

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - FIOCRUZ**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

por

**MÁRCIA DIAS ALFENA**

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade  
Profissional em Saúde Pública

Orientador principal: Prof. Dr. Paulo Amarante

Segundo orientador: Prof. Dr. Fernando Freitas

Rio de Janeiro, março de 2015



Esta dissertação intitulada

“Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária”

Apresentada por:

**Márcia Dias Alfena**

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Cesar Augusto Favoreto  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Alfena, M D. Uso de psicotrópicos na Atenção Primária. Rio de Janeiro; 2015. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

### Resumo:

Esta pesquisa aborda as práticas adotadas na prescrição de psicotrópicos pelos médicos de família e as suas dificuldades na construção do diagnóstico em saúde mental na Atenção Primária. Os médicos de família passaram a assumir um papel importante na saúde mental, após a inserção dos psicotrópicos em 2011 na Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, pois começaram a acompanhar estes usuários e a ter que decidir o que fazer e como fazer com essa demanda.

Realizou-se um estudo qualitativo, onde foi utilizado a técnica do grupo focal. A análise dos dados foi realizada através da análise do discurso, tecendo-se uma relação com as referências da literatura. O grupo focal contou com a presença de oito médicos de família, residentes da Residência de Medicina e Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro.

Observou-se que os médicos de família, com as suas competências: abordagem comunitária e individual; utilização de técnicas de redução de danos; método clínico centrado na pessoa; cuidado integral; apresentam dificuldades na elaboração de um diagnóstico, prescrição de psicotrópicos e acompanhamento dos usuários em saúde mental.

As questões em saúde mental são subjetivas e dependem muito de um olhar diferenciado; de uma escuta qualificada; de um vínculo usuário/médico; da abordagem ao usuário, para se diagnosticar e tratar adequadamente, seja com terapias alternativas e ou medicamentos.

São questões que necessitam às vezes de uma avaliação multidisciplinar, com ajuda de psicólogos e ou de psiquiatras, sendo assim importante se ter um apoio matricial realmente eficaz.

Palavras-chave: 1. Psicotrópicos; 2. Medicalização; 3. Saúde Mental; 4. Matriciamento; 5. Saúde da Família.

Alfena, M D. Use of psychotropic drugs in primary care. Rio de Janeiro; 2015.  
Dissertation [Professional Masters in Primary Health Care with Emphasis on the Family  
Health Strategy] – Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca.

### Abstract

This study addresses the practices adopted in the prescription of psychotropic drugs by family doctors and their difficulties in the construction of diagnosis in mental health in primary care. The family physicians began to play an important role in mental health, after insertion of psychotropic drugs in 2011 in Primary Care in the City of Rio de Janeiro, they began to follow these users and have to decide what to do and how to make this demand.

We conducted a qualitative study, where it was used the technique of focus group. Data analysis was performed by speech analysis, weaving up a relationship with literature references. The focus group was attended by eight family physicians, residents of the Medical Home and Family and Community in the city of Rio de Janeiro.

It was observed that family doctors, with their skills: community and individual approach; use of harm-reduction techniques; person-centered clinical method; integral care present difficulties in making a diagnosis, prescription of psychotropic drugs and monitoring of mental health users.

The mental health issues are subjective and rely heavily on the "different look"; a qualified hearing; a user bond / medical; the approach to the user, to diagnose and treat properly, either with or alternative therapies and medicines.

These are issues, that sometimes needs a multidisciplinary approach, with help of psychologists and/or psychiatrists, being so important to have a matrix support really effective.

Key words: 1. Psychotropic drugs; 2. Medicalization; 3. Mental Health; 4. matricial; 5. Health of the Family.

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....  | 5  |
| 2. OBJETIVOS: .....   | 10 |
| 2.1. Objetivo geral: .....                                      | 10 |
| 2.2. Objetivos Específicos: .....                               | 10 |
| 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....                                  | 11 |
| 4. METODOLOGIA.....   | 27 |
| 4.1. Caracterização da Pesquisa .....                           | 27 |
| 4.2. Cenário da Pesquisa .....                                  | 27 |
| 4.3. Sujeitos da Pesquisa.....                                  | 27 |
| 4.4. Estratégia de coleta de dados .....                        | 27 |
| 4.5. Análise de Dados .....                                     | 28 |
| 4.6. Aspectos éticos e legais .....                             | 29 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....                                 | 31 |
| 5.1. Método clínico centrado na pessoa .....                    | 31 |
| 5.2. Situações de saúde mental comuns na atenção primária ..... | 33 |
| 5.3. Diagnóstico em saúde mental na atenção primária.....       | 35 |
| 5.4 Medicalizações na atenção primária .....                    | 39 |
| 5.5. As dificuldades com a desmedicalização:.....               | 42 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....                                   | 47 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....                            | 50 |
| 8. Apêndice A:.....   | 62 |
| 9. Apêndice B:.....   | 65 |
| 10. Apêndice C:.....  | 67 |
| 11. Apêndice D: .....   | 68 |

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa as práticas adotadas na prescrição de psicotrópicos pelos médicos de família e as dificuldades e facilidades na construção do diagnóstico em saúde mental na Atenção Primária. A motivação para o estudo surgiu do meu trabalho como médica de família, o que promoveu reflexões, inquietações e questionamentos quanto à prescrição de psicotrópicos, manutenção da medicação e avaliação do usuário quanto ao diagnóstico.

Este estudo é complexo, pois as contradições aparecem, a respeito do diagnóstico, da técnica de abordagem; do poder do médico; da prescrição da medicação e igualmente com os relatos do grupo focal. Pois são questões subjetivas.

Quando da inserção de psicotrópicos na Atenção Primária em 2011 no Rio de Janeiro, houve uma grande procura de usuários para troca de receitas, prescritas por especialistas que, na maioria das vezes, não eram de psiquiatras, mas clínicos, cardiologistas, entre outros. O médico de família passou, então, a ter o papel de analisar, reavaliar a conduta e decidir o que fazer, e às vezes mantendo a prescrição por não estar preparado para tal. Outro fator importante é que se tende a manter a medicação se o usuário já a usa há muito tempo e não se conhece exatamente as circunstâncias que levaram à indicação anterior (GALLEGUILLOS et al, 2003).

Considero importante analisar esta discussão, e particularmente empreender uma revisão, reforma e uma reconstrução das práticas de saúde para a educação permanente dos profissionais de saúde e para a sua atuação cotidiana. Principalmente para as equipes de Saúde da Família, visando à atenção e a sensibilização dos profissionais para a realização de uma prescrição racionalizada dos medicamentos psicotrópicos e, com isso, reduzindo o uso abusivo e evitando a dependência física e psíquica destas substâncias.

A utilização de psicofármacos tem aumentado nas últimas décadas, estudos realizados no Brasil, Europa e América Latina mostram o aumento da utilização desses medicamentos (FIRMINO et al, 2011). Este crescimento pode ser atribuído à maior frequência de diagnósticos de transtornos mentais na população, à introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico e as novas indicações terapêuticas dos fármacos já existentes (RODRIGUES MAP, 2006). Os psicofármacos devem ser utilizados de uma forma racional, tendo em vista que podemos produzir diversos efeitos

adversos, causar dependência e o seu uso prolongado pode gerar diversos problemas a saúde da população (VILLA RS, 2003).

Órgãos internacionais, como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento.

A medicalização é um fenômeno que se manifesta de diversas formas. Nye (2003, p. 117), fez um resgate histórico do uso do termo, ao analisar desde os seus primeiros trabalhos, o significado da ampliação em quantidade da assistência médica; número de habitantes por médico; de leitos hospitalares e de novas técnicas terapêuticas até a conversão do termo a um significado mais amplo, aliado, especialmente, à crescente incorporação de diferentes aspectos da condição humana, sejam sociais, econômicos ou existenciais, sob o domínio do medicalizável, isto é, do diagnóstico médico, da cura e da terapêutica.

A Estratégia de Saúde da Família, quando de sua criação, propunha a superação dessa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na promoção da saúde. Seus valores, conceitos e diretrizes, como conceito ampliado de saúde, determinação social do processo saúde-doença, empoderamento individual e coletivo, sustentabilidade, intersetorialidade, participação popular, dentre outros, apontam para uma direção desmedicalizante. A proximidade com o usuário pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e a reconstrução da autonomia, mas, por outro lado, também corre o risco de constituir-se em uma força medicalizadora poderosa (TESSER, 2006).

O fim de uma consulta, pode não resultar apenas em uma receita, mas num novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente; em seu sofrimento; nas suas condições psicoexistenciais; em seus desafios terapêuticos, e possibilidades de outras intervenções, o que propiciaria, assim, uma reconstrução da clínica e a abertura do ambiente da Atenção Primária para o enriquecimento e a ampliação das práticas em saúde, desenvolvendo ações de maior eficácia terapêutica e promotoras de autonomia, restringindo ao máximo a medicalização.

Quando bem administrados, os psicotrópicos podem ser facilitadores relevantes no processo de cuidado do usuário. No entanto, os medicamentos devem ser prescritos por um curto e ou médio prazo, pois o adoecer psíquico foi, em algum momento, construído em sua vida, ele não nasceu adoecido.

De acordo com o conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (MANAGEMENTS CIENCES FOR HEALTH, 1997).

Além disso, também é importante garantir o acesso e o fornecimento gratuito dos psicofármacos, inclusive aqueles de última geração, os quais devem ser usados de acordo com protocolos de tratamento, incorporando inovações tecnológicas comprovadas e seguras (BRASIL, 2002).

A prevalência estimada de transtornos mentais e de comportamento é de 12% na população mundial, sendo que mais de 450 milhões de pessoas sofrem de algum problema de saúde mental e a grande parte destes usuários é medicada na Atenção Primária à Saúde (APS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A partir das discussões da reforma psiquiátrica, nos anos 1980, os serviços de APS foram considerados o primeiro nível de cuidado da saúde mental. Neste sentido, os profissionais da atenção primária têm um papel crucial no tratamento e cuidado aos usuários com transtornos mentais (HIRDES A., 2009).

No Brasil, há poucos estudos investigando a prevalência de uso de psicofármacos, bem como o padrão de uso dos mesmos na população e na APS. Investigar o perfil de uso na APS é necessário para planejar intervenções junto à comunidade e aos prescritores, promovendo o uso racional dos medicamentos, incluindo a seleção dos mesmos nas relações de medicamentos essenciais (RODRIGUES MAP, 2006).

Segundo Huxley, (2005, p.35), o qual já previa o uso indiscriminado, escreveu ‘Parece imperdoável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os “paraísos artificiais”, isto é, a busca da autotranscendência através das drogas ou umas férias químicas de si mesmo’. A maioria dos homens e mulheres leva a vida tão dolorosa ou tão monótona e limitada que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais “apetites da alma”.

Ao analisar sobre “férias químicas”, os profissionais de saúde devem refletir sobre terapêuticas não medicamentosas, as quais poderiam auxiliar ou substituir o uso de substâncias psicotrópicas; devem ainda colocar como prioridade as instruções para um tratamento seguro e eficaz para o tratamento daqueles para os quais o uso de psicotrópicos é imprescindível.

Desta maneira, as discussões sobre o uso consciente de medicamentos psicotrópicos devem fazer parte das rotinas dos profissionais da equipe de saúde num processo de vigilância contínua para que, a partir da prescrição médica, instruções sejam fornecidas ao usuário de forma clara, objetiva e sejam esclarecidas possíveis dúvidas.

A indústria farmacêutica, com seus interesses lucrativos, utiliza-se de estratégias que influenciam a prática médica. Conforme Angell (2007), os laboratórios farmacêuticos frequentemente anunciam novas doenças para se encaixarem nos medicamentos que pretendem lançar. A relação desta é marcada, muitas vezes, por uma conjunção de interesses que guarda pouca ou nenhuma relação com a saúde do paciente. Nessa aliança, ocorre um esforço “para estabilizar na sociedade um discurso biológico e o conceito das doenças, fazendo com que a população aprenda a reconhecer em suas experiências de vida os critérios de diagnóstico” (AGUIAR, 2003, p.8).

Na sociedade contemporânea de consumo, todos os desejos, sonhos, projetos, paixões se materializam e são oferecidos pelo mercado como produtos que podem ser comprados e consumidos (LEFÈVRE, 1991). Deste modo, o estereótipo das propagandas de medicamentos leva a um apelo irracional e, conseqüentemente, refletem na prescrição médica, conduzindo ao viés de distúrbios mentais e gênero, e a supermedicalização destes (SMITH, 1977).

O usuário recorre à unidade básica de saúde em busca do cuidado. Não somente como síntese das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, mas em seu sentido mais amplo, como atitude de quem deseja recuperar sua autonomia, tornando-se sujeito de si, capaz de compreender-se e, portanto de cuidar-se. Porém o que encontra, na maioria das vezes, é um atendimento fragmentado, centrado no patológico, distanciado do sujeito.

Psicotrópicos são: “substâncias”, que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, nas percepções, nos comportamentos e nos estados da consciência ou da mente. Diante desta afirmação, podemos verificar que o medicamento psicotrópico tem uma relevante participação social, quando devidamente prescrito por um profissional médico que identifica a real necessidade do fármaco. Os psicotrópicos trazem uma série de efeitos adversos e não a solução ou cura de doenças, necessitando de prescrição consciente e orientação direcionada ao usuário quanto à autoadministração.

Assim neste cenário, torna-se importante o acompanhamento pelos órgãos de saúde pública, com a criação de políticas que permitam supervisionar o uso indevido dos medicamentos psicotrópicos e sensibilizar a população e a classe médica para a importância do uso racional dos medicamentos.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo geral:**

Conhecer a prática dos Médicos de Família em relação à prescrição de psicotrópicos e as facilidades e dificuldades na construção do processo de diagnóstico em saúde mental na Unidade de Saúde Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado, AP. 5.2, Município do Rio de Janeiro.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Conhecer a prática dos Médicos de Família em relação ao uso e indicações de psicotrópicos;
- Conhecer o processo de construção do diagnóstico em saúde mental, facilidades e dificuldades;
- Identificar junto aos Médicos de Família o conhecimento sobre recursos terapêuticos e práticas alternativas à prescrição de psicotrópicos.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### “A epidemia da doença mental”

As categorias de diagnóstico psiquiátrico se multiplicam. As categorias mais frequentes hoje em dia são: “transtornos de ansiedade”, que incluem fobias e estresse pós-traumáticos; “transtornos de humor”, como depressão e transtorno bipolar; “transtornos de controle de impulsos”, que abrangem problemas de comportamento e de déficit de atenção/hiperatividade; e “transtornos causados pelo uso de substâncias”, como o abuso de álcool e drogas.

O tratamento médico desses transtornos quase sempre implica o uso de drogas psicoativas que afetam o estado mental. A substituição da “terapia da conversa” pelas drogas como tratamento majoritário coincide com o surgimento, nas últimas quatro décadas, da teoria de que as doenças mentais são causadas por desequilíbrios químicos no cérebro, que podem ser corrigidos pelo uso de medicamentos (ANGELL, 2007).

O que está acontecendo? A preponderância das doenças mentais sobre as físicas é tão alta e continua a crescer? Se os transtornos mentais são biologicamente determinados e não um produto de influências ambientais, é plausível supor que o seu crescimento seja real? Ou será que estamos aprendendo a diagnosticar transtornos mentais que sempre existiram? Ou, por outro lado, será que simplesmente ampliamos os critérios para definir as doenças mentais, de modo que quase todo mundo agora sofre de uma delas? E o que dizer dos medicamentos que viraram a base dos tratamentos? Eles funcionam? E, se funcionam, não deveríamos esperar que o número de portadores de “transtornos mentais” estivesse em declínio e não aumentando?

Eisenberg (2013), professor da Universidade Johns Hopkins e da Escola de Medicina de Harvard, escreveu que a psiquiatria americana passou, no final do século XX, de uma fase “descerebrada” para uma “desmentalizada”. Ele quis dizer que, antes das drogas psicoativas, os psiquiatras tinham pouco interesse por neurotransmissores ou outros aspectos físicos do cérebro. Em vez disso, aceitavam a visão freudiana de que a doença mental tinha suas raízes em conflitos inconscientes, geralmente com origem na infância, que afetavam a mente como se ela fosse separada do cérebro.

Com a entrada em cena dessas drogas, processo que se acelerou na década de 1980, o foco mudou para o cérebro e os pesquisadores se interessavam cada vez menos pelas histórias dos pacientes. Tendo sido um dos primeiros defensores do modelo biológico de doença mental, o próprio Eisenberg veio a se tornar um crítico do uso indiscriminado de drogas psicoativas, impulsionado pelas maquinações da indústria farmacêutica.

Precisamos parar de pensar que as drogas psicoativas são o melhor e, muitas vezes, o único tratamento para os transtornos mentais. Tanto a psicoterapia como os exercícios físicos têm se mostrado tão eficazes quanto os medicamentos para a depressão, e seus efeitos são mais duradouros. Mas, infelizmente, não existe indústria que promova essas alternativas.

Nossa confiança nas drogas psicoativas, prescritas para todos os descontentes com a vida, tende a excluir as outras opções. Em vista dos riscos e da eficácia questionável dos medicamentos ao longo prazo, precisamos fazer melhor que isso. Acima de tudo, devemos lembrar o consagrado ditado médico: *primum non nocere* – em primeiro lugar, não causar dano.

Em uma sociedade dominada pela analgesia, parece racional fugir à dor, literalmente, a qualquer preço, mais que lhe fazer frente. Parece razoável suprimir a dor, mesmo que isso suprima a fantasia, a liberdade ou a consciência. Parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isso custe à perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda a capacidade de enfrentar a dor. Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia; supressão da angústia e gerência das suas sensações rejeita o fato de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse (ILLICH, 1975).

Os padrões de consumo de diazepínicos, a escalada dos antidepressivos, e a necessidade de estimulantes cada vez mais poderosos, realmente coincidem e obrigam os profissionais de saúde a questionarem suas prescrições e seus objetivos terapêuticos. Evidentemente, os limites da biomedicina facilitam, pela redução do sujeito ao corpo e pela consequente dificuldade de diálogo. Dentro da lógica da biomedicina, o sofrimento

acaba por se traduzir em algum padrão neuroendócrino, passível de intervenção química (CAMARGO, 2003).

Muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, passam a ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais e isso revela a banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida. Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade, quase ninguém escaparia de um diagnóstico de transtorno mental (SILVA, 2004).

### **Prevenção Quaternária e a Atenção Primária**

A Prevenção Quaternária vem de uma reação à iatrogenia nascida dentro da própria categoria médica, vinculada à prática e a ética do cuidado. Proposto por Jamouille (2000), médico de família e comunidade belga, o conceito almejou sintetizar, de forma operacional e na linguagem médica, vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização. Ele chama de prevenção quaternária um quarto e último tipo de prevenção, não relacionado ao risco de doenças, mas ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e à medicalização desnecessária – o que pode ser o simples e difícil bloqueio das cascatas de atenção desnecessárias, o simples saber “esperar e ver”, também chamado de “demora permitida” (PEREZ FERNÁNDEZ M, 2002).

A Prevenção Quaternária se fundamenta em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o da precaução (versão prática do *primun non nocere*). Ela providencia cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção (ALMEIDA LM, 2005).

A atenção primária implica a resistência frente aos abusos a respeito da definição de saúde, fator de risco e doença; exige autonomia, um conhecimento científico sólido, habilidades de comunicação, flexibilidade, independência e resolutividade. A opção pela prevenção quaternária parte de um compromisso com os pacientes e com a profissão que exerce (GÉRVAS J, 2006).

O desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária podem e devem se tornar um verdadeiro *front* estratégico da educação permanente no SUS e na formação dos profissionais de saúde, para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia de Saúde da Família (STARFIELD B, 2002).

A prevenção quaternária almeja proteger o usuário, da medicalização excessiva e dos danos frequentes que ela causa, e preparar o médico para que ele se contenha e se desvie o máximo da fácil tendência de diagnosticar doenças e riscos com etiquetas da moda que permitem terapias aparentemente fáceis, mas custosas e com riscos, de modo que humanize a medicina e compartilhe com seus usuários interpretações e cuidados éticos e adequados para ajudá-los nos seus sofrimentos, crises e fases do seu ciclo de vida (TESSER, 2006).

### **A banalização da prescrição de psicofármacos**

Com a descoberta dos psicofármacos na década de 1950, ocorreu a tendência da prescrição para qualquer mal-estar cotidiano, chegando mesmo à recomendação da medicação às pessoas com perfeita saúde mental. Esta tendência tem-se ampliado de tal modo que, conforme Birman (2000), pode-se dizer que está ocorrendo uma generalizada “medicalização do social”.

Segundo Madel Luz (2005), a medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos (sexuais, alimentares, de habitação e de comportamentos sociais).

Os psicofármacos são, na atualidade, o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, como a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou até mesmo a ausência da felicidade (IGNÁCIO & NARDIR, 2007).

Conforme Pelegrini (2003), o discurso atual valoriza o estar sempre bem, de bom humor, pois o contrário pode configurar uma ameaça à inserção social e produtiva do indivíduo. Cordeiro (1985, p.34) explica que: quando alguém se encontra doente, ‘impossibilitado de cumprir com os papéis sociais que lhe correspondem, torna-se uma ameaça às necessidades e ao funcionamento do sistema social’. Conforme esse autor, hoje em dia a doença afigura-se como um desvio social. E o sujeito, momentaneamente excluído da sociedade dos saudáveis, se submete a qualquer tipo de estratégia para a superação desse desvio e retorno à vida cotidiana dos normais. E irá buscar soluções para seus problemas na exterioridade de um saber especializado, e poderá encontrar em um profissional de saúde o alívio para seu sofrimento.

Entretanto, o saber médico se materializa em práticas discursivas específicas e define o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento e pode até obscurecer os determinantes que provavelmente produzem o problema do usuário. Na realidade, o saber médico exerce sobre a população um controle social que, imobiliza as pessoas e atinge todas as dimensões da vida do indivíduo, ao legitimar e institucionalizar o papel do doente (CORDEIRO, 1985).

O próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicofármaco pode atuar de maneira a promover a desresponsabilização e despolitização do sujeito em relação a seu sofrimento psíquico, o que, para Bogochvol (2001), está relacionado a um evidente processo de biologização que atualmente tende a transformar qualquer mal estar em doença. Os medicamentos reduzidos a algo trivial, transformados em uma “droga da felicidade”, são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas bases vivenciais o usuário e o profissional parecem fazer questão de desconhecer.

As soluções para a promoção da saúde são materializadas e transformadas em diversos objetos consumíveis, como seguros de vida, alimentos específicos e medicamentos. A sociedade atual transforma a saúde em bens de consumo e também transforma o medicamento em símbolo de saúde (LEFÈVRE, 1991).

### **Racionalidades Médicas e Formação em Saúde**

A categoria de “racionalidade médica”, proposta por Madel Luz no início dos anos 1990, pode ser resumidamente definida como um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais, que são: morfologia (anatomia humana); dinâmica vital (fisiologia); doutrina médica; sistema de diagnósticos e sistema de intervenções terapêuticas (LUZ, 1988).

O desafio de tornar as práticas de saúde mais eficazes requer um posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade médica que limitam a prática clínica. Tanto o reducionismo organicista quanto a fragmentação do conhecimento em especialidades terminam por configurar uma medicina altamente tecnológica, muitas vezes incapaz de abordar com sucesso a complexidade do adoecimento humano (NOGUEIRA, 2003).

Na articulação entre linguagem, espaço e morte, constitui-se o método clínico. Desde seus primórdios, a medicina traz em si a busca de uma linguagem que possibilita a equivalência absoluta entre o visível e o enunciável, entre o significado – a doença, e o significante – o sintoma (MOYSÉS, 2002).

A narrativa de Foucault sobre o nascimento da clínica, processo que se desenvolve desde o Renascimento até o final do século XVIII, apresenta a criação da experiência médica moderna e o surgimento de um “olhar anatomoclínico” – quando o saber da verdade, que fazia parte da observação da vida, desloca-se em direção à observação da morte. Há uma conversão do olhar médico, que passa a incluir a morte em seu conjunto técnico e conceitual, já que a morte era a única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva (FOUCAULT, 1980).

No processo de surgimento da anatomoclínica consolida-se outra vertente na caracterização das doenças, não mais como fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares: “a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica” (CAMARGO Jr. 2003).

Através do deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, a medicina torna-se definitivamente uma “ciência das doenças”. Ao instituir a doença e o corpo como objetos, excluindo do campo da cientificidade a vida, a saúde e a cura, a medicina inclui-se na racionalidade científica moderna (LUZ, 1988).

A consolidação desse processo ocorre a partir de profundas transformações no ensino e na prática médica. O hospital, onde se torna possível reunir em grande número as observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas e a realização de necropsias, transforma-se em uma máquina de pesquisa e ensino. A partir de então o hospital torna-se fundamental para o ensino da medicina (CAMARGO Jr., 2007).

Canguilhem (2005) formula uma série de críticas sobre a razão médica nas sociedades contemporâneas, em que a medicina se empenhou para se tornar uma ciência das doenças, tais como: a dissociação progressiva entre a doença e o doente, o tratamento dos doentes como objetos e não como sujeitos de sua doença e o desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana.

Canguilhem (2005) aborda a doença de forma peculiar, inserindo-a na história pessoal do ser humano: “as doenças do homem não são somente limitações de seu poder físico, são dramas de sua história”.

Outra característica importante, levantada por Queiroz (2006), é a crença de que a doença provém principalmente de um desequilíbrio interno, ao invés de uma invasão por um agente patogênico externo; o caráter não intervencionista; os períodos

de saúde precários são, muitas vezes, considerados estágios naturais na interação contínua entre o indivíduo, seu meio ambiente e sua experiência de vida; estar em equilíbrio dinâmico significa passar por fases temporárias de doença, nas quais se pode aprender e crescer.

Nos últimos anos, o campo da Saúde Coletiva no Brasil trouxe à tona a discussão sobre a integralidade das ações de saúde, incrementando o debate sobre as práticas de cuidado integrais. Essa discussão envolve necessariamente a questão da formação em saúde.

A formação médica tradicional, orientada pela categoria “doença”, privilegia a objetivação dos problemas de saúde ao enfatizar os aspectos biológicos do adoecimento. Ao passo que as propostas de reorientação da formação profissional em saúde buscam organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente das “necessidades de saúde” da população, com o objetivo de ampliar o olhar desses profissionais para o sujeito doente.

O surgimento de novos paradigmas em saúde na segunda metade do século XX, como a valorização do sujeito doente ao invés da doença; a importância da relação médico - usuário como elemento fundamental do atendimento; a busca de meios terapêuticos simples, baratos e eficazes em situações comuns de adoecimento e o resgate da autonomia do usuário, permitem atuações humanizantes, tais como: a ampliação da clínica, o acolhimento, o cuidado e a integralidade das ações de saúde (LUZ, 2005).

### **Abordagem Profissional e Qualificação do cuidado**

Vivemos hoje no Brasil, um processo de revisão crítica das tendências tomadas pelas práticas de saúde, que circulam em torno de algumas questões comuns: como a recusa da visão segmentada que não enxerga a totalidade do usuário e seu contexto, a abordagem excessiva centrada na doença, não no doente, a pobreza da interação médico-usuário e o fraco compromisso com o bem estar do usuário (DESLANDES, 2006).

Pode-se observar que as concepções e ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado paradigma curativista (SANTOS WESTPHAL, 1999).

Gradualmente, emerge outro conceito de saúde que implica mudanças no entendimento do processo saúde-doença. Mendes (1996) define saúde como o resultado de um processo de produção social que expressa qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida prazeroso”, seja individual ou coletivamente.

Assim a experiência da saúde envolve a construção compartilhada de maneiras de bem-viver, e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividades, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2001).

Quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecno-científicos e práticos.

Alguns dispositivos no manejo técnico, por exemplo, é o diálogo, ou seja, a produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável, para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço das sucessivas práticas almeçadas (GADAMER, 1997).

Outras formas de comunicação não verbal são também relevantes para facilitar o encontro cuidador; como a força do olhar não apenas investido em enxergar regularidades morfofuncionais e, da mesma forma, o modo de tocar, nossa postura corporal, nosso gestual, as atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso que demonstramos com nossas ações, o ambiente, todos os aspectos, devem ser lembrados quando se trata de potencializar o diálogo no encontro cuidador (AYRES, 2006).

### **Clínica Ampliada e Atenção Primária**

A clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico possa ser compreendido e trabalhado pelos profissionais de saúde. Procura criar condições para uma prática clínica capaz de reconhecer as forças externas aos sujeitos em cada situação singular, de forma que possibilite um compromisso da clínica

com a máxima defesa e produção de vida, sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CAMPOS, 1997).

Para Foucault, em “O Nascimento da Clínica” (1980), o hospital herdou da instituição militar padrões autoritários de relação entre profissional de saúde e doente. Portanto, a maior parte dos profissionais de saúde traz de sua formação hospitalar, de que a centralidade em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia.

Na Atenção Primária, o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer influência. Um transtorno emocional produz ou agrava uma doença, assim como a doença produz ou agrava, ou mesmo resolve o transtorno emocional. O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social, tudo isso afeta o sujeito (CAMARGO, 2003).

O conhecimento biomédico, hegemônico na clínica de diversos profissionais, é construído predominantemente na lógica da instituição hospitalar, e é profundamente insuficiente, para não dizer danoso, quando utilizado de forma excludente, principalmente na Atenção Primária.

Na clínica ampliada, a vida é entendida em sua complexidade, principalmente quando há vínculo e acompanhamento terapêutico longitudinal (CAMPOS, 1997). É importante reconhecer a subjetividade, a história e os sentimentos dos sujeitos na relação clínica, ou seja, as suas singularidades e o peso dos determinantes universais e particulares. A sensação da clínica ampliada é de um caminho compartilhado (CUNHA, 2004).

Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, uma vez que situam os sintomas na vida do sujeito doente e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, permite que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas (BALINT, 1998).

### **Saúde Mental na Atenção Primária**

A saúde mental na Atenção Primária envolve mais do que o cuidado aos transtornos mentais. Envolve a construção de modelos de cuidado integrais, que abordem o usuário, sua família e comunidade como um todo, e de vínculos entre profissionais e usuários que sejam realmente uma parceria, ampliando as possibilidades

de desenvolvimento de autonomia, resiliência, autoestima, autocuidado e cidadania. Envolve também, o apoio e o cuidado ao sofrimento emocional da população, seja qual for a sua intensidade e a prioridade clínica no momento, dentro dos contextos de vida de cada um. Apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Primária suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde.

Como é citado pelo The Lancet (2007), não há saúde sem saúde mental. Ela é parte do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos, de crianças de baixo peso, de mulheres poliqueixosas, da abordagem a famílias em momentos de crise, do trabalho com as escolas de crianças com dificuldades de aprendizagem, na discussão com a comunidade sobre uso abusivo de álcool e drogas. Ela é parte do apoio à população na superação de condições sociais adversas, sejam elas crônicas ou agudas.

As equipes de atenção primária, responsáveis por famílias e comunidades, se defrontam cotidianamente com problemas de saúde mental, isso lhes confere possibilidades únicas de desenvolvimento de ações e grande resolubilidade, e é urgente que se desenvolvam novas tecnologias de cuidado para este nível de assistência. No entanto, o que se percebe é que na maioria das vezes a equipe de atenção primária não se sente preparada para atender esses casos. A falta de capacitação das equipes para lidar com problemas de saúde mental impossibilita a realização de intervenções eficazes e faz com que a demanda que chegue aos serviços não encontre uma escuta qualificada.

A assistência em saúde mental no Brasil, na perspectiva da atenção primária à saúde, necessita de um aperfeiçoamento das práticas de saúde no que diz respeito ao fenômeno da prescrição e conseqüente uso indiscriminado de medicações psicotrópicas. O real seguimento de normas de prescrição, a medicalização racional, o acompanhamento e compartilhamento de casos de saúde mental na atenção primária são estratégias que precisam ser revistas.

### **Matriciamento em Saúde Mental**

Campos e Domitti (2007) propõem uma metodologia de trabalho em saúde denominada Apoio Matricial, que objetiva “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (p.399).

O Ministério da Saúde (2003) define o Matriciamento como um arranjo organizacional que tem como objetivo prestar suporte técnico em áreas específicas às

equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, visando o compartilhamento e a co-responsabilização compartilhada, exclui a lógica do encaminhamento, objetivando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica da equipe, na qual outras dimensões, além da biológica, serão valorizadas, como o social e a psíquica.

A aposta no Apoio Matricial está na troca de saberes entre os diversos profissionais, o que possibilita novas ofertas e serviços que tenham potencial para modificar positivamente os problemas de saúde (OLIVEIRA, 2008).

Conforme Chiaverini et al (2011), os casos mais comuns que podem vir a ser foco do matriciamento em saúde mental são: transtornos mentais comuns, frequentemente atendidos pelas equipes de atenção primária; transtornos mentais graves, como transtornos psicóticos, afetivos e de personalidade graves; alcoolismo e outras drogadições; problemas de sono, como insônia ou sonolência excessiva; demências; problemas da infância e da adolescência e problemas comuns na família, como gravidez, separação, morte e luto. Nesse sentido, é de extrema importância que os profissionais da atenção primária estejam aptos a identificar tais casos e acolher esses usuários, ouvindo suas queixas e identificando que aspectos dessas queixas têm relação com a situação que o sujeito está vivenciando naquele momento.

O matriciamento é um espaço de cuidados colaborativos, de troca, de construções de novas formas de cuidado através do diálogo interdisciplinar que é difícil, mas enriquecedor e criativo. Assim sendo, cada encontro, cada interconsulta, cada discussão, cada reunião de equipe é um espaço de aprendizagem, definição perfeita do processo de educação permanente. A lógica é de compartilhar e integrar.

O matriciamento também contribui com a organização do fluxo entre os serviços, distinguindo situações que demandam atendimento especializado em saúde mental e aquelas que podem ser acolhidas pelos próprios profissionais da atenção primária, desde que esses contem com o suporte necessário para compreender e intervir neste campo (ONOKO CAMPOS, 2009).

### **Drogas Psicotrópicas o que são e como agem.**

O conceito de drogas, de acordo com a OMS (1981), se refere a “qualquer entidade química que altere a função biológica e possivelmente a sua estrutura”. Os medicamentos psicotrópicos são os que atuam no Sistema Nervoso Central, modificando o seu funcionamento e, portanto, influenciando no cotidiano e na vida de todos aqueles que fazem uso destes medicamentos.

Tais drogas têm valor terapêutico inestimável porque podem produzir efeitos fisiológicos específicos, podendo, por exemplo, aliviar seletivamente a dor ou febre, bem como suprimir distúrbios do movimento ou evitar convulsões. Além disto, podem também induzir ao sono ou ao despertar, reduzir a vontade de comer ou apaziguar a tendência de vomitar. Podem também ser utilizados para tratar ansiedade, manias, depressão ou esquizofrenia, sem alterar a consciência (GOODMAN & GILMAN, 1991).

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência psíquica ou física. Segundo Paulo e Zanini (1997), a dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social.

#### Classificação dos psicotrópicos:

A) Drogas depressoras: diminuem a atividade do Sistema Nervoso Central. Como consequência, aparecem os sintomas e os sinais dessa diminuição: sonolência, lentificação psicomotora (CARLINI, 1994). Os mais usados são os benzodiazepínicos.

B) Drogas estimulantes: são aquelas que estimulam a atividade do Sistema Nervoso Central, fazendo com que o estado de vigília fique aumentado (portanto diminui o sono).

C) Drogas perturbadoras: são as drogas que produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do Sistema Nervoso Central. Assim, alterações mentais que não fazem parte da normalidade como: delírios, alucinações, são produzidos por essas drogas. Por esta razão, são chamadas de psicomiméticas, ou seja, drogas que mimetizam psicoses (CARLINI, 1994).

Segundo a OMS (2003), as categorias de psicotrópicos mais prescritos são os benzodiazepínicos e os antidepressivos. Os benzodiazepínicos atuam quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão, por esse motivo, denominados ansiolíticos.

Eles estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo, inclusive no Brasil (NAPPO & CARLINI, 1993). Atuam no sistema de neurotransmissão gabaérgico, facilitando a ação do Gaba (HAEFELY, 1990). Como esse neurotransmissor é inibitório, essas drogas acentuam os processos inibitórios do Sistema Nervoso Central, provocando um efeito depressor.

Os ansiolíticos produzem diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta. E além desses efeitos, dificultam os processos de aprendizagem e memória, o que é bastante prejudicial para as pessoas que habitualmente utilizam essas drogas.

O uso prolongado dessas substâncias, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve ser sempre considerada, principalmente na vigência de fatores de risco, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse e distúrbios do sono (LARANJEIRA & FRASER, 1999).

Os antidepressivos que são inibidores de captação de serotonina têm sido mais frequentemente utilizados, por serem mais seguros e mais bem tolerados. A fluoxetina é atualmente o medicamento mais prescrito no Brasil e no mundo, havendo indícios de que possa atuar na promoção de perda de peso durante vários meses após o início da terapia. Esta característica poderia ser um dos fatores propulsores deste consumo elevado (RANG et al 2001).

O aumento do consumo de antidepressivos na última década mostra uma tendência já observada em outros estudos, relacionada com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos (SILVA, 2004).

Os antidepressivos tricíclicos bloqueiam a captação de aminas pelas terminações nervosas e nos indivíduos não deprimidos causam sedação, confusão e descoordenação motora, efeitos estes também observados no início do tratamento em pacientes deprimidos. Entre os efeitos colaterais normalmente observados encontra-se boca seca, visão embaçada, constipação, retenção urinária, vertigem, ganho de peso e sonolência (TAJIMA, 2001).

## **Acesso ao tratamento e estratégias para a promoção do uso racional de psicofármacos**

A assistência farmacêutica em saúde mental é contemplada pela portaria 1.077 de 1999, visando assegurar medicamentos básicos para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção nesta área. Nesta portaria, são referidos alguns requisitos para o recebimento dos recursos financeiros, entre eles a estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços, objetivando a utilização racional dos psicofármacos (BRASIL, 2004).

Tendo como base o conceito de uso racional de medicamentos da OMS, é importante refletir de que forma esta utilização pode ser alcançada. Neste sentido, estratégias relacionadas a políticas e protocolos clínicos, bem como a atitude da equipe multiprofissional devem ser constantemente discutidas e avaliadas. Para tanto, faz-se necessário à qualificação das políticas de saúde mental e assistência farmacêutica, relacionados à oferta de serviços, educação permanente de profissionais da saúde e atualização das listas de medicamentos essenciais a partir de protocolos clínicos baseados em evidências (RODRIGUES MAP, 2006).

Um dos principais problemas relacionados ao tratamento de saúde mental é que ainda não há protocolos para a equipe realizar o acompanhamento dos usuários nem diretrizes bem estabelecidas para o tratamento dos pacientes na APS.

Assim, os transtornos mentais acabam sendo tratados de uma forma medicalizada, sendo observadas algumas causas para esta medicalização excessiva: fatores relacionados com o médico, por não revisar as causas de diagnóstico e medicamentos prescritos inicialmente ou por outros especialistas ou pouca informação sobre o manejo de psicofármacos; fator social ou estrutural do sistema de saúde, como o aumento da prevalência de doenças suscetíveis de serem tratadas com medicamentos; falta de tempo na consulta médica ou inexistência de terapias psicológicas alternativas e/ou complementares ao uso de psicofármacos (VILLA RS, 2003).

As estratégias para promover o uso racional de medicamentos estão diretamente relacionadas ao público – alvo, a quem se quer sensibilizar seja para profissionais de saúde seja para uma comunidade leiga. Para isso, a primeira medida é identificar as razões pelas quais as práticas inapropriadas estão ocorrendo para melhor selecionar e direcionar a intervenção (BRASIL, 2004).

## Conceito de Transtornos Mentais

O conceito de Transtorno Mental é fundamental para a prática no campo da saúde mental, e não é correta a análise dos conceitos atualmente existentes. A concepção de transtorno mental combina valores e componentes científicos. Concedendo a observação que não existe teste laboratorial “padrão ouro” ou indicador fisiológico para os transtornos mentais e que os critérios atuais são falíveis, e ainda assim, o diagnóstico ainda pode ser feito, há empíricas técnicas para a identificação dos mesmos.

Transtorno mental, hoje é uma condição só se for prejudicial aos valores sociais, e é apenas uma categoria das muitas condições mentais negativas que podem atingir um indivíduo. É preciso um componente factual adequado para distinguir transtornos de muitas outras condições mentais que não são consideradas negativas, como a ignorância; falta de habilidade e de talento; pouca inteligência; o analfabetismo; a criminalidade; a má educação; a loucura e a fraqueza moral (CAMPBELL, 1979).

A maneira como pensamos sobre o caso pode influenciar o tratamento mais adequado, exemplo disto é a classificação do usuário como portador de um transtorno mental e tende a sugerir que algo está errado internamente e que o lócus da intervenção deve ser o funcionamento mental em vez do relacionamento do mesmo com o meio ambiente.

A utilização internacional de critérios baseados em sintomas (DSM), para diagnosticar transtorno mental levanta dois desafios básicos. O primeiro é que são baseados em sintomas, não leva em conta o contexto social e, portanto não conseguem identificar adequadamente as condições. E o segundo, que os critérios são amplos e incorretamente incluem reações normais, sob a categoria de transtorno (WAKEFIELD, 2003).

Descobrir o que é de fato natural ou transtorno pode ser difícil e pode estar sujeito a controvérsias científicas, especialmente no que se diz respeito aos mecanismos mentais, levando ao alto grau de confusão sobre as condições que são realmente distúrbios mentais (WAKEFIELD, 2005).

A distinção para uma adequada avaliação é saber se o problema do usuário é um transtorno mental ou um problema na vida que envolve uma reação normal, embora problemática às condições ambientais estressantes.

Um exemplo, o Transtorno Depressivo Maior, no DSM-IV contém uma exclusão para o luto sem complicações (até dois meses de sintomas após a perda de um ente querido são permitidos e são classificados como normais), mas não apresentam, exclusões para reações igualmente normais como: um diagnóstico de doença terminal; a separação de dois conjugues; o fim de um caso de amor intenso; a perda de um trabalho e a aposentadoria. As reações a essas perdas podem satisfazer o DSM-IV para os critérios de diagnóstico, mas não necessariamente são transtornos (WAKEFIELD, 2007).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Caracterização da Pesquisa**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que na perspectiva de Minayo (2006), visa explorar o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Através da pesquisa de campo busquei conhecer os critérios dos médicos de família em relação ao uso de psicotrópicos, e as dificuldades e facilidades na construção do diagnóstico em Saúde Mental na Atenção Primária.

### **4.2. Cenário da Pesquisa**

O estudo foi desenvolvido na Área Programática (AP) 5.2 do Município do Rio de Janeiro, na Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado, por ser uma Unidade de Saúde composta só por médicos de família.

### **4.3. Sujeitos da Pesquisa**

O público-alvo foram os médicos de família da Unidade de Saúde acima referida, residentes da Residência de Medicina e Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Ao todo foram oito médicos de família da Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado, que participaram do Grupo Focal.

### **4.4. Estratégia de coleta de dados**

Levantamento na Farmácia da Unidade de Saúde acima referida, junto com a Farmacêutica, dos psicotrópicos mais prescritos, durante o ano de 2013, pois tais dados são de grande importância para se obter um quadro geral do uso.

Após foi realizado um grupo focal com os oito médicos de família da Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado, abordando a conduta em relação à prescrição de psicotrópicos; processo de construção do diagnóstico, suas facilidades e dificuldades; sobre o conhecimento de práticas alternativas à prescrição destes, provocando o debate entre os participantes, criando um ambiente propício para que os médicos de família possam expressar suas diferentes concepções (BARBOUR, 2009) (Apêndice B).

Segundo Powell e Single (1996, p.449), um grupo focal ‘é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal’.

O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora, na função de mediadora e pelo meu co-orientador da pesquisa, com a função de operador de gravação, observador e relator, observador da comunicação não verbal e anotação dos acontecimentos de maior interesse para a pesquisa. Este assistente teve participação e pôde intervir na discussão do grupo focal. O local de realização do grupo focal foi escolhido conforme a maior comodidade dos entrevistados, menor possibilidade de interrupção por ruídos, pessoas ou quaisquer outros componentes que interrompam o grupo.

O grupo focal foi agendado com antecedência, informando aos participantes o local e horário da atividade. A duração da discussão do grupo foi em torno de duas horas, as discussões foram gravadas com autorização dos participantes e transcritas.

Durante a realização do grupo focal, a pesquisadora utilizou para consulta um roteiro de debate, com questões-guias, para direcionamento das discussões para os objetivos da pesquisa, evitando que algum tema deixasse de ser mencionado. O roteiro de debate configurou-se num instrumento flexível e foi adaptado à dinâmica do grupo, e facilitou a pesquisadora abordar todos os temas em estudo.

#### **4.5. Análise de Dados**

Foi feito um levantamento na Farmácia da Unidade referida dos psicotrópicos mais dispensados no ano de 2013. Foi visto uma grande dispensação de psicotrópicos entre eles os antidepressivos, onde se destacou a fluoxetina, e entre os ansiolíticos, o destaque foi para o clonazepam, em relação aos outros psicotrópicos dispensados (Apêndice D).

Os dados colhidos com a utilização da técnica de grupo focal são de natureza qualitativa. Portanto, a análise, também de forma qualitativa, e não envolveu tratamento estatístico, mas um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem como os médicos de família se relacionam com o foco do estudo em pauta.

Foi dada a designação da sigla M e uma numeração (de 1 a 8), para cada médico, para se manter o sigilo das identidades.

A técnica de análise de dados do grupo focal foi a Análise do Discurso, trabalhando com o sentido e não com o conteúdo, buscando os efeitos de sentido relacionados ao discurso, preocupando em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso. Ela problematiza as evidências e explicita seu caráter ideológico, e denuncia o encobrimento das formas de dominação política nos discursos (ORLANDI, 1996).

Realizada leitura exaustiva do material obtido, deixando-se invadir por impressões e orientações, buscando a impregnação do conteúdo; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; que fundamentem a interpretação final. Foram propostas inferências (buscando significados e não a relação estatística) e interpretações, utilizando como base o referencial teórico inicialmente proposto, às vezes utilizando-se novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

#### **4.6. Aspectos éticos e legais**

Esta pesquisa se baseia na Resolução CNS 466, de 2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos) do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com os participantes da pesquisa.

Pode ocorrer risco de constrangimento, porém foi esclarecido para os participantes que a sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento eles podem desistir de participar e retirar seu consentimento e o estudo respeitou o sigilo das informações e identidade dos mesmos.

Os participantes foram consultados sobre o interesse e a concordância para participar da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e neste foi solicitado o consentimento individual de cada participante para efetuar a gravação da discussão, garantindo o total sigilo em relação à identificação dos mesmos com o material obtido (Apêndice A). Foram guardados os arquivos de áudio, em caso de necessidade de recorrer a esse material.

Foi feito um Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD, me comprometendo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na Farmácia da Unidade de Saúde Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado, na AP.5.2, no Município do Rio de Janeiro, bem como a privacidade de seu conteúdo como preconiza a Res.466/2012 do CNS (Apêndice C). Os dados coletados foram dos psicotrópicos

mais prescritos no ano de 2013 e eles foram empíricos para se ter um quadro geral do uso destes.

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sendo autorizado à coleta de dados (Parecer Número: 781.122 em 05/09/2014). A Secretaria Municipal de Saúde-RJ, enquanto instituição coparticipante, consultada em relação aos termos do projeto e também autorizou a coleta de dados.

Os médicos de família convidados para participar do grupo focal foram informados dos objetivos e métodos da pesquisa, com solicitação da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo do informante (Apêndice A). Neste TCLE foi solicitado o consentimento individual de cada participante para efetuar a gravação do debate, garantindo o total sigilo em relação à identificação dos participantes com o material obtido.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa são aqui apresentados conjuntamente, buscando favorecer a exposição das ideias e reflexões, facilitando desta maneira, a fluência do texto.

É interessante ressaltar que não foram identificadas discordâncias ou polarizações no Grupo Focal realizado. Iniciou-se com a questão de como funciona o serviço, como é o atendimento para se ter uma uniformização.

O grupo de médicos de família participantes caracterizou-se por ser um grupo formado por residentes de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro, do primeiro e segundo ano de residência médica. Isto é um fato importante, pois todos trabalham as competências do médico de família e se colocam de uma maneira diferente dos médicos generalistas. Trabalham a medicina centrada na pessoa e não na doença e têm uma abordagem diferenciada com o usuário, facilitando assim o cuidado.

### 5.1. Método clínico centrado na pessoa

O método clínico centrado na pessoa surgiu da demanda dos usuários por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças. Alguns médicos, como Michael Balint, psiquiatra húngaro que se radicou na Inglaterra, percebiam a influência de fatores de cunho pessoal e subjetivo no eventual sucesso da terapia proposta.

No modelo biomédico tradicional, esses fatores tendem a ser pouco explorados. Os efeitos da relação médico-paciente ao longo da trajetória terapêutica eram pouco estudados e conhecidos. A Medicina Centrada na Pessoa veio a ser desenvolvida a partir dos estudos de Ian Mcwhinney e Moira Stewart, do Canadá e Joseph Levenstein, da África do Sul, sobre os atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscar atendimento (STEWART, 2010).

O método propõe, em seus diversos componentes, um conjunto claro de orientações para que o profissional de saúde consiga uma abordagem mais centrada na pessoa. Ele está estruturado em seis componentes entre si.

O profissional experiente é capaz de perceber o momento adequado para lançar mão adequada de um ou outro componente, de acordo com o fluir da sua interação com a pessoa que procura atendimento. Os componentes propostos por Stewart e colaboradores são: explorando a doença e a experiência com a doença; entendendo a pessoa como um todo inteira; elaborando um projeto comum de manejo; incorporando a prevenção e a promoção de saúde; fortalecendo a relação médico-pessoa; sendo realista (construindo o trabalho em equipe, tempo e timing, usando os recursos disponíveis).

O Método Clínico Centrado na Pessoa, com seus seis componentes, pretende sistematizar uma forma de atendimento que privilegie a compreensão da pessoa de forma inteira, melhorando os resultados e a satisfação de todos. A sua aplicação depende de uma forma de atuar sistemática e reflexiva, lançando mão dos diversos componentes conforme a necessidade/espço, em momentos da interação com as pessoas que buscam atendimento, e não como uma sequência rígida pré-estabelecida (STEWART, 2010).

*“A gente faz uma abordagem centrada na pessoa, a gente não foca só uma determinada doença, a gente vê a pessoa como um todo, se chega uma queixa de dor a gente consegue abordar a saúde mental em cima daquilo” (M1).*

A doença não é interior ou exterior ao indivíduo, mas ela é faz parte de seu modo de funcionamento existencial. É uma compreensão do adoecimento que não desconsidera os dados objetivos e empíricos em prol dos conteúdos subjetivos, mas vislumbra compreender o mundo vivido de cada indivíduo, a partir de uma visão mais ampla, totalizante e não dicotômica; temos a pessoa e também o adoecimento, em uma experiência que se constitui de forma ambígua. Ou seja, pessoa e doença se constituem mutuamente, e são parte de um mesmo tecido. A pessoa é a doença e a doença é a pessoa (SOUZA, 2013).

## 5.2. Situações de saúde mental comuns na atenção primária

Questionou-se quais os casos mais comuns que aparecem no cotidiano referentes à saúde mental na Atenção Primária, onde foi relatado crises de insônia, ansiedade e depressão.

*“Crise de ansiedade, insônia, depressão, tem muitos que usam medicamento de uso crônico também que é uma demanda nova tentar tirar essa medicação aos poucos e tem muitas vezes que usam a mesma droga há vinte anos e não faz mais o efeito que ele quer (...) e a própria dependência da droga”. (M2)*

Os cuidados primários para a saúde mental são um componente essencial de qualquer sistema de saúde que funcione adequadamente. Os transtornos mentais e comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados com a angústia pessoal. Eles causam consideráveis impactos em termos de morbidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores. Casos com sintomas ansiosos e depressivos apresentam uma elevada prevalência na população adulta (TANAKA, 2009).

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (MENEZES, 1996).

Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta (COUTINHO, 1999). Entretanto, apenas uma pequena parte deles é identificada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas, pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (LUDEMIR, 2002).

Segundo Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já

bem estabelecidos. Ainda, esse quadro clínico, em geral, não faz com que os pacientes procurem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são sub-diagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado.

No campo da atenção primária, ou da prática médica não psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (SANTOS 2002).

A necessidade de se inserir questões sobre saúde mental na dinâmica da Atenção Primária se evidencia diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente. As queixas são as mais variadas e, por essa razão, é importante a equipe estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários.

Estudos avaliando a prevalência de transtornos mentais em APS – inclusive aqueles realizados no Brasil – têm encontrado que cerca de um quarto a um terço dos pacientes atendidos apresenta ao menos um diagnóstico de transtorno mental conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10. Mesmo nos países com sistemas de acesso universal com maior investimento per capita em saúde é na Atenção Primária (APS) que é realizada a maioria dos tratamentos de transtornos mentais (LANCET, 2007).

Assumindo seu papel de prover atenção integral à saúde, a APS é também uma ótima ferramenta para trabalhar a saúde mental na comunidade, incluindo o tratamento dos transtornos mentais, pois é, através de seus fundamentos, podemos identificar as principais dificuldades e fatores estressores no ambiente familiar e comunitário, além de propiciar um seguimento mais próximo do usuário e da comunidade.

*“A família é muito importante nessa hora, nesse processo (...) conflitos na casa, no trabalho, uma coisa que a gente não consegue ajudar é o trabalho que as vezes é um fator muito estressante que desencadeia as vezes algumas alterações psíquicas, é muito difícil ajudar. No social você pode (...)” (M3)*

### 5.3. Diagnóstico em saúde mental na atenção primária

A doença mental é, talvez, a que mais exige “solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social”. As pessoas com sofrimento psíquico querem aquilo que é oferecido a qualquer paciente nas diversas áreas, ou seja, uma assistência digna, de qualidade, com resolutividade e de inclusão social (DELGADO, 2001).

Atualmente, tanto a estratégia de saúde da família, quanto à reestruturação da atenção em saúde mental passam por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando o foco no modelo de saúde hospitalocêntrico, para outro descentralizado, integrando serviços de saúde.

*“A doença mental, aponta várias variáveis (...) (M7).  
As demandas subjetivas viram saúde mental e  
doença, (...) são questões subjetivas.” (M6)*

O diagnóstico sempre teve um papel importante na prática médica. Mas como é lembrado pelo pesquisador da Harvard University, Charles E. Rosenberg, “seu papel tem se tornado central na medida em que a medicina, como a sociedade ocidental em geral-cada vez mais se torna técnica, especializada e burocratizada” (ROSENBERG, 2002, p.239). Consequentemente, ter um diagnóstico passa a ser o principal foco, tanto seja para o clínico, ou para o usuário.

Nesse sentido, vimos nas últimas décadas o surgimento de um grande número de publicações dedicadas à relação médico-paciente. O modelo mais tradicional dessa relação tem sido chamado por alguns de relação "centralizada no médico" ou "centralizada na doença", caracterizando uma relação que tende a ser mais autoritária, na qual o paciente e suas necessidades têm papel passivo e o médico passa a ser o detentor de toda a expertise e conhecimento. Este tipo de abordagem utiliza como base o modelo biomédico de doença que define o cuidado médico como o tratamento dos sintomas e sinais físicos em termos quantificáveis, e no qual a cura é definida por índices objetivos. O benefício deste modelo está em sua cientificidade, isto é, ele se baseia em dados médicos objetivos. Uma importante desvantagem desta abordagem é que ela negligencia outras contextualizações dos sintomas e sinais apresentados pelos pacientes e que incluem os aspectos funcionais, sociais e emocionais da saúde.

Consequentemente, temos visto mais recentemente surgir aquela que tem sido denominada de abordagem biopsicossocial da medicina (ou medicina holística) que incorpora as dimensões social e psicológica aos sintomas físicos. Este modelo permite que durante a consulta tópicos psicossociais possam ser abordados e, de forma mais importante, as impressões do paciente sobre seu próprio estado físico, funcional e sua qualidade de vida possam ser discutidas.

Nesta visão, o médico deve encorajar o paciente a discutir sua experiência enquanto "doente" de forma que a consulta acabe centrada nas agendas tanto do médico como do paciente. Isto é, "o médico tenta entrar no mundo do paciente de forma a ver a doença através dos olhos do paciente" (MC. WHINNEY, 1997). Esta abordagem "centrada no paciente" se baseia numa relação médico-paciente mais equitativa dando igual peso aos valores, sentimentos e pensamentos de ambos.

A humanização da assistência médica deve estar relacionada ao esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas, considerando sua autonomia nas escolhas para defender seus interesses, sua necessidade de valorização, de pertencer a um determinado grupo social e de se sentir aceito, de ser escutado e compreendido, entre outros aspectos que constroem a sua dignidade (CAVALHEIRO 2009).

*“Diagnóstico em saúde mental é muito difícil, para gente que estuda, imagina para o paciente, confunde muito, transtorno ansioso com depressão, com tristeza e torna tudo depressão, as pessoas carregam muito essa coisa da depressão, e se auto - intitulam deprimido, e a gente também, essa dificuldade de fechar o diagnóstico. Ele está deprimido? Ele tem depressão maior? É um momento difícil? Aí depende do tempo para curar aquela coisa (...).” M4*

Excluindo os transtornos mentais mais graves, nos quais as perturbações das funções psíquicas, são facilmente reconhecíveis através de sintomas como delírios, alucinações ou crises de agitação psicomotora, é difícil estabelecer um diagnóstico em saúde mental. Não há parâmetros unívocos para detectar com precisão as alterações na estrutura do pensamento, na produção de ideias, na intensidade da atenção, nas nuances do senso-percepção. As fronteiras entre a chamada normalidade e a psicopatologia não

são bem delimitadas e mudam em função das circunstâncias socioculturais. Conta-se apenas com a capacidade de observação e a subjetividade para avaliar este imponderável material que é a vida psíquica. Isso faz com que os diagnósticos muitas vezes oscilem, não tenham uma firmeza desejada (TELLES, 2012).

### **Apoio Matricial em Saúde Mental: ferramenta importante no diagnóstico?**

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Neste sentido, o Apoio Matricial em Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutive das equipes, qualificando as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (BRASIL, 2003).

*“Eu acho que a gente precisa de um apoio de uma equipe, e muito apoio da saúde mental, pois são muitos casos (...).” (M5)*

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através, do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência.

*“Se a gente julgar necessário, conversar e ter opinião do especialista, aqui a gente tem a Dra. R., psiquiatra do NASF, que dá o suporte para gente, em relação mais a medicação, eu acho que é mais questão nossa, que mais a gente precisa, essa questão da medicação de psicotrópico e tudo. IS. que é a nossa psicóloga, a gente faz bastante interconsulta, e está sempre junto para discutir os casos.” (M4)*

Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular (ONOKO, 2009).

*“Eu gostaria que a gente tivesse o apoio melhor da psiquiatria em si, nessa questão da medicação, por causa da medicação, porque eu acho que a abordagem psicológica até a gente tem conseguido evoluir bastante com a ajuda tanto da psicóloga, tanto dos preceptores, mas em relação à o que escolher, quando escolher, quando tirar, falta esse apoio. Fica tudo meio (...), a gente continua na verdade fazendo uma coisa sem parâmetro.” (M4)*

O matriciamento tem como objetivo fortalecer o cuidado em saúde mental no território, mas para alcançar sua meta é preciso resoluções equânimes e resolutivas que exigem também políticas sociais de inclusão e convivência social saudável na direção das necessidades de saúde do usuário, estas últimas mais complexas e abrangentes (MIELKE, 2010).

*“Através da interconsulta com a psicóloga, consegui vínculo com a paciente, a gente não fez a medicação, a paciente saiu melhor, se sentiu melhor e tal. Então para mim, isso foi muito marcante, o não início da medicação, ela podia ter iniciado e ter ficado para o resto da vida (...).” (M6)*

O apoio matricial tem potência para sinalizar os caminhos para a construção de um novo modelo de assistência à saúde que esteja articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, urge a organização dos processos de trabalho em função da produção do cuidado como finalidade do trabalho em saúde, que investe nas tecnologias leves e na co-responsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção da saúde (VASCONCELOS et al, 2012).

*“Eu discuto o tempo todo, toda vez que tem um caso eu discuto, não tem protocolo, não é uma coisa assim,*

*o cara é diabético e você vai prescrever insulina, você vai aumentar quando tiver assim (...), é uma coisa que a gente fica meio perdido em relação a medicalização na saúde mental.” (M8)*

#### **5.4 Medicalizações na atenção primária**

A medicalização é uma forma de controlar a sociedade (ZOLA, 2001); para FOUCAULT (1977) uma consequência inevitável dos processos de transformação social que criam a medicina moderna e ao mesmo tempo se submetem a ela; CONRAD (2007) por fim, adota uma definição operacional do conceito, extremamente útil para estudos empíricos; para este último, a medicalização é o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados "médicos" em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças.

O que se pretende é apontar para o que se poderia chamar de tirania da "saúde", abrangendo um conjunto de componentes ocultos pela ideia do "conceito positivo de saúde" (CAMARGO, 2007):

- Uma expansão indefinida, potencialmente infinita, do conceito de saúde, que passa a encampar toda a experiência humana;
- O estreitamento paradoxal dos ideais ético-estéticos de uma "boa vida", reduzida a viverem muitos anos com o mínimo de doenças, sem considerações sobre prazer ou aspirações para além do individual, uma saúde "medrosa e restritiva", como a chamou SAYD (1999);
- A expansão de um mercado de consumo de produtos de "saúde":

É esse processo, em particular, que estende, a nosso ver, o potencial pernóstico do dispositivo da "saúde", uma vez que a vida humana passa a ser marcada apenas nesse registro: não se come ou se bebe mais para ter prazer, mas porque determinados alimentos e bebidas protegem contra certas doenças, como se deixa de beber ou comer para evitar os riscos associados a outras tantas bebidas e alimentos; não se faz exercícios pelo prazer da experiência corporal, mas para "se cuidar".

*“Eu acho que eles estão tão enraizados com essa cultura do RIVOTRIL (...) que se falar sobre (...) porque eles acham que o remédio é a solução dos problemas, é muito difícil (...).” (M6)*

Essa lógica tem uma contribuição importante de uma concepção equivocada da chamada epidemiologia dos fatores de risco (TAUBES, 1995), que culpabiliza indivíduos pelo seu adoecimento, deixando-os mais dispostos a assumir o papel de consumidores no grande supermercado da saúde, ao mesmo tempo em que, escamoteia, mesmo que não intencionalmente, as determinações sociais dos processos de adoecimento.

*“O problema é muito mais amplo (...) que imposto de cima para baixo, está tão enraizado na cultura, que na minha área tem a máfia do Rivotril, são pacientes que conseguem a medicação porque a gente prescreve e eles revendem.” (M7)*

Apesar do caráter avassalador desses processos, a resistência é possível, e é esse o sentido maior de trazer à discussão pública as ferramentas conceituais aqui discutidas.

*“Eu já vi gente se ajoelhar e implorar (...) e chorar (...), e apostar naquela medicação, ele põe tudo que ele sente naquele comprimido.” (M8)*

O já citado CONRAD (2007), por exemplo, fala em processos de desmedicalização, tomando como exemplo a vitoriosa ação do movimento gay para a exclusão da homossexualidade como categoria diagnóstica psiquiátrica; TIEFER (2006) relata a resistência, relativamente bem-sucedida, de feministas e profissionais de saúde pública à criação da "disfunção sexual feminina".

O que esperamos é que estudos futuros, ao trazer novas luzes sobre esse conjunto de processos, possibilitem o desenvolvimento de práticas efetivas de cuidado de saúde que não sejam simplesmente a extensão cada vez maior de um mercado de consumidores cativos.

De acordo com Dimenstein, Santos, Brito, Severo e Morais (2005), no campo da saúde pública brasileira, a Atenção Primária vem se tornando um espaço privilegiado de intervenções em saúde mental, priorizando-se as ações focadas no eixo territorial. As autoras dizem que diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais de Equipes de Saúde da Família, configurando situações que exigem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de medicamentos, como também ações mais invasivas e desnecessárias no campo da saúde.

*“Muitos começam por conta própria (...), eu vejo muito assim, o médico cardiologista que uma vez foi porque estava com algum problema cardíaco, aí prescreve mas não acompanha, entendeu? Aí vamos continuar? Fica naquela obrigação, que a gente não pode passar por cima da prescrição do outro médico, por mais que a gente não concorde. E o paciente, eles são bem resistentes.” (M5)*

Nesse sentido, é de extrema importância que os profissionais que compõe a equipe tenham um olhar e práticas de cuidado ampliadas, para que assim seja garantido o direito ao acesso à saúde integral como um dos fundamentos básicos da Atenção Primária.

Como esse cuidado é produzido e como se dá sua atuação frente às demandas de saúde mental que chegam até uma Unidade de Saúde?

A demasiada quantidade de casos identificados pelos profissionais como de saúde mental pelo fato de terem sido encaminhados de outros serviços especializados para renovação de receitas na Unidade de Saúde.

*“Paciente chega aqui, trazendo uma receita e pedindo para renovar. É difícil para gente. Então eu prefiro manter (...).” (M6)*

Schraiber, afirma que há possibilidade dos profissionais de saúde conseguirem estabelecer um 'êxito técnico', centrado mais no "como fazer", sem questionar o "que fazer". Nessa perspectiva, o 'êxito técnico' "representa parte do potencial do profissional como sujeito, reduzindo-o ao empreendimento de encontrar as tecnologias adequadas, com base no diagnóstico da patologia" (SCHRAIBER, 2011, p. 3041). Nesse sentido, os profissionais perpetuam a reprodução das receitas e dos diagnósticos, sem dialogar com o saber científico sobre o que seria necessário para cada pessoa em sua singularidade.

*“Todas as equipes têm muitas demandas desses pacientes que vem só trocar a medicação. Só querem o remédio (...).” (M2)*

Quando os profissionais se questionam sobre a noção pré-estabelecida das categorias diagnósticas e articulam a noção de saúde mental às dificuldades relacionadas à vida concreta dos usuários, acreditamos que isso propicia a construção de práticas de cuidado centradas no sucesso prático e na perspectiva de interrogação sobre o que é necessário fazer. Assim, o profissional se dispõe a uma relação intersubjetiva, reagindo criticamente a essa tradição técnica, modificando-se como sujeito e modificando sua ação pelo que recebe do outro com quem interage (SCHRAIBER, 2011).

Desse modo, acreditamos ser necessário para o atendimento em saúde mental na Atenção Primária, um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, que amplie a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

### **5.5. As dificuldades com a desmedicalização:**

Existem muitos protocolos baseados em evidências que ajudam a começar um tratamento, mas existem poucos informando como retirar ou reduzir um medicamento. Como todas as intervenções médicas, incluindo o início de um tratamento, ocorrem benefícios e riscos potenciais na desmedicalização.

A causa mais comum de ocorrer a “síndrome da retirada”, são com os fármacos, que atuam no Sistema Nervoso Central (inibidores seletivos de serotonina). Os sintomas podem aparecer dentro da primeira semana de retirada. São leves e se resolvem no prazo de dez dias. A retirada rápida e escalonada dos benzodiazepínicos, causam danos mais sérios, como confusão mental, alucinação e convulsões (LADER, 2007).

*“Também é tentar equilibrar se tem uma medicação, se você tem a necessidade de entrar com a medicação, mas você já teve tanta complicação de tirar a medicação (...) que você fica meio assim (...) tirar a medicação tem um problema não é (...).” (M3)*

Será que os medicamentos psicotrópicos ajudam as pessoas a ficarem bem? Gozarem de boa saúde física? Ou será que eles, por algum motivo paradoxal, aumentam a probabilidade de que as pessoas se tornarem doentes crônicos?

*“São muitos usuários, para renovar receita, por isso a gente está tentando desmedicalizar, mas o dia que é, eles ficam desesperados.” (M6)*

O repórter investigativo Robert Whitaker, autor do impressionante livro *Mad in America* (2010), atualmente está engajado em uma fascinante linha de pesquisa: De que forma a gigantesca indústria de remédios psiquiátricos está colocando em risco a população americana, ao encobrir os casos não relatados de sofrimento, angústia e enfermidade originados pelos medicamentos antidepressivos, amplamente prescritos, e dos anti-psicóticos?

*“É bem complicado, você vê o adoecimento mesmo da pessoa, só pelo fato da pessoa utilizar aquele remédio. Aí passa a ter outra doença.” (M3)*

Stephen Hyman, um famoso neurocientista e antigo diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental (INSM), escreveu um artigo em 1996 que avaliava como as drogas psiquiátricas afetam o cérebro. Ele escreveu que todas estas drogas criam perturbações em funções dos neurotransmissores. E ele observa que o cérebro, em resposta para esta droga externa, altera suas funções normais e interpõe uma série de adaptações compensatórias (HYMAN,1996).

No caso dos antidepressivos, tenta compensar o fato de que você está bloqueando a re-captção da serotonina. A maneira como ele faz isso é se adaptar no sentido oposto. Então, se você for bloquear a dopamina no cérebro, o cérebro tenta liberar mais dopamina e realmente aumenta o número de receptores de dopamina. Dessa forma o paciente sob o efeito das drogas antidepressivas acaba tendo um número anormalmente alto de receptores de dopamina no cérebro (WHITAKER, 2005).

Como aprenderemos a viver com menos (ou mesmo nenhuma) dependência de drogas psicotrópicas? Envolve não só uma compreensão de como reduzi-las, mas também aprender a viver sem elas e, talvez, descobrir novas formas de aprendizagem para lidar com crises também.

*“A gente agora na nossa equipe, começamos a fazer um grupo de desmedicalização, uma vez ao mês no dia da troca de receita (...) e tentamos reduzir, (...), informamos dos efeitos colaterais que as vezes as*

*“pessoas não sabem, eles acham que os remédios são a solução dos problemas (...), é muito difícil (...).” (M4)*

Moncrieff, 2008 desafia a ideia de que as drogas ou medicamentos têm efeitos específicos sobre doenças ou anomalias subjacentes. Ela desmascara a ideia de que os transtornos mentais são causados por desequilíbrios químicos e mostra que há pouca evidência para a serotonina na depressão, ou dopamina na psicose ou esquizofrenia. Ela traça a história de que as drogas psiquiátricas são ‘balas mágicas’. A compreensão atual da ação do fármaco psiquiátrico baseia-se num modelo “centrado na doença”, que sugere que as drogas funcionam retificando a anormalidade subjacente que se presume causar os sintomas do distúrbio em questão.

Moncrieff, 2008 contrasta o modelo centrado na doença com o modelo centrado na droga, na medida em que este último, sugere que uma vez que as drogas psiquiátricas são substâncias psicoativas, elas funcionam mudando a forma como as pessoas pensam, sentem e se comportam. O mito da cura química traça o surgimento e desenvolvimento do modelo centrado na doença a partir dos anos 1950 em diante.

Se abstinência induz efeitos adversos e podem ser geridos de forma eficaz, o sucesso da descontinuação da droga pode ser muito maior do que as desvantagens de tratamento continuado (MONCRIEFF, 2006).

*“A gente faz uma roda de conversa, (...) todos vieram achando que é só trocar a medicação, fazemos a roda, participa nossa psicóloga, fala um pouco (...), o lado bom e ruim (...) e vemos o movimento interno deles, para vermos se realmente eles precisam (...).” (M5)*

Podemos utilizar a política de redução de danos, para iniciarmos o processo de desmedicalização.

Redução de Danos é uma estratégia da saúde pública que busca reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. Objeto para o qual devemos dirigir o nosso olhar é o sujeito que faz uso abusivo de drogas e não a substância, uma vez que essa é inerte. O sujeito traz no abuso de drogas um comportamento que deve ser o nosso foco terapêutico (BRASIL, 2001). A Redução de Danos tem como uma de suas características ser isentas de julgamento, aqueles que têm e/ou causam problemas

relacionados ao álcool e/ou outras drogas, ou seja, não devem ser condenados. Fortalece a autonomia. Fomenta a responsabilidade individual juntamente com medidas baseadas em controle externo.

*“Vamos tentar reduzir os danos né (...), você vai tentar melhorar a realidade, fazer a abordagem psicossocial, e ver o paciente realmente como um todo, pois a gente sabe onde mora, quais as condições dele, quais as dificuldades (...).” (M4)*

O empoderamento dos indivíduos faz dessa política uma prática inclusiva, pois em vez de falar “sobre” os indivíduos e comunidades que enfrentam problemas, os envolvemos na elaboração de políticas e intervenções criando sinergia (LANDI-FILHO et al 2009).

Enfim, a redução de danos significa a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo destas substâncias.

*“Eu acho que só de reduzir a medicação já é (...) só de fazer refletir sobre o uso da medicação para mim também já é uma forma de ajudar, refletir sobre os problemas e talvez nesse momento eles não parem, mas para frente conseguem parar, (...) dar informação, o que a gente quer agora.”. (M4)*

BREGGIN (2013), diz que “a melhor maneira de evitar drogas psiquiátricas, é avançar com a criação de uma vida maravilhosa. Fazemos isso através do amor, o qual pode alterar mais do que a química do cérebro, ele pode alterar a forma como nos relacionamos uns com os outros em todo o mundo, anulando assim a necessidade de medicamentos para orquestrar nossas vidas”.

*“Aqui, temos a opção do grupo “Lar do Idoso”, todo dia tem atividade, vira um grupo de amizade, eles combinam passeio, festas, e é uma festa, todos*

*cantam, dançam e faz com que a vida melhore e eles passam a ver as coisas mais diferentes.” (M2)*

*“A nossa medicação as vezes é essa, frequentar o”  
Lar do Idoso.” (M1)*

O vínculo e o diálogo com o usuário, fazem com que ele tenha autonomia, responsabilidade e tomada de decisão, que são vitais para uma experiência bem sucedida de retirada de medicação (BREGGIN, 2013).

*“Eu acho que nunca comecei com medicação psicotrópica qualquer aqui, eu tento de todas as formas antes. Então, você não tem vontade de conversar, se abrir, escutar a opinião de outra pessoa? E aí tem psicóloga e a psiquiatra, que depende do caso, e tem o “Lar do Idoso” que a gente pode incentivar e na verdade, só deles virem aqui já muda.” (M1)*

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As discussões que envolvem a produção de cuidados em saúde são cada vez mais instigantes na agenda dos que estão implicados com a questão do compromisso em relação à saúde coletiva no Brasil.

Dessa forma, buscamos analisar o cuidado que as Equipes de Saúde da Família estabelecem diante das demandas de saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde (2009), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma vertente brasileira da Atenção Primária a Saúde, constituindo-se como um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos, demandando intervenções que contemplem diversos aspectos, com a finalidade de ter um efeito positivo sobre a qualidade de vida da população.

Apresenta como eixo, a reorganização da Atenção Primária em novas bases assistenciais, constituindo uma ampliação da perspectiva de um programa de ações, ao estabelecer o primeiro contato com a população e o serviço de saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (VECCHIA & MARTINS, 2009).

Quando falamos de cuidado, partimos da noção, adotada por Bosi et al, (2011), de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. Essa apreensão se articula intimamente à noção de integralidade - um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil - ao impor um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzidos na necessidade de se estabelecer múltiplos olhares.

O sujeito aqui ganha ênfase, sendo visto como participante principal no tratamento, e é dada ênfase ao fato de que o indivíduo pertence a um grupo familiar e social. Dessa forma, não é somente com o indivíduo que é necessário trabalhar, mas também a família e o grupo social como agentes de mudança.

Embasadas nas teorias que cercam os cuidados, que podem ser produzidos na atenção em saúde mental na rede primária, esperamos que esta pesquisa possa produzir reflexões, e que possamos de alguma maneira, contribuir para uma melhor atuação dos profissionais da área da saúde, especificamente da saúde mental.

Participaram do Grupo Focal oito médicos de família, todos da Residência de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Possuem um olhar diferenciado, com ferramentas próprias do médico de

família e uma abordagem diferenciada dos médicos generalistas que costumam trabalhar na Atenção Primária, pois ainda estamos na fase de qualificação da Atenção Primária.

Percebemos que as estratégias de cuidado exercidas pelos profissionais que participaram do grupo focal variam desde a reprodução do receituário de psicotrópicos, até o diálogo e a conversa.

Ao longo desta pesquisa, tivemos como propósito discutir a percepção dos médicos de família, em relação à prescrição de psicotrópicos e a construção do diagnóstico em saúde mental. Percebemos que um dos desafios a serem enfrentados para garantir o cuidado em saúde mental na Atenção Primária é a formação profissional, e para garantir um cuidado efetivo, é necessário também um investimento no vínculo entre os profissionais e os usuários atendidos.

Para a construção do cuidado, na perspectiva da Atenção Psicossocial é necessário à construção de práticas profissionais que sejam reflexivas, inventivas, baseadas nas necessidades dos sujeitos. O processo formativo dos profissionais para o exercício do cuidado em saúde mental de acordo com a Atenção Psicossocial precisa ir além das categorias diagnósticas universalizantes, para ir ao encontro da singularidade da vida concreta dos sujeitos e de suas condições sociais, econômicas e culturais.

Podemos constatar que mesmo que a saúde mental, seja cada dia mais pensada, como uma prática psicossocial, embasada em princípios como a integralidade, ainda percebemos a recorrência contínua dos médicos por especialistas, no caso da nossa pesquisa, psicólogo e o psiquiatra.

Essa sistematização focada nos profissionais acaba limitando a atuação dos médicos de família, por não se sentirem qualificados diante desses casos.

Hoje é possível pensar em profissionais, que tanto transformem suas práticas teóricas e políticas, quanto coloquem em questão suas funções e sejam capazes de inventar novas possibilidades de compreensão e de relacionamento em seu cotidiano de trabalho.

Partindo deste ponto de vista defendido por Bosi et al. (2011), é importante estabelecer um novo olhar voltado para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade, para que assim possa ser possível a transformação social do papel dos profissionais de saúde no exercício da sua prática. São as chamadas tecnologias leves de cuidado que Merhy e Franco (2003) defendem como possuidoras de potencial a ser utilizado nos cuidados em saúde.

Por isso, acreditamos que é necessário o fortalecimento do Apoio Matricial, como vimos nos resultados, apesar dos profissionais apresentarem dificuldades em produzir práticas de cuidado, além da prescrição medicamentosa. Há práticas condizentes com a proposta do cuidado no modo de Atenção Psicossocial que são vislumbrados pelos profissionais, tais como práticas de acolhimento grupal.

Como também acreditamos, quanto ao fato dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, ainda não se sentirem familiarizados com o universo do sofrimento psíquico, demandando algum tipo de proposta que abarque essas angústias, e percebemos que o investimento no Apoio Matricial seria de extrema importância, potencializando o saber e a prática dos profissionais da Atenção Primária na resolutividade dos problemas que antes consideravam difíceis.

Aumentando assim, o potencial das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico, voltando o olhar dos profissionais para o sujeito e seu processo de saúde/doença a partir do compartilhamento dos saberes, de forma a garantir equidade e universalidade no atendimento. Pensando a saúde mental não de forma separada da saúde, mas como um componente que está inserido em nosso cotidiano.

Nada no campo da saúde mental, vai ser melhor, do que encorajar a redução ou retirada de drogas psicotrópicas. No passado o foco da saúde mental estava em qual droga você precisava para tratar os transtornos. Agora nós precisamos focalizar em parar de prescrever drogas psicotrópicas e repensar mais na medicina centrada na pessoa e nas abordagens empáticas. O objetivo já não é a estagnação; o objetivo é a recuperação e alcançar o bem-estar.

Há no momento tantas evidências científicas de que as drogas psicotrópicas causam danos no cérebro e na longevidade, que a nossa maior preocupação deve ser como parar a prescrição dos psicotrópicos e devemos nos aprimorar neste processo (BREGGIN, 2013).

O modelo centrado na pessoa colabora não só com a retirada da droga, mas no tratamento em saúde mental em geral, com a sua maior ênfase na parceria usuário e bem-estar. O campo de aconselhamento de saúde mental, enraizado em princípios e práticas, formados pela empatia e empoderamento do usuário, e com isso, contribui para o discurso profissional, que envolve as decisões complexas, e assim os usuários fazem a sua viagem em direção à cura e ao bem-estar.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003, p.8

ALMEIDA L.M. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária.** Revista Portuguesa de Saúde Pública 2005; 23:91-6.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** Rio de Janeiro: Record, 2007.

AYRES, J.R.C.M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES. J.R.C.M. et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In: **Campos, G.W.S. ET AL. Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. P. 375-417.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

BARBOUR, ROSALINE. **Grupos Focais.** Porto Alegre: Artmed, 2009

BARROS, N.F. **Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica.** São Paulo, 2000.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p.175-193.

BOGOCHVOL, A. **Sobre a psicofarmacologia.** In: **Magalhães, (Org). Psicofarmacologia e Psicanálise.** São Paulo: Escuta, 2001.

BOSI, M. L. M., CARVALHO, L. B., SOBREIRA, M. A. A., XIMENES, V. M., LIBERATO, M. T. C., & GODOY, M. G. C. **Inovação em saúde mental: Subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2011

BRASIL. **Portaria número 1077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental.** Diário Oficial da União 1999; 25 ago.

BRASIL. **Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de Redução de Danos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental:** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2011. Brasília: MS, CNS; 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica– o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS). Secretaria – Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde mental: 1990 – 2004.** 5\* Edição ampliada. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. (2009). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF.

BREGGIN, P. M.D. **Psychiatric Drug Withdrawal A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families.** 2013

CAMARGO JR. K.R. **Biomedicina, Saber &Ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMARGO JR. KR. **As armadilhas da concepção positiva de saúde.** Physis (Rio J.) 2007; 17:63-76.

CAMPBELL, E. J. M. **The concept of disease.** British Medical Journal, 2, 757-762, 1979

CAMPOS, G.W. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** Campinas, 1997.

CAMPOS, G.W.S.; DOMOITTI, A.C. **Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev.2007, p.399-407.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARLINI, E.A. **Drogas Psicotrópicas.** In: Noto, A.R.; Nappo, S.; Galduróz, J.C.F.; Mattei, R. e Carlini, E.A. **III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de rua de cinco Capitais Brasileiras – 1993.** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicologia – Escola Paulista de Medicina, 1994. p. 93

CAVALHEIRO, E. **Doença ou Doente?** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife. v. 9, n. 2, June 2009.

CHIAVERINI, D. H.(ORG.). **Guia prático em matriciamento em saúde mental**. Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Grall, 2\*. Ed., 1985, p.34.

COUTINHO ESF, ALMEIDA FILHO N, MARI JJ. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil**. Rev Psiq Clín 1999.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004.

DELGADOI, P. **Humanização de tratamento psiquiátrico no Brasil: a importância da lei 10.216 de Paulo Delgado**. Cidadania outros olhares. Câmara dos Deputados. Brasília: DF, 2001.

DESLANDES. S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIMENSTEIN, M., SANTOS, Y. F., BRITO, M., SEVERO, A. K. & MORAIS, C. (2005). **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família**. Mental, 3(5),23-41.

EISENBERGERG, LEON. **Jornaul Psychiatric News**, 2013.

FIRMINO, K. F. et al. **Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1223-1232, 2011.

FOUCAULT, M. **Historia de la medicalización.** Educ Méd Salud 1977; 11:3-25

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GADAMER, H.G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Petrópolis: Vozes, 1997.

GALLEGUILLOS, T, et al. **Tendencia Del uso de benzodiazepinas em uma muestra de consultantes em atención primaria.** Ver. Med. Chil., Santiago, v.131, n.5, p. 535-540, 2003.

GÉRVAS J. **Moderción em La actividad médica preventiva y cuaternaria em Españã.** Gac. Sani. 2006; 20 Suppl 1: 127-34.

GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica.** 8\*. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

JAMOULLE, M. **Quaternary Prevention: Prevention as You never Heard Before.** Atualizado em 12-7-2000.

HAEFELY, W. **The GABA Benzodiazepine Interaction Fifteen Years Later.** Neurochem. Res., 15: 169 – 174,1990

HIRDES A. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** Cienc. Saúde Colet. 2009; p.297-305.

HYMAN, S. **Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action.** The American journal of psychiatry, 1996.

HUXLEY, A. **As portas da Percepção – céu e inferno.** Editor: Via Optima; Edição/reimpressão: 2005; p.35.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IGNÁCIO V.T.G, NARDI HC. **A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul.** Psicologia e Sociedade. 2007; 19 (3): 88-95.

LADER, M. **Pharmacotherapy of mood disorder and treatment discontinuation.** Drugs. 2007; 67: 1657-63.

LANCET GLOBAL MENTHAL HEALTH GROUP: **Scaling up services for mental disorders– a call for action.** Lancet, 2007.

LANDI-FILHO, D.L. et al. **Redução de danos e saúde da família.** Brasília, 2009

LARANJEIRA& FRASER. **Potencial de abuso de benzodiazepínico: quatro décadas de experiência.** São Paulo: Edusp, 1999.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez, 1991.

LINDEN. M; LECRUBIER. Y; BELLANTUONO. C; BENKERT.O; KISELY. S; SIMON. G. **The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study.** J.Clin. Psychopharmacol. 1999; 19(2): 132-140.

LUDEMIR AB, MELO FILHO DA. **Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns.** Rev Saúde Pública 2002; 36:213- 21.

LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro, 1988.

LUZ, M.T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.** Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 15 (suplemento) 145-176, 2005.

MC WHINNEY, I. R. **A Textbook of Family Medicine.** 2\* ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 448p.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). **Manging Drug Supply.** 2. Edition. Connecticut: Kumarian Press; 1997.

MIELKE, FB, OLCHWSKY A. **Saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: a avaliação do apoio matricial.** Rev. Bras. Enferm. 2010; 63(6):900-907.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9\* Ed.rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E.V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MENEZES PR. **Princípios de epidemiologia psiquiátrica.** In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 43-55.

MERHY, E. E, & FRANCO, T. B. (2003). **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional**. Saúde em Debate (Rio de Janeiro), 7(65)316-323.

MONCRIEFF, J. **The Myth of the Cure Chemical**. 2008.

MONCIEFF, J. **Why is it so difficult to stop psychiatric drug**. 2006.

MOYSÉS, M.A.A. Rotular, classificar, diagnosticar. A violência dos laudos. Jornal do GTNM-RJ (Grupo tortura nunca mais), 2002.

NAPPO, S. &CARLINI, E.A. **Preliminary Findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the years 1988 and 1989**. Drug and Alcohol Dependence. 33: 11- 17, 1993.

NOGUEIRA, M.I. **Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se “chineses”**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2003.

NYE RA. **The Evolution of the Concept of medicalization in the Late twentieth century**. J.Hist Behav Sci. 2003; 39 (2): 115 – 29.

OLIVEIRA, W.F. **Algumas reflexões sobre as bases conceituais de saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde**. Saúde em debate; V.32, n.78-80, p. 38-48, jan-dez, 2008.

ONOKO C, FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: uma rede ou um emaranhado?** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, fev. 2009, p.129-138.

ORLANDI, ENI PUCUCCINELLI. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. Pontes, 1996.

PAULO, L. G.; ZANINI, A.C. **Compliance: sobre o encontro paciente/médico**. São Roque: Ipex, 1997. Cap.VII, p.115.

PELEGRINI; M.R.F. **O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade**. Revista Psicológica, Ciência e Profissão. Ano 3, v.38, 2003.

PÉREZ FERNÁNDEZ M.GÉRVAS, J. **El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas**. Med Clin (Barcelona).2002; 118:65-7.

POWELL, R. A.; SINGLE, H.M. **Focus groups**. International Journal of Quality in Health Care, v.8, n.5, p. 499-504, 1996.

QUEIROZ, M.S. **O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento “vitalista” na área de saúde: uma perspectiva teórica introdutória**. In: Nascimento, M.C. (org) **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

RANG et al. **Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas**, quarta edição, 2001, cap.33, p.514-20.

RODRIGUES MAP; LIMA MS. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. Rev. Saúde Pública 2006; 40 (1): 107-114.

ROSENBERG, C. E. 2002.**The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience**. Milbank Q 80:237–60.

SANTOS, MESB. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, J. L. F; WESTHAL, M.F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**, 1999.

SAYD, JD. **Novos paradigmas e saúde**: notas de leitura. *Physis* (Rio J.) 1999; 9:113-21.

SCHRAIBER, L. B. (2011). **Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': O sujeito e os valores no agir profissional em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7),3041-3042.

SILVA JR., N. **Sobre a recodificação mercantil do sofrimento**. In: Bolguese, M.S. **Depressão & Doença Moderna**. São Paulo: Via Lettera; Fapesp, 2004. p. 9-14.

SMITH MC, GRIFFIN L. **A comparison Rationality of appeals used in the promotion of psychotropic drugs of male and female models**. *Soc Sci. Med.* 1977; 11(6-7): 409-14.

SOUZA, CAMILA PEREIRA de; CALLOU, VIRGÍNIA TORQUATO; MOREIRA, VIRGÍNIA. **A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian**. *Rev.Abordagem Gestalt*, Goiânia, v.19, n. 2, dez. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

STEWART, M; BROWN, JB; WESTON, WW et al. **Medicina Centrada na Pessoa- Transformando o método clínico**. 2\* Ed., Porto Alegre, Artmed, 2010.

TAJIMA, O. **Menthal health care in Japan: recognition and treatment of depression and anxiety disorders**. *J. Clin.Psychiatry* 2001, 62 Suppl 13: 39-44.

TANAKA, O.Y.; LAURIDSEN RIBEIRO. **Ações de saúde mental na atenção primária: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Ciência e Saúde Coletiva. V.14, n.2, Rio de Janeiro, 2009.

TAUBES, G. **Epidemiology faces its limits.** Science 1995; 269:164-9.

TELLES, S. **Difícil diagnóstico.** Estado de São Paulo. Retrieved, june15, 2012.

TESSER, C.D. **Medicalização Social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.19, p. 61-76, 2006.

TIEFER, L. **Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance.** PLoS Med 2006.

VECCHIA, M. D., & MARTINS, S. T. F. (2009). **Vinte anos do SUS: O sistema de saúde no Brasil do século 21.** Ciência & Saúde Coletiva, 1(14),183-193.

VILLA. RS; GARCÍA, ER; BARBERO, JV; SECO, GV. GARCÍA, MJM. **El consumo de psicofármacos em pacientes que acuden a atención primaria em El principado de Asturias (España).** Psicothema 2003; 15(4): 650-655.

WAKEFIELD JC. **Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: confronting the overdiagnosis (“false positives”) problem in DSM-V.** In: Phillips KA, First MB, Pincus HA, editors. Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Press; 2003. pp.23-56.

WAKEFIELD JC. **Biological function and dysfunction.** In: Buss D, editor. Handbook of evolutionary psychology. New York: Oxford Press; 2005. pp.878-902.

WAKEFIELD JC. SCHMITZ MF. FIRST MB, et al. **Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses?** Evidence from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64:443-440.

WHITAKER, R. **Anatomy of an Epidemic; Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America**, 1995.

WHITAKER, R. **Psychiatric Drugs: An Assault on the Human Condition**, 2005.

WHITAKER, R. **Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill**. New York: Basic Books. 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investing in mental health**. Geneva: 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, World **Organization of Family Doctors – WONCA**. **Integrating mental health in primary care: a global perspective**. WHO; WONCA; 2008.

ZOLA IK. **Medicine as an institution of social control**. In: Conrad P, editor. **The sociology of health and illness: critical perspectives**. 6th Ed. New York: Worth Publishers; 2001. p. 404-14.

## 8. Apêndice A:



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária”, desenvolvida por Márcia Alfena, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação do Professor Dr. Paulo Amarante e do co-orientador Professor Dr. Fernando Freitas.

O objetivo central do estudo é investigar o lugar dos psicotrópicos na Atenção Primária.

O critério de inclusão foi por você ser médico de família atuante na Atenção Primária e poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, pois o tema é de suma importância nos dias de hoje, devido aos fatos relatados mundialmente de abuso de psicotrópicos.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

A sua participação nesta pesquisa, se dará por meio do grupo focal, onde se pretende abordar a conduta em relação à prescrição de psicotrópicos, o processo de construção do diagnóstico e as suas dificuldades e o conhecimento sobre as práticas alternativas a prescrição. O grupo focal somente será gravado se houver autorização do participante. Caso não aceite a gravação, as falas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, e somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP. O tempo de duração do grupo focal será de duas horas.

Toda pesquisa possui riscos, o risco identificado nesta pesquisa está relacionado ao constrangimento, para minimizar este risco, o sigilo será garantido e os participantes não serão identificados. Caso ocorra algum tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento, resultante de sua participação tem direito à assistência integral e a indenização, conforme itens III. 2.0, IV.4.c, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na dissertação da tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa e por mim pesquisadora. Neste contém o meu telefone e o endereço institucional e também o contato do CEP/ENSP, CEP/SMSRJ podendo assim tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer momento.

“Em caso de dúvidas quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integralidade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Márcia Alfena - Pesquisadora Responsável.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Autorizo a gravação do grupo focal ( ) Sim ( ) Não

---

Assinatura do participante da pesquisa

Contato com a pesquisadora responsável:

Telefone: (21) 998518012

E-mail: [alfenamarcia@gmail.com](mailto:alfenamarcia@gmail.com)

CEP/ENSP:

Telefone: (21) 25982863

E-mail: [CEP@ensp.fiocruz.br](mailto:CEP@ensp.fiocruz.br)

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Manguinhos- Rio de Janeiro- RJ- CEP: 21041-210.

CEP/SMS-RJ:

Telefone: (21) 22151485

E- mail: [CEPsmsrj@yahoo.com.br](mailto:CEPsmsrj@yahoo.com.br)

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro

Endereço: Rua Evaristo da Veiga 16 sobreloja – Rio de Janeiro – RJ- CEP: 20031-205.

## **9. Apêndice B:**

### **Roteiro do grupo focal**

O grupo focal será composto a partir de alguns critérios associados às metas da pesquisa, por homogeneidade, por serem todos os participantes médicos de família, os quais prescrevem psicotrópicos, e proporcionando assim uma facilitação para o desenvolvimento da discussão intragrupo.

#### Abertura do grupo focal

Os participantes serão informados sobre o tema em discussão, os objetivos da pesquisa e o porquê da escolha deles. Ocorrerá uma breve apresentação de cada participante e da pesquisadora. Será explicado que o grupo focal será gravado com a permissão dos participantes e será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, onde será assinado pelos participantes e por mim e entregue uma via a eles. Caso não ocorra a permissão da gravação, as falas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Nesse primeiro momento, deixa-se claro que todas as ideias e opiniões, interessam e que, não há certo ou errado; bom ou mau argumento; ou posicionamento; que a pesquisadora espera é que surjam diferentes pontos de vista, que não se está em busca de consensos, e que todo e qualquer tipo de reflexão e contribuição é importante para pesquisa. O grupo tem a proposta de troca entre os participantes.

Em seguida baseado no levantamento dos psicotrópicos mais prescritos no ano de 2013, será levantado questões importantes como: o processo de construção do diagnóstico em saúde mental, as suas facilidades e dificuldades e o conhecimento sobre práticas alternativas à prescrição destes.

**Questões a serem levantadas:**

- \_ Como é a rotina do serviço na Atenção Primária?
- \_ Como é a consulta? Como você separa as situações de saúde mental das outras do seu dia a dia?
- \_ Quais as situações mais comuns em saúde mental que são atendidas na Atenção Primária?
- \_ O que você acha de fácil manejo e de difícil manejo?
- \_ Nas situações de fácil manejo, o que se faz?
- \_ Prescreve? Segue algum protocolo ou a sua vivência do dia a dia serve como referência?
- \_ Se sente seguro em prescrever? O que mais prescreve? Prescreve por quanto tempo?
- \_ Como acompanha este usuário? Acompanha os resultados? Retira o medicamento?
- \_ Como é a retirada do medicamento nestas situações? Em que momento pensa em retirar a medicação?
- \_ Nas situações em que você acha de difícil manejo, como procede?
- Possui matriciamento em saúde mental?
- \_ Acha importante?
- \_ Contribui para elucidar o diagnóstico?
- Conhece práticas alternativas a prescrição? Em que situações você indica?

## 10. Apêndice C:

### **TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD**

Eu, Márcia Dias Alfena, abaixo assinado, pesquisadora envolvida na pesquisa título: “Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária”, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na Farmácia da Unidade de Saúde Clínica da Família Dalmir Abreu Salgado, na AP 5.2, no Município do Rio de Janeiro, bem como a privacidade de seus conteúdos como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito aos psicotrópicos mais prescritos no ano de 2013 (janeiro a dezembro), para se ter um quadro geral do uso, e que são de suma importância para a presente pesquisa e serão utilizados apenas para fins dos objetivos desta pesquisa.

Rio de Janeiro, 07 de julho de 2014.

---

Envolvida na manipulação e coleta de dados:

Márcia Dias Alfena

CRM: 5259242-4

CPF: 00023660708

## 11.Apêndice D:

Medicamentos psicotrópicos dispensados na Farmácia da Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado no ano de 2013 e a sua avaliação.

A farmácia da Unidade de Saúde referida possui 23 tipos de medicamentos psicotrópicos. Dentre eles, os antipsicóticos; os antiepiléticos; os antidepressivos e os ansiolíticos. Foram dispensados ao longo do ano de 2013, 203.112 comprimidos ao todo. A percentagem dos antidepressivos e ansiolíticos foi de 75% em relação aos outros. Dentre eles se destacam a Fluoxetina e Clonazepam.

