, somados à impossibilidade de consulta aos prontuários dos pacientes a fim de serem coletadas as informações sobre hipóteses diagnósticas e medicamentos utilizados.

Para tanto, foi solicitado que os pacientes apresentassem a prescrição médica a fim de minimizar o viés de memória. Outra dificuldade encontrada foi o fato dos usuários apresentarem na maioria das vezes apenas as prescrições de psicotrópicos, o que impossibilitou o registro dos medicamentos de outras classes farmacológicas.

Ao visitar algumas unidades de saúde, percebeu-se que as informações contidas nos prontuários de alguns pacientes em uso de medicamentos psicotrópicos estavam desatualizados e/ou não continham informações sobre diagnóstico e prescrições médicas realizadas para esses medicamentos, limitando-se muitas vezes apenas ao registro de medicamentos da classe dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, por exemplo.

Desta forma, torna-se necessária a realização de outros estudos que avaliem os fatores associados à polifarmácia psicotrópica bem como investigue as abordagens terapêuticas utilizadas na APS, indo até as Unidades Básicas de Saúde ao invés de restringir-se ao serviço de dispensação de medicamentos. Recomenda-se ainda que seja realizado um estudo avaliativo do serviço de dispensação de medicamentos psicotrópicos do município, transferido desde janeiro do corrente ano do CAPS II para a centralização em uma unidade isolada, denominada Farmácia Polo.

8 CONCLUSÕES

O presente estudo caracterizou a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em usuários da APS que buscam a Farmácia Polo para o recebimento dos medicamentos. Serviu ainda para caracterizar a população do estudo de acordo com aspectos sociais, demográficos, utilização dos serviços, bem como as abordagens terapêuticas disponibilizadas a esses usuários e verificar alguns fatores associados à polifarmácia de medicamentos psicotrópicos.

Nosso estudo permitiu uma descrição desses aspectos de forma quantitativa e lançou olhares para novas reflexões no tocante ao uso dos psicotrópicos na APS, em especial nos locais de dispensação desses medicamentos, a exemplo da Farmácia Polo.

Na descrição da população estudada, apreendeu-se que a maior parte dos usuários da APS em recebimento de medicamentos na Farmácia Polo são do sexo feminino (70,65%), estado civil casado (49,83%) e predomínio da idade ente 40 a 49 anos (23,55%). Quanto ao recebimento de benefícios sociais, a maioria dos usuários (66,55%) não recebem, e entre aqueles que recebem, o principal benefício mencionado pelos entrevistados consiste na aposentadoria (39,80%)

A maioria dos entrevistados referem escolaridade no nível de Ensino Fundamental (56,99%) e estado civil casado (49,83%). Quanto aos hábitos em saúde, a maioria dos usuários referem nunca terem fumado (68,04%), bem como não praticarem atividade física (71,33%) e não usarem bebidas alcóolicas (97,95%). Quanto a auto-percepção da saúde, 55,29% dos usuários dizem que a saúde está regular, com número médio de consultas na Estratégia Saúde da Família de 4,59, com grande parcela dos entrevistados (96,59%) não tendo referido internação por motivo psiquiátrico.

Ao serem indagados sobre problemas de saúde e presença de doenças secundárias, observou-se que 41,64% afirmam ter problemas de saúde, cujos principais foram: hipertensão (59,02%), diabetes (32,79%), dor de cabeça (10,66%) e gastrite (9,84%). A proporção elevada de usuários realizando apenas a abordagem medicamentosa (82,59%) é preocupante, pois reforça a

lógica da medicalização do sofrimento psíquico e impede que novas alternativas terapêuticas sejam inseridas nesses espaços de cuidado em saúde mental. Observou-se que os usuários da APS também são acompanhados em outros locais, principalmente no CAPS (75,20%), reafirmando a direcionalidade do cuidado em saúde mental para esses espaços.

A polifarmácia de medicamentos psicotrópicos, caracterizada pelo uso de dois ou mais medicamentos para o mesmo paciente, foi exercida por 44,70% dos usuários, onde os medicamentos mais utilizados foram: amitriptilina, diazepam, fluoxetina, risperidona e carbamazepina. Os principais motivos para o uso dos psicotrópicos foram: nervosismo, insônia e depressão e os principais problemas relatados foram: sonolência e tontura.

Entre os fatores que se expressaram estatisticamente significativos associados à polifarmácia psicotrópica estão: sexo, idade, escolaridade, estado civil, problema de saúde, hipertensão, internação psiquiátrica, acompanhamento em outros locais, origem da prescrição, especialidade do prescritor e deixou de receber os medicamentos nessa farmácia. Após a regressão logística completa e em seguida fazendo o método backward foi possível verificar que a origem da prescrição e o acompanhamento em outros locais permaneceram associados a presença de polifarmácia psicotrópica. Observou-se pelo modelo final que usuários com prescrição de outros serviços de saúde tem 3,71 vezes mais chance de apresentar polifarmácia de medicamentos psicotrópicos comparados às receitas oriundas das Unidades Básicas de Saúde e pacientes acompanhados nos CAPS tem 3,73 vezes a mais de chances de realizarem a polifarmácia psicotrópica, comparados aos que realizam acompanhamento em outros locais.

Dessa forma, a polifarmácia de medicamentos psicotrópicos em Maracanaú é preocupante e conclama toda rede de atenção à saúde para unir esforços com o intuito de instituir novas práticas de cuidado em saúde mental que dialoguem com os diversos saberes da equipe multiprofissional e favoreçam a criação de estratégias terapêuticas empoderadoras nos serviços de cuidados primários.

9 REFERÊNCIAS

ABI-ACKEL, M.M *et al.* Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/ABI-ACHEL%20et%20al.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2019.

AGUIAR, M.P; ORTEGA, F.J.G. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 889-910, 2017. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/AGUIAR%3B%20ORTEGA%202017.pdf>>. Acesso em 14 de abril de 2018

ALBUQUERQUE, V.M.T; TAVARES, C.A. Avaliação de indicadores de medicamentos: importância para a qualidade da prescrição médica. *Revista Brasileira Farmácia Hospitalar*, v. 2, n. 3, p. 31-35, 2011. Disponível em:<<https://docplayer.com.br/9834492-Artigo-original-avaliacao-de-indicadores-de-medicamentos-importancia-para-a-qualidade-na-prescricao-medica.html>>. Acesso em 10 de julho de 2019

ALCÂNTARA, C.B *et al.* A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão dos profissionais de enfermagem, *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0294.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2019

ALVARENGA, J.M *et al.* A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Caderno Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 605-612, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/15.pdf>>. Acesso em 06 de agosto de 2019

ALVIM, M.M. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.20, n. 4, p. 436-474, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00463.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2019

AMARANTE, P. A questão as saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 829-840, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a14.pdf>> Acesso em 24 de abril de 2019

ANDRADE, L *et al.* Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil, *Soc. Psychiatr Epidemiol.*, v. 37, p. 316-325, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v37n04/316-325.pdf>>

<file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/textoscelg03.pdf>>. Acesso em 21 de abril de 2019

ANDRADE, R.S et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente, *Trabalho, Educação, Saúde*, v. 14, n. 2, p. 505-521, 2016. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/PROCESSO_DE_TRABALHO_EM_UNIDA_DE_DE_SAUDE_DA_FAMILI%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/PROCESSO_DE_TRABALHO_EM_UNIDA_DE_DE_SAUDE_DA_FAMILI%20(1).pdf)>. Acesso em 10 de março de 2019

APA. Declaração da Associação Americana de Psicologia sobre o Processo de Desenvolvimento do DSM-5, 2018. Disponível em:<<https://www.apa.org/news/press/releases/2011/12/development-process>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

ARAGÃO, E.I.S et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2367-2374, 2017. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20\(TM\)/ARAG%C3%83O%20et%20al%202.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20(TM)/ARAG%C3%83O%20et%20al%202.pdf)>. Acesso em 22 de abril de 2019

ARAÚJO, A.C; NETO, F.L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. XVI, no. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-s%C3%A1ude%20mental/ARA%C3%9AJO%3BNETO-IMPRIMIR.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

ARAÚJO, S.Q et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1181.pdf>>. Acesso em 17 de julho de 2019

AZEVEDO, L.J.C. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea, *CES Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/AZEVEDO%2020181.pdf>>. Acesso em 30 de março de 2019

BALEN, E et al. Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados, *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, v. 66, n. 3, p. 172-177, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/BALEN%20et%20al%202017.pdf>>. Acesso em 26 de abril de 2019

BARBOSA, M.I.S; BOSI, M.L.M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/ESF/BARBOSA%3B%20BOSI1.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2018

BATTISTA, C. Agentes antidepressivos. In: *Farmacologia Básica e Clínica*. 12. Ed. Artmed, Capítulo 30, p. 521-541, 2014

BENINI, I.S.P; LEAL, E.M. A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 19, n. 1, p. 30-42, 2016. Disponível em:<[http:// http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n1/1415-4714-rlpf-19-1-0030.pdf](http://http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n1/1415-4714-rlpf-19-1-0030.pdf)>. Acesso em 18 de julho de 2019

BERMUDEZ, K.M; BATISTA, R.S. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais de saúde mental, *Sociedade Saúde*, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20-%20tratamentos/BERMUDEZ%3B%20SIQUIRA-BATISTA.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

BERTOLDI, A.D *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais, *Revista Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 228-238, 2004. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/BER TOLDI%20et%20al.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2018

BEZERRA, I.C. *Uso de psicofármacos na Atenção psicossocial*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Disponível em:<<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/INDARA%20CAVALCANTE%20BEZERRA.pdf>>. Acesso em 18 de julho de 2019

BEZERRA, I.C et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/BEZERRA%20et%20al%201.pdf>>. Acesso em 19 de março de 2019

BORBA, L.O *et al.* Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), *Revista Min Enfermagem*, v. 21, e-1010, p. 1-8, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20-%20tratamentos/BORBA%20et%20al.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2019.

BORGES, T.L *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta. Paul. Enferm*, v. 28, n. 4, p. 344-349, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos%20APS%20e%20ESF/BORGES%20et%20al.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2019

BORGES, T.L; HEGADOREN, K.M; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde

em um centro urbano brasileiro, *Revista Panamericana Salud Pública*, v. 38, n. 3, p. 195-201, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos%20APS%20e%20ESF/BORGES%3B%20HEGADOREN%3B%20MIASSO.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2019

BRAGA, D.C *et al.* Uso de psicotr%C3%B3picos em um munic%C3%ADo do meio oeste de Santa Catarina, *Journal Health Science*, v. 34, n. 2, p. 108-113, 2016. Disponível em:<https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02_a_br-jun/V34_n2_2016_p108a113.pdf>. Acesso em 19 de julho de 2019

BRASIL. Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Portaria no. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova Pol%C3%ADtica Nacional de Pr%C3%A1ticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Sa%C3%ADde. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em 14 de junho de 2019.

BRASIL, Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Portaria no. 849, de 27 de mar%C3%A7o de 2017. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em 14 de junho de 2019.

BRASIL. Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Aten%C3%A7%C3%A3o %C3%A0 Sa%C3%ADde. *Gloss%C3%A1rio Tem%C3%A1tico Pr%C3%A1ticas Integrativas e Complementares em Sa%C3%ADde*. Bras%C3%ADlia: Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde, 180 p, 2018. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Documents/376770807-Glossario-Tematico-de-Praticas-Integrativas-e-Complementares-Em-Saude-PICS-MinistSaudeBrasil2018.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2019.

BRASIL. Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Secretaria de Aten%C3%A7%C3%A3o %C3%A0 Sa%C3%ADde. Departamento de Aten%C3%A7%C3%A3o B%C3%A1sica. *Pol%C3%ADtica Nacional de Pr%C3%A1ticas Integrativas e Complementares no SUS – atitude de amplia%C3%A7%C3%A3o e acesso*. 2.ed. Bras%C3%ADlia: Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. 96 p, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/273103789-Politica-Nacional-Praticas-Integrativas-Complementares-2ed.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2019.

BRASIL Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/cuidados%20da%20crian%C3%A7a%20-%20artigos%20lilacs/materiais%20da%20disserta%C3%A7%C3%A3o%202018/portaria-n-2436-%20PNAB.pdf>>. Acesso em 20 de dezembro de 2018

BRASIL, Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde. Lei no. 10216 de 6 de abril de 2001. Disp%C3%B5e sobre a prote%C3%A7%C3%A3o e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em sa%C3%ADde mental, 2001. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o1/Sa%C3%ADde%20Mental/L10216.html>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 30 de maio de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 30 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em 10 de abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no. 1.555, de 27 de junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2007. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/BRASIL,%202007.html>>. Acesso em 11 de maio de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 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). Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Uso%20de%20psicofarmacos-lilacs/Portaria%203.088%20RAPS.html>>. Acesso em 28 de junho de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, *Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva*, 236 p, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf>. Acesso em 18 de julho de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 27 de junho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no. 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em 31 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/portaria%204279%20RAS.pdf>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Final – III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não, 213 p, 2002. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Usode%20psicof%3%A1rmacos-lilacs/III%20Confer%3%8Ancia%20Nacional%20de%20Sa%3%BAde%20Mental.pdf>>. Acesso em 04 de março de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução No. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/BRASIL,%202004.html>>. Acesso em 10 de maio de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução No. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/BRASIL,%202004.html>>. Acesso em 10 de maio de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS. Cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. *Relatório de Gestão 2011-2015*, Brasília, 143p, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e promoção à saúde, Coordenação de Saúde Mental, 63 p, 1992. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Usode%20psicof%3%A1rmacos-lilacs/II%20Confer%3%AAncia%20Nacional%20de%20Sa%3%BAde%20Mental.pdf>>. Acesso em 04 de março de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental . *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, Brasília, 56 p, 2005. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório Final – IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 210 p, 2010. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Usode%20psicof%3%A1rmacos-lilacs/IV%20Confer%3%AAncia%20Nacional%20de%20Sa%3%BAde%20Mental.pdf>>. Acesso em 10 de março de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, 44 p, 2000. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental, 25 a 28 de junho de 1987 – Relatório Final, 43 p, 1988. Disponível em:<file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Uso%20de%20psicof%C3%A1rmacos-lilacs/l%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>. Acesso em 03 de março de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/medicaliza%C3%A7a%C3%B51/Sa%C3%BAde%20Mental/portaria%20154.html>>. Acesso em 10 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 01 de junho de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial – Relatório de Gestão 2011-2015*, 156p, Brasília, 2016. Disponível em:<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em 24 de abril de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental n. 34*, 176 p, 2013. Disponível em:<file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/BRASIL%202013.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 86 p, 2004. Disponível em:<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/manuais-e-publicacoes-raps/13314-manual-caps-2004/file>>. Acesso em 17 de julho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e*

recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada, Brasília, 125 p, 2018. Disponível em:<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Uso%20de%20psicof%C3%A1rmacos-lilacs/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdfBRAS%C3%8DLIA%202018.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2019

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, 218 p, 2018. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/RENAME%202018.pdf>>. Acesso em 28 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório Final-IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, 210 p, 2010. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Uso%20de%20psicof%C3%A1rmacos-lilacs/IV%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções técnicas para sua organização*. 2.ed. 100 p, Brasília, 2006. Disponível em:<https://docplayer.com.br/18782-Assistencia-farmaceutica-na-atencao-basica.html>. Acesso em 10 de junho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no. 2084/GM de 28 de outubro de 2005*. Estabelece normas, reponsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Disponível em:<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0141/PortariaGM_2005_2084.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em:<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/LEGISLA%C3%87%C3%83O/portaria_204%20Regulamenta%20os%20Blocos%20de%20Financiamento.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2019.

CABRITA, J; MARTINS, A.P. A Farmacoepidemiologia Observacional na Avaliação da Segurança e Efetividade do Medicamento, *Ver. Port. Farmacoter.*, v. 9, p. 96-106, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20nova/FARMACOEPIDEMIOLOGIA1.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2019

CAMPANHA, A.M. Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo, *Tese (Doutorado)*, 221 p., 2015. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/CAMPANHA%202015.pdf>>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

CANCELLA, D.C.B. Análise do uso de psicofármacos na Atenção Primária: uma revisão de literatura, Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Minas Gerais, 30 p, 2012. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/CANCELLA%202012.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2019

CAPUCHO, H.C. Monitoramento e Avaliação Farmacoterapêutico: o medicamento fez efeito? Qual?, *OPAS/OMS*, v. 1, n. 20, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/estudos%20de%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamentos/CAPUCHO,%202016.pdf>>. Acesso em 09 de abril de 2018

CARVALHO, D.B; ARAÚJO, T. M; BERNARDES, K.O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. , e. 17, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e17.pdf>>. Acesso em 10 de julho de 2019

CARVALHO, S.R *et al.* Medicalização: uma crítica (im) pertinente?, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/CARVALHO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 10 de março de 2019

CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 405-410, 1999.

CASTRO, L.L.C. A utilização da epidemiologia na regulação sanitária dos medicamentos. In: COSTA, E.A. *Vigilância Sanitária: temas para debate*, Salvador: EDUFBA, 237 p, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em 10 de junho de 2019.

CAVALCANTE, D.M; CABRAL, B.E.B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II, *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 3, p. 293-304, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n3/a06v22n3.pdf>>. Acesso em 18 de julho de 2019

CEARÁ, Governo do Estado do Ceará – Secretaria de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*, 2016

CEARÁ, Lei no. 12.151, de 29.07.93 (D.O de 12.08.93). Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros

recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Disponível em: <[http:// http://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Lei-Estadual_12151.pdf](http://http://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Lei-Estadual_12151.pdf)>. Acesso em 10 de abril de 2019.

CEARÁ, Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Ceará. Saúde Mental, 2018. Acesso em: <[http:// www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-mental](http://http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-mental)>. Acesso em 01 de julho de 2018

CLEMENTE, A.S; FILHO, A.I.L; FIRMO, J.O.A. Concepção sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental, *Caderno Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011. Disponível em:<[http:// www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/15.pdf](http://http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/15.pdf)>. Acesso em 17 de julho de 2019

CORDIOLI, A.V; GALLOIS, C.B; ISOLAN. *Psicofármacos – consulta rápida*, 5.ed, Porto Alegre: Artmed, 2015.

COSTA, G.M.P; OLIVEIRA, M.A.S. Estudo das prescrições de psicotrópicos em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. *Infarma Ciências Farmacêuticas*, v. 29, p. 27-33, 2017. Disponível em:<[http:// file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/COSTA%3B%20OLIVEIRA.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/COSTA%3B%20OLIVEIRA.pdf)>. Acesso em 10 de maio de 2018

COSTA, J. O *et al.* Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 1-13, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/article_plus.php?pid=S0102-311X2017000405001&tlng=en&lng=en>. Acesso em 09 de agosto de 2019.

COSTA, K.S *et al.* Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil, *Caderno Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 649-658, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/COSTA%20et%20a2.pdf>. Acesso em 08 de março de 2019

CRUZ, L. S *et al.* Perfil de pacientes com Transtornos Mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias-Bahia, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 20, n. 2, p. 93-98, 2016. Disponível em:<[http:// file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-s%C3%A1ude%20mental/CRUZ%20et%20a1.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-s%C3%A1ude%20mental/CRUZ%20et%20a1.pdf)>. Acesso em 02 de abril de 2019

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde, *Sociedade Saúde*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2019

DANTAS, N.F; PASSOS, I.C.F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores, *Tabalho, Educação, Saúde*, v.

16, n. 1, p. 201-220, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00097.pdf>>. Acesso em 24 de abril de 2019

DHARNI, A; COATES, D. Psychotropic medication profile in a community youth mental health servisse in Australia, *Children and Youth Services Review*, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918302111>>. Acesso em 08 de agosto de 2019

DECS. Descritores em Ciências da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Bireme. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/1>>. Acesso em 10 de abril de 2019.

DORIGATTI, A.E et al. Projeto Terapêutico Singular no Âmbito da Saúde Mental: uma Experiência no curso de Graduação em Medicina, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n. 1, p. 113-119, 2014. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos/DORIGATTI%20et%20al.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019

FILHO, A.A; BARRETO, M.L. Desenhos de pesquisa em Epidemiologia. In: *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. : Guanabara Koogan, 2011.

FILHO, J.S..A.M et al. Uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2018. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos%20APS%20e%20ESF/FILHO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2019.

FIORATI, R. C; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.

FIRMINO, H.F et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil, *Caderno Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/FIRMINO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2019

FLÓRES, G. M. S et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0237.pdf>>. Acesso em 23 de outubro de 2019.

FROSI, R.V; TESSER, C.D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20nova/FROSI%3B%20TESSER.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

GALAVOTE, H.S. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde, *Saúde, Sociedade*, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/ESF/GALAVOTE%20et%20al.pdf>>. Acesso em 25 de maio de 2018.

GARCIA, L.P et al. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA, 2013. Disponível em:<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2019

GARCIAS, C.L et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Caderno Saúde Pública*, v. 24, n. 7, p. 1565-1571, 2008. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/determinantes/GARCIAS%20et%20al.pdf>>. Acesso em 21 de novembro de 2018

GOMES, M.J.V.M; REIS, A.M.M. *Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar*. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

GONÇALVES, A. M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família, *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/medicaliza%C3%A7%C3%B51/Sa%C3%BAde%20Mental/reforma%20psiqui%C3%A1trica%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019

GONÇALVES, C.A; ORMEZZANO, G; TONDO, T. *Práticas Integrativas na Rede de Atenção Psicossocial – humanização e arteterapia*. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2016. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Documents/394417931-praticas-integrativas.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2019.

GONÇALVES, D.A et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors, *Caderno Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2019

GONÇALVES, R.W; VIEIRA, F.S; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista Saúde Pública*. V. 46, n. 1, p. 51-58. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o/medicaliza%C3%A7a%C3%B51/Sa%C3%BAde%20Mental/pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20mental%20-%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20gastos.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2019.

GRIFFITH, A.K. Psychotropic Medication Use for Youth in Residential Treatment: A Comparison Between Youth with Monopharmacy Versus Polypharmacy. *Journal Child Fam Stud*, 19, p. 795-802, 2010. Disponível em:<<http://https://link-springer-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2Fs10826-010-9372-9.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2019

GRYSCHEC, G; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20nova/GRY%3B%20PINTO.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

GUARIDO, R. 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://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/GUARIDO.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018

HENAO, S et al. Políticas públicas vigentes de salud mental em Suramérica: um estado del arte, *Ver Fac Nac Salud Publica*, v. 34, n. 2, p. 184-192, 2010. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-%C3%A1ude%20mental/HENAO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20\(TM\)/HIRDES.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20(TM)/HIRDES.pdf)>. Acesso em 20 de abril de 2019

HIRDES, A; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde Debate*, v. 38, n. 102, p. 582-592, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0582.pdf>>. Acesso em 23 de outubro de 2019.

IGNÁCIO, V.T.G; NARDI, H.C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul, *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 88-95, 2007. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/IGNACIO%3B%20NARDI%201.pdf>>. Acesso em 19 de maio de 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/maracanau/panorama>. Acesso em 31 de janeiro de 2018.

KANTORSKI, L.P et al. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem, *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, 2013. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/KANTORSKI%20et%20al.pdf>> Acesso em 05 de fevereiro de 2019.

KASSADA, D. S et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes, *Acta Paulista Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 495-502, 2015. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/KASSADA%20et%20al.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2019

KUKREJA SANJAY, M.B.B.S *et al.* Polypharmacy In Psychiatry: A Review. *Mens Sana Monographs*, v. 11, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653237/>>. Acesso em 09 de agosto de 2019.

LAPORTE, J.R.G. Estudos de utilização de medicamentos y de farmacovigilância. In: LAPORTE, J.R; TOGNONI, G. *Princípios de epidemiologia del medicamento*. 2.ed. Barcelona, Espanha: Masson-Salvat, 1993, p. 1-24.

LEITE, S.N; VIEIRA, M; VEBER, A.P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e na América Latina, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (supl.), p. 793-802, 2008. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/LEITE%3B%20VIEIRA%3B%20VEBER.pdf>>. Acesso em 03 de março de 2019

LEONARDO, B.C et al. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades, *Arquivos Catarinenses de Psiquiatria*, v. 46, n. 2, p. p. 39-52, 2017. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20-%20tratamentos/LEONARDO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 25 de março de 2019

LIMA, M.C.P et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas, *Revista Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/LIMA%20et%20al%202008.p>>. Acesso em 18 de abril de 2019

LIMA, M.G *et al.* Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados, *Revista de Saúde Pública*, n. 51, suplemento 2, p. 1-

9, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/determinantes/LIMA%20et%20al.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2018

LUCHESE, R et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária, *Acta. Paul. Enferm*, v. 27, n. 3, p. 200-2017, 2014. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/SCIELO/LUCHESE%20et%20al.pdf>>. Acesso em 21 de abril de 2019

MACIEL, A.P.P. Utilização de Psicofármacos em crianças nos Centros de Apoio Psicossocial Infantojuvenil de Fortaleza. Dissertação (mestrado). 101p. Fortaleza, 2013. Disponível em:<http://file:///C:/Users/Gabriela/Documents/2013_dis_apmaciel.pdf>. Acesso em 02 de janeiro de 2018

MAFRA, P.D.B et al. Perfil de acesso y uso de medicamentos em un município del sur de Brasil, *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 44, n. 1, p. 46-70, 2018. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Documents/farmacoepidemiologia/MAFRA%20et%20al.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2018.

MAGARINOS-TORRES, R.M et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros, *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3859.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019

MAINARDE, D.C et al. Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: perspectiva de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 28, n. 1, p. 69-78, 2014. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/TRANSTORNOS%20MENTAIS/MAINARDE%20et%20al.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2019

MARACANAÚ. Prefeitura de Maracanaú – A gente faz, a cidade cresce. Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/secretaria-de-saude/#1508866600390-f66fbce4-714b>. Acesso em 31 de janeiro de 2018

MARACANAÚ. Prefeitura de Maracanaú – a gente faz, a cidade cresce. Plano Plurianual do município PPA 2018-2021. Lei No. 2.670, de 30 de novembro de 2017, 2017

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W.F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil, *Saúde Sociedade*, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>>. Acesso em 04 de janeiro de 2019

MARTINS et al. Ações de saúde mental na Região Norte do Rio Grande do Sul, Brasil, *Revista Gaúcha Enfermagem*, v. 33, n. 1, p. 11-18, 2012. Disponível

em:<http://file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/AES_SADE_MENTAL_NORTE_RS_MARA_RICARDO_LEILA.pdf>. Acesso em 10 de março de 2019

MARTINS, A.K.L *et al.* Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. *J. res: fundam. care. Online*, v. 7, n. 1, p. 1905-1924, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos%20APS%20e%20ESF/MARTINS%20et%20al.pdf>>. Acesso em 03 de maio de 2018

MELTZER, H.B. Agentes antipsicóticos e lítio. In: *Farmacologia Básica e Clínica*, 12. Ed. Artmed, capítulo 29, p. 502-520, 2014.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>Acesso em 10 de fevereiro de 2019

MENDES, L.A; PEREIRA, B.B. Intoxicações por medicamentos no Brasil registradas pelo SINITOX entre 2007 e 2011, *Journal Health Biologic Sciences*, v. 5, n. 2, p. 165-170, 2017. Disponível em:<<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1234/425>>. Acesso em 20 de abril de 2019

MINÓIA, M; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde, *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pcp-35-4-1340.pdf>>. Acesso em 04 de janeiro de 2019

MOLINER, J; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidade para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental, *Sociedade Saúde*, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20\(TM\)/MOLINER%3B%20LOPES.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20(TM)/MOLINER%3B%20LOPES.pdf)>. Acesso em 10 de abril de 2019

MOREIRA, J.K.P *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família, *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20\(TM\)/MOREIRA%20et%20al.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-APS%20e%20ESF%20(TM)/MOREIRA%20et%20al.pdf)>. Acesso em 22 de abril de 2019.

MOREIRA, J.K.P *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em:<file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs-

[APS%20e%20ESF%20\(TM\)/MOREIRA%20et%20al.pdf](#)>. Acesso em 22 de abril de 2019

NASCIMENTO, R.C.R.M *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, n. 51, Supl. 2:19s, p. 1-12, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2019

NALOTO, D.C.C *et al.* Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/NALOTO%20et%20al%202016.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

NORDON, D. G *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária, *Revista Psiquiatria*, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/artigos%20psicotr%C3%B3picos/NORDON%20et%20al%202009.pdf>>. Acesso em 25 de abril de 2019

NORMAN, A.H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde, *Caderno Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/NORMAN%3BTESSER%201.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018

OLIVEIRA, A.M.N; ARAÚJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da atenção básica de saúde, *Trabalho, Educação, Saúde*, v. 16, n. 1, p. 243-262, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tes/2017nahead/1678-1007-tes-1981-7746-sol00100.pdf>>. Acesso em 18 de julho de 2019

OLIVEIRA, M.A; BERMUDEZ, J.A.Z; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 13 de junho de 2019

OLIVEIRA, G.N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde ampliada e compartilhada, 3.ed., São Paulo: HUCITEC Editora, capítulo 11, p. 273-282, 2013

OLIVEIRA, N.S.C; XAVIER, R.M.F; ARAÚJO, P.S. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia, *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 33, n. 2, p. 283-289, 2012

OMS, Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em:<<http://>

<file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/cuidados%20da%20crian%C3%A7a%20-%20artigos%20ilacs/materiais%20da%20disserta%C3%A7%C3%A3o%202018/Declar%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2019

OMS, Organização Mundial de Saúde. Departamento de medicamentos essenciais e outros medicamentos. A importância da farmacovigilância/ Organização Mundial de Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 48 p, 2005.

OMS.WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários- uma perspectiva global, 250 p, 2008. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/APS/Integracao saude mental cuidados primarios.pdf](http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/APS/Integracao%20saude%20mental%20cuidados%20primarios.pdf)>. Acesso de 10 de abril de 2019

ONOCKO-CAMPOS, R.T et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

ONOCKO-CAMPOS, R; GAMA, C. *Saúde Mental na Atenção Básica. In: Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde ampliada e compartilhada*, 3.ed., São Paulo: HUCITEC Editora, Capítulo 9, p. 221-246, 2013.

OPAS/OMS. La carga de los trastornos mentales em la Región de las Americas, 2018, 50 p, Washington, 2018. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/carga%20dos%20TM%20nas%20Am%C3%A9ricas%202018.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018

OPAS/OMS. Folha informativa – Transtornos mentais. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em 23 de outubro de 2019.

OPAS-Brasil. Medicamentos e Tecnologias em Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5432:oms-atualiza-lista-de-medicamentos-essenciais-com-novas-recomendacoes-sobre-uso-de-antibioticos-e-adiciona-medicamentos-para-hepatite-c-hiv-tuberculose-e-cancer&Itemid=838>. Acesso em: 21 de março de 2019

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G.S. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde (online). Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 13 de junho de 2019.

PAHO/WHO. Atlas of Mental Health of the Americas 2017. Washington, 42 p, 2018. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/ATLAS%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%202017.pdf>>. Acesso em 28 de março de 2019

PARAGUAY. Organização Mundial de Saúde/Organização PanAmericana de Saúde. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social, *Política Nacional de Medicamentos*, 45 p, 2015. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28535/9799996736315-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 30 de junho de 2018

PASSOS, A.C.B. *Utilização de psicofármacos entre os usuários da Atenção Primária do município de Maracanaú, Ceará*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Centro de Ciências da Saúde: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/FARMACOLOGIA/disserta%C3%A7%C3%A3o%20ana%20cl%C3%A1udia.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019

PEREIRA, A.A; ANDRADE, D.C.L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para médicos da Atenção Básica, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/SCIELO/PEREIRA%3B%20ANDRADE.pdf>>. Acesso em 23 de abril de 2019.

PERUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde Mental e individual contemporânea, *Tempo Social-Revista de Sociologia da USP*, v. 27, n. 1, p. 1-22, 2015. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/EUM/Uso%20de%20psicof%C3%A1rmacos-scielo/PERUSI.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018

PINTO, A.G.A et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território, *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 970-977, 2017. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/ESF/APS/PINTO%20et%20al.pdf>> Acesso em 09 de abril de 2019.

PRADO, M. A. M. B; FRANCISCO, P. M. S. B; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia, Serviços, Saúde*, v. 26, n. 4, p. 747-758, 2017.

RANDEMARK, N.F.R; JORGE, M.S.B; QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias, *Texto, Contexto, Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 543-550, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a06.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2019

RAMOS, L.S et al. Comissão de Saúde Mental: estratégias na busca de espaços na atenção básica, *Revista Enfermagem*, v.2, esp. 1, p. 581-586, 2013. Disponível em:<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10002/7802>. Acesso em 02 de janeiro de 2019

RAMOS, L. R *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública, *Revista de Saúde Pública*, v. 50 (supl), p. 1-9s, 2016.

REBOUÇAS, E.C. Núcleo de apoio à saúde da família: visão transposta à interdisciplinaridade. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/ELISANGELA%20CUST%20C3%93DIO%20REBOU%20C3%87AS.pdf>>. Acesso em 15 de julho de 2019

RESENDE, M.S; PONTES, S; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência, *Psicologia em Revista*, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2019.

RHEE, T.G; ROSENHECK, R.A. Psychotropic polypharmacy reconsidered: Between-class polypharmacy in the context of multimorbidity in the treatment of depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 252, p. 450-457, 2019.

RIBEIRO, N.K.R; LEITE, L.L.B; PONTES, Z.B.V.S. Estudo farmacoepidemiológico: o uso de medicamentos por gestantes, *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. X, n. 1, p. 16-26, 2013. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/24838424-Estudo-farmacoepidemiologico-o-uso-de-medicamentos-por-gestantes.html>>. Acesso em 10 de abril de 2018

ROCHA, B.S; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n11/3291-3300/pt/>>. Acesso em: 15 de julho de 2019

RODRIGUES, M.A.P; FACCHINI, L.A; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidades do Sul do Brasil, *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/RODRIGUES%3B%20FACHINI%3B%20LIMA.pdf>> Acesso em: 08 de abril de 2019

SANTOS, A.M.V.S *et al.* Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Caderno Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 160-168, 2017. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/SCIELO/SANTOS%20et%20al.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2019

SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>> Acesso em 22 de abril de 2019.

SILVA, P.A; ALMEIDA, L.Y; SOUZA, J. O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53: e03419, p. 1-8, 2019. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/lilacs%20psicotr%C3%B3picos%20APS%20e%20ESF/SILVA%3B%20ALMEIDA%3B%20SOUZA.pdf>>. Acesso em 05 de abril de 2019

SILVA, T.O *et al.* Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na Estratégia Saúde da Família, *Revista Brasileira Promoção da Saúde*, v. 27, n. 4, p. 575-582, 2014. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/Promocao%20do%20uso%20racional%20de%20medicamentos%20uma%20exper.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2019

SORATTO, J et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família, *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 2-11, 2017. Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/ESF/SORATTO%20et%20al.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2018

SOUZA, D.O; SILVA, S.E.V; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”, *Saúde Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>>. Acesso em 24 de abril de 2019.

STARFIELD, B. Ministério da Saúde. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 726 p, 2002

TESSER; NETO; CAMPOS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15 (supl. 3), p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/medicaliza%C3%A7%C3%A3o%202019/TESER%3B%20NETO%3BCAMPOS.pdf>>. Acesso em 10 de junho de 2018

TREVOR,A.J; WAY, W.L. Fármacos sedativo-hipnóticos. In: *Farmacologia Básica e Clínica*. 12. Ed. Artmed, Capítulo 22, p. 373-388, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNASUS/UFMA. Estratégias de abordagem e tratamento do sofrimento mental/Mae Soares da Silva (Org.) – São Luís, 2013

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 10, p. 138-151, 2010. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/18.pdf>>. Acesso em 23 de outubro de 2019

VIDAL, C.E.L *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres, *Caderno Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a15.pdf>>. Acesso em 18 de julho de 2019

VILLA, E.A et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família, *Saúde e Debate*, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>> Acesso em 13 de agosto de 2018

XAVIER, M.S et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial, *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 2, p. 323-329, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0323.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2019

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders-Global Health Estimates. 24 p., 2017. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf](file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf)>. Acesso em 30 de março de 2019.

WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. Disponível em:<[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/MENTAL%20HEALTH%202013-2020.pdf](file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/MENTAL%20HEALTH%202013-2020.pdf)>. Acesso em 09 de abril de 2019.

WHO. Model list of essential medicines, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 de junho de 2018.

WHO. Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. 206 p., 2002. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/relat%C3%B3rio%20mundial%20das%20perturba%C3%A7%C3%B5es%20mentais.pdf](file:///C:/Users/Gabriela/Desktop/materiais/relat%C3%B3rio%20mundial%20das%20perturba%C3%A7%C3%B5es%20mentais.pdf)>. Acesso em 15 de abril de 2019

WHO. The Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system and the defined daily dose (DDD). ATC/DDD Index 2019. Disponível em:<https://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em 01 de maio de 2019

YAMAUTI, S.M et al. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 975-986, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0975.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2019

ZANETTI, L.L et al. Tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, *Scientia Medica*, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/321897834_Tratamento_medicamentoso_e_nao_medicamentoso_de_usuarios_de_um_Centro_de_Atencao_Psicossocial>. Acesso em 10 de agosto de 2019

APÊNDICES
APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
**A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ**

Data da coleta: ___/___/___ Pesquisador: _____ Equipe: ____ UBS: _____ Telefone: _____

Parte I – Dados do Adulto	
1. Nome:	NOME
2. Data do Nascimento: ___/___/___	DATADENASCIMENT ONASC
3. Idade:	IDADE
4. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	SEXO
5. Escolaridade:	ESCOLARIDADE
6. Estado civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo 4. () divorciado 5. () união estável	ESTADOCIVIL
7. Recebe algum benefício social? 1. () Sim 2. () Não	BENEFICIO
7.1 Se sim, qual? 1. () Bolsa família 2. () Benefício de Prestação Continuada (BPC) 3. () Pensão 4. () Aposentadoria 5. () Auxílio-doença	QUALBENEFICIO
Parte II - Hábitos em saúde e identificação das condições de saúde	
8. Tabagismo: 1. () nunca fumou 2. () ex-fumante 3. () fumante	TABAGISMO
9. Prática regular de exercícios físicos 1. () sim 2. () não	EXERCICIOSFISICO S
10. Uso de bebidas alcoólicas: 1. () sim 2. () não	BEBIDASALCOOLICA S
11. Como está sua saúde: 1. () boa 2. () regular 3. () ruim	AUTOPERCEPCAO SAUDE
12. Problema de saúde: sim () ou não (), se sim qual?	PROBLEMASAUDE
12.1 1. () hipertensão 2. () diabetes 3. () asma 4. () incontinência urinária 5. () dor de cabeça 6. () gastrite 7. () refluxo 8. Outros: _____	QUALPROBLEMA
13. Número de consultas médicas pela equipe da ESF nos últimos 12 meses:	NUMEROCONSULTA S
14. Internações por motivo psiquiátrico nos últimos 12 meses 1. () sim 2. () não	INTERNAOPSIQUIAT RICA
Parte III – Utilização de Serviços de Saúde	
15. Tipo de atendimento na UBS: 1. () tratamento medicamentoso 2. () tratamento medicamentoso e não-medicamentoso	tipoatend1
16. Você é atendido/acompanhado em outros locais? 1. () Sim 2. () Não	acomploc1
17. Se sim, onde? 1. () CAPS 2. () Hospital 3. () Escola 4. () CRAS 5. () Particular	LOCALACOMPANHA
18. Qual a especialidade do médico que você é acompanhado? 1. () Psiquiatra 2. () Neurologista 3. () Clínico geral 4. () Não sabe 5. () Outro, especifique:	qualaespecialidadedo medicoquelheacompa nha11

19. Com qual frequência é acompanhado pelo médico nesses locais? 1. () semanalmente 2. () mensal 3. () a cada 2 meses 4. () a cada 3 meses 5. () outro						FREQOUTR1
Parte IV- Dados Relativos ao Tratamento Medicamentoso						
	Medicamento1	Medicamento 2	Medicamento 3	Medicamento 4	Medicamento 5	
20. Quais medicamento(s) controlados o senhor (a) utilizou nos últimos 15 dias?						MEDICAMENTO
21. ATC						
22. Concentração: * Retirar dado da prescrição						CONCENTRACAO1
23. Forma Farmacêutica: * Retirar dado da prescrição						FORMA1
24. Posologia: * Retirar dado da prescrição						POSOLOGIA1
25. Você recebeu orientações acerca do(s) medicamento(s) que faz uso?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não			ORIENTACAO1
26. Qual a indicação do uso do(s) medicamento(s)?						INDICACAO1
27. Há quanto tempo faz uso desse(s) medicamento(s)?						TEMPOUSO1
28. Você percebe melhora dos sintomas com o uso do medicamento?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não			MELHORAS1
27.1 Se "Sim", qual/quais?						QUALMELHA1
29. Você percebe algum problema devido ao uso do medicamento?	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não			PROBLEMA1
28.1. Se "Sim", qual/quais?						QUALPROBLEMA1
30. A família apoia esse tratamento? 1. () Sim 2. () Não						FAMILIAAPTTOMED

<p>31. Com qual frequência você é acompanhado pelo médico da ESF? 1. () semanal 2. () mensal 3. () cada 2 meses 4. () cada 3 meses 5 () outro</p>			Qualfrequenciaacompanhadopelomedico1
<p>32. Registrar o serviço de origem da prescrição (retirar dado da prescrição):</p>			Origemprescrio1
<p>33. Registrar a especialidade do médico que receitou a prescrição (retirar dado da prescrição):</p>			Especialidadeprescritor1
<p>34. Você costuma sempre receber o(s) medicamento(s) nessa Farmácia? 1. () Sim 2. () Não</p>			Recebenafarmacia1
<p>33.1 Se “Sim”, você já deixou de receber algum do(s) medicamento(s) nessa Farmácia? 1. () Sim 2. () Não</p>			Naoconseguiureceber1
<p>33.2. Se “Sim”, como faz quando não recebe o medicamento? 1. () Compra 2. () Fica sem tomar</p>			Comofazquandonorecebeomedicament1
<p>35. Quantos psicofármacos utiliza?</p>			NUMEROMEDICAMENTOS
Parte V – Dados Relativos ao Tratamento Não Medicamentoso			
<p>36. Qual tratamento não-medicamentoso realiza:</p>			QUALNAOMEDICAMENTOSO
<p>36. Qual profissional realiza o tratamento não medicamentoso? 1. () Psicólogo 2. () Terapeuta Ocupacional 3. () Fonoaudiólogo 4. () Psicopedagogo 5. () Enfermeiro 6. () Fisioterapeuta 7. () Outro, especifique:</p>			PROFNAOMEDIC

Parte V – Dados Relativos ao Tratamento Não Medicamentoso	
36. Qual tratamento não-medicamentoso realiza:	QUALNAOMEDICAMENTOSO
37. Qual profissional realiza o tratamento não medicamentoso? 1. () Psicólogo 2. () Terapeuta Ocupacional 3. () Fonoaudiólogo 4. () Psicopedagogo 5. () Enfermeiro 6. () Fisioterapeuta 37. 7. () Outro, especifique:	PROFNAOMEDIC
38. Em qual serviço você realiza o tratamento não medicamentoso? 1. () CAPS 2. () Hospital 3. () Escola 4. () CRAS 5. () Particular	SERVICONAOMEDICAMENT
39. Com qual frequência você é acompanhado para o tratamento não medicamentoso? 2. () semanal 2. () mensal 3. () cada 2 meses 4. () cada 3 meses 6 () outro	FREQUENCIAOAMEDIC
40. Você percebe melhora dos sintomas com o tratamento não medicamentoso? 1. () Sim 2. () Não	vocpercebemelhoradossintomas
41. Você percebe algum problema devido ao tratamento não medicamentoso? 1. () Sim 2. () Não	vocepercebealgumproblemadev
42. Esse tratamento influenciou na diminuição do uso do medicamento? 1. () Sim 2. () Não	Essetratamentonomedicamentoso
4. A família apoia esse tratamento? 1. () Sim 2. () Não	afamiliaapoiaseutratamentonomed

APÊNDICE B
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DO
PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a Secretaria de Saúde do Município de Maracanaú autoriza a realização da pesquisa na Farmácia Pólo de Maracanaú, e que a mesma dispõe de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa intitulada **“A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ”** a ser realizada pela pesquisadora Gabriela de Almeida Ricarte Correia, não havendo nenhum ônus para o município, sendo todas as despesas de responsabilidade da pesquisadora.

Fortaleza, 06 de novembro de 2018.

Francisco Torcápio Vieira da Silva
Secretário de Saúde do município de Maracanaú-Ce

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado pelo pesquisador(a) Gabriela de Almeida Ricarte Correia para participar, como voluntário (a), na pesquisa intitulada **“A POLIFARMÁCIA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ”**, realizada de janeiro de 2019 a junho de 2019, cujo objetivo é caracterizar a polifarmácia psicotrópica em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) que recebem seus medicamentos na Farmácia Pólo do município de Maracanaú-Ce, bem como descrever as características sociais e demográficas dos usuários da APS encaminhados à Farmácia Pólo para o recebimento dos medicamentos; identificar os fatores associados à polifarmácia psicotrópica para os usuários da APS e identificar as abordagens terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas disponibilizadas aos usuários da APS.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento.

Deste modo, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Esclareço ainda que as informações coletadas serão somente utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa e que as informações conseguidas não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita aos profissionais estudiosos do assunto. Informo ainda que o senhor (a) não receberá pagamento algum por concordar em participar da pesquisa e que poderá a qualquer momento recusar a continuar participando da pesquisa, retirando seu consentimento, sem prejuízo algum. Todas as informações coletadas ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado sem prejuízo algum ou mudança do tratamento que o senhor (a) recebe. Saliento que a qualquer momento o senhor (a) poderá ter acesso as informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores. O questionário a ser respondido possui um total de 16 (dezesesseis) perguntas e o tempo estimado para responde-las será de 15 (quinze) minutos.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador principal no endereço:

Nome: Gabriela de Almeida Ricarte Correia
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Queiroz Ribeiro, 339 - Montese, Fortaleza-Ce
Telefones para contato: (85) 99605-3073

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma 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 deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura

ANEXOS
ANEXO A
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO CEARÁ

Pesquisador: GABRIELA DE ALMEIDA RICARTE CORREIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03462218.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.066.380

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa a ser realizado no município de Maracanaú-Ce.

O principal objetivo do estudo consiste

em investigar os principais determinantes envolvidos na utilização de psicofármacos entre os usuários da Estratégia Saúde da Família. Pretende-se

ainda descrever as estratégias utilizadas por profissionais de saúde para promover a saúde mental no contexto da Atenção primária à Saúde. Tal proposta está inserida no campo da farmacoepidemiologia, especificamente nos Estudos de Utilização de Medicamentos que permitem compreender

o uso dos medicamentos nas populações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a utilização de psicofármacos e seus determinantes entre os usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no município de Maracanaú-Ce.

Objetivo Secundário:

Descrever as características sociais e demográficas dos usuários de psicofármacos; Descrever o uso dos psicofármacos em relação à sua

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000 CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (08)3366-8344 E-mail: comep@ufc.br