



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**



JESSICA THAMIRES DA SILVA MELO

**VIVÊNCIA DOS INDIVÍDUOS SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS À LUZ DA
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

RECIFE - PE

2020

JESSICA THAMIRES DA SILVA MELO

**VIVÊNCIA DOS INDIVÍDUOS SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS À LUZ DA
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Iracema da Silva Frazão

Co-orientadora: Prof^a Dra. Tatiane Gomes Guedes

RECIFE - PE

2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

M528v

Melo, Jessica Thamires da Silva.

Vivência dos indivíduos sobre o uso de psicofármacos à luz da gestão autônoma da medicação / Jessica Thamires da Silva Melo. – 2020.
114 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Iracema da Silva Frazão.

Coorientadora : Tatiane Gomes Guedes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2020.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicotrópicos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Enfermagem. 5. Saúde Mental. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Guedes, Tatiane Gomes (Coorientadora). III. Título.

610.73

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2022-250)

JESSICA THAMIRES DA SILVA MELO

**VIVÊNCIA DOS INDIVÍDUOS SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS À LUZ DA
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação aprovada em: 27/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra Iracema da Silva Frazão (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Professora Dra Jaquelline Galdino Albuquerque Perrelli (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Professora Dra Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Professora Dra Fernanda Jorge Guimarães (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

*Consagro a realização deste trabalho a Deus,
detentor de todo conhecimento e fonte inesgotável de fé.
De modo particular, ao meu anjo em forma de mãe Maria Alves,
a minha querida irmã Marília Nathália
e a minha amada filha Maria Valentina.*

AGRADECIMENTOS

De todo meu coração eu agradeço a Deus, por me conceder o dom da vida e plantar em meu coração sonhos inimagináveis e dar-me a graça de concluir.

À minha mãe Maria Alves, pessoa a quem tanto admiro por sua garra, determinação, coragem e fé. Nada disso seria possível sem o seu apoio, estímulo e força. Obrigada por me fazer enxergar novos caminhos e acreditar que era possível trilhá-los.

À minha irmã Marília Nathália, por acreditar na minha capacidade, me encorajar a seguir, me ouvir e me aconselhar quando o caminho estava difícil.

À minha filha Maria Valentina, por ser a minha maior fã, por se preocupar com meus estudos, por compreender minha ausência e por me amar.

À minha tia Cleide Alves, por me acolher em sua casa durante anos para que eu pudesse estudar e pelas orações constantes.

À toda minha família, na pessoa de tios, tias, primos, primas e sobrinhos pelo companheirismo ao longo da vida e pelo apoio sempre presente nos momentos de dificuldade.

Ao meu fundador Erivaldo Santos e demais membros da Comunidade Católica Obra Preciosa pela amizade e intercessão constante, além de aconselhamento e fortalecimento espiritual ao longo deste percurso.

Aos meus amigos que me acompanham desde a época da faculdade e que sempre estiveram ao meu lado, torcendo e apoiando na pessoa de Janaína Pacheco, Laísa Veras e Nauã Rodrigues.

As minhas amigas da residência na pessoa de Alessandra Nogueira e Jessica Maricelly por me incentivarem e vibrarem em cada etapa durante o processo seletivo de mestrado.

Às amigas do apartamento 403 Karyanna Rocha, Denise Nogueira e Marianny Pacheco por dividirem a casa, o tempo e a vida comigo durante esta jornada.

Aos companheiros da turma M10 por dividirmos o mesmo espaço e partilharmos de tamanha conquista, em especial a Karyanna Rocha, Eduarda Gayoso e Bruno Nova pelos sorrisos de felicidade e olhar de cumplicidade durante todo o mestrado.

À minha orientadora Professora Dra Iracema da Silva Frazão por toda compreensão, afeto e competência para construção deste trabalho. Obrigada pelos ensinamentos e orientações que foram além de assuntos profissionais e acadêmicos.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, pela responsabilidade e competência na formação de profissionais comprometidos com a ciência e bem-estar social.

A secretaria do referido Programa na pessoa de Camila e Beatriz, pela delicadeza e por toda assistência prestada ao longo dessa trajetória.

Aos participantes desta pesquisa que compartilharam comigo as suas vivências. Sem a disponibilidade e a abertura de vocês, a concretização deste estudo não seria possível

“É como está escrito: Coisas que os olhos não viram, nem os ouvidos ouviram, nem o coração humano imaginou, tais são os bens que Deus tem preparado para aqueles que o amam”.

(1 Coríntios 2: 9)

RESUMO

Os psicofármacos estão entre as classes medicamentosas mais prescritas mundialmente, sendo seu uso considerado exacerbado e indiscriminado. O uso de tais medicamentos é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens, em que os usuários que necessitam de atenção em saúde mental estão entre as classes mais susceptíveis. Em oposição a este modelo de atenção à saúde, a Gestão Autônoma da Medicação questiona o uso de psicofármacos no tratamento as pessoas portadoras de transtornos mentais. Para lidar melhor com essa questão, os enfermeiros da Atenção Básica precisam estar atentos aos diversos aspectos relacionados à farmacoterapia dos sujeitos e, para tanto, podem utilizar a educação em saúde como uma estratégia que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde a partir da sua realidade. Logo, esta pesquisa teve o objetivo de compreender as vivências dos usuários de psicofármacos à luz dos princípios da Gestão Autônoma da Medicação. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Recife, Pernambuco. O recrutamento dos participantes foi realizado a partir do grupo de saúde mental da unidade e adotou-se o critério de saturação teórica das respostas para delimitar a quantidade de participantes, assim 20 indivíduos compuseram a amostra. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista individual semiestruturada com triangulação de dados por meio de relato oral do participante, observação simples e diário de campo. A análise dos dados foi realizada com auxílio do software IRAMUTEQ. Dos dados emergiram três categorias temáticas que abordam as experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos e as relações interpessoais desenvolvidas por estes: Experiências dos usuários com psicofármacos, Repercussões do uso crônico de psicofármacos e Relações interpessoais dos usuários. Conclui-se que o uso contínuo de psicofármacos repercute de maneira negativa na vida das pessoas, interfere no cotidiano e podem fragilizar o desenvolvimento de vínculos pelos usuários. Portanto, conhecer o significado que a medicação ocupa na vida dos indivíduos deve assumir centralidade no cuidado em saúde mental para que se possam alcançar tratamentos efetivos considerando a necessidade do indivíduo e sua singularidade.

Palavras-chave: psicotrópicos; atenção básica; educação em saúde; enfermagem; saúde mental.

ABSTRACT

Psychopharmaceuticals are among the most prescribed drug classes worldwide, and their use is considered exacerbated and indiscriminate. The use of such drugs is seen as a quick way to solve problems of different origins, in which users who need mental health care are among the most susceptible classes. In opposition to this health care model, Autonomous Medication Management questions the use of psychotropic drugs in the treatment of people with mental disorders. To better deal with this issue, Primary Care nurses need to be attentive to the various aspects related to the subjects' pharmacotherapy and, for that, they can use health education as a strategy that contributes to the formation of critical awareness of people about their health problems from their reality. Therefore, this research aimed to understand the experiences of users of psychiatric drugs in the light of the principles of Autonomous Medication Management. This is a descriptive exploratory study of a qualitative nature, carried out in a Basic Health Unit in the city of Recife, Pernambuco. The recruitment of participants was carried out from the mental health group of the unit and the criterion of theoretical saturation of responses was adopted to delimit the number of participants, thus 20 individuals made up the sample. Data collection took place through semi-structured individual interviews with data triangulation through the participant's oral report, simple observation and field diary. Data analysis was performed with the aid of the IRAMUTEQ software. From the data emerged three thematic categories that address the users' experiences on the use of psychiatric drugs and the interpersonal relationships developed by them: User experiences with psychiatric drugs, Repercussions of the chronic use of psychiatric drugs and Interpersonal relationships of the users. It is concluded that the continuous use of psychotropic drugs has a negative impact on people's lives, interferes in their daily lives and can weaken the development of bonds by users. Therefore, knowing the meaning that medication occupies in the lives of individuals must assume centrality in mental health care so that effective treatments can be achieved considering the individual's need and uniqueness.

Keywords: psychotropic; primary care; health education; nursing; mental health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Dendrograma representando a quantidade de segmentos de textos de cada classe formada pela CHD a partir do corpus geral. Recife - PE, 2019. 45
- Figura 2** - Dendrograma resultante da CHD do corpus formado pelo material textual obtido das entrevistas sobre a gestão autônoma da medicação em usuários de psicofármacos na atenção básica. Recife - PE, Brasil, 2019. 46
- Figura 3** - Categorias temáticas referentes às classes 5, 1, 4, 3 e 2 da CHD do corpus formado pelo IRAMUTEQ. Recife - PE, 2019. 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos usuários de psicofármacos da Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde. Recife - PE, 2019.....	43
Quadro 2 - Classe terapêutica dos psicofármacos consumidos pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família. Recife - PE, 2019.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	Consultório de Rua
AGIDD-SMQ	Defesa dos Direitos em Saúde Mental de Quebec
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Reforma Sanitária
SM	Saúde Mental
ST	Segmento de Texto
RRASMQ	Serviços Alternativos em Saúde Mental do Quebec
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFPE

Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	22
3.2	O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
3.3	GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO	28
3.4	PRINCÍPIOS DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: AUTONOMIA E COGESTÃO	32
4	CAMINHO METODOLÓGICO	34
4.1	TIPO DE ESTUDO	34
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	34
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	36
4.5	COLETA DE DADOS	36
4.6	ANÁLISE DE DADOS	39
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
5	RESULTADOS	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
5.2	ANÁLISE DESCRITIVA DAS ENTREVISTAS GERADAS PELO IRAMUTEQ...45	
5.3	CATEGORIAS TEMÁTICAS À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO	48
5.3.1	Categoria Temática 1 – Experiências dos usuários com psicofármacos.....	48
5.3.2	Categoria Temática 2 – Repercussões do uso crônico de psicofármacos	50
5.3.3	Categoria Temática 3 – Relações interpessoais dos usuários	53

6	DISCUSSÃO	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO DE PSICOFÁRMACOS	83
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL	84
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	85
	APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE....	88
	APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO.....	89
	APÊNDICE F - QUADRO: IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS ORIUNDOS DAS ENTREVISTAS	90
	APÊNDICE G –QUADRO: SATURAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	92
	APÊNDICE H – ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL PELO IRAMUTEQ	93
	APÊNDICE I – ARTIGO ORIGINAL	94
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE.....	109
	ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	110

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde mental originaram-se de mobilizações e lutas de usuários, familiares e trabalhadores, visando mudanças no cenário de exclusão e aprisionamento das pessoas com transtornos mentais. Esse processo de reivindicação e participação popular ganhou força na década de 80 e resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) legitimada pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001). A RPB representa um grande avanço no tratamento de pessoas com transtornos mentais, favorecendo o exercício da cidadania, inclusão social dos usuários e manutenção do vínculo familiar (BARBOSA et al., 2017).

Nesse contexto de inovação em Saúde Mental (SM), percebe-se o redirecionamento gradual da assistência que passa da lógica tradicional, manicomial, curativa e excludente para intervenções assistenciais de caráter territorial, comunitário, pautado na promoção do bem-estar da existência biológica, psicológica e social inclusiva, o qual passa a enfatizar o portador de transtorno mental em sua complexidade e subjetividade a partir da atenção psicossocial (XAVIER, et al., 2014).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe uma rede de serviços em saúde mental integrada e ampliada voltada às pessoas com transtornos mentais. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088/2011 possui a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída por sete componentes, cada um deles compreende um conjunto de ações e serviços que têm o propósito de atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares, nos mais diversos territórios. Esses serviços são chamados de pontos de atenção e estão presentes na atenção básica, na atenção psicossocial especializada, na atenção à urgência e emergência, na atenção residencial de caráter transitório, na atenção hospitalar, na estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

As ações da RAPS na Atenção Primária a Saúde (APS) envolvem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios na Rua (CR) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). A interação entre estes componentes enquanto programas estratégicos aumentam o escopo e a resolutividade dos problemas de saúde prevalentes na

população da APS, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária (ALMEIDA, 2019).

A APS configura-se como a porta de entrada de todos os usuários do SUS, pois é na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são estabelecidos os vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população, de trabalho norteado por uma perspectiva ampliada acerca dos modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural (OLIVEIRA et al., 2017). Assim, envolve aspectos como acolhimento da demanda; satisfação da pessoa em relação às suas necessidades e às tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do nível de atenção (SILVA et al., 2016).

A capacidade resolutiva da APS depende da integração entre os seus componentes e pode ser compreendida como uma resposta satisfatória do serviço à pessoa que busca atendimento para sua saúde. Essa resposta não se restringe exclusivamente a cura de doenças, mas ao alívio ou redução do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde. Na área da saúde mental, a resolutividade está associada à capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, garantindo acesso aos serviços e atenção das necessidades de forma integral (ROTOLI et al., 2019).

A ESF tem um papel fundamental na atenção da saúde mental da população, pois grande parte dos problemas podem ser resolvidos nesse nível de assistência, sem necessidade de encaminhamento aos níveis especializados (SORATTO et al., 2015). As demandas apresentadas pela população na ESF vão desde situações de sofrimento psíquico, uso de drogas, transtornos mentais leves, até transtornos mais severos e persistentes (CARON; FEUERWERKER, 2019; SOUZA et al., 2017).

Estimativas internacionais e nacionais apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos em SM devido a transtornos mentais graves e persistentes. Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar de um terço a 50% da demanda da ESF. Somando-se esta demanda aos problemas decorrentes de álcool e drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população, pode-se ter uma ideia da amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em SM (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços alcançados com os novos modelos de assistência em saúde mental muitos desafios ainda necessitam ser superados, dentre eles, a hegemonia do modelo

biomédico de tratamento, centrado na prescrição de psicofármacos, que reduz o atendimento em muitos casos apenas ao preenchimento de um receituário (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Não se trata de ignorar os benefícios conhecidos desses medicamentos, mas de possibilitar uma reflexão aos profissionais da saúde acerca dos efeitos iatrogênicos ocasionados por esta prática clínica (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Tais medicamentos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fármacos que atuam no sistema nervoso central e produzem alterações de comportamento, humor e cognição, que podem desencadear dependência física e psíquica (WHO, 2003). De modo geral, os psicofármacos mais prescritos e utilizados de forma indiscriminada são os ansiolíticos, os antidepressivos e os antipsicóticos (MOURA et al., 2016).

O consumo destes medicamentos é crescente nas últimas décadas, devido ao aumento de diagnósticos de transtornos psíquicos na população, introdução de novas substâncias psicoativas no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas dos fármacos já existentes (BEZERRA et al., 2014). Além disso, infere-se que a prescrição de psicofármacos é o elemento central na terapêutica tanto por demanda dos profissionais quanto dos próprios usuários. Essa prática representa um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que se exalta a necessidade de práticas de saúde desmedicalizantes, a realidade cotidiana ressalta o contrário (VARGAS; CAMPOS, 2019).

A participação dos usuários nas decisões acerca de seu tratamento restringe-se, apenas, ao relato dos sintomas apresentados (GONÇALVES; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Com vistas a superar esse padrão prescritivo centralizado no saber médico-científico e incluir o usuário no planejamento terapêutico, foi desenvolvida a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em 1990 no Canadá. Essa estratégia decorrente de movimentos sociais e iniciativa popular, sem ligação direta com políticas de Estado, reconhece a utilização inadequada de psicofármacos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

A tradução e adaptação para a realidade brasileira da GAM foi construída no ano de 2009 devido ao interesse de diversas instituições, como universidades e serviços públicos de saúde com a finalidade de pensar o uso dos medicamentos como um meio para se alcançar relações mais horizontais entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, de informar sobre os direitos desses usuários, bem como estimular o pensamento

crítico e proporcionar um espaço de protagonismo, autonomia e cogestão frente ao tratamento de psicofármacos (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

Assim, a estratégia GAM dá visibilidade à pluralidade de posições e escolhas em face da medicação, afirma o direito ao consentimento livre e esclarecido para utilização de psicofármacos e a necessidade da tomada compartilhada de decisões entre profissionais e usuários, tendo como pressuposto a ideia de que o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos e de que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Esse fato reflete de maneira significativa no cuidado prestado pelo enfermeiro, pois a prática de enfermagem vem sendo reconstruída a partir do modelo de atenção psicossocial ao portador de transtorno mental, pois, neste novo cenário o usuário é o foco das ações. Desse modo, o enfermeiro, como integrante da equipe de Saúde da Família (eSF), desempenha papel fundamental pois atua diretamente com o usuário, podendo, assim, conhecer sua experiência e sua vivência no que se refere ao uso de psicofármacos (SILVA; MEDEIROS, 2018).

Cabe ao enfermeiro, as ações de administrar, supervisionar e orientar o paciente sobre o medicamento prescrito. Além de esclarecer os motivos da indicação terapêutica, os efeitos esperados, frequência com que serão ministrados, os possíveis efeitos adversos, os profissionais de enfermagem devem estar atentos ao modo como esta terapêutica é recebida e percebida pela pessoa com transtorno mental, pois a aderência ao uso correto e regular depende, em muito, dessas atitudes (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2015).

Nessa perspectiva, é necessário que a formação e a capacitação dos profissionais atuantes na ESF superem o conhecimento técnico, que envolve diagnóstico e uso de medicações, e abranjam também habilidades de comunicação, capacidade de trabalhar num modelo ampliado de atenção à saúde e manejo de problemas psicossociais. Logo, estes profissionais precisam estar aptos a detectar problemas de SM precocemente e propor formas de intervenção adequadas (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015).

Diversas intervenções psicossociais podem ser realizadas pela eSF, como o uso do relacionamento terapêutico, em que o profissional utiliza a si mesmo e técnicas clínicas para estimular a introversão e mudanças comportamentais; a Terapia Comunitária, que é uma forma de atuação em espaço público em que há uma resignificação das relações, eliminando as hierarquias, e todos os participantes têm vez e voz, se expõem como pessoas e reafirmam suas identidades. Também acontecem os grupos terapêuticos, em que a relação com o coletivo

é terapêutica e, através do compartilhamento de ideias e sentimentos, emerge um tratamento individual de cada membro na presença dos demais (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

A saúde mental é uma temática bastante complexa e os profissionais de saúde da ESF alegam dificuldade em desenvolvê-las devido à falta de treinamento e/ou conhecimento específico dos profissionais sobre o assunto (LEMES et al., 2015). No entanto, algumas destas intervenções psicossociais já são realizadas rotineiramente, mesmo sem que estes profissionais as percebam em sua prática (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Em dez anos, um processo contínuo de pesquisa e implementação da GAM brasileira na Rede de Atenção Psicossocial (ZAMBILLO; PALOMBINI, 2017) conduziu a experimentações recentes em diversos serviços da rede – CAPS Infantojuvenil (CALIMAN et al., 2018); CAPS Álcool e outras Drogas e Atenção Básica (CARON, 2019).

Sabe-se que a GAM assume características peculiares para cada local onde a atividade é exercida, pois o contexto sanitário, território, equipe multiprofissional, gestão administrativa, cultura e relações sociais influenciam cada dinâmica estudada. Logo, a relevância de se estudar a experiência dos indivíduos sobre o uso de psicofármacos por meio da GAM na APS consiste em assentir que existe um saber que pode modificar práticas relacionais seja com a medicação seja com o cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a GAM constitui uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de psicofármacos, com a finalidade de fomentar o autoconhecimento, a autonomia e o diálogo na construção de experiências significativas na vida social e individual dos sujeitos. Portanto, deve ser entendida como um dispositivo que envolve todo o serviço de saúde que contemple ações de saúde mental. Nesta perspectiva questiona-se “Como é vivenciado o uso de psicofármacos pelos indivíduos da Atenção Primária a Saúde à luz da Gestão Autônoma da Medicação?”.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ✓ Compreender a vivência dos indivíduos na Atenção Básica sobre o uso de psicofármacos à luz da Gestão Autônoma da Medicação.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os principais fatores que motivaram a prescrição de psicofármacos;
- ✓ Descrever as experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos;
- ✓ Desvelar as relações interpessoais dos usuários de psicofármacos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este Referencial Teórico apresenta o estado da arte que tem como propósito contextualizar e compreender o uso indiscriminado de psicofármacos na AB, além de fundamentar e fortalecer a análise dos discursos. Será apresentado o cuidado em saúde mental ofertado na APS por meio da ESF realizado por uma equipe multiprofissional. A inserção das ações de SM na ESF constitui uma tática adotada pelo MS com ênfase no território, na desinstitucionalização da psiquiatria e no atendimento humanizado. Essa tática caracteriza um novo modelo de atenção à saúde focada na comunidade e busca o estabelecimento de vínculos entre equipe de saúde e usuários, promovendo autonomia e participação social nos sistemas de saúde.

O constructo teórico apresentado pela GAM norteou o desenvolvimento desta pesquisa, desde sua concepção, construção de objetivos, percurso metodológico, análise e discussão dos resultados. Nesta seção, serão apresentados os princípios desta teoria que possibilitou a compreensão do fenômeno em questão e atuação do enfermeiro perante essa temática.

3.1 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída pela portaria nº 648/2006 e revisada em 2017, estabelece as diretrizes para a organização da AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre os serviços de saúde ofertados pela RAS, a APS é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2006).

De acordo com as concepções atuais de saúde os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são equivalentes. Portanto, é definida como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

A operacionalização do cuidado em Saúde Mental (SM) na APS é realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Este nível de atenção desempenha um papel importante junto ao campo da saúde mental dada a proximidade territorial as famílias. Esta proximidade proporciona a identificação e a assistência das pessoas em sofrimento psíquico e as famílias, assumindo a atenção psicossocial como um modo de cuidar (SILVA et al., 2017).

A assistência prestada pela equipe de Saúde da Família (eSF) composta, minimamente, por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem como foco o indivíduo, considerando-o como parte de coletivos nas suas relações familiares e socioculturais, além da utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomização e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015).

O modelo de saúde desenvolvido na ESF facilita o cuidado em rede por meio da articulação com os demais serviços de saúde, proporcionando assistência em todos os níveis de atenção baixa, média e alta complexidade, com caráter interdisciplinar, transformando o setor especializado em mais um local de cuidado e não no único. Além disso, são propósitos deste cuidado a cidadania, liberdade, autonomia, combate ao preconceito e estigma da pessoa em sofrimento psíquico (OLIVEIRA et al., 2017).

Portanto, a articulação das ações em saúde mental na ESF constitui-se numa responsabilidade desafiadora, pois exige muito mais do que mudar elementos conceituais do plano teórico, mas também introduzir novas propostas metodológicas de ação que exigem transformações práticas e concretas que emanam do cotidiano (ESLABÃO et al., 2019) O desenvolvimento das ações em saúde mental na APS é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos elaboram ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

O cuidado em SM desenvolvido na ESF segue duas linhas de abordagens: a primeira é dada na perspectiva de detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e promover escuta qualificada e sensível e, a segunda, em oferecer tratamento neste próprio nível de atenção, lançando mão do encaminhamento para serviços especializados somente quando necessário. Logo, estas eSF precisam estar preparadas para atuar com o sofrimento mental, haja vista que a aproximação territorial evidencia as questões de saúde mental e demanda capacidade técnica e operacional para atendê-las (SORATTO et al., 2015).

O fazer em saúde mental pressupõe práticas interprofissionais e intersetoriais, a partir de uma escuta qualificada para a identificação das necessidades e vulnerabilidades dos usuários, considerando o acolhimento e a formação de vínculo como componentes indispensáveis para o cuidado em saúde. Neste contexto, vale ressaltar o papel do enfermeiro, enquanto parte integrante da eSF, como educador e conseqüentemente, agente transformador do cuidado, pautado para o atendimento preventivo, acolhedor e holístico (FIRMINO; LÔBO, 2019).

O enfermeiro enquanto educador atuante na ESF precisa buscar meios de abordagem que insira toda a equipe para atender à demanda de sofrimento mental na comunidade, uma vez que nenhum profissional ocupa o papel central neste cuidado e todos têm a responsabilidade e dever de trabalharem juntos para a restauração do bem-estar dos indivíduos (NASCIMENTO et al., 2017).

Para o alcance deste objetivo, a educação em saúde é uma estratégia eficaz em que debates e reflexões que proporcionam resultados positivos tanto para os usuários quanto para os profissionais que a realizam por meio da troca de experiência entre os envolvidos com intuito de traçar objetivos para melhorar a qualidade de vida e a independência dos usuários (RAVAGNANI et al., 2015).

A prática educativa na ESF possibilita a interação do enfermeiro com a comunidade e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, na prevenção de agravos e como meio para o fortalecimento da autonomia do sujeito enquanto cidadão. Assim, ao participar das atividades educativas, os usuários adquirem conhecimento sobre sua situação de saúde e pode ter voz ativa no processo do cuidado de acordo com as suas necessidades (SANTOS; PENNA, 2015).

Portanto, a atuação do enfermeiro juntamente com toda equipe deve acontecer através da promoção de ações terapêuticas baseadas em uma assistência segura, integral e de

qualidade, auxiliando na recuperação do paciente e visando à reabilitação de suas capacidades físicas e mentais. Porém, o que se percebe é que, nesse ponto da rede, a atuação dos profissionais de saúde se encontra, muitas vezes, limitada apenas a ações assistenciais da prática clínica (NASCIMENTO et al., 2017).

Sugere-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de forma que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que atuem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde (BRASIL, 2006).

O panorama atual em saúde aponta a necessidade de ampliar o olhar sobre a finalidade do trabalho dos profissionais, sendo consideradas as ações de promoção da saúde essenciais para concretizar as propostas da ESF, frente ao seu papel de reforma do modelo assistencial hegemônico. Sob essa perspectiva, é fundamental que os saberes, as práticas e os serviços estejam articulados, de modo a criar estratégias para a produção de saúde cada vez mais acessíveis e acolhedoras, fortalecendo o desenvolvimento de ações de promoção, educação em saúde e educação permanente (FIRMINO; LÔBO, 2019).

A substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários trouxe avanços mundialmente reconhecidos no cuidado à pessoa com transtornos mentais, este processo de desinstitucionalização foi planejado e progressivo de modo a abrigar todas as pessoas com necessidade de assistência em saúde mental. Desse modo, serviços comunitários foram criados para contemplar as necessidades de saúde das pessoas desinstitucionalizadas (CARVALHO et al., 2020).

Para que houvesse um avanço significativo neste processo, recursos financeiros precisaram ser deslocados dos hospitais psiquiátricos para o investimento em serviços comunitários. No entanto, estes recursos ainda são insuficientes para a implementação dos diversos componentes disponíveis na rede de serviços integrada. Dentre os principais desafios, destacam-se as dificuldades na ampliação do acesso, na integração da saúde mental com a atenção primária, no desenvolvimento de respostas de internação agudas em hospitais gerais e na articulação entre os vários componentes do sistema (ALMEIDA, 2019).

Tais dificuldades têm em comum a fragilidade no financiamento para execução destas ações em saúde. Esta fragilidade no financiamento das ações tende a se acentuar em virtude das mudanças propostas pelo atual governo na política de saúde mental do Brasil. As

informações sobre as mudanças que deverão acontecer ainda são escassas, porém algumas medidas adotadas pelo governo remetem a ênfase nas abordagens institucionais e uma subalternização sistemática das abordagens integradas com base na comunidade (ALMEIDA, 2019).

As medidas adotadas pelo atual governo com ênfase nas abordagens institucionais contrariam o modelo de atenção à saúde psicossocial que orienta a reestruturação da assistência, a partir da desospitalização de usuários internados por longos períodos e a criação de serviços substitutivos, cujos dispositivos possam lidar com o sofrimento mental em sua complexidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

3.2 O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A medicalização na SM é uma prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos atribuídos pelos próprios usuários, por familiares e por profissionais de saúde. O aumento de prescrições e o possível abuso de psicofármacos, com indicações duvidosas e durante períodos que podem prolongar-se indefinidamente, além das repercussões com os gastos envolvidos, são problemas relevantes na saúde mental, dado os riscos que tais medicamentos acarretam a curto e longo prazo (MEDEIROS et al., 2018).

A medicalização dos sujeitos configura-se como uma prática aprisionadora e iatrogênica, que muitas vezes é impulsionada pelos próprios profissionais de saúde, que veem nessa prática um processo útil e cômodo, alegando despreparo e formação limitada para o cuidado desses usuários. Outro fator importante para a medicalização está na manutenção das condutas já prescritas em outros serviços de saúde (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

A dimensão epidemiológica também é um fator que justifica o desenvolvimento de ações e cuidados em SM na ESF, pois 22 a 25% dos usuários atendidos pelas eSF apresentam transtornos mentais e exigem cuidado integral e continuado em saúde. Vale destacar que o crescente número de pessoas diagnosticadas com transtorno mental na sociedade bem como a descoberta de novos psicofármacos pela indústria farmacêutica, influencia o consumo desordenado destes medicamentos (ESLABÃO et al., 2019).

O perfil de usuários que utilizam psicofármacos indiscriminadamente na ESF consiste em: sexo feminino, com Ensino Fundamental, desempregados, portadores de doenças

crônicas (hipertensão ou diabetes), idade entre 30 e 60 anos e sem indicação clínica que justifique o uso destes medicamentos (SARMENTO; SANTOS, 2019).

Em um relatório técnico da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a situação das substâncias psicotrópicas no mundo, em 2017, o Brasil é apontado como o quarto maior produtor mundial de benzodiazepínicos, segundo maior consumidor de fenobarbital e sétimo maior importador de metilfenidato (UNITED NATIONS, 2019).

No Brasil, a maior parte das prescrições de psicofármacos é realizada nos serviços de APS em que os médicos relatam ter pouco tempo para consultas e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas no tratamento em saúde mental (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019). As classes terapêuticas de psicofármacos mais consumidos pelos usuários da APS são os antidepressivos e benzodiazepínicos (MOURA et al., 2016).

A prescrição de psicofármacos vem sendo discutida como um recurso importante, mas que deve partir de uma análise cuidadosa sobre seus potenciais efeitos e prejuízos. Tais medicamentos agem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de pensamento, de emoção, de percepção e de comportamento, e em alguns casos, podem levar à dependência (MARTINS et al., 2015).

A dependência química de psicofármacos é um fenômeno potencialmente grave e relativamente comum. Muitas vezes, os usuários dependentes experimentam grande dificuldade até para considerar a necessidade de uma retirada gradual, alegando exacerbação de sintomas, especialmente insônia e ansiedade (MEDEIROS et al., 2018). Contudo, os profissionais de saúde da APS devem conduzir o usuário e família a refletir sobre o uso racional destes medicamentos, de acordo com as necessidades clínicas, doses adequadas e período apropriado levando em conta o custo e a relação risco-benefício destes medicamentos (BRASIL, 2019).

Entretanto, um estudo realizado sobre as práticas de cuidado desenvolvidas na ESF demonstrou que a prevalência de medidas prescritivas com procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde e doença promove resistência para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Nos registros de cuidado em saúde mental realizados na ESF a dispensação de medicamentos psicotrópicos e o seu controle é a principal atividade, acrescentado das anotações de referência e contrarreferência para os serviços especializados. Deste modo, os registros revelam pouco sobre a real situação vivenciada pela população em sofrimento psíquico (GERBALDO et al., 2018).

Pesquisa realizada com 26 profissionais de eSF, com o objetivo de analisar as práticas destes trabalhadores em relação às ações desenvolvidas no cuidado à SM, identificou-se práticas de atenção focadas em consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações, destacando baixa capacidade de resolução do sofrimento psíquico. Além disso, evidenciou-se a ausência de uma rede de apoio estruturada, a desarticulação dos serviços existente o que dificulta o acesso ao cuidado em saúde mental pelos usuários (NASCIMENTO et al., 2017).

Desse modo, percebe-se congruência nos dados ao evidenciarem que grande parte dos profissionais da APS não se sente preparados para lidar com as demandas de saúde mental. Essa falta de preparo comumente é atribuída a uma formação profissional que não capacita para a atenção dos problemas de saúde mental na atenção básica, ou a um entendimento equivocado de que a saúde mental só pode ser exercida pelos especialistas da área (GERBALDO et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2017).

A assistência em saúde mental constitui-se como um desafio para os profissionais da APS, pois, estes desempenham suas funções em território geograficamente definido, o que o possibilita maior proximidade tanto da população quanto da realidade vivida por esta e lidar com o sofrimento alheio, exige a criação de vínculo e oferta de estratégias alternativas para o tratamento em saúde mental, processo para o qual estes profissionais não estão preparados (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Por meio do processo de integração entre cuidados primários e especializados em saúde mental o diálogo e as ações de educação em saúde ganham destaque para que profissionais e usuários construam vínculos e partilhem de um espaço de discussão criativo e crítico, atendendo, assim, a necessidade de ambos. Usuários empoderados e cientes de seus direitos configuram a situação ideal para a promoção da saúde, para tal, a Gestão Autônoma da Medicação se apresenta como uma proposta ainda inovadora, porém muito potente na promoção deste protagonismo (LIMA; RODRIGUES; SAMPAIO, 2019).

3.3 GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

A Gestão Autônoma da Medicação foi formulada inicialmente no Quebec/Canadá em 1993, a partir da mobilização de usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental e acadêmicos preocupados com o respeito aos direitos humanos, à cidadania e ao protagonismo de pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica. Neste contexto, a GAM constituiu um posicionamento estratégico na área da saúde que advoga a autonomia - individual e coletiva -

e a participação ativa dos usuários nas decisões sobre o uso e o não uso de medicação psiquiátrica, um posicionamento que aposta na ampliação da rede de conexões existenciais e nas relações de gestão compartilhada de processos coletivos em saúde (ONOCKO CAMPOS, et al, 2012; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

A resistência às práticas de medicação se justificou pela falta de informação sobre os remédios receitados aos portadores de transtorno mental, pelos efeitos indesejáveis dos psicofármacos, pelo sofrimento que costuma permanecer apesar do tratamento medicamentoso, pela dificuldade dos usuários dos tratamentos medicamentosos de retomar sua capacidade de contratualidade social e de inserção no mercado de trabalho e pelo desejo dos usuários de viver sem remédios (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

A estratégia utilizada para lidar com estas questões foi designada de GAM e progrediu com apoio dos movimentos de usuários dos serviços de saúde, Agrupamento de Serviços Alternativos em Saúde Mental do Quebec (RRASMQ) e pelo Movimento de Defesa dos Direitos em Saúde Mental de Quebec (AGIDD-SMQ). O propósito inicial era de favorecer espaços em grupos nos quais se pudessem falar sobre as medicações e refletir sobre seu uso, com vista ao alcance de uma qualidade de vida mais satisfatória (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

A GAM possibilita um espaço coletivo de discussão sobre a medicação e afirma-se como uma diretriz clínico-política para o tratamento em saúde mental. Para isto, é necessário valorizar a experiência e o saber dos usuários, fomentar o seu protagonismo na gestão do tratamento, experimentar outras formas de cuidado para além do tratamento medicamentoso foram vetores de alteração tanto do modelo de atenção como de gestão das práticas de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Ao comprovar a eficácia dessa estratégia voltada ao cuidado em saúde mental que enaltece a participação dos usuários nos processos decisórios relativos ao tratamento medicamentoso houve a difusão para outros territórios. No Brasil, essa proposta irrompe pelo interesse de instituições, como universidades e serviços públicos de saúde, sendo necessária sua adaptação e validação transcultural (ONOCKO CAMPOS, et al., 2012).

A GAM brasileira resultou de uma parceria entre o Canadá e o Brasil, pautada nos temas de saúde mental e cidadania, com o intuito de fortalecimento da RPB. No campo da saúde pública são contínuos os debates sobre os avanços e os desafios ainda a serem

enfrentados para a continuidade do movimento de democratização das práticas de saúde conforme o ideário do SUS (GONÇALVES; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

O resultado desta parceria culminou na proposta de alteração dos modelos de atenção e gestão do processo de trabalho em saúde, descentralização e controle social na gestão do sistema público de saúde, o respeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, considerando os diferentes saberes implicados no processo de produção de saúde (SILVEIRA; MORAES, 2018).

No que se refere, ao campo da saúde mental brasileira, a RP e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) foram os braços teórico e militante da Reforma Sanitária (RS), assim o cuidado em saúde mental em liberdade no território se tornou não só lema, mas, sobretudo, política de Estado a partir da década de 1990. No Brasil, a RP foi se consolidando gradualmente em razão da necessidade de implementação dos serviços substitutivos ao manicômio que compõem a RAPS, visando a autonomia e o protagonismo dos usuários (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

No entanto, o tema da medicação se apresenta ainda como um ponto cego ou a face não reformada da RP. Verifica-se que, no cotidiano dos serviços de saúde mental oferecido por meio da RAPS, há ainda uma centralidade no tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, da prescrição médica, práticas de saúde que se realizam de modo predominantemente hierárquico, especialista e com baixa inclusão da experiência dos usuários (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

Desse modo, a GAM brasileira vem sendo utilizada como um meio para se alcançar relações mais horizontais entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, com o propósito de informar sobre os direitos de saúde, estimular o pensamento crítico e proporcionar um espaço de protagonismo, autonomia e cogestão frente ao tratamento medicamentoso (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO CAMPOS et al., 2013; CARON; FEUERWERKER, 2019).

A GAM pode ser considerada como um método disruptivo ao modelo biomédico e psiquiátrico, organizada por um discurso que visa promover a cidadania da pessoa com transtorno mental, a partir do pressuposto de que o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos e de que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas. Logo, esse método acarreta visibilidade ao usuário, pluralidade de escolhas face à medicação, afirma o direito ao consentimento livre e esclarecido para

utilização de psicofármacos e a necessidade da tomada compartilhada de decisões entre profissionais e usuários (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

A metodologia utilizada na GAM reconhece justamente o contexto de utilização pouco crítica dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam. Defende e apoia pessoas fragilizadas pela experiência dos problemas de saúde mental e, às vezes, também pelo tipo de tratamento oferecido nos serviços de saúde mental. Objetiva a criação de espaços de expressão e de decisão acerca do tratamento e da qualidade de vida, favorecendo uma relação ativa e não mais passiva com o tratamento medicamentoso (GONÇALVES; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Logo, para que a gestão de medicamentos (da decisão de usar e do modo como usar) seja efetiva, os usuários precisam ser protagonistas e corresponsáveis neste processo. Portanto, os saberes dos usuários, seus desejos, vontades e opiniões ganham relevância e igualdade de importância com o saber médico. Trata-se de uma aposta em uma prática de atenção em saúde mental que reconhece que o tratamento só pode ser conduzido com a inclusão do usuário no processo decisório das terapêuticas a serem realizadas (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Um estudo sobre a GAM como dispositivo de atenção psicossocial demonstrou que esta proposta ao ser discutida com os profissionais de saúde da APS produziu uma reflexão sobre a prática clínica destes profissionais mediante o entendimento de que o campo da saúde mental acontece pelo compartilhamento de experiências de vida. A partir da compreensão dos princípios de autonomia e cogestão promovidos por esta estratégia foi possível que estes profissionais identificassem os problemas de poder e saber no cotidiano do serviço, além da constatar de práticas de controle sobre os modos de vida humano (CARON; FEUERWERKER, 2019).

Uma pesquisa realizada com a participação do usuário da saúde mental na construção do seu tratamento por meio da GAM demonstrou que estes têm a necessidade de compartilhar experiências singulares referentes ao uso de psicofármacos, bem como as repercussões do processo terapêutico e suas expectativas para o futuro. De tal modo que a GAM, alicerçada nos princípios de autonomia e cogestão, mostrou-se necessária para desconstrução das relações de poder e efetiva participação dos usuários nos serviços substitutos ao modelo asilar (GOMES; VALÉRIO, 2019).

Na GAM os saberes dos usuários adquirem, pois se compreende que toda expressão de vivência ou de sentimentos deve ser valorizada e ouvida (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Uma pesquisa realizada sobre os saberes e visibilidades dos usuários no campo de saúde mental sob a ótica da GAM demonstrou que as narrativas dos usuários são relevantes na medida em que revelam as singularidades de vivenciar o uso de psicofármacos e suas falas anunciam algo próprio, o que confere propriedade para discorrer sobre os medicamentos utilizados, os efeitos colaterais e a relação de conhecimento desses medicamentos em suas vidas (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

Nesse contexto, a GAM visa alterar as relações de poder existentes nos serviços de saúde voltados ao cuidado em saúde mental para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas a seus tratamentos, e pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos. Assim, percebe-se a necessidade em envolver os profissionais de saúde para o alcance deste objetivo (SANTOS et al., 2019).

3.4 PRINCÍPIOS DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: AUTONOMIA E COGESTÃO

Os temas autonomia e cogestão são centrais no movimento de renovação dos modelos de cuidado em saúde mental, pautando iniciativas como a da atenção psicossocial que norteia o sistema público de saúde no Brasil (CARON; FEUERWERKE, 2019).

O conceito de autonomia é determinado pela pluralidade de vínculos que o usuário é capaz de estabelecer, ou seja, quanto mais vínculos e relacionamentos forem construídos, mais autônomo poderá tornar-se. Desse modo, percebe-se que a construção da autonomia perpassa pela coletividade, compartilhamento entre saberes e visões de mundo com os demais e é edificada por meio das relações sociais e dos processos de subjetivação que se formam ao longo da vida (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

O processo de construção da autonomia é um fenômeno complexo uma vez que necessita de vínculos para sua consolidação, articulação entre diferentes saberes, negociação de opiniões, divisão de responsabilidades e descobertas. Nessa perspectiva, o modelo de cuidado em saúde mental adotado a partir da reforma psiquiátrica, confere ao usuário em saúde mental o papel de protagonista e corresponsável pelo seu tratamento junto aos profissionais de saúde (PASSOS, PALOMBINI, ONOCKO CAMPOS, 2013; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

A cogestão pode ser entendida como uma estratégia para o fortalecimento da autonomia do usuário já que propõe a gestão compartilhada do cuidado e a valorização dos direitos dos usuários implicados no processo de produção de saúde. Mediante essa reestruturação das formas de cuidado em saúde mental, onde o usuário é tido como agente ativo dentro do processo terapêutico, a grande asserção consiste em colocar lado a lado diferentes sujeitos (profissionais, gestores, usuários e familiares) cogerindo esses processos e produzindo-os mutuamente (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

A prática da cogestão está vinculada ao valor das conversas no processo decisório entre profissional de saúde e usuário acerca da melhor opção de tratamento disponível. Trata-se, portanto, de uma corresponsabilidade do cuidado em saúde mental, através da relação entre diversos atores no processo de compartilhamento de saberes e troca de experiências com intuito de decidir em conjunto (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Nesse contexto, a originalidade desta estratégia fundamenta-se na instrumentalização do usuário por meio de informações relativas aos seus direitos, deveres e opções de tratamento disponíveis nos serviços de saúde a fim de que a tomada de decisões seja efetuada conscientemente e criticamente e possa atender às singulares de cada indivíduo (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo, visto que descreve o comportamento dos fenômenos, estabelece relações entre as variáveis e possibilita ao investigador maximizar seu conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problemática. As pesquisas descritivas objetivam identificar correlação entre variáveis e focam-se não somente na descoberta, mas também, análise dos fatos, descrevendo-os, classificando-os e interpretando-os. Assim, exige planejamento rigoroso quanto à definição de métodos e técnicas para coleta e análise de dados, recomendando que se utilizem informações obtidas por meio de estudos exploratórios (FLICK, 2013).

Os estudos que empregam essa metodologia podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, assim como compreender e classificar processos dinâmicos vivenciados pelas pessoas ou grupos sociais. As técnicas qualitativas focam a experiência das pessoas e seu respectivo significado em relação a eventos, processos e estruturas inseridos em cenários sociais (FLICK, 2013). Portanto, optou-se por este tipo de estudo a fim de conhecer as experiências dos usuários de psicofármacos à luz da GAM na Estratégia de Saúde da Família.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UBS Vila União, localizada no município de Recife, Pernambuco, no Distrito Sanitário IV. A UBS é composta por quatro equipes de saúde da família com profissionais de nível médio e superior distribuídos formando equipes multidisciplinares. A UBS foi selecionada através de amostragem não probabilística por conveniência, por se encontrar na área de abrangência da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e ser utilizada pelos graduandos como campo de atuação para desenvolvimento de atividades acadêmicas, estágios curriculares e pesquisas científicas.

A área física da UBS é composta por recepção, sala de espera, sala de vacina, sala de curativos, consultório médico e de enfermagem, sala para os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), espaço de convivência para os usuários, banheiros e copa.

Dentre as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família voltadas à atenção psicossocial, existe o grupo de saúde mental que tem o objetivo de conscientizar os usuários sobre o consumo de psicofármacos, realizar o controle das prescrições destes medicamentos,

renovar receitas de controle especial e acompanhar os usuários ao longo do tratamento. As reuniões acontecem mensalmente com datas previamente definidas pelos profissionais de saúde, o grupo é formado por pessoas de ambos os sexos, com diferentes faixas etárias e que fazem uso de psicofármacos.

As ações realizadas no grupo de saúde mental são desenvolvidas em duas etapas: na primeira, os ACS realizam o cadastramento dos usuários em um livro específico, onde são registradas as informações relativas à terapia medicamentosa de cada usuário e transcrição da receita anterior, logo após, a enfermeira realiza uma palestra educativa sobre os efeitos do uso de psicofármacos ao longo do tempo.

Na segunda etapa, a médica realiza a consulta individual e renova a receita dos usuários para um determinado tempo, que pode variar entre dois e três meses. Após esse período o usuário, deve retornar a UBS para renovação da receita e acompanhamento no grupo em saúde mental. Este grupo é formado, em média, por 50 usuários em cada equipe que compõe a UBS, com diferentes faixas etárias, de ambos os sexos, com queixas psicossomáticas diversas e transtornos mentais acompanhados na Atenção Primária a Saúde.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram recrutados a partir do grupo de saúde mental existente na UBS mediante a aplicação dos critérios de elegibilidade. As reuniões do grupo ocorrem mensalmente em data específica estabelecida pelos profissionais de saúde da unidade, participam da sua condução Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) responsáveis por realizar o preenchimento da ficha cadastral dos usuários e transcrever receitas, a enfermeira responsável por realizar palestra educativa durante o acolhimento dos usuários enquanto aguardam a consulta médica e por fim, a médica responsável pela renovação de receitas e ajustes no esquema terapêutico quando necessário.

Os critérios de inclusão adotados foram idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos e uso de psicotrópicos há mais de seis meses. Justifica-se este marco temporal em relação ao uso de psicofármacos para que o usuário possa adquirir experiências com o uso destes medicamentos e consiga relatar como foi o processo de adaptação a uso destes medicamentos. Foram excluídos da amostra os participantes que não estavam presentes no acolhimento do grupo em saúde mental, momento em que é realizada uma palestra educativa sobre o uso de psicofármacos e seus efeitos colaterais pela enfermeira da equipe de saúde da família.

O prontuário dos usuários foi utilizado para identificação das queixas psicossomáticas ou transtornos mentais e do uso de psicofármacos durante o período estabelecido neste estudo. A consulta ao prontuário permitiu uma melhor compreensão dos esquemas terapêuticos, associação do uso de psicofármacos às queixas dos usuários e visualização das condutas adotadas pelos profissionais de saúde da APS.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado um roteiro para coleta de dados que contou com o apoio de dois instrumentos elaborados pela própria autora. O primeiro, composto por questões socioeconômicas com informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, renda mensal, vínculo empregatício e benefício governamental e por fim, questões de saúde, com informações sobre a queixa do usuário, presença de morbidades clínicas, acompanhamento em outro serviço de saúde, psicofármacos utilizados, tempo de uso e especialidade do médico prescritor (APÊNDICE A).

O segundo instrumento foi composto por questões norteadoras elaboradas a partir do constructo teórico da GAM, cujos temas pretenderam suscitar nos participantes um processo de reflexão e autoconhecimento, a partir das experiências sobre o uso de psicofármacos. Desse modo, foram elaboradas as seguintes questões: 1) Por que você faz uso de medicações controladas? 2) O que você sabe sobre as medicações controladas que utiliza? 3) Como o uso contínuo de medicações controladas reflete na sua vida? 4) Quais são os cuidados que você pratica ao tomar as medicações controladas? 5) Como você percebe a assistência em saúde sobre o uso de medicações controladas realizada pelos profissionais desta unidade básica de saúde? (APÊNDICE B).

Para atender aos objetivos da pesquisa e ajustar as perguntas condutoras a fim de evitar interpretações dúbias, dúvidas e/ou variedade de respostas, o que poderia comprometer o rigor do método, a obtenção dos dados e, posteriormente, o alcance da saturação teórica, foi realizado um teste piloto com duas participantes. Assim, percebeu-se a necessidade de substituição do termo psicofármacos por medicações controladas durante a realização das entrevistas.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2019. Inicialmente foi realizado contato com a enfermeira da UBS Vila União com intuito de obter informações sobre os usuários que poderiam participar da pesquisa e os dias em que as reuniões dos grupos

de saúde mental aconteceriam para que a coleta de dados pudesse ser realizada. Após esse contato, foram estabelecidos os dias e horários para realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável com o auxílio de duas estudantes de pós-graduação em enfermagem previamente capacitadas. A capacitação das demais pesquisadoras ocorreu por meio da apresentação da pesquisa e sensibilização quanto ao objeto de estudo. Destarte, foi realizada a aplicação do questionário entre as pós-graduandas e avaliado pela pesquisadora, a fim de elucidar possíveis questionamentos relativos à metodologia adotada no estudo e à operacionalização da coleta de dados.

A técnica utilizada para coleta de dados foi composta por entrevista individual semiestruturada deflagrada a partir do referencial teórico proposto pela GAM (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014). A principal característica da entrevista individual é a formulação de questões fechadas e abertas, não previamente codificadas, na qual o entrevistado discorre livremente sobre um tema proposto ou sobre uma questão formulada (MINAYO, 2014).

Acrescenta-se a este tipo de técnica a profundidade na qual as entrevistas são conduzidas, onde o entrevistador tem a possibilidade de abordar as pessoas individualmente ou por meio de grupos de discussão, motivando-as a discorrerem sobre suas ideias, conceitos, sentimentos, opiniões, condutas. São entrevistas que tratam de dados subjetivos. Logo, o pesquisador deve reconhecer que está diante da compreensão de mundo do sujeito, cabendo-lhe a tarefa de avaliar o grau de correspondência das afirmações apreendidas com a realidade objetiva ou factual (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas em um único momento, em ambiente privado e tranquilo, de fácil acesso e sem ruídos. Desse modo, foi possível estabelecer uma relação de trocas de ideias entre o pesquisador e o entrevistado, na qual o participante tinha a oportunidade para se expressar, possibilitando melhor entendimento das vivências a serem estudadas (MINAYO, 2014). O tempo de duração de cada entrevista variou entre os participantes atingindo uma média de 15 minutos entre cada uma.

A ordem sequencial das entrevistas ocorreu mediante a apresentação da pesquisa pela pesquisadora, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Posteriormente foram preenchidos os dados referentes à caracterização dos usuários e em seguida, realização das perguntas norteadoras. As falas foram gravadas em áudio com a utilização de aplicativo de gravador de voz digital instalado em aparelho de

smartphone, a fim de facilitar a transcrição na íntegra para posterior análise. As gravações foram transcritas no mesmo dia com o objetivo de evitar perdas nos registros dos fatos e melhor descrição dos detalhes captados durante a entrevista.

A fim de assegurar a validade interna da pesquisa foi realizada a triangulação de dados pelo cruzamento de diferentes fontes durante a fase de coleta. A triangulação dos dados permite que o fenômeno em estudo seja abordado de diferentes formas, ou por meio de múltiplos métodos de coleta de dados, em tempos e com base em fontes diferentes. Desse modo, as evidências obtidas são consideradas fortes, pois se reduzem eventuais vieses pessoais e metodológicos, além de aumentar a generalização de um estudo (FLICK, 2013).

A triangulação de dados foi realizada no momento das entrevistas por meio do relato dos participantes durante o preenchimento do instrumento de coleta para caracterização dos usuários, da observação espontânea identificada e registrada pela pesquisadora através das reações dos usuários quando indagados pelas perguntas condutoras do estudo, sem roteiro específico para observação e pelo diário de campo com anotações pertinentes a fala do usuário.

O número de participantes foi determinado pelo critério de saturação das respostas atingindo um número de 20 usuários. Esse processo de amostragem por saturação consiste em interromper a coleta de dados quando o pesquisador constata que os elementos novos não fornecem mais subsídios para distinguir ou aprofundar a teorização. Para determinar o alcance da saturação, nesta pesquisa, seguiu-se cinco passos procedimentais, sendo estes: (FALQUETO; FARIAS, 2016).

1. O primeiro passo: definição das categorias de análise que se refere ao objetivo do estudo;
2. O segundo passo: definição do roteiro do estudo que se refere ao instrumento de coleta de dados;
3. O terceiro passo: levantamento de elementos novos versus elementos confirmados em cada coleta que se refere ao quadro “Identificação dos elementos oriundos das entrevistas”. Os temas que surgiram mediante a análise das entrevistas foram registrados em uma tabela até se esgotarem os elementos apresentados pelos participantes (APÊNDICE F).
4. O quarto passo: registro em uma tabela do que foi encontrado em cada coleta que se refere ao registro no quadro “Identificação dos elementos oriundos das entrevistas”.

Os novos elementos foram sinalizados com um “X” destacado em vermelho à medida que foram surgindo nas entrevistas (APÊNDICE F).

5. O quinto passo: confirmação da saturação em cada categoria que se refere ao quadro “Saturação dos Objetivos” (APÊNDICE G).

A forma de utilização mais comum do critério de saturação refere-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas de forma sequencial, com respostas em aberto. O pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registrado, identifica-se o ponto de saturação. O esquema de investigação é simples, porém, na prática, apresenta a dificuldade de se fundamentar o critério para cessação do levantamento ou interrupção das entrevistas, isto é, da adequação da amostra (FALQUETO; FARIAS, 2016).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos e organizados em corpus único para análise de conteúdo por meio do auxílio do software IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013). A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada segundo o constructo teórico da GAM.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7. O IRAMUTEQ é um *software* disponibilizado gratuitamente que se caracteriza como um método informatizado para análise de textos, que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente enunciados pelo sujeito (SANTOS et al., 2017).

Trata-se de um programa de uso livre baseado na estrutura do *software* R para a realização dos cálculos e da linguagem *python* (www.python.org). Considera as palavras usadas em contextos similares associadas a um mesmo mundo lexical. Dessa forma, permite a realização de análises quantitativas de dados textuais, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras). Além disso, é possível realizar análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude) e distribuição do vocabulário de forma compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

No IRAMUTEQ é possível realizar cinco tipos de análise: classificação hierárquica descendente, análises de similitude, nuvem de palavras, estatísticas textuais clássicas e

pesquisa de especificidades de grupos. Esses recursos são ferramentas que podem ser usadas pelo pesquisador para facilitar a análise e interpretação dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Neste estudo, foi escolhido a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que classifica os segmentos de texto (ST) através dos seus respectivos vocabulários e organizados considerando a frequência de suas formas reduzidas (palavras lematizadas). Os segmentos de texto são unidades de análises textual composta por três linhas construídos pelo pesquisador ou pelo *software* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) consiste em calcular a frequência que uma palavra ocorre no texto, relacionando a quantidade de ocorrências com as posições do texto em que cada palavra aparece. A partir deste cálculo, o software determina um indicador de frequência estatística conhecido como qui-quadrado (χ^2). Quanto maior o valor do χ^2 de uma palavra, mais representativa ela é dentro do discurso dos sujeitos entrevistados. Por fim, o software divide o corpus em tantas classes quantas forem as associações resultantes do cálculo do χ^2 de cada item lexical (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Assim, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da presença ou ausência das formas reduzidas. A partir dessas análises em matrizes, os dados são organizados em uma representação gráfica (dendograma da CHD), que ilustra as relações entre as classes. Isso possibilita uma visão geral de um grande corpus textual de forma rápida e clara (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O processamento de dados permitido pelo software viabiliza o aprimoramento das análises, inclusive em grandes volumes de texto. Pode-se utilizar das análises lexicais, sem que se perca o contexto em que a palavra aparece, tornando possível integrar níveis quantitativos e qualitativos na análise, trazendo maior objetividade e avanços às interpretações dos dados de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A coleta de dados ocorreu mediante sua aprovação sob o parecer de número 3.479.792 e CAAE 13884919.9.0000.5208 (ANEXO B). Os dados oriundos da

pesquisa ficarão sob responsabilidade da pesquisadora no período de cinco anos e logo após serão incinerados e os arquivos de voz serão deletados dos dispositivos eletrônicos.

A participação dos entrevistados neste estudo foi voluntária e só ocorreu mediante autorização dos mesmos com a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra de posse do participante. Oportunamente, foi esclarecida ao participante a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento da entrevista sem nenhum ônus para o mesmo.

A autorização para gravação e uso das falas foi prevista neste documento, somente para uso exclusivo deste estudo. Foi garantido o sigilo das informações e anonimato dos participantes com a omissão dos nomes dos mesmos e substituição pela sigla “E” em alusão ao nome entrevistado seguido do número de ordem das entrevistas.

A pesquisa apresentou riscos durante a fase de coleta de dados relacionados ao constrangimento em externar suas experiências sobre o uso de psicofármacos para tratamento de transtornos mentais e queixas psicossomáticas. Para diminuir esse risco a pesquisadora proporcionou aos participantes um ambiente agradável, reservado e que favorecesse a interação entre os envolvidos sem interrupções, sendo respeitadas e valorizadas as emoções demonstradas durante a expressão de suas vivências.

Os prontuários foram utilizados para identificar a queixa do usuário, os psicofármacos prescritos, se houve modificações no esquema terapêutico e o tempo de uso. Desse modo, foram manuseados minimamente e sob supervisão do profissional de saúde responsável pelo atendimento e registro das informações.

Como benefício, a relação desenvolvida entre a pesquisadora e o participante foi considerada como um momento de escuta e partilha sobre o significado de fazer uso contínuo de psicofármacos, compartilhamento sobre o significado que a medicação ocupa na vida do usuário, além do esclarecimento de possíveis dúvidas referentes ao processo medicamentoso adotado. Ademais, promoveu uma reflexão nas condutas adotadas pelos usuários frente à promoção da autonomia e fortalecimento de sua cidadania.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A partir do grupo de saúde mental os usuários de psicofármacos que atendiam aos critérios de elegibilidade foram convidados a participar da pesquisa até o limite de saturação das respostas, totalizando 20 participantes. Destes, três usuários eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idade entre 28 e 75 anos, quanto ao nível de escolaridade a maioria possuía ensino fundamental incompleto.

A situação conjugal destes usuários, 13 relatou ser casados, quatro relataram ter união estável, dois viúvos e um solteiro. Destes, 17 declarou ter filhos e 19 declarou renda familiar de até um salário mínimo. Apenas um participante relatou ter renda de dois salários mínimos. Todos os entrevistados afirmaram não possuir vínculo empregatício e apenas um informou exercer atividade remunerada de forma autônoma. A metade dos usuários declarou receber auxílio governamental.

As queixas dos usuários que ocasionaram a prescrição de psicofármacos foram diversas, desde a presença de transtornos mentais quanto às questões familiares e financeiras. Em geral as prescrições são feitas por profissionais médicos clínicos gerais durante o primeiro atendimento ao usuário. Dois participantes iniciaram o uso de forma indiscriminada e por iniciativa própria. A quantidade de psicofármacos utilizada pelos usuários variou de uma até cinco classes terapêuticas e o maior tempo de uso relatado atingiu vinte e cinco anos. A grande maioria dessa população é acompanhada apenas na atenção básica sem suporte de profissional especializado.

O quadro abaixo contém as principais informações para caracterização do usuário de psicofármacos na ESF que participou deste estudo. Para melhor avaliação e compreensão das singularidades de cada participante foram consideradas as condições de saúde autorreferidas como queixas principais dos usuários de psicofármacos portadores de transtornos mentais ou com queixas de sofrimento psíquico.

Quadro 1 - Caracterização dos usuários de psicofármacos da Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde. Recife - PE, 2019.

Codificação	Idade	Sexo	Queixa principal	Quantidade de psicofármacos	Tempo de uso
E1	71	F	Insônia	2	2 anos
E2	43	F	Epilepsia	2	25 anos
E3	47	F	Depressão Insônia	1	6 meses
E4	58	F	Alcoolista	4	11 anos
E5	43	F	Depressão Ansiedade	2	2 anos
E6	49	M	Agressividade Bipolaridade	4	2 anos
E7	60	F	Depressão Insônia	2	5 anos
E8	75	F	Insônia Problema familiar	2	10 anos
E9	50	F	Síndrome do Pânico	2	3 anos
E10	49	F	Depressão Risco de suicídio	4	6 meses
E11	55	F	Depressão Retardo Mental	3	4 anos
E12	59	F	Epilepsia	3	5 anos
E13	66	F	Insônia	2	2 anos
E14	64	F	Insônia	1	5 anos
E15	47	F	Bipolaridade	5	10 anos
E16	57	M	Ansiedade Insônia Depressão	2	7 anos
E17	65	M	Convulsão	1	6 anos
E18	32	F	Epilepsia	2	5 anos
E19	57	F	Ansiedade Insônia	1	7 anos
E20	28	F	Epilepsia	1	20 anos

Fonte: A autora, 2019.

As classes terapêuticas de psicofármacos mais consumidos pelos usuários na ESF foram respectivamente: antidepressivos e ansiolíticos (benzodiazepínicos). Para melhor visualização dos dados foi elaborado um quadro que contém a descrição de todas as classes terapêuticas.

Quadro 2 - Classe terapêutica dos psicofármacos consumidos pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família. Recife - PE, 2019.

Codificação	Psicofármacos	Classe Terapêutica
E1	Rivotril Citalopram	Benzodiazepínico Antidepressivo
E2	Carbamazepina Topiramato	Antiepilético Anticonvulsivante
E3	Amitriplina	Antidepressivo
E4	Fluoxetina Clorpromazina Amitripilina Clonazepam	Antidepressivo Antipsicótico Antidepressivo Benzodiazepínico
E5	Clonazepam Fluoxetina	Benzodiazepínico Antidepressivo
E6	Haldol Carbamazepina Clonazepam Cinetol	Antipsicótico Antiepilético Benzodiazepínico Anticolinérgico
E7	Clonazepam Citalopram	Benzodiazepínico Antidepressivo
E8	Clonazepam Fenergam	Benzodiazepínico Anticolinérgico
E9	Clonazepam Amitriplina	Benzodiazepínico Antidepressivo
E10	Amitriplina Fluoxetina Clonazepam Citalopram	Antidepressivo Antidepressivo Benzodiazepínico Antidepressivo
E11	Fenitoina Melleril Limbitrol	Antiepilético Antipsicótico Antidepressivo
E12	Gardenal Diazepam Carbamazepina	Anticonvulsivante Benzodiazepínico Antiepilético
E13	Diazepam Amitriplina	Benzodiazepínico Antidepressivo
E14	Amitriplina	Antidepressivo
E15	Tioridazina Haloperidol Amitipilina Valproato de sódio Biperideno	Antipsicótico Antipsicótico Antidepressivo Anticonvulsivante Anticolinérgico
E16	Clonazepam Fluoxetina	Benzodiazepínico Antidepressivo
E17	Gardenal	Anticonvulsivante

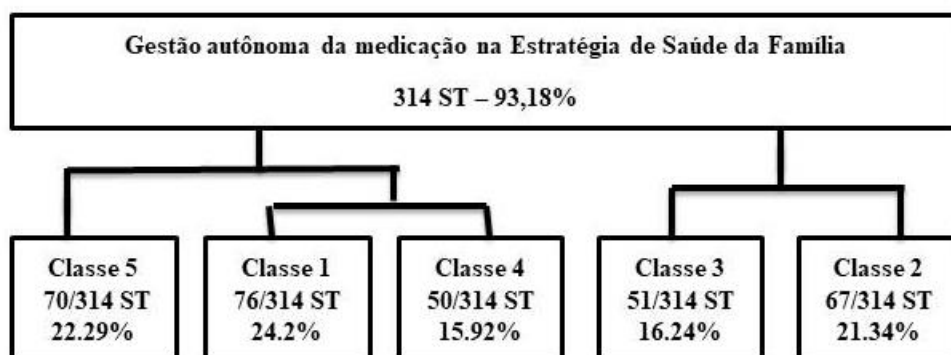
E18	Fenobarbital Fenergam	Anticonvulsivante Anticolinérgico
E19	Diazepam	Benzodiazepínico
E20	Carbamazepina	Antiepilético

Fonte: A autora, 2019.

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS ENTREVISTAS GERADAS PELO IRAMUTEQ

O corpus geral foi constituído por 20 textos oriundos das entrevistas realizadas e foi denominado de **Gestão autônoma da medicação na Estratégia de Saúde da Família**. A análise proporcionada pela Classificação Hierárquica Descendente resultou em 337 segmentos de texto (ST) com aproveitamento de 314 ST (93,18%). Destes, emergiram 11.849 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.650 palavras distintas e 839 com uma única ocorrência (APÊNDICE H). O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes pelo próprio software conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 - Dendrograma representando a quantidade de segmentos de textos de cada classe formada pela CHD a partir do corpus geral. Recife - PE, 2019.

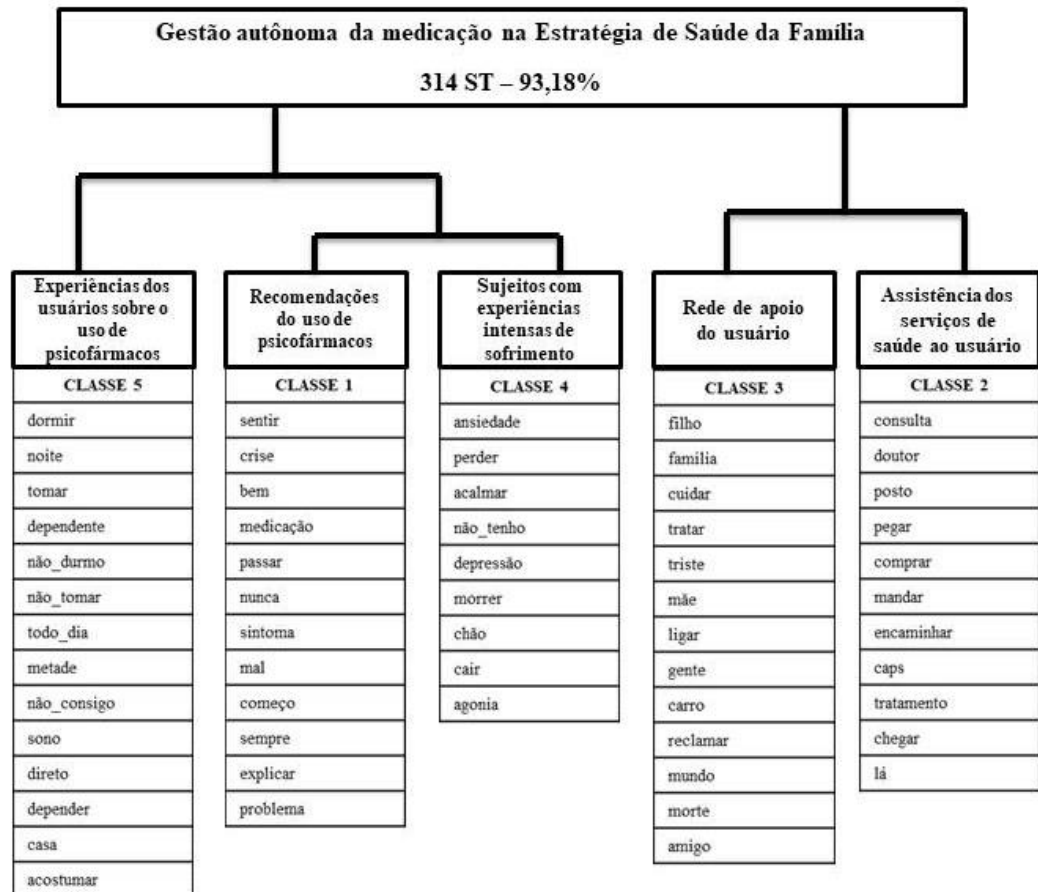


Fonte: A autora, 2019.

Fazendo-se uma leitura da esquerda para direita conforme preconizado pelo software, o corpus geral foi subdividido em dois subcorpus, o da esquerda e o da direita. No primeiro momento, o subcorpus da esquerda representado pela classe 5, sofreu uma nova subdivisão fazendo emergir as classes 1 e 4, devido a estabilidade de ideias apresentadas. No segundo momento, o subcorpus da direita originou as classes 3 e 2 que apresentam semelhança de ideias entre si. No dendrograma abaixo, além da visualização das classes formadas a partir do corpus geral, é possível visualizar os resultados de associação de palavras pré-determinadas ao objeto de estudo: uso de psicofármacos, que foram consideradas com alta significância

estatística devido ao valor de $p < 0,0001$ após aplicação da prova do Qui-quadrado pelo software.

Figura 2 - Dendrograma resultante da CHD do corpus formado pelo material textual obtido das entrevistas sobre a gestão autônoma da medicação em usuários de psicofármacos na atenção básica. Recife - PE, Brasil, 2019.



Fonte: A autora, 2019

Percebe-se que as cinco classes geradas foram oriundas de três ramificações. A primeira ramificação, localizada na parte esquerda da Figura 2, está representada pela classe 5 e foi nomeada como **Experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos**. Posteriormente, foi gerada uma subdivisão e culminou na segunda ramificação nomeada como **Repercussões do uso crônico de psicofármacos**, formada pelas classes 1 e 4, nomeadas como **Recomendações do uso de psicofármacos** e **Sujeitos com experiências intensas de sofrimento**, respectivamente. Por fim, a última ramificação, localizada na parte direita da Figura 2, foi nomeada como **Relações interpessoais do usuário**, formada pelas 3 e

2, nomeadas como **Rede de apoio do usuário e Assistência dos serviços de saúde ao usuário** e, respectivamente.

A classe 5 nomeada de **Experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos** apresentou 70 ST correspondente a 22,29% do corpus analisado. Esta classe faz alusão aos motivos que determinaram o uso dos psicofármacos, sintomas relatados pelos usuários, modo de usar, efeitos das medicações no cotidiano do usuário e prática de automedicação.

A classe 1 nomeada de **Recomendações do uso de psicofármacos** apresentou 76 ST correspondente a 24,2%, sendo a maior classe em termos textuais e percentuais. Esta classe faz menção à indicação dos psicofármacos, efeitos esperados, efeitos adversos, adesão e não adesão ao uso de psicofármacos.

A classe 4 possui relação com a classe anteriormente descrita, foi nomeada como **Sujeitos com experiências intensas de sofrimento** e resultou em 50 ST equivalente à 15,92%. Esta classe retrata os agravos à saúde que determinaram a prescrição de psicofármacos, a dependência destes medicamentos, o conhecimento dos usuários sobre os medicamentos e a medicamentação praticada pelos profissionais de saúde.

A classe 3 nomeada como **Rede de apoio do usuário** constituída por 51 ST e equivalente à 16,24% do corpus. Esta classe expressa a intensidade do relacionamento familiar, o suporte necessário durante o processo terapêutico de familiares, amigos e grupos sociais, como também o rompimento de vínculos afetivos ocasionados por problemas psicossociais ou transtornos mentais dos usuários.

A classe 2 nomeada como **Assistência dos serviços de saúde aos usuários** composta por 67 ST proporcional à 21,34% do corpus. Esta classe refere-se ao modo como os serviços de saúde assistem aos usuários, a oferta de tratamento em saúde, as orientações de saúde fornecidas ao usuário durante o atendimento e encaminhamento para serviços de saúde especializados.

Observou-se que, apesar das classes abordarem um assunto específico, seus vocábulos e ST possuíam vertentes temáticas diferentes, contemplando as diversas facetas de um mesmo tema que se refere ao uso de psicofármacos pelos indivíduos na APS. Portanto, para melhor clareza no conteúdo destas classes, realizou-se uma divisão em três categorias que abordam as experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos e as relações interpessoais desenvolvidas por estes com pessoas do seu convívio e com os profissionais dos serviços de saúde.

- Categoria temática 1 – Experiências dos usuários com psicofármacos representada pela classe 5;
- Categoria temática 2 – Repercussões do uso crônico de psicofármacos representada pelas classes 1 e 4;
- Categoria temática 3 – Relações interpessoais dos usuários representada pelas classes 3 e 2.

Figura 3 - Categorias temáticas referentes às classes 5, 1, 4, 3 e 2 da CHD do corpus formado pelo IRAMUTEQ. Recife - PE, 2019.



Fonte: A autora, 2019.

As dimensões, representadas pelas categorias temáticas, mostram-se intimamente unidas, interligadas e em constantes transformações, demonstrando, assim, a vivência complexa no uso de psicofármacos. A seguir, as classes foram descritas seguindo a temática a qual pertencem e os vocábulos destacados em negrito foram decorrentes da análise estatística realizada pelo próprio software de acordo com ordem de partição e proporção que representam em relação ao corpus geral.

5.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

5.3.1 Categoria Temática 1 – Experiências dos usuários com psicofármacos

A classe 5 nomeada de **Experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos** retrata as modificações e conseqüentes adaptações que ocorrem na vida do usuário a partir do consumo de psicofármacos como retrata as falas a seguir:

*Minha rotina é somente cuidar de **casa**, eu **não trabalho**, eu **tomo a medicação** toda **noite** quando vou **dormir** eu tenho notado melhora,*

*mas se eu esquecer de **tomar a medicação** eu **não durmo**, toda vez que eu vou **deitar** a cabeça vai no sentido do **medicação** [...]. (E. 7)*

*Se eu **tomar agora** tenho que ir **direto** para **cama** porque eu **fico** tombando, com **muito sono** e me dou **muito** bem com ele, faz **dormir bastante, não faz mal** [...]. (E.13)*

*O **ruim** é que eu **não trabalho mais**, não saio de **casa**, vivo em **casa direto** isso é a depressão, eu **tomo medicação** só para aliviar os sintomas quando eu vejo que está começando, **não tomo todo dia** [...]. (E.5)*

*Se for para **tomar** essas **medicações** por um longo período eu acho melhor porque não tenho **como** eu **ficar do jeito** que estou **não** os meus sintomas é porque eu **não consigo dormir** de jeito nenhum [...]. (E.3)*

Estas modificações ao longo do tempo tornam-se cada vez mais intensas, tendem a interferir na capacidade de desempenho das atividades de vida diária e com isso, o indivíduo percebe-se dependente dos psicofármacos, de acordo com as falas apresentadas:

*Não conseguia **mais dormir** por isso que eu sou agitada e **dependente** dessa **medicação**, sinto **muito efeito** colateral se **não tomar a medicação** eu **não durmo**, se eu **não tomar** eu passo a madrugada embolando na **cama** [...]. (E.19)*

*Eu não acho **ruim não** usar as **medicações já acostumei** e sinto até **falta** quando **não tomo a medicação** porque **não durmo** direito [...]. (E.1)*

*Infelizmente eu **dependo** das **medicações** para **dormir** para sobreviver **não**, de **dia** eu sobrevivo normal [...]. (E.7)*

*Se eu **não tomar** eu **não durmo**, foi **muito** rápido e eu me sinto **dependente**, eu **não consigo ficar** parada no **dia a dia** eu tenho que **ficar** fazendo alguma coisa [...]. (E.10)*

O uso de psicofármacos desperta sentimentos ambíguos nos usuários e, como consequência, este avalia as vantagens e desvantagens em utilizá-los. Essa ambiguidade é externalizada a partir da manifestação de sinais e sintomas, inclusive de efeitos colaterais produzidos pelas medicações. Logo, o indivíduo produz estratégias para dinamizar o uso de psicofármacos, como as falas apresentam:

*Antes eu **tomava todo dia**, mas **agora** eu faço assim para não se acostumar **muito**, para **não tomar todo dia** a doutora mandou usar **a medicação todo dia**, mas eu mudei por conta própria, faço assim em dias alternados [...]. (E.1)*

*Eu **tomo a metade do comprimido** eu mesma tento diminuir o uso da **medicação** tento tirar para **dormir**, mas eu **não consigo** [...]. (E.10)*

*Eu **tomo** todos os **dias** essas **medicações** quando não estou **muito** agitada **tomo a metade do comprimido** e consigo **dormir**, mas quando*

*estou **muito** agitada **tomo** dois **comprimidos** para conseguir **dormir** então **depende como** foi o meu **dia** [...]. (E.7)*

A permanência de efeitos negativos dos psicofármacos fomenta angústias e sofrimentos aos indivíduos, levando-os, assim, ao uso irregular dos medicamentos, bem como à modificação da prescrição sem o consentimento dos profissionais de saúde. Este fato, também pode ser visto como um dos aspectos que contribui para que o usuário assuma uma identidade de “doente crônico”, devido à utilização indefinida da medicação conforme ilustra as falas dos participantes:

*Quando eu não tinha a **medicação** eu saía procurando alguém para me dar **como** é difícil e ninguém dá a **medicação** eu **bebia** e **tomava** cerveja e esses sintomas todos **acabavam** , mas **agora** eu **não consigo** ficar sem **tomar medicação** , **dependendo** delas **todo dia** [...]. (E.9)*

*Quando eu quero **economizar** a **medicação** eu **tomo** um **comprimido** **hoje** e **amanhã** eu **não tomo** , quando eu vejo que está longe de pegar outra receita eu **tomo** a **metade** do **comprimido** para **economizar** eu não esqueço a **medicação** , eu **economizo** [...]. (E.19)*

*Tem **hora** que você **abusa** e **não faz mais efeito** eu **tomo** durante a **noite** e **não faz efeito** porque eu estou do mesmo **jeito** desde os meus vinte e sete anos [...]. (E.3)*

*Quando estava perto de **acabar** eu **tomava** só a **metade** do **comprimido** para **economizar** [...]. (E.5)*

5.3.2 Categoria Temática 2 – Repercussões do uso crônico de psicofármacos

A classe 1 nomeada de **Recomendações do uso de psicofármacos** , as narrativas dos usuários evidenciam as situações em que a medicação atua como instrumento eficaz durante o tratamento, como também situações em que potencializam o sofrimento. Tais situações são vivenciadas de modo singular e dependem das experiências dos sujeitos construídas ao longo de sua trajetória, conforme demonstra as falas a seguir:

*Por exemplo, eu **tomo** a **medicação** e **sempre** tenho que estar **tomando** não é que se eu deixar de **tomar hoje** eu já vou ter uma **crise** , mas eu **sei** que a qualquer momento eu posso ter [...]. (E.2)*

*Eu **comecei** a **usar a medicação** por **causa** da **agitação** que eu **sinto** é o **único sintoma** que eu **sinto** aí quando **tomo** a **medicação** eu relaxo [...]. (E.13)*

*Eu **preciso** dessa **medicação** eu **tomo** a **medicação** para ficar calma para não aparecer os **sintomas** eu me **sinto mal** porque na falta das **medicações** eu **preciso** ser **socorrida** é triste você ter que **viver** assim [...]. (E.9)*

*Eu não sinto **bem** em ter que **tomar medicação** em ter nada disso na minha vida em ser **doente** eu conheço uma pessoa que teve o **mesmo problema** e faz tempo que ela não tem mais **crises** mas eu **ainda** continuo [...]. (E.20)*

Embora a maioria dos usuários estabeleça uma relação de aparente submissão à prescrição médica, eles fazem mudanças à revelia da prescrição, ou seja, controlam a dosagem, aumentando-a ou diminuindo-a, quando sentem necessidade, e suspendem o uso das medicações em situações em que julgam ser benéficas. Há, portanto, uma adaptação do uso de psicofármacos à necessidade do indivíduo, porém experimentada de forma sigilosa e empírica, não sendo compartilhada com os profissionais de saúde como ilustram as falas:

*Só **tomo** um dia no outro eu estou boazinha me **sinto bem** e quando **passa** uns três dias que eu vejo que vai **começar** os **mesmos sintomas** a agonia eu vou e **tomo a medicação** [...]. (E.5)*

*Eu me **sinto bem** e quando eu não tomo eu fico agoniada uma **vez** eu fiquei sem **tomar a medicação** a pressão subiu e eu **passei mal** eu **tomo** minhas **medicações sempre** não **esqueço nunca** [...]. (E.13)*

*Eu **não sei explicar** para que as **medicações** servem mas eu me **sinto bem usando** esses **medicações** e **creio** que **Deus** vai me libertar dessas **medicações** eu **passei** dois meses sem **tomar por conta própria** e **nunca** tive nenhum **sintoma** [...]. (E.18)*

*Eu **nunca** deixo de **tomar as medicações** só uma **vez** que isso **aconteceu** porque eu estava me **sentindo bem** e não tive **crise** nesse tempo teve meses que eu também não podia comprar mas não **senti nada** nenhum **sintoma** [...]. (E.18)*

Nesse processo de adaptação para o uso das medicações, a automedicação é uma prática comum entre os usuários e é vista como uma solução para o alívio imediato de alguns sintomas, porém pode trazer consequências mais graves do que se imagina. Esta prática pode ser decorrente do compartilhamento dos medicamentos com familiares, vizinhos ou amigos, da utilização das sobras de medicamentos provenientes de outras prescrições, da reutilização de antigas receitas, do prolongamento do tratamento medicamentoso indicado na receita, além da aquisição do produto sem prescrição médica conforme demonstram as falas a seguir:

*No **começo** eu **tomei** por **conta própria**, não lembro quem me deu a **medicação**, só **sei** que eu me **senti bem** e **tomo até hoje**, na **época** eu estava **bem** desorientada, só **sei** que eu **usei a medicação** e gravei o nome [...]. (E.7)*

***Hoje** eu me arrependo de ter **tomado a medicação por conta própria** eu era tão **boa** para dormir, assim que deitava dormia **hoje** eu me arrependo e **não consigo sair** mais dessa **medicação** porque eu sou **dependente** queria, mas **não consigo sair** dessa **medicação** [...]. (E.12)*

Outra característica peculiar nos usuários de psicofármacos refere-se à questão da polifarmácia, caracterizada pelo uso contínuo de medicações e sua identificação, considera a quantidade de medicamentos utilizados sem indicação clínica ou em doses exageradas conforme ilustram as falas a seguir:

*Eu **não sei explicar** porque **uso** essas **medicações**, eu sei que são muitas e faz tempo [...]. (E.12)*

*Só para dormir, **relaxar** a cabeça porque eu penso muita besteira, só faz **bem**, agora eu **tomo** muita **medicação** e faz muito **tempo** [...]. (E.14)*

***Tomei** várias **medicações**, **hoje** teve redução das **crises**, mas **até hoje** ninguém consegue descobrir qual é a doença [...]. (E.20)*

A classe 4 nomeada como **Sujeitos com experiências intensas de sofrimento** são abordados os motivos que culminaram na prescrição de psicofármacos, dentre eles estão problemas de ordem familiar, social e econômica, que impacta no conceito de medicalização. A expressão medicalização refere-se a modos de apropriação da vida humana pelas práticas médicas que, por sua vez, têm o poder de transformar aspectos básicos da vida em patologias. Neste processo, o uso dos psicofármacos costuma ser o recurso terapêutico mais utilizado.

*Eu **comecei** a usar as medicações depois que meu menino **morreu**, tudo **começou quando** eu **perdi** meu menino, depois que mataram ele [...]
Essas medicações servem para **aliviar** e **acalmar**, quando eu tomo eu me sinto bem, **tira** meus pensamentos e **alivia a ansiedade** e a **agonia** que eu sinto por dentro [...]. (E.5)*

*Assim foi exatamente isso, eu **não sei** se te falei que minha mãe **morreu** agora em janeiro e então eu **perdi** o **chão**, já tinha perdido meu pai e depois foi ela [...]
Elas servem para tranquilizar **acalmar tirar a ansiedade** [...]. (E.4)*

Os psicofármacos vêm sendo empregados na intervenção de qualquer mal-estar do indivíduo, transformando todo e qualquer mal-estar em doença, valorizando a concepção biológica do sofrimento psíquico e incentivando, assim, processos terapêuticos baseados essencialmente em recursos químicos de acordo com as falas apresentadas:

*Sair o resultado de um **exame** e **quando** saiu o resultado disseram que era benigno e não maligno, mas eu fiquei com problema até hoje **comecei** com **ansiedade** por causa do resultado de um **exame** [...]. (E.7)*

*Eu estava sem dormir, muito ansioso, sem poder trabalhar e lutando pela minha aposentadoria com isso minha **ansiedade** estava **demais** e fiquei com **depressão** [...]. (E.16)*

*Eu **comecei** a usar essas medicações por conta própria depois que minha mãe **morreu** eu ficava muito **angustiado**, com **agonia** [...]. (E.8)*

*Isso **começou** depois da **perca** do meu trabalho, do meu emprego porque eu sempre tive renda [...]. (E.10)*

5.3.3 Categoria Temática 3 – Relações interpessoais dos usuários

A classe 3 nomeada como **Rede de apoio do usuário** a família assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos, logo, é necessário conhecer o universo familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico. A família, na condição de grupo, desempenha um papel central na vida das pessoas, pois é no seio familiar que o indivíduo se desenvolve e adquire uma concepção sobre si mesmo de acordo com as falas apresentadas:

*A minha **família** me ajuda, tenho dois **filhos** eles são muito bons para mim, eu tenho duas **noras** uma **mora** longe e outra **mora** junto de mim e é mesmo que ser minha **filha**, eu não tenho **problema** nenhum [...]. (E.1)*

*O meu relacionamento com minha **família** é assim minha **filha** não mora comigo, **mora** com minha **mãe**, é diferença de uma rua para outra, **já** por isso **porque** eu não tive condições de **cuidar** dela e aos poucos ela foi se **apegando** a minha mãe e acabou ficando com ela [...]. (E.2)*

*Eu me dou bem com todo **mundo** nunca tive **problema**, meu **problema** de nervo nunca atingiu minha **família**, meus **filhos**, meus **netos** [...]. (E.19)*

*Minha **vida** é boa, minha **família** é com meus **filhos**, cada um nos seus cantos, **moro** com minha **filha** e não tem **problema** em casa [...]. (E.8)*

A família é formada não apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas que consiste em um sistema de valores, crenças, conhecimentos e práticas que podem direcionar suas ações na promoção da saúde de seus integrantes e desempenhar papel fundamental na construção de uma rede de apoio que fortaleça o cuidado à pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico de acordo com as falas a seguir:

*Eu sei que não é bom nem para mim e nem para ninguém, a **gente** não toma **porque** quer não é por causa dos **problemas** da **vida** [...]. (E.7)*

*A minha **família** é assim meu **esposo** mora com a **mãe** dele, com os **pais** dele devido a esse meu **problema** **porque** ele disse que eu preferi o álcool [...]. (E.4)*

*Se você tem uma **doença** tem que **tratar** **porque** se a **gente** não tratar a **família** vai dizer que é frescura, mas não é às vezes a **gente** tem o **problema** e não admiti, mas a **gente** tem que admitir que está com aquele **problema** e é para o resto da **vida** [...]. (E.3)*

***Porque**, na verdade assim, todo **mundo** tem um **problema** meu **filho** aceita entre aspas não diz nada comigo enquanto tem **gente** que*

*reclama meu **esposo** e minha **filha** me **colocam** lá para **baixo** e isso me tira do sério [...]. (E.4)*

A família é vista como uma unidade que exerce papel significativo na promoção do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Quando esse cuidado não se constitui efetivamente percebe-se a fragilidade dos vínculos estabelecidos pelos usuários, tanto no convívio familiar como nas suas relações sociais como um todo, segundo os relatos abaixo:

***Porque** se você se **tratar** a **família** acredita que você precisa de ajuda, sabe que é um **problema** de verdade [...]. (E.3)*

*Eu tinha **vontade** de me jogar na frente do **carro**, me jogar na ponte em **baixo**, **sair** correndo pelo mundo, a minha **mãe morreu** com cem **anos** e nunca tomou nenhuma medicação na **vida** dela e eu **vivo** assim cheia de medicação [...]. (E.13)*

A responsabilidade no processo do cuidado em saúde mental pode contribuir para certos desdobramentos na organização familiar, como modificações na rotina da família, nas relações interpessoais e na estrutura familiar, frente às demandas referentes ao processo do cuidado. A responsabilidade pelo cuidado à pessoa em sofrimento psíquico compartilhada entre os profissionais da saúde e familiares é indispensável na assistência e apresenta grande potencial para acolher e ressocializar os seus indivíduos conforme demonstram as falas:

***Porque** você tem que **colocar** na cabeça que a **gente** está nesse **mundo** e **tudo** tem um **porquê** e a **gente** tem que passar por isso mesmo, **porque** ninguém é de ferro e a **gente** vai ter que **partir** daqui mesmo algum dia [...]. (E.3)*

*Eu **já** ouvi dizer que essa medicação causa efeitos colaterais, **deixa** a pessoa desorientada, mas eu nem **ligo**, **já** estou com setenta e cinco **anos**, vou **esperar** mais o que, só **espero** que Deus me dê um pouco de **saúde** [...]. (E.8)*

*Eu tinha **vontade** de tomar as medicações **todos juntos**, eu tinha **vontade** de preparar uma medicação para tomar eu e minha **família**, para **gente morrer tudo junto** [...]. (E.10)*

Alguns fragmentos narrativos ainda apontam para repercussões psicossociais negativas dos psicofármacos, dentre as quais se destacam: a falta de oportunidade de trabalho e rompimento de vínculos sociais, de acordo com as falas apresentadas:

*Ela **colocou problema** na cabeça **porque** o marido traiu ela e ela **cuidava** de paciente com **problema psiquiátrico**, **aí** ela **saiu** do emprego **porque** não tinha mais jeito [...]. (E.3)*

*No trabalho era assim, a patroa gritava comigo e eu só fazia **chorar**, ela dizia que eu era melindrosa e eu **chorava**, **porque** quando você **chora coloca** a dor para fora, eu trabalhava de doméstica [...]. (E.9)*

*Ninguém tem **amigo** isso é uma realidade, meu **pai já** dizia e eu não acreditava, mas todos foram **embora** depois da minha **doença** [...]. (E.15)*

*Eu comecei apresentando alguns sintomas **chorando** muito, muito **triste**, depressiva, me isolei **deixei tudo** que eu gostava de fazer, me afastei de **tudo**, ficava sempre num canto só para mim, criando um espaço só meu e isso não estava certo em mim [...]. (E.10)*

A classe 2 nomeada como **Assistência dos serviços de saúde aos usuários** representa as relações interpessoais dos usuários com os profissionais dos serviços de saúde através dos dispositivos de atenção comunitária, substitutivos à lógica asilar, onde o sujeito em sofrimento psíquico deve ser o foco da ação, por meio de uma práxis transformadora, em constante construção. Assim, é necessário pôr em prática um saber/fazer fundamentado na atenção psicossocial, que ultrapassa os princípios hegemônicos da racionalidade biomédica. No entanto, os processos terapêuticos existentes não consideram a singularidade do sujeito, na maioria dos casos, conforme os relatos abaixo:

*Aqui no **posto** a **gente pega a receita** e vai **buscar** em outro **lugar**, só o **doutor** é que **fala** sobre as indicações da medicação, os efeitos que pode causar e o resto à **gente procura** na internet mesmo [...]. (E.2)*

*Para ter acesso a essas medicações têm que vir para **consulta** no **posto** para **pegar a receita** e ir **buscar** em outro **lugar** [...]. (E.4)*

*Faz anos que eu tomo essa medicação, eu só **venho** aqui no **posto** para pegar a medicação e **renovar a receita** eu tomo essa medicação porque foi o **doutor** que **mandou** há muito tempo [...]. (E.17)*

Acentua-se a responsabilidade terapêutica do serviço de saúde, que não deve se restringir à figura do médico. É imprescindível que o trabalho aconteça em equipe, em articulação e comunicação contínua com usuários e familiares, que precisam ser enfatizados como protagonistas. Portanto, é fundamental que essa equipe amplie suas possibilidades de cuidado e descentralize as ações de saúde voltada ao usuário em saúde mental, conforme demonstram as falas a seguir:

*Desde o **mês passado** que estou para **pegar a receita** e ainda não consegui, graças a Deus que essas medicações eu não preciso **comprar** porque eu **pego** no **posto de saúde** [...]. (E.5)*

*Ela passou a medicação, só que eu queria **voltar** para modificar a medicação só que não conseguia pegar ficha para **consulta** porque tem que **chegar cedo** demais para pegar uma ficha aqui no **posto** [...]. (E.3)*

*Esse foi um dos motivos que eu abandonei o **tratamento** porque eu tive muita **dificuldade** em ter acesso à **consulta** [...]. (E.7)*

Em alguns casos, é necessário arcar com os custos das medicações, seja por indisponibilidade dos serviços de saúde ou oferta de novos tratamentos. Tal fato pode repercutir negativamente no processo terapêutico e ocasionar a interrupção do tratamento conforme ilustram as falas a seguir:

*Eu **pego a receita** neste **posto** e vou a outro **posto de saúde** buscar a medicação, quando **lá não tem** eu preciso **comprar** para não faltar, às vezes passam **meses** e **não tem** a medicação, eu preciso **comprar** [...]. (E.20)*

*Eu **pego** as medicações no **posto** quando tem e quando **não tem** eu tenho que **comprar**, só não posso ficar sem as medicações [...]. (E.12)*

*O **doutor disse** que tinha uma medicação que poderia **diminuir** as crises, só que ele disse que era **muito cara**, o SUS não cobria e nem a justiça liberava, aí meu esposo **disse** que a **gente** iria tentar [...]. (E.2)*

O cuidado em saúde mental é ofertado por meio de vários dispositivos presentes na RAPS. Nessa lógica, é preciso ressaltar que todos os serviços possuem um papel importante e são distribuídos segundo o grau de complexidade e necessidade do indivíduo conforme evidenciado nas falas a seguir:

*Da **UPA** me **encaminharam** para o **posto de saúde** e aqui no **posto** a **doutora mandou** eu ir para o **CAPS** [...]. (E.11)*

*Quando **vim** para o **posto** eu estava me sentindo mal só que a **doutora não estava** e me mandaram pro **CAPS**, aí eu vi gente pior do que eu e fiquei pior ainda, não fui mais [...]. (E.5)*

*Me socorreram para **UPA** me deram um comprimido e **mandaram** eu **esperar**, depois fiquei normal, depois disso o **doutor** me encaminhou para o **CAPS** [...]. (E. 9)*

*Vou dar uma medicação e você vai **procurar** o **posto de saúde** onde você mora para fazer o **tratamento** [...]. (E.2)*

A internação em hospital psiquiátrico como recurso terapêutico apresenta diversificadas configurações, porém, devem sempre primar pelo propósito de amenizar o sofrimento do usuário e torná-lo parte da sociedade. Então, independentemente do local onde se dá a assistência em saúde mental, torna-se necessária uma reflexão dos profissionais de saúde sobre a prática clínica que possa reverberar na percepção dos usuários sobre os serviços de saúde conforme demonstram as falas:

*Fui **internado** no **hospital psiquiátrico** passei dez dias **lá** e depois fui **encaminhado** ao **CAPS** e fiquei em acompanhamento [...]. (E.6)*

*Então, primeiro eu **vim** no **posto** e depois eu fui para o **hospital psiquiátrico**, quando eu estava **planejando** o **suicídio** eu fui para a igreja e vi que eu não estava em **condições** de suportar aquilo **sozinha** [...]. (E.10)*

Cada sujeito tem o potencial de fazer escolhas a respeito do cuidado de si segundo sua subjetividade e, neste ponto, ganham relevo os processos de autonomia e corresponsabilização frente ao uso de medicações. Portanto, o uso não deve ser imposto ou ser visto como o principal fator no processo terapêutico, mas sim, como uma construção coletiva do projeto de cuidado discutido entre o profissional de saúde e o usuário com disponibilização das informações necessárias sobre os medicamentos. No entanto, as falas a seguir apresentam o oposto:

*Eu **falei** o que aconteceu comigo, **disse** como eram os sintomas e a **doutora** passou a medicação, graças a Deus [...]. (E.9)*

*Foram meus pais junto com o **doutor** que **decidiram** meu **tratamento**, meus pais junto com a minha família que **falaram** com o **doutor** e me **mandaram** para o **posto** para eu tomar medicações [...]. (E.15)*

*Eu **vim renovar** a **receita** do **posto** de **saúde**, que eu **guardo** tudo, a **doutora** passou essas medicações pela história que eu contei a ela [...]. (E.13)*

*Ela **perguntou** os meus sintomas eu **disse** que não sentia mais vontade de nada, tenho agonia, fico com agonia, aí ela **disse** que eu estava com começo de depressão, vou dar uma medicação a você [...]. (E.5)*

*Para **chegar** nessas medicações eu tive que **falar** com a **doutora**, **dizer** os sintomas, quando eu me consultei com a **doutora** ela passou a **receita**, eu **disse** o meu problema, **falei** os sintomas [...]. (E.3)*

O saber médico ainda ocupa lugar privilegiado e fica em evidência no discurso dos sujeitos. Desse modo, a orientação aos usuários sobre os psicofármacos restringe-se a uma breve descrição farmacológica sobre as indicações e efeitos colaterais das medicações, onde poucas informações são apreendidas durante a consulta conforme demonstram as falas a seguir:

*A **doutora fala** as **orientações** durante a **consulta**, mas é muita coisa para eu saber ela coloca no papel e eu vou **buscar** na farmácia, eu **guardo** tudo e **ando** com a sacola das **receitas**, das medicações [...]. (E.13)*

*Os profissionais daqui são ótimos o que a **gente** precisa os profissionais orientam, a equipe é muito boa, o **doutor diz** que eu não posso esquecer as medicações e só [...]. (E.15)*

Em um cenário de hegemonia das práticas biomédicas, a relação médico-usuário adquire destaque. Em contraponto, é fundamental entender que o cuidado em saúde mental precisa acontecer pelas mãos de uma equipe multiprofissional, cada qual atuando segundo sua formação, em que o usuário seja o foco do cuidado. No entanto, a realidade apreendida demonstra-se destoante conforme as falas apresentadas:

*Eu uso essas medicações porque o **psiquiatra mandou** e por isso eu tomo, o **doutor** não deu nenhuma **orientação**, eu só faço **comprar** e tomar, tudo foi ordem do **psiquiatra** ele que escolheu e **mandou** eu tomar [...]. (E.11)*

*Faz anos que eu tomo essa medicação, eu só **venho** aqui no **posto** para pegar a medicação e **renovar a receita** eu tomo essa medicação porque foi o **doutor** que **mandou** há muito tempo [...]. (E.17)*

*Eu acho que é **certo** o que os profissionais **dizem** então a **gente** tem que obedecer para **melhorar** [...]. (E. 6)*

Para romper com esse modelo hegemônico em saúde, é necessário que os profissionais não se limitem às dimensões técnicas e prescritivas, mas que compreendam a realidade de cada usuário e contribuam para que o vínculo seja estabelecido no cotidiano dos serviços.

6 DISCUSSÃO

O conceito de vivência proposto por Minayo (2014) é o resultado da reflexão individual sobre uma determinada experiência e depende prioritariamente da personalidade, do modo de pensar e do histórico de vida individual. Logo, os resultados deste estudo demonstraram que a vivência do uso de psicofármacos ocorre de modo singular permeando a subjetividade, a individualidade e os estados psicológicos de cada indivíduo.

O uso de psicofármacos vivenciados pelos participantes do estudo consiste em um processo que envolve o indivíduo em sua complexidade, englobam aspectos físicos e mentais, as relações interpessoais com familiares, profissionais de saúde e a convivência em sociedade. Ademais, esta vivência está intimamente relacionada a uma combinação de expectativas, volições, angústias e sofrimentos (FERREIRA et al., 2017).

O perfil dos usuários de psicofármacos na ESF caracteriza-se como sujeitos do sexo feminino, idade média 53,75 anos, baixa escolaridade, casadas e com filhos. Tais resultados corroboram com o estudo realizado sobre o uso de psicofármacos na atenção primária a saúde evidencia prevalência do sexo feminino, idade média de 57,42 anos, baixa escolaridade e sujeitos casados ou em união estável (MEDEIROS et al., 2018)

A alta prevalência do sexo feminino no consumo de psicofármacos pode estar relacionada com a preocupação que as mulheres têm com a sua saúde, gerando, assim, maior procura por atendimento nos serviços de saúde, além de a mulher ter mais facilidade para descrever seus problemas, aumentando a probabilidade de receber prescrição de psicofármacos principalmente para o tratamento de depressão, ansiedade e enxaqueca (DANTAS; SOLANO; OLIVEIRA, 2019).

A presença de episódios depressivos, estado generalizado de ansiedade e queixas somáticas inespecíficas são sintomas que caracterizam o transtorno mental comum que afetam o comprometimento funcional do indivíduo com perda de produtividade no trabalho e isolamento social, o que repercute no aumento da utilização de serviços de saúde. A ocorrência deste transtorno é comum em mulheres, tal vulnerabilidade pode ser explicada por alterações fisiológicas, altas taxas de violências sofridas por estas mulheres e desigualdade de gênero (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Tal resultado evidencia a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, principalmente nas questões de promoção e prevenção da saúde. Este comportamento

masculino pode ser justificado pela valorização do homem como um ser imbatível e está atrelado a obstáculos para a baixa adesão deste público aos serviços de saúde, como impaciência, vergonha e negligência com o autocuidado. Além do mais, os homens preferem serviços de saúde que supram suas necessidades rapidamente como farmácia e pronto socorro, em que os atendimentos são rápidos e realizados com maior facilidade (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

A situação econômica destes sujeitos revelou-se sem vínculo empregatício, renda mensal de até um salário mínimo e que recebem auxílio do governo. As principais características dos usuários dos serviços de APS no Brasil revelaram que mais da metade (55,1%) da população investigada estava classificada como classe C, o que corresponde ao recebimento de até dois salários mínimos por família e destas, 24,8% recebiam algum tipo de auxílio governamental (GUIBU et al., 2017).

O tratamento medicamentoso realizado na ESF revelou-se como uma prática de medicalização e polifarmácia o que evidencia um uso crônico de medicamentos. Houve congruência com os resultados de uma pesquisa sobre o consumo de psicofármacos na APS em que a média de medicações prescritas foi de 1,52 e o tempo de utilização, em anos, foi em média de 6,52 (MEDEIROS et al., 2018). O tempo de uso dos psicofármacos deve ser considerado, pois quando prescritos de forma arbitrária podem ocasionar a ocorrência de interações medicamentosas e exacerbação de efeitos adversos (XAVIER et al., 2014).

A prática da automedicação evidenciada pelos participantes expõe o indivíduo a vários riscos, o que inclui o uso indiscriminado de medicações, dosagem inadequada, reações alérgicas e potencialização de efeitos adversos. Um estudo de base populacional realizado no Brasil evidencia que esta é uma prática comum e pode ser justificada pelas dificuldades de acesso, demora e baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde, tanto do setor público quanto do privado (ARRAIS et al., 2016).

A polifarmácia evidenciada entre os usuários de psicofármacos neste estudo favorece a exacerbação de sintomas e possibilita a interação medicamentosa e efeitos adversos. Esta prática tem sido associada a desfechos negativos em saúde, com aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida dos indivíduos e aumento dos custos da atenção à saúde, com impacto negativo para as pessoas e o sistema de saúde (NASCIMENTO et al., 2017).

Uma pesquisa realizada sobre polifarmácia entre usuários de psicofármacos demonstrou que estes são mais expostos a ocorrência de potenciais interações medicamentosas. Vale sublinhar o crescimento da utilização concomitante de psicofármacos como resultado da ampliação das indicações terapêuticas, da tendência à medicalização da sociedade influenciada pela indústria, bem como do surgimento de novos fármacos, expondo o paciente ao risco de efeitos adversos graves (BALEN et al., 2017).

As classes terapêuticas de psicofármacos mais consumidas pelos participantes deste estudo foram antidepressivos e ansiolíticos (benzodiazepínicos), respectivamente. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de base populacional que identificou maior prevalência de prescrição de antidepressivos 52,6%, havendo destaque para a fluoxetina, seguido por benzodiazepínicos, em especial, o diazepam (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

O consumo destes medicamentos podem causar dependência, tolerância e crise de abstinência quando utilizados por longos períodos. A possibilidade de desenvolver dependência deve ser considerada perante a vigência de fatores de risco como uso inadequado, poliusuários de drogas, tentativa de alívio de estresse ou transtorno psiquiátrico e distúrbios do sono (MOURA et al., 2016).

O alto consumo de antidepressivos pode ser justificado pela aplicação de critérios diagnósticos das condições passíveis de tratamento com esses medicamentos, na maior disponibilidade de opções terapêuticas e também em função das atitudes dos prescritores (MARS et al., 2017). A combinação de antidepressivos pode ocorrer desde o início do tratamento ou pode ser realizada com a introdução de um segundo antidepressivo ao esquema terapêutico, no caso de resistência ao tratamento (SCHENKEL; COLET, 2016).

Os ansiolíticos benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo, por efeito, principalmente, de sua ação ansiolítica e hipnótica, além da ação miorrelaxante e anticonvulsivante. As restrições quanto à sua utilização têm sido cada vez maiores, dada a incidência dos efeitos adversos, bem como à dependência que pode ocorrer em semanas de uso contínuo (MACIEL; LIMA; SOUSA, 2015).

Quanto às repercussões do uso crônico de psicofármacos foram evidenciadas situações em que o uso contínuo das medicações potencializa a percepção dos efeitos negativos quando expressam a necessidade dos medicamentos e obrigatoriedade do uso. Tal achado está de acordo com o estudo que mostra a experiência negativa dos usuários com relação ao uso de

psicofármacos em que os indivíduos se tornam dependentes da medicação (CAVALCANTE; CABRAL, 2017).

Destaca-se que a maioria dos psicofármacos foi prescrita por médico generalista. Tal constatação é validada por outros estudos brasileiros realizados em diferentes contextos. Pesquisa desenvolvida em uma UBS identificou que a maioria das prescrições de psicofármacos foi realizada por clínicos gerais, o que poderia ser justificado pelo fácil acesso à rede pública de saúde por meio da APS e por uma minoria receber atendimento de especialista em saúde mental (SCHENKEL; COLET, 2016). Outra pesquisa sobre prescrições de psicofármacos em uma farmácia pública, também, comprovou que a especialidade médica que mais prescreveu tais medicamentos foi a generalista (COSTA; OLIVEIRA, 2017).

Frente ao consumo indiscriminado e às consequências negativas decorrentes do uso inadequado de psicofármacos, a equipe de saúde da família (eSF) deve assumir papel de destaque na detecção de dissonâncias nas prescrições e na promoção de estratégias educativas de saúde, voltadas para o uso racional destes medicamentos. Logo, é dever dos profissionais que compõem a eSF conhecer a realidade da população atendida, para que sejam repensados e redimensionados, os processos educativos em relação à saúde mental, com a finalidade de garantir o acesso, acolhimento e vínculo, para se ter uma prática voltada ao cuidado integral (SANTOS; ZAMBENEDETTI, 2019).

O processo de trabalho do enfermeiro deve ser baseado na promoção da saúde mental, tanto do usuário quanto de seus familiares, uma vez que existe um rearranjo familiar quando se tem uma pessoa que sofre de um transtorno mental e necessita de cuidados contínuos (NASCIMENTO et al., 2017). Desse modo, apesar dos benefícios associados à utilização de psicofármacos como modalidade terapêutica e da grande popularização destes, é prudente que haja avaliação clínica criteriosa prévia à sua prescrição, visando à prevenção de agravos e de prejuízos à qualidade de vida dos usuários e familiares (NUNES; BASTOS, 2016).

Esse resultado suscita para a importância da educação permanente das equipes de saúde da família, visando à atenção e à sensibilização dos profissionais para prescrição e orientação voltadas para o uso racional de psicofármacos com finalidade de reduzir o uso abusivo, as intoxicações das possíveis interações medicamentosas, as dependências física e psíquica (LEONARDO et al., 2017).

Logo, a conscientização sobre o uso racional de psicofármacos deve fazer parte da rotina dos profissionais da atenção primária a saúde num processo de vigilância contínua para

que, a partir da prescrição segura, as orientações sejam fornecidas aos usuários de forma clara e efetiva de acordo com as suas necessidades de saúde (SARMENTO; SANTOS, 2019).

No tocante as experiências dos usuários relativas ao uso de psicofármacos as narrativas englobam a interferência na rotina e na execução de atividades de vida diária. Achado semelhante foi encontrado em um estudo sobre a vivência do uso de psicofármacos pelos portadores de transtorno mental que demonstrou envolver várias expectativas associadas aos efeitos que estes incitam na saúde mental e física dos usuários o que interfere nos aspectos ocupacionais e interpessoais destes usuários (FERREIRA et al., 2017).

As experiências dos usuários podem ser expressas de forma dialogada e compartilhada segundo a metodologia adotada na GAM que propicia o relato sua história de vida acerca da utilização de psicofármacos e remete para um conjunto de enunciados e significados atribuídos pelo sujeito, além de trazer à tona outros aspectos que envolvem a sua vida e tratamento (SANTOS et al., 2019).

Para alcançar a compreensão da subjetividade do indivíduo a práxis do enfermeiro deve ser desenvolvida por meio do diálogo e considerar o discurso crítico do sujeito que possui capacidade argumentativa para discursar sobre a sua realidade. O comprometimento do indivíduo no seu processo terapêutico fortalece a consciência da pessoa sobre si mesma e sobre a sua condição de saúde (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

As experiências particulares dos sujeitos são reconhecidas e legitimadas pela GAM, pois este possui um saber baseado na sua vida e na vivência do seu sofrimento, sobre os quais somente ele pode falar. No entanto, este saber que popularmente se denomina de *senso comum* precisa ser transformado e induzir mudanças no usuário e estimular a consciência crítica e reflexiva sobre as questões que envolvam o seu tratamento (FAVERO et al., 2019).

O tratamento medicamentoso apresenta benefícios e são reconhecidos pelos usuários por meio da redução e remissão da sintomatologia apresentada. Este achado está em consonância com os resultados de um estudo sobre o uso de psicofármacos, que evidenciou os efeitos positivos obtidos com o uso regular da medicação que pode levar o indivíduo a atingir bons níveis de funcionamento na vida cotidiana, como retomar o trabalho, os estudos, a convivência familiar e as relações afetivas (CZARNOBAY et al., 2018).

Porém, os malefícios ocasionados pelo tratamento medicamentoso foram vivenciados pelos usuários no que diz respeito à presença de efeitos colaterais causados pelo uso contínuo das medicações. Este achado corrobora com uma pesquisa em que a existência dos efeitos

negativos dos psicofármacos fomenta angústias e sofrimentos aos indivíduos, levando-os, assim, ao uso irregular dos medicamentos, bem como à modificação da prescrição sem o consentimento dos profissionais de saúde (FERREIRA et al., 2017).

Ainda, como consequência do tratamento medicamentoso à dependência química revelou-se como um dos efeitos negativos, logo, as medidas de enfrentamento adotadas nesta situação incluem práticas irregulares no uso de medicamentos. Tal achado também foi evidenciado em um estudo sobre a vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos, em que o uso irregular destes medicamentos ocorre pelo aumento da dose prescrita para minimizar a permanência de alguns sintomas ou pela redução da dose para aliviar os efeitos colaterais (SANTOS et al., 2020).

A adoção de práticas congestivas é recomendada pela GAM no tratamento medicamentoso e pressupõe que a partilha de experiências resultam em decisões conjuntas sobre o tratamento. Essa prática empenha-se em ampliar coletivamente as possibilidades de cuidado, e quanto mais os usuários, familiares e equipe de saúde estiverem conectados a uma rede de cuidados, mais possibilidades existem para administrar ou gerir a medicação de forma adequada (SENNA; AZAMBUJA, 2019).

Os efeitos do tratamento são vivenciados de modo único por cada indivíduo, portanto, é necessário estimular que os usuários falem sobre os seus sintomas e a maneira como lida com estas exigências relacionando-as com um projeto de cuidado em saúde. Esse estímulo à expressão das necessidades dos usuários é proposto pela GAM por meio do diálogo entre usuário e profissional em que é possível avaliar conjuntamente como o uso do medicamento pode melhorar a qualidade de vida, reduzir o sofrimento que os sintomas da doença causam ou, em contraposição, intensificar este sofrimento com efeitos não desejados, pois considera que o uso de medicamentos acontece de forma particular e subjetiva (GONÇALVES; ONOCKO CAMPOS, 2017).

A atuação do enfermeiro deve promover a integralidade do atendimento, priorizar ações de atenção e promoção à saúde no território e não somente na reabilitação por meio do tratamento farmacológico, considerando o acesso a outras formas de tratamento. Isso perpassa, necessariamente, por uma mudança cultural que correlaciona o direito à saúde, a assistência efetiva e de qualidade com a obtenção de uma prescrição de medicamentos (BRASIL, 2019).

A incompreensão sobre a expressão de sofrimento dos usuários está relacionada à dificuldade dos serviços de saúde em reconhecer pessoas nessas circunstâncias, visto que as queixas inespecíficas não são identificadas de imediato pelos profissionais, devido à maior valorização das queixas físicas legitimadas pelo modelo biomédico (SILVA et al., 2017). O reconhecimento desse sofrimento pelo enfermeiro é fundamental no planejamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas ao portador de transtorno mental contribuindo para melhor adesão ao tratamento (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

A adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta na qual a pessoa não somente obedece às orientações médicas, mas entende, participa, concorda e adota o tratamento terapêutico prescrito. Portanto, deve haver uma aliança terapêutica entre a pessoa e o profissional de saúde e a família na qual é reconhecida não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos no tratamento (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019).

O uso crônico e indiscriminado de psicofármacos tem sido considerado um problema de saúde pública e uma de suas facetas mais preocupantes é o aumento exponencial no uso destes medicamentos para tratar qualquer mal-estar do indivíduo, seja em momentos de tristeza, insegurança, angústia, ansiedade ou derivados de questões emocionais ou econômicas. Tal resultado é descrito como medicalização e consiste em um processo complexo e polissêmico (BRASIL, 2019).

A medicalização é um processo sociocultural, que consiste em descrever um problema utilizando termos médicos e tratado a partir de intervenções médicas. Este processo refere-se aos modos de apropriação da vida humana pelas práticas médicas e que transformam processos básicos da vida em condições patologias (CAVALCANTE; CABRAL, 2017). Como consequência da medicalização ocorre a medicamentação, que se refere ao uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal (BRASIL, 2019).

Nesta elucidação de conceitos e termos, é importante ressaltar que o uso inadequado ou irracional de medicamentos também é uma das formas de medicalização da vida, utilizado como meio normatizar os comportamentos humanos. Neste contexto, as pessoas são constantemente incentivadas a resolver os problemas sociais utilizando medicamentos o que resulta em um alto índice de prescrição de psicofármacos (SANTOS; ZAMBENEDETTI, 2019).

A GAM contribui para a democratização dos serviços de saúde e para uma melhor qualidade do atendimento na direção de uma educação em saúde que permite uma ação reflexiva entre usuários, profissionais e familiares. Desta maneira, existe o compartilhamento entre saberes e visões de mundo que culmina na troca de experiências entre os sujeitos e dá acesso à informação para que a partir dela o usuário pode adaptar o tratamento de acordo com as suas necessidades (SANTOS et al, 2019).

A composição entre os diferentes saberes é obtida mediante o relacionamento interpessoal entre os diferentes atores. Em se tratando do relacionamento interpessoal dos participantes deste estudo, a família ocupou lugar de destaque, pois a partir do apoio ofertado processos para o desenvolvimento de autonomia do indivíduo são estimulados. Este achado está em consonância com uma pesquisa desenvolvida com pacientes com doença crônica em uso de medicamentos e evidenciou que o suporte familiar representa uma fonte de segurança e colabora nas práticas de autocuidado e o sucesso na terapêutica medicamentosa (BARRETO; MARCON, 2014).

Em contrapartida, para alguns dos entrevistados, a família demonstrou-se como um obstáculo no enfrentamento das dificuldades e como uma forma de intensificar o sofrimento do indivíduo, tal fato também foi evidenciado em um estudo sobre as estratégias de enfrentamento dos familiares de pacientes com transtornos mentais e apontou que esta postura favorece a manutenção de medos, preocupações e problemas físicos e psicológicos (POMPEO et al., 2016).

Os usuários de psicofármacos deste estudo também versaram sobre a falta de apoio familiar e como isso repercute no tratamento, uma vez que precisam convencer a família que, de fato, estão com problemas e precisam de ajuda. Um estudo demonstra que quando esse cuidado não se constitui, favorece-se a fragilidade dos vínculos estabelecidos pelos usuários, tanto no convívio familiar como nas suas relações sociais como um todo (RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

A fragilidade de vínculos vivenciada por alguns usuários e suas respectivas famílias neste estudo ocasionam alterações na dinâmica familiar. Um estudo discorre que após o impacto inicial da descoberta da doença, a família vivencia um processo de adaptação para nova realidade. Cada momento apresenta um significado e uma necessidade que gera sentimentos, formas de enfrentamento e constituição de redes de apoio específicas (POMPEO et al., 2016).

Assim, devido ao vínculo e proximidade com o usuário e suas famílias, o enfermeiro precisa estar em contato direto com o universo familiar para identificar a realidade complexa e conflitante dessas pessoas. Portanto, para que a assistência em saúde seja efetiva é necessário planejar as ações, incluindo a avaliação e acompanhamento das famílias quanto às dificuldades físicas, emocionais e sociais, além da percepção e reconhecimento precoces dos problemas e ou sofrimentos que podem alterar a dinâmica familiar e influenciar no tratamento (LIMA; FERREIRA, 2018).

Mediante essa realidade complexa que envolve o usuário de psicofármacos e sua família, o fato de utilizar tais medicamentos pode desencadear estigmas e estereótipos, seja pelo próprio indivíduo, pelos familiares ou por terceiros. Um estudo reflete sobre as repercussões existenciais dos usuários de psicofármacos e salienta a necessidade de questionar e romper tais estereótipos, superando a concepção de que a doença fundamenta a identidade social do sujeito (CAVALCANTE; CABRAL, 2017).

A GAM visa romper esse estigma produzido pelo tanto pelo transtorno mental como pelo uso de psicofármacos, ao conscientizar o usuário de que a sua dimensão subjetiva envolve mais que um diagnóstico médico ou uso contínuo de medicamentos. Diante disto, conhecer-se além de seus problemas de saúde, implica em promover discussões de que existem outras dimensões na vida, além de estar doente ou fazer uso de medicação (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O usuário com necessidades de saúde mental tem direito a um atendimento digno com acolhimento individual por meio da escuta qualificada e ativa que potencialize o alcance do cuidado integral. Entretanto, as ações de saúde mental executadas na ESF limitam-se a encaminhamentos pontuais ao setor especializado - muitas vezes sem acompanhamento dos casos - e à transcrição de prescrições e dispensação de psicofármacos, reforçando práticas que precisam ser superadas para o alcance dos princípios da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA et al., 2017).

A assistência dos serviços de saúde deve promover a formação de vínculos durante o acompanhamento multidisciplinar ao usuário e assegurar a atenção a todo usuário adscrito através do acolhimento, vínculo e responsabilização do cuidado. A ESF constitui um campo oportuno para as práticas em saúde mental, ofertando cuidado, com ênfase na família, sob a ótica da integralidade, universalidade e equidade do atendimento (MEDEIROS et al., 2018).

A execução de práticas em saúde mental na APS com garantia de atendimento, acesso à assistência integral de qualidade e ênfase em serviços de base territorial e comunitária está prevista na RAPS e fundamenta-se no paradigma da atenção psicossocial (DIMENSTEIN et al., 2018). No entanto, conforme evidenciado neste estudo, em períodos de crise ou agudização dos transtornos mentais alguns usuários têm a assistência redirecionada para internação em hospital psiquiátrico, o que demonstra fragilidade na oferta dos serviços e organização da rede em saúde mental.

A internação em hospitais psiquiátricos demonstra a fragilidade dos serviços disponíveis na RAPS baseados na proposta de clínica ampliada em que a pessoa é o foco do cuidado em toda sua completude e existência. Ainda há muito o que se avançar para que se alcance práticas integradoras entre os serviços de saúde e produtoras de autonomia para o usuário. Portanto, a qualificação dos serviços substitutivos ao modelo asilar além de fortalecer a APS, pode evitar internações e reinternações psiquiátricas (TRAJANO; BERNARDES; ZURBA, 2018).

Tendo em vista que o modelo psicossocial em que se ancora o cuidado em saúde mental na ESF é uma proposta consideravelmente nova quando comparada à vigência do modo asilar. A formação contínua dos enfermeiros na área de saúde mental favorece o acolhimento dos usuários e promove o vínculo terapêutico, para que seja uma prática eficaz e que repercuta positivamente na reabilitação do portador de transtorno mental (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

A demanda em saúde mental na ESF é alta e, por vezes, o atendimento das necessidades de saúde do usuário está centralizado na figura médica. O cuidado em saúde mental na APS é motivo de preocupação para as equipes de saúde por se sentirem despreparados e receosos em lidar com problemas de ordem psicossocial. Isso ocorre porque o cuidado em saúde mental ainda está centralizado na prescrição de medicamentos e encaminhamentos para avaliação especializada (NASCIMENTO et al., 2017).

O cuidado em saúde mental realizados pelos enfermeiros na ESF pode ser desenvolvida por meio de atividades grupais, visitas domiciliares, escuta terapêutica e, principalmente, na construção de vínculos com o portador de transtorno mental. E sendo esta construção somente possível quando fundamentada na confiança entre profissional e portador estabelecida no contato rotineiro, com base numa relação focada no plano terapêutico do portador (BRUNOZI et al., 2019).

Os grupos e as visitas domiciliares são potentes instrumentos de trabalho do enfermeiro na ESF e se configuram como métodos integrais de atenção a saúde. Para que estas ações sejam executadas e sejam efetivas, é preciso um deslocamento dos processos de trabalho em saúde, uma reorganização dos serviços e dos modos de produção do cuidado, é preciso pôr em prática um modelo ampliado de cuidado no qual o usuário é o centro da atenção (ESLABÃO et al., 2019).

O relacionamento interpessoal construído a partir do acolhimento, escuta terapêutica e vínculo com o usuário remete à lógica de cuidado em saúde mental diante da noção de valorização deste indivíduo dentro de sua terapêutica e o coloca como protagonista no seu tratamento. Esta ampla visão do papel do usuário com proposta de reinclusão, restauração de autonomia e resgate de sua dignidade e autocuidado deve acompanhar a ideologia dos serviços voltados para o cuidado em saúde mental (FERNANDES; MIRANDA, 2016).

A GAM promove o protagonismo do usuário e confere legitimidade aos seus discursos, pois estes possuem um saber ancorado na experiência sobre o uso de psicofármacos, ações não medicamentosas que promovem o bem estar e efeitos ambivalentes causados pelos medicamentos. Porém, esse saber normalmente não é reconhecido pelos profissionais de saúde e acaba não sendo considerado durante a escolha do tratamento (SILVEIRA; MORAES, 2018).

Assim, o tratamento do usuário com necessidade em saúde mental reduz-se a aos relatos das queixas convencionais por parte do usuário e condutas terapêuticas medicamentosas pelos profissionais. No entanto, a eficácia do tratamento medicamentoso depende da valorização da queixa, da subjetividade do usuário, da relação de escuta e empatia durante o atendimento (HALLAIS; BARROS, 2015).

Durante o atendimento dos participantes deste estudo na ESF uma das práticas comuns refere-se à renovação de receitas, sendo este o maior motivo dos usuários participarem do grupo de saúde mental existente na unidade. No entanto, esta prática deve ser realizada com cautela, pela possibilidade de gerar e/ou potencializar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial, derivados do problema de saúde do usuário, fato que se agrava considerando o risco de intoxicação e possibilidade do surgimento de reações adversas (REIS et al., 2018).

A prática de renovação de receitas realizada indiscriminadamente pode resultar em dependência e/ou ineficácia da medicação do ponto de vista terapêutico. Dessa forma, faz-se urgente a implementação de protocolo que oriente a prática dos prescritores na ESF. Em toda

renovação de receita, é necessário revisar o prontuário do paciente, além de avaliação periódica e do monitoramento de efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos (MOURA et al., 2016).

Uma vez que o usuário recebe a prescrição de psicofármacos, que inicialmente pode ter sido realizada em um serviço de atenção especializada, as receitas subsequentes são feitas pelo clínico geral ou médico de família da ESF, o qual apenas repete a prescrição sucessivamente. A emissão da mesma receita com modificação apenas na data é uma prática realizada em massa na APS, em que usuários comparecem periodicamente a UBS para adquirir uma nova receita. Nesta conduta, não há objetivo, nem tempo para consulta e nem para avaliação (NASCIMENTO et al., 2017).

Importante, ainda, mencionar que os psicofármacos utilizados pelos participantes deste estudo em sua maioria pertencem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo financiados pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica ou fornecidos pelo Programa Farmácia Popular. Este resultado sugere que os prescritores têm utilizado a relação de medicamentos de fornecimento gratuito como norteadora da prescrição no âmbito do SUS, o que favorece a prática de renovação de receitas e o acesso aos medicamentos (BRASIL, 2017).

Para que haja uma ressignificação do cuidado em saúde mental, uma postura ativa diante desta realidade e que garanta novos modelos de atenção a saúde, é necessário repensar sobre a prática cotidiana dos profissionais de saúde atuantes na APS. A prática do enfermeiro na ESF deve estar pautada nas necessidades de saúde da população, por meio da produção de uma prática social, participativa e transformadora da realidade (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

A práxis profissional do enfermeiro voltada à pessoa em sofrimento psíquico tona-se relevante e fundamental, pois este é capaz de atuar vastamente no cuidado integral aos indivíduos e respectivos familiares, já que conhece sua realidade, suas relações, seu contexto familiar e social, por meio de assistência direta, visitas domiciliárias e, até mesmo, por meio de educação em saúde (SANTOS et al., 2019).

A educação em saúde na ESF possibilita o compartilhamento de saberes sobre saúde que podem influenciar o cotidiano das pessoas e refletir na melhoria da qualidade de vida da população subordinada. Desse modo, a realidade social é ambiente propício para que a educação em saúde aconteça por meio de modelos pedagógicos que sempre estão conectados

a uma forma de perceber o mundo, a saúde e a uma visão educativa específica (FEITOSA et al., 2019).

A educação em saúde segundo o modelo educativo dialógico está pautada na prática libertadora. Para este modelo, o diálogo é essencial, já que o usuário é reconhecido como sujeito portador de um conhecimento, mas não é necessário que o saber do indivíduo seja condizente com o saber técnico-científico. Assim, o conhecimento prévio do sujeito nunca é deslegitimado, possibilitando que a educação em saúde tenha, como ponto de partida, as condições concretas de vida das pessoas (ALMEIDA; MOUTINHO, LEITE, 2016).

Para que uma prática educativa possa se aproximar do dialogismo, necessita posicionar a participação do usuário na centralidade do processo. O processo educativo dialógico tem como matéria-prima, além da demanda de saber, o conhecimento prévio da população, adquirido no trabalho e na vida. Nesse sentido, o papel do enfermeiro enquanto educador é construir um novo saber, tendo como fundamentos as necessidades dos sujeitos (MAEYAMA et al., 2017).

A partir dessa concepção, a ESF emerge como cenário privilegiado para o desenvolvimento da educação em saúde dialógica, pois está inserida no território, no contexto sociocultural da comunidade e está ligada permanentemente ao cotidiano das pessoas, permitindo que o enfermeiro conheça os anseios dos usuários e comunidade com mais facilidade por meio do acolhimento, vínculo e diálogo (NASCIMENTO et al., 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações que emergiram das entrevistas permitiram conhecer como os indivíduos na atenção primária a saúde vivenciam o uso de psicofármacos. Este estudo permitiu elucidar a singularidade de cada participante no uso de medicamentos e demonstrou que esta vivência se constitui um processo dinâmico e complexo, que não abrange apenas a ação dos mesmos no organismo, mas compreende o indivíduo na sua subjetividade, na saúde mental e física e nos aspectos ocupacionais e interpessoais.

O desenvolvimento das entrevistas permitiu a pesquisadora conhecer as inúmeras emoções, expectativas, receios e angústias ao considerar os efeitos e os impactos que estes medicamentos ocasionam na vida dos indivíduos. Neste sentido, os indivíduos permanecem constantemente vivenciando os efeitos dos psicofármacos, se por um lado reconhecem seus efeitos positivos por outro, experimentam sentimentos de impotência diante do uso prolongado destes medicamentos.

Esta ambivalência dos efeitos da medicação provoca nos usuários reações automáticas e conseqüentemente ações de enfrentamento de acordo com a interpretação das vantagens e desvantagens decorrentes desta prática em suas vidas. Ademais, a decisão pela manutenção do uso de psicofármacos relaciona-se a partir de uma interpretação de como o usuário se sente como pessoa e como este medicamento influencia nas relações com o seu corpo, sua mente e com as pessoas que convive.

A interpretação que o usuário faz de si e das suas condições de saúde reflete no uso de psicofármacos de modo irregular, com aumento ou diminuição da dosagem da medicação de acordo com o momento e as situações vivenciadas. Essa atitude retrata uma baixa apropriação dos usuários no processo decisório referente ao seu tratamento e contrasta com os princípios da Gestão Autônoma da Medicação em que os usuários devem ser considerados protagonistas e corresponsáveis pelo tratamento que seguem.

Portanto, conhecer o significado que a medicação ocupa na vida dos indivíduos deve assumir centralidade no cuidado em saúde mental para que se possa alcançar tratamentos efetivos. Logo, salienta-se que a decisão pelo melhor tratamento em saúde mental é obtida por meio da composição entre o que os usuários sabem, o que dizem os seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário e o que sabem os profissionais de saúde que o acompanham.

E é a do compartilhamento desses saberes que podem ser feitas melhores decisões sobre o modo de usar os medicamentos.

O compartilhamento destes saberes precisam estar pautados nos princípios de autonomia e cogestão, fundamentais na Gestão Autônoma da Medicação, pois permitem a abertura e ampliação de diferentes visões a respeito do uso dos psicofármacos, em que usuários e profissionais são coprodutores de conhecimento numa perspectiva transversal, onde as alteridades se unem em prol de um bem comum por meio da inclusão democrática e fomento do protagonismo dos usuários dos serviços de saúde.

O protagonismo dos usuários pode ser estimulado por meio de práticas de educação em saúde em que o diálogo seja a base para construção de relações horizontais entre estes e os profissionais que o assistem. Logo, faz-se necessário o compartilhamento de informações e troca de experiências entre os envolvidos com vistas à empoderar o usuário sobre sua condição de saúde e seu tratamento medicamentoso para que se possa reduzir o uso indiscriminado de psicofármacos e construir uma assistência que não esteja pautada na prescrição de medicamentos como única alternativa de cuidado.

O predomínio na prescrição de psicofármacos evidencia a fragilidade dos vínculos estabelecidos com a equipe de Saúde da Família e constitui-se como um desafio a ser superado nos serviços ofertados na Atenção Primária a Saúde. Ressalta-se a importância da implementação de grupos terapêuticos voltados ao cuidado psicossocial por meio de diálogo, discussão e reflexão sobre o uso crítico e racional de psicofármacos, para que possa fortalecer a autonomia do indivíduo e assim, este possa opinar, escolher e definir os aspectos que envolvem seu tratamento.

Dada a complexidade da vivência do uso de psicofármacos, espera-se que os aspectos demonstrados no estudo sejam aprofundados em investigações futuras, tais como estudos que abordem a vivência do uso de psicofármacos em outros serviços de saúde. Como limitação deste estudo, destaca-se a ausência do envolvimento dos profissionais de saúde e dos familiares dos usuários, pois a participação destes atores poderia aprofundar a compreensão da vivência do indivíduo sobre o uso de psicofármacos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface**, v. 20, n. 57, p. 389 - 40, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150128.pdf>>.

ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, 2019; n. 35, v. 11, p. 1 – 6, 2019. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>>.

ALVAREZ, A.P.E.; VIEIRA, A.C.D.; ALMEIDA, F.A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis**, n. 29, v. 04, p. 1 – 17, 2019.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saude Publica**, v. 50, n.2, p. 1 – 11, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

BALEN, E. et al. Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 172-7, 2017. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000300172>.

BARBOSA, B.V.F. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Rev Fund Care Online**, v. 3, n. 9, p. 659 – 668, 2017. Disponível em < <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116009.pdf> >.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>>

BEZERRA, I.C. et al. "I went to the health unit and the doctor sent me here": process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. **Interface Comun Saúde Educ**, n. 18, p. 61 – 74, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf> >

BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 3, p. 195 – 201, 2015. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n3/v38n3a03.pdf >

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica . **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.** Brasília. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2019. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>>

BRUNOZI, N.A.; et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 40, p. 1 – 7, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100447&script=sci_arttext&tlng=pt>

CALIMAN, L. V. et al. Produção de saúde e participação com usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. In: **GOBO, J. (Org.)**. A psicologia frente ao contexto contemporâneo. Ponta Grossa: Atena, v. 2. p. 139-149, 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>.

CAMPOS JUNIOR A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet**, v. 23, n. 4, p. 425-35, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2015000400425&script=sci_abstract&tlng=pt>

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*, v. 18, n. 1, p. 1 – 18, 2020. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023167.pdf>>

CARNEIRO, V.S.M.; ADJUTO, R.N.P.; ALVES, K.A.P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35 - 40, 2019. Disponível em < <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521/3728> >

CARON, E. Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CARON, E.; FEUERWERKE, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde Soc**, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019. Disponível em < <https://scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n4/14-24/pt/> >

CARVALHO, V.C.S.; et al. Equipe multidisciplinar e o processo de desinstitucionalização: reflexos na vida de pacientes com transtorno mental. *Braz. J. Hea. Rev.*, v. 3, n. 1, p.364 – 369, 2020. Disponível em < <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/6224/5525> >

CAVALCANTE, D. M.; CABRAL, B. E. B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 292 – 304, 2017. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/261/26155063006.pdf>>

CORRÊA, V.A.F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T.F. The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n.6, p. 2767 – 2774, 2018. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2767.pdf >

COSTA, G. M. P.; OLIVEIRA, M. A. S. Estudo das prescrições de psicotrópicos em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. **Infarama Ciências Farmacêuticas**, v. 29, n. 1, p. 27-33, 2017. Disponível em < <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1834> >

COUGO, V.R.; AZAMBUJA, M.A. A estratégia gestão autônoma da medicação e a inserção da (a)normalidade no discurso da cidadania. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2018 v. 38, n. 4, p. 622 – 635, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0622.pdf>>

CZARNOBAY, J. et al. Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em < https://www.researchgate.net/profile/Mariluci_Maftum/publication/322549497.pdf >

DANTAS, L. A. L.; SOLANO, L. C.; OLIVEIRA, L.C. Assistência à saúde mental voltada para mulheres na atenção primária. **Rev. Nova Esperança**, v. 17, n. 2, p. 73-80, 2019. Disponível em < <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/202> >

DIMENSTEIN, M.; et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & sociedade**, v. 9, n. 1, p. 70 – 85, 2018. Disponível em <

https://www.researchgate.net/publication/324936824_A_saude_mental_e_atencao_psicossocial_Regionalizacao_e_gestao_do_cuidado_integral_no_SUS>

ESLABÃO, A. D.; et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. nurs. Health**, v. 9, n. 1, p. 1 – 23, 2019. Disponível em < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>>

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. **CIAIQ2016**, v. 3, 2016. Disponível em <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001/977>>.

FAVERO, C. P.; et al. Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 91 -100, 2019. Disponível em < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000200009>

FEGADOLLI, C.; VARELA, N.M.D.; CARLINI, E.L.A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1 – 11, 2019. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n6/1678-4464-csp-35-06-e00097718.pdf>>

FEITOSA, A.L.F.; et al. Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 67 - 70, 2019. Disponível em < <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6401/5612>>

FERNANDES, R.L.; MIRANDA, F.A.N. Análise da teoria das relações interpessoais: cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 2, p. 880 - 886, 2016.

FERREIRA, A. C. Z.; et al. A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. 1 – 10, 2017. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71452267006.pdf>>

FIRMINO, D. G.; LÔBO, A. P. A. Atuação dos enfermeiros em saúde mental na estratégia saúde da família no município de Icapuí CE. **Cadernos ESP**, v. 13, n. 1, p. 9 – 11, 2019. Disponível em < <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/164/157>>

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013

GERBALDO, T. Z.; et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16 n. 3, p. 1.079-1.094, 2018. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018000301079&script=sci_abstract&tlng=es>

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. ONOCKO-CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>

GOMES, T.M.; VALÉRIO, R. Gestão autônoma de medicamentos: participação do usuário da saúde mental na construção do seu tratamento. **Braz. J. of Develop.**, v. 5, n. 11, p.26429 – 26435, 2019. Disponível em <<http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/4824/4433>>

GONÇALVES, L.L.M.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Narrativas de usuários em experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. 1 – 11, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00166216.pdf>>

GRYSCHKE, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255 - 3262, 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n10/3255-3262/pt>>

GUIBU, I. A; et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-13, 2017. Disponível em <<http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/caracteristicas-principais-dos-usuarios-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude-no-brasil/>>

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n7/1497-1504/es/>>

JUNIOR, M.G.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C.C. Saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde*, v. 17, n. 60, p. 101-116, 2019. Disponível em <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5582>

LEMES, A. G. et al. Matriciamento em saúde mental: Revisão de literatura. **Revista Eletrônica da UNIVAR**, v. 1, n. 13, p. 136 –141, 2015. Disponível em <<https://www.researchgate.net/publication/314228964>>

LEONARDO, B. C.; et al. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicotrópicos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 46, n. 2, p. 39 - 52, 2017. Disponível em <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268>>

LIMA, I.C.S.; RODRIGUES, P.H.A.; SAMPAIO, J.J.C. Atenção psicossocial de porta aberta: acesso e desafios da comunicação interprofissional em rede. **Essentia**, v. 20, n. 2, p. 37 – 44, 2019.

LOPES, P. F.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Processos de enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Rev. Rene**, v. 15, n. 5, p. 780-800, 2015. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032944007.pdf>>

MACIEL, C. F. L.; LIMA, L. H. A.; SOUSA, J. A. Estudo comparativo entre os ansiolíticos diazepam e buspirona. **Revista Saúde em Foco**, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2015. Disponível em <<http://189.43.21.151/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/746/860>>

MAEYAMA, M. A.; et al. Entendendo o contexto e o papel da atenção básica na saúde mental. **Revista Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 243 – 267, 2017. Disponível em <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3170>>

MARS, B. et al. Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 2, p. 193-200, fev. 2017. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1306-4>>

MARTINS, A. K. L.; et al. Mental health practices in the family health strategy: an exploratory study. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, v. 26, n. 7, p. 1905 – 1914, 2015. Disponível em <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3463>>

MEDEIROS, J. S. A.; et al. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2018. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7670>>

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURA, D.C.N.; et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **Sanare**, v.15, n. 2, p. 136 - 144, 2016. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1048/594>>

NASCIMENTO, M. G. G.; et al. O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental da população atendida na ESF: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. 2097, p. 1 – 7, 2017. Disponível em <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2097>>

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **Saúde & Ciência em Ação**, v. 3, n. 1. p. 71-82, 2016. Disponível em <<https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/234/177>>

OLIVEIRA, E. C.; et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1 – 7, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000300210&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889 - 2898, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf>>

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 43, p. 967 - 980, 2012. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2012.v16n43/967-980/pt>>

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3,

n. 2, p. 4 – 17, 2013. Disponível em <
<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110>>

PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. **Saude soc**, v. 28, n. 4, p. 6 – 13, 2019. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400006>

POMPEO, D. A.; et al. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1 – 8, 2016. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100411>

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia Serviço da Saúde**, v.26, n. 4, p. 747-58, 2017. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000400747&script=sci_abstract&tlng=pt>

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 282 – 302, 2019. Disponível em <
<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2019.121.12/60746848>>

REIS, I. L. F.; et al. Renovação de prescrição médica na atenção primária: uma análise crítica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, p. 1-5, 2018. Disponível em <
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970629/renovacao-de-prescricao-medica-na-atencao-primaria-uma-analise-critica.pdf>>

ROTOLI, A.; et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1 – 9, 2019. Disponível em <
https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2653/EAN_S1414-81452019000200209.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SANTOS, D. V. D.; et al. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde Soc**, v.28, n.2, p.261-271, 2019. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200021>

SANTOS, L. S.; et al. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em <
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52126>>

SANTOS, R.B.; ZAMBENEDETTI, G. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Salud & sociedade**, v. 10, n. 1, p. 22 –37, 2019. Disponível em <
<https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2849/3178>>

SANTOS, R.V.S.; et al. Demanda de psicofármacos em uma unidade de saúde de Belém-PA. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 1, p. 171 – 185, 2020. Disponível em <
<http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/6049/5579>>

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C.M.M. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico*, v. 12, n. 1, p. 98 – 108, 2015. Disponível em <<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213>>.

SARMENTO, G.A.; SANTOS, S.D. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na atenção básica. *Essentia*, v. 20, n. 2, p. 52-60, 2019. Disponível em <<http://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/281>>.

SCHENKEL, M.; COLET, C. de F. Uso de antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, v. 20, n. 1, p. 33-42, 2016. Disponível em <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5220/3277>>

SENICATO, C.; AZEVEDO, R.C.S.; BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 8, p. 2543 - 2554, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n8/2543-2554/pt/>>

SENNA, L. L.; AZAMBUJA, M.A. Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. *Rev. Polis e Psique*, v. 9, n. 2, p. 67 – 86, 2019. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86774>>

SILVA, C. L.; MEDEIROS, P. R. M. S. Relato de experiência: apoio matricial à Estratégia Saúde da Família para conscientização do uso de psicofármacos. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás*, v. 4, n. 3, p. 216 – 226, 2018. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0jReojMB7DgJ:www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/download/88/115/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>

SILVA, G.R.; et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família. *Cogitare Enferm*, v. 21, n. 2, p. 1 – 8, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.43861>>.

SILVA, J. L. L.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores marítimos do Rio de Janeiro. *Journal of Research Fundamental Care*, v. 9, n. 3, p. 676-681, 2017. Disponível em <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5521>>

SILVA, J.L.L.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores marítimos do Rio de Janeiro. *Journal of Research Fundamental Care*, v. 9, n. 3, p. 676 - 681, 2017.

SILVEIRA, M.; MORAES, M. Gestão Autônoma da Medicação: uma experiência em saúde mental. *Ecos*, v.1, p.138-152, 2018. Disponível em <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078>>

SORATTO, J.; et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 24, n. 2, p. 584 – 592, 2015. Disponível em <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

SOUZA, J.; et al. Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 935 – 941, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0935.pdf >

TRAJANO, M. P.; BERNARDES, S. M.; ZURBA, M. C. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, p. 20-37, 2018. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69600>>

UNITED NATIONS, 2019. United Nations. International Narcotics Control Board. Psychotropic Substances - Statistics for 2017. Vienna: Disponível em: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2018/PSY_Technical_Publication_2018.pdf.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 7, n. 15, p. 81 – 103, 2019. Disponível em <http://www.sbsociologia.com.br/rbsociologia/index.php/rbs/article/view/441/pdf_7>

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1121 - 1132, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf> >

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

XAVIER, M. S.; et al. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 323 – 329, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200323&script=sci_arttext&tlng=en>

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A.L. Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 78 - 88, 2017. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/261/26155061009.pdf>>

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO
DE PSICOFÁRMACOS**

SOCIAL		
1. Iniciais:	2. Idade:	3. Sexo: () M () F
4. Escolaridade: _____	5. Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Viúvo () Divorciado () _____ Outros: _____	6. Tem filhos? () Sim, especificar: _____ () Não
7. Endereço:		
ECONÔMICO		
8. Renda mensal: () 1 salário () 2 salários () 3 salários () 4 salários ou mais	9. Trabalha? () Sim () Não	10. Tem algum benefício? () Sim () Não
SAÚDE		
11. Tem transtorno psiquiátrico? () Sim, especificar: _____ () Não	12. Tem comorbidades clínicas? () Sim, especificar: _____ () Não	13. Faz acompanhamento em outro serviço? () Sim, especificar: _____ () Não
14. Qual psicofármaco que utiliza? 1. _____ 2. _____ 3. _____	15. Há quanto tempo? () 6 meses () 1 – 2 anos () 3 – 4 anos () 5 anos ou mais	16. Quem receitou? () Psiquiatra () Clínico Geral () Outros, especificar: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

- 1) Por que você faz uso de medicações controladas?
- 2) O que você sabe sobre as medicações controladas que utiliza?
- 3) Como o uso contínuo de medicações controladas reflete na sua vida?
- 4) Quais são os cuidados que você pratica ao tomar as medicações controladas?
- 5) Como você percebe a assistência em saúde sobre o uso de medicações controladas realizadas pelos profissionais desta unidade básica de saúde?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **VIVÊNCIAS DOS INDIVÍDUOS SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Jessica Thamires da Silva Melo, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Departamento de Enfermagem - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 – (81)30196309 e jes-melo@hotmail.com para contato do pesquisador responsável. A pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão, e-mail: isfrazao@gmail.com e coorientação da Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes, e-mail: tatigguedes@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

O objetivo da pesquisa é compreender as narrativas dos usuários de psicofármacos frente ao processo medicamentoso à luz da gestão autônoma da medicação na atenção básica. Os dados serão coletados por meio de um roteiro elaborado pela própria pesquisadora através de uma entrevista individual semiestruturada em profundidade, com gravação de áudio e/ou de imagens mediante aquiescência do participante. As entrevistas ocorrerão na Unidade Básica de Saúde Vila da União, em espaço reservado e propício para o desenvolvimento das atividades individuais. A pesquisa poderá apresentar riscos na fase da coleta de dados relacionados ao constrangimento em externar suas experiências sobre o uso de psicofármacos para tratamento de transtornos mentais. Para diminuir esse risco a pesquisadora se compromete em proporcionar aos participantes um ambiente agradável, reservado e que favoreça a interação entre os envolvidos. Poderá ainda, ocorrer riscos físicos aos prontuários destes pacientes, uma vez que serão utilizados para identificar as queixas do paciente e seu acompanhamento na unidade de saúde, no entanto poderão ser minimizados através do

manuseio mínimo e supervisão do profissional de saúde responsável pelo atendimento e registro das informações.

Como benefício, a relação desenvolvida entre a pesquisadora e o participante poderá ser considerada como um momento de escuta e partilha sobre o significado de fazer uso contínuo de psicofármacos, compartilhamento sobre o significado que a medicação ocupa na vida do usuário, além do esclarecimento de possíveis dúvidas referentes ao processo medicamentoso adotado. Ademais, poderá promover condutas positivas no usuário frente à promoção da autonomia e fortalecimento de sua cidadania.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de filmagens, entrevistas e gravações de áudio, ficarão armazenados em pastas de arquivos pessoais, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **VIVÊNCIAS DOS INDIVÍDUOS SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Impre
ssão digital
(opci
onal)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Vivências dos indivíduos sobre o uso de psicofármacos à luz da gestão autônoma da medicação

Pesquisador responsável: Jessica Thamires da Silva Melo

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefone para contato: (81) 9.9192-4955. E-mail: jes-melo@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 2019.



Assinatura Pesquisador Responsável

**APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTO**

Eu _____, CPF _____,
RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Jessica Thamires da Silva Melo, Prof^a Dra Iracema da Silva Frazão e Prof^a Dra Tatiane Gomes Guedes do projeto de pesquisa intitulado “Gestão autônoma da medicação para usuários de psicofármacos na atenção básica” a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

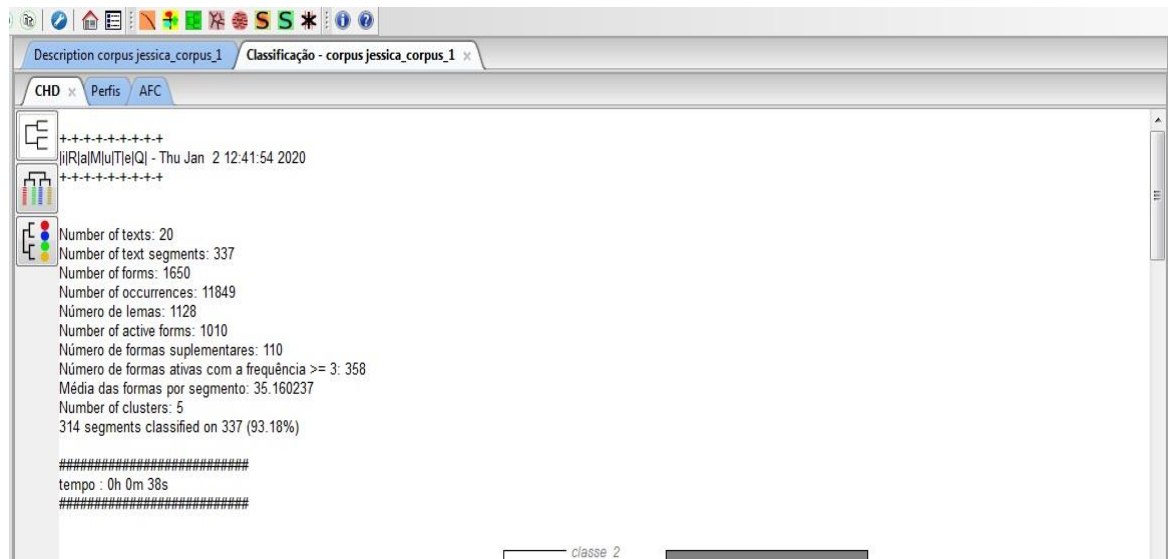
Recife, _____ de _____ de 2019.

Entrevistado

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE H – ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL PELO IRAMUTEQ



APÊNDICE I – ARTIGO ORIGINAL

VIVÊNCIA DO USUÁRIO DE PSICOFARMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

RESUMO

Esta pesquisa teve o objetivo de compreender as vivências dos usuários de psicofármacos à luz dos princípios da Gestão Autônoma da Medicação. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Recife, Pernambuco. O recrutamento dos participantes foi realizado no grupo de saúde mental da unidade. Adotou-se o critério de saturação teórica das respostas para delimitar a quantidade de participantes, assim 20 indivíduos compuseram a amostra. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista individual semiestruturada, observação espontânea e diário de campo, e a análise dos dados foi realizada com auxílio do software IRAMUTEQ. Dos dados emergiram três categorias temáticas principais: Experiências dos usuários com psicofármacos, Repercussões do uso crônico de psicofármacos e Relações interpessoais dos usuários. Conclui-se que o uso contínuo de psicofármacos repercute de maneira negativa na vida das pessoas, interfere no cotidiano e podem fragilizar o desenvolvimento de vínculos pelos usuários.

Descritores: Psicotrópicos; Atenção Básica; Educação em Saúde; Enfermagem; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira legitimada pela Lei nº 10.216/2001 representa um grande avanço no tratamento de pessoas com transtornos mentais, favorecendo o exercício da cidadania, inclusão social dos usuários e manutenção do vínculo familiar¹. O processo de reforma na atenção a Saúde Mental (SM) ocasionou o redirecionamento gradual da assistência para intervenções assistenciais de caráter territorial, comunitário, pautado na promoção do bem-estar da existência biológica, psicológica e social inclusiva².

Este novo modelo de atenção psicossocial foi instituído pela portaria nº 3.088/2011 que trata sobre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Dentre os serviços ofertados pela RAPS, a Atenção Primária a Saúde é configura-se como a porta de entrada de todos os usuários do SUS, pois é na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são estabelecidos os vínculos de compromisso e corresponsabilidade numa perspectiva ampliada acerca dos modos de vida, do processo saúde/doença articulada ao contexto familiar e cultural⁴.

Na ESF as demandas em saúde mental apresentadas pela população vão desde situações de sofrimento psíquico, uso de drogas, transtornos mentais leves, até transtornos mais severos e persistentes⁵⁻⁶. Apesar dos avanços alcançados com os novos modelos de assistência em saúde mental, o uso de medicamentos como principal recurso terapêutico ainda configura um desafio a ser superado⁷.

O uso de psicofármacos é um processo permeado por significações, expectativas, volições e sofrimento intenso, fomentando um expressivo impacto sobre a vida do portador de transtorno mental². Para os indivíduos, os efeitos medicamentosos não se limitam às explicações farmacológicas, pois, ao vivenciá-los, o medicamento assume uma dimensão maior em suas vidas. Eles não interferem somente nos aspectos bioquímicos, mas também nas emoções, sentimentos, atitudes, avaliação e redefinições de ações⁸.

Com intuito de minimizar esta problemática, no campo de atenção psicossocial, a responsabilidade do tratamento medicamentoso compreende um processo de negociação e divisão de responsabilidades entre os usuários e profissionais de saúde. Esse processo de cogestão de medicamentos e inclusão do usuário acerca das decisões relativas ao seu

tratamento denomina-se Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e constitui-se como um posicionamento estratégico na área da saúde, pautada nos princípios de autonomia e cogestão⁹.

Esse posicionamento reflete de maneira significativa no cuidado prestado pelo enfermeiro, pois a prática de enfermagem vem sendo reconstruída a partir do modelo de atenção psicossocial ao portador de transtorno mental, pois, neste novo cenário o usuário é o foco das ações. Desse modo, o enfermeiro, como integrante da equipe de Saúde da Família (eSF), desempenha papel fundamental pois atua diretamente com o usuário, podendo, assim, conhecer sua experiência e sua vivência no que se refere ao uso de psicofármacos¹⁰.

Nessa perspectiva, é necessário que a formação e a capacitação dos profissionais atuantes na ESF superem o conhecimento técnico, que envolve diagnóstico e uso de medicações, e abranjam também habilidades de comunicação, capacidade de trabalhar num modelo ampliado de atenção à saúde e manejo de problemas psicossociais. Logo, a relevância de se estudar a vivência dos indivíduos sobre o uso de psicofármacos na APS consiste em assentir que existe um saber que pode modificar práticas relacionais seja com a medicação seja com o cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a GAM constitui uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de psicofármacos, com a finalidade de fomentar o autoconhecimento, a autonomia e o diálogo na construção de experiências significativas na vida social e individual dos sujeitos. Nesta perspectiva questiona-se “Como o uso de psicofármacos é vivenciado pelos indivíduos da Atenção Básica à luz da Gestão Autônoma da Medicação?”. Assim, este estudo tem por objetivo compreender a vivência dos indivíduos na AB sobre o uso de psicofármacos à luz da GAM.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo¹¹, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Recife, Pernambuco.

Os participantes foram recrutados a partir do grupo de saúde mental da unidade mediante a aplicação de critérios de inclusão idade igual ou superior a dezoito anos e uso de psicotrópicos há mais de seis meses e de exclusão, os participantes que não estivessem presentes na palestra educativa realizada pela enfermeira da unidade. O critério de saturação de respostas foi adotado para determinar o número de participantes¹².

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro que contou com o apoio de dois instrumentos elaborados pela própria autora. O primeiro, composto por questões socioeconômicas e clínicas a fim de caracterizar o usuário de psicofármacos na ESF. O segundo instrumento foi composto por questões norteadoras elaboradas a partir do constructo teórico da GAM: 1) Por que você faz uso de medicações controladas? 2) O que você sabe sobre as medicações controladas que utiliza? 3) Como o uso contínuo de medicações controladas reflete na sua vida? 4) Quais são os cuidados que você pratica ao tomar as medicações controladas? 5) Como você percebe a assistência em saúde sobre o uso de medicações controladas realizada pelos profissionais desta unidade básica de saúde?

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2019, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer de número 3.479.792 e CAAE 13884919.9.0000.5208. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável com o auxílio de duas estudantes de pós-graduação em enfermagem previamente capacitadas.

As entrevistas foram realizadas em um único momento, em ambiente privado e tranquilo, de fácil acesso e sem ruídos. As falas foram gravadas em áudio com utilização de aplicativo de gravador de voz.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) versão 0.7. Neste estudo, foi utilizada a análise multivariada recomendada pelo software a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que classifica os segmentos de texto (ST) através dos seus respectivos vocabulários e organiza-os considerando a frequência de suas formas reduzidas (palavras lematizadas)¹³.

Assim, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da presença ou ausência das formas reduzidas. A partir dessas análises em matrizes, os dados são organizados em uma representação gráfica (dendograma da CHD), que ilustra as relações entre as classes. Isso possibilita uma visão geral de um grande corpus textual de forma rápida e clara¹³.

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos e organizados em corpus único para análise de conteúdo por meio do auxílio do software IRAMUTEQ¹³. A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada segundo os princípios da Gestão Autônoma da Medicação.

RESULTADOS

ANÁLISE DESCRITIVA DAS ENTREVISTAS GERADAS PELO IRAMUTEQ

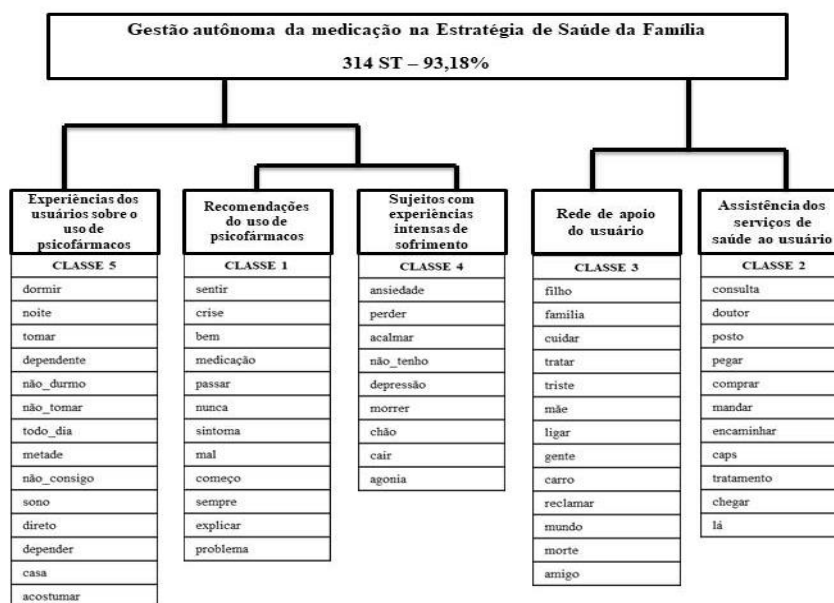
A partir do grupo de saúde mental os usuários de psicofármacos que atendiam aos critérios de elegibilidade foram convidados a participar da pesquisa até o limite de saturação das respostas, totalizando 20 participantes. Destes, três usuários eram do sexo masculino e dezessete do feminino, com idade entre 28 e 75 anos, quanto ao nível de escolaridade a maioria possuía ensino fundamental incompleto. A maioria dos usuários relatou ser casado, possuir filhos e ter renda familiar de até um salário mínimo.

As queixas dos usuários que ocasionaram a prescrição de psicofármacos foram diversas, desde a presença de transtornos mentais quanto às questões familiares e financeiras. Em geral as prescrições são feitas por profissionais médicos clínicos gerais. A quantidade de psicofármacos utilizada pelos usuários variou de uma até cinco classes terapêuticas e o maior tempo de uso relatado atingiu vinte e cinco anos. A grande maioria dessa população é acompanhada apenas na atenção básica sem suporte de profissional especializado.

O corpus geral foi constituído por 20 textos oriundos das entrevistas realizadas e foi denominado de Gestão Autônoma da Medicação na Estratégia de Saúde da Família. A análise proporcionada pela CHD resultou em 337 segmentos de texto (ST) com aproveitamento de 314 ST (93,18%). Destes, emergiram 11.849 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.650 palavras distintas e 839 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes pelo próprio software.

No dendograma abaixo, além da visualização das classes formadas e suas nomeações a partir do corpus geral, é possível visualizar os resultados de associação de palavras pré-determinadas ao objeto de estudo: uso de psicofármacos, que foram consideradas com alta significância estatística devido ao valor de $p < 0,0001$ após aplicação da prova do Qui-quadrado pelo software conforme Figura 1.

Figura 1 - Dendograma resultante da CHD do corpus formado pelo material textual obtido através das entrevistas sobre a gestão autônoma da medicação em usuários de psicofármacos na atenção básica. Recife - PE, Brasil, 2019.



Observou-se que, apesar das classes abordarem um assunto específico, seus vocábulos e ST possuíam vertentes temáticas diferentes, contemplando as diversas facetas de um mesmo tema. Portanto, para melhor clareza no conteúdo destas classes, realizou-se uma divisão em três categorias temáticas conforme figura 3.

Figura 3 – Categorias temáticas referentes às classes 5, 1, 4, 3 e 2 da CHD do corpus formado pelo IRAMUTEQ. Recife - PE, 2019.



CATEGORIAS TEMÁTICAS À LUZ DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Categoria Temática 1 – Experiências dos usuários com psicofármacos

A classe 5 nomeada de Experiências dos usuários sobre o uso de psicofármacos retrata as modificações e consequentes adaptações que ocorrem na vida do usuário a partir do consumo de psicofármacos como na fala a seguir:

“O ruim é que eu não trabalho mais, não saio de casa, vivo em casa direto isso é a depressão, eu tomo medicação só para aliviar os sintomas quando eu vejo que está começando, não tomo todo dia [...]”. (E.5).

Os efeitos dos psicofármacos desperta no indivíduo reações ambíguas e, como consequência, este avalia as vantagens e desvantagens em utilizá-los. Essa ambiguidade é externalizada a partir da manifestação de sinais e sintomas, inclusive de efeitos colaterais produzidos pelas medicações. Logo, o indivíduo produz estratégias para dinamizar o uso de psicofármacos conforme narrativa:

“Antes eu tomava todo dia, mas agora eu faço assim para não acostumar muito, para não tomar todo dia a doutora mandou usar a medicação todo dia, mas eu mudei por conta própria, faço assim em dias alternados [...]”. (E.1).

A existência dos efeitos negativos dos psicofármacos fomenta angústias e sofrimentos aos indivíduos, levando-os, assim, ao uso irregular dos medicamentos, bem como à modificação da prescrição sem o consentimento dos profissionais de saúde de acordo com a narrativa apresentada:

“Quando eu quero economizar a medicação eu tomo um comprimido hoje e amanhã eu não tomo, quando eu vejo que está longe de pegar outra receita eu tomo a metade do comprimido para economizar eu não esqueço a medicação, eu economizo [...]”. (E.19).

Categoria Temática 2 – Repercussões do uso crônico de psicofármacos

A classe 1 nomeada de **Recomendações do uso de psicofármacos**, as narrativas dos usuários evidenciam as situações em que a medicação atua como instrumento eficaz durante o tratamento, como também situações em que potencializam o sofrimento, conforme demonstra as falas a seguir:

“Por exemplo, eu tomo a medicação e sempre tenho que estar tomando não é que se eu deixar de tomar hoje eu já vou ter uma crise, mas eu sei que a qualquer momento eu posso ter [...]”. (E.2)

Embora a maioria dos usuários estabeleça uma relação de aparente submissão à prescrição médica, eles fazem mudanças no uso dos medicamentos à revelia da prescrição, ou seja, controlam a dosagem quando sentem necessidade e suspendem o uso em situações em que julgam ser benéficas de acordo com o relato que se segue:

“Só tomo um dia no outro eu estou boazinha me sinto bem e quando passa uns três dias que eu vejo que vai começar os mesmos sintomas a agonia eu vou e tomo a medicação [...]”. (E.5).

Nesse processo de adaptação ao uso das medicações, a automedicação é uma prática comum entre os usuários e é vista como uma solução para o alívio imediato de alguns sintomas, porém pode trazer consequências mais graves do que se imagina conforme demonstra a narrativa:

“Hoje eu me arrependo de ter tomado a medicação por conta própria eu era tão boa para dormir, assim que deitava dormia hoje eu me arrependo e não consigo sair mais dessa medicação porque eu sou dependente queria, mas não consigo sair dessa medicação [...]”. (E.12).

A classe 4 nomeada como Sujeitos com experiências intensas de sofrimento são abordados os motivos que culminaram na prescrição de psicofármacos, dentre eles estão problemas de ordem familiar, social e econômica, que impacta no conceito de medicalização. A expressão medicalização refere-se a modos de apropriação da vida humana pelas práticas médicas que, por sua vez, têm o poder de transformar aspectos básicos da vida em patologias como na fala a seguir:

“Eu comecei a usar as medicações depois que meu menino morreu, tudo começou quando eu perdi meu menino, depois que mataram ele [...] Essas medicações servem para aliviar e acalmar, quando eu tomo eu me sinto bem, tira meus pensamentos e alivia a ansiedade e a agonia que eu sinto por dentro [...]”. (E.5).

Categoria Temática 3 – Relações interpessoais dos usuários

A classe 3 nomeada como Rede de apoio do usuário a família assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos, logo, é necessário conhecer o universo familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico conforme a narrativa:

“Minha vida é boa, minha família é com meus filhos, cada um nos seus cantos, moro com minha filha e não tem problema em casa [...]”. (E.8)

A família deve ser entendida como uma unidade de cuidado e que exerce papel significativo na promoção do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Quando esse cuidado não se constitui, favorece-se a fragilidade dos vínculos estabelecidos pelos usuários,

tanto no convívio familiar como nas suas relações sociais como um todo conforme observado na fala a seguir:

“A minha família é assim meu esposo mora com a mãe dele, com os pais dele devido a esse meu problema porque ele disse que eu preferi o álcool [...]”. (E.4).

A classe 2 nomeada como Assistência dos serviços de saúde aos usuários representa a relações interpessoais dos usuários com os profissionais dos serviços de saúde através dos dispositivos de atenção comunitária, substitutivos à lógica asilar. A assistência prestada pelos serviços de saúde também são formadoras de vínculos entre os usuários de psicofármacos. Assim, é necessário pôr em prática um saber/fazer fundamentado na atenção psicossocial, que ultrapassa os princípios hegemônicos da racionalidade biomédica. No entanto, na maioria dos casos os processos terapêuticos existentes não consideram a singularidade do sujeito, como na fala:

“Aqui no posto a gente pega a receita e vai buscar em outro lugar, só o doutor é que fala sobre as indicações da medicação, os efeitos que pode causar e o resto à gente procura na internet mesmo [...]”. (E.2).

Acentua-se a responsabilidade terapêutica do serviço de saúde, que não deve se restringir à figura do médico. É imprescindível que o trabalho aconteça em equipe, em articulação e comunicação contínua com usuários e familiares, que precisam ser enfatizados como protagonistas conforme narrativa:

“Esse foi um dos motivos que eu abandonei o tratamento porque eu tive muita dificuldade em ter acesso à consulta [...]”. (E.7).

O uso da medicação é uma decisão que deve ser discutida entre o profissional e o usuário, na negociação de estratégias terapêuticas para seu processo de cuidado. Portanto, o uso não deve ser imposto ou ser visto como o principal fator no processo terapêutico, mas sim, como uma construção coletiva do projeto de cuidado discutido entre o profissional de saúde e o usuário com disponibilização das informações necessárias sobre os medicamentos. No entanto, as falas a seguir apresentam o oposto:

“Foram meus pais junto com o doutor que decidiram meu tratamento, meus pais junto com a minha família que falaram com o doutor e me mandaram para o posto para eu tomar medicações [...]”. (E.15).

No entanto, o saber médico ainda ocupa lugar privilegiado e fica em evidência no discurso dos sujeitos. Desse modo, a orientação aos usuários sobre os psicofármacos

restringe-se a uma breve descrição farmacológica sobre as indicações e efeitos colaterais das medicações, onde poucas informações são apreendidas durante a consulta como na fala:

“A doutora fala as orientações durante a consulta, mas é muita coisa para eu saber ela coloca no papel e eu vou buscar na farmácia, eu guardo tudo e ando com a sacola das receitas, das medicações [...]”. (E.13).

Em um cenário de hegemonia das práticas biomédicas, a relação médico-usuário adquire destaque. Em contraponto, é fundamental entender que o cuidado em saúde mental precisa acontecer pelas mãos de uma equipe multiprofissional, cada qual atuando segundo sua formação, em que o usuário seja o foco do cuidado. No entanto, a realidade apreendida demonstra-se destoante conforme as falas apresentadas:

“Faz anos que eu tomo essa medicação, eu só venho aqui no posto para pegar a medicação e renovar a receita eu tomo essa medicação porque foi o doutor que mandou há muito tempo [...]”. (E.17)

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a vivência do uso de psicofármacos ocorre de modo singular aos portadores de transtorno mental, permeando a subjetividade, individualidade e os estados psicológicos de cada um. O conceito de vivência proposto por Minayo¹⁴ é o resultado da reflexão individual sobre uma determinada experiência e depende prioritariamente da personalidade, do modo de pensar e do histórico de vida individual.

A vivência do uso de psicofármacos consiste em um processo que envolve o indivíduo em sua complexidade ao compreender aspectos físicos e mentais, a subjetividade, a relação familiar e a convivência em sociedade. Ademais, esta vivência está intimamente relacionada a uma combinação de expectativas, volições, angústias e sofrimentos¹⁵.

O perfil dos usuários de psicofármacos na ESF caracteriza-se como sujeitos do sexo feminino, idade média 53,75 anos, baixa escolaridade, casadas e com filhos. Tais resultados corroboram com o estudo realizado sobre o uso de psicofármacos na atenção primária a saúde evidencia prevalência do sexo feminino, idade média de 57,42 anos, baixa escolaridade e sujeitos casados ou em união estável¹⁶.

O tratamento medicamentoso realizado na ESF revelou-se numa prática de medicalização e polifarmácia, o que evidencia um uso crônico destes medicamentos. Houve congruência com os resultados de uma pesquisa sobre o consumo de psicofármacos na APS

em que a quantidade de medicações prescritas para o usuário foi de 1,52 e o tempo de utilização correspondeu a 6,52 anos¹⁶.

As classes terapêuticas de psicofármacos mais consumidas pelos participantes deste estudo foram antidepressivos e ansiolíticos (benzodiazepínicos), respectivamente. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de base populacional que identificou maior prevalência de prescrição de antidepressivos 52,6%, havendo destaque para a fluoxetina, seguido por benzodiazepínicos, em especial, o diazepam¹⁷.

Tais aspectos apontam para a importância da educação permanente das equipes de saúde da família, visando à atenção e à sensibilização dos profissionais para prescrição e orientação voltadas para o uso racional de psicofármacos com finalidade de redução do uso abusivo, das intoxicações, das possíveis interações medicamentosas, das dependências física e psíquica¹⁸.

Logo, discussões sobre o uso consciente de psicofármacos devem fazer parte da rotina dos profissionais da atenção primária a saúde num processo de vigilância contínua para que, a partir da prescrição segura, orientações sejam fornecidas aos usuários de forma clara e efetiva de acordo com as suas necessidades de saúde¹⁹.

Embora o usuário seja considerado o centro do tratamento, o processo de manutenção do tratamento também envolve os familiares e as equipes multiprofissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde mental²⁰. Considerando este contexto, diversas abordagens estão sendo elaboradas para favorecer o diálogo e a tomada de decisão compartilhada entre o usuário e a equipe multiprofissional a fim de modificar as práticas prescritivas e desenvolver uma relação entre profissionais de saúde e o usuário para minimizar o sofrimento do transtorno e do uso de psicofármacos²¹.

Dentre as estratégias que favorecem o diálogo, a GAM compreende que o usuário possui direito à informação e que a partir dela pode adaptar o tratamento às suas necessidades. Com isto, espera-se que este procure conhecer e tomar decisões de acordo com as suas necessidades e o que deseja em relação à medicação junto dos profissionais de saúde que o acompanham numa construção compartilhada de cuidado²².

A práxis do enfermeiro desenvolvida por meio do diálogo considera o sujeito no seu discurso crítico com capacidade argumentativa e comprometimento no seu processo terapêutico, sendo possível compreender as subjetividades e fortalecer a consciência da pessoa sobre si mesma e sobre a sua realidade⁶.

Tal postura coincide com a metodologia adotada na GAM, que de forma dialogada e compartilhada, propicia aos usuários falar sobre a sua história, em torno da utilização de psicofármacos, o que remete para um conjunto de enunciados e significados atribuídos pelo sujeito à experiência, além de trazer à tona outros aspectos que envolvem a sua vida e tratamento²³.

Considerando a complexidade da vivência do uso de psicofármacos, espera-se que os aspectos demonstrados sejam aprofundados em investigações futuras, tais como estudos que abordem a vivência do uso de psicofármacos em outros serviços de saúde, com pacientes com diagnósticos específicos ou em uso de apenas uma classe medicamentosa, bem como na perspectiva de familiares e de profissionais de saúde, objetivando conhecer este processo em toda sua amplitude.

CONCLUSÃO

Os dados que emergiram das entrevistas permitiram conhecer como o portador de transtorno mental vivencia o uso de psicofármacos. Este estudo permitiu elucidar a singularidade de cada participante no uso de medicamentos e demonstrou que esta vivência constitui-se um processo dinâmico e complexo, que não abrange apenas a ação dos mesmos no organismo, mas compreende o indivíduo na sua subjetividade, na saúde mental e física e nos aspectos ocupacionais e interpessoais.

Portanto, conhecer o significado que a medicação ocupa na vida dos indivíduos deve assumir centralidade no cuidado em saúde mental para que se possa alcançar tratamentos efetivos. Logo, salienta-se que a decisão pelo melhor tratamento em saúde mental é obtida por meio da composição entre o que os usuários sabem, o que dizem os seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário e o que sabem os profissionais de saúde que o acompanham. E é a do compartilhamento desses saberes que podem ser feitas melhores decisões sobre o modo de usar os medicamentos.

O compartilhamento destes saberes precisam estar pautados nos princípios de autonomia e cogestão, fundamentais na Gestão Autônoma da Medicação, pois permitem a abertura e ampliação de diferentes visões a respeito do uso dos psicofármacos, em que usuários e profissionais são coprodutores de conhecimento numa perspectiva transversal,

onde as alteridades se unem em prol de um bem comum por meio da inclusão democrática e fomento do protagonismo dos usuários dos serviços de saúde..

A atuação do enfermeiro implica no desenvolvimento de atividades que suprimam a prática de técnicas mecânicas, para o engajamento nas diferentes possibilidades de intervenção, que contemplem a expansão da autonomia e a responsabilização dos usuários no seu processo de cuidar. Torna-se premente atividade de educação em saúde dialógica com os portadores de transtorno mental na ESF, com intuito de abordar os aspectos inerentes ao tratamento de transtorno mental e ao uso de psicofármacos.

O protagonismo dos usuários em saúde mental ainda constitui-se um desafio diante da fragilidade dos vínculos estabelecidos com a equipe de Saúde da Família onde há predomínio de prescrição de psicofármacos e centralização da responsabilidade sanitária nos serviços de atenção especializada. Ressalta-se a importância da implementação de ações em saúde voltadas ao cuidado psicossocial por meio de diálogo, discussão e reflexão sobre o uso crítico e racional de psicofármacos, no intuito de fortalecer a autonomia do indivíduo e este possa opinar, escolher e definir os aspectos que envolvem seu tratamento.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o desenvolvimento de ações de saúde integrais voltadas ao cuidado em saúde mental pelos profissionais de saúde na APS com vistas a superar o tratamento prescritivo que predomina neste nível de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa BVF, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Rev Fund Care Online*, 2017; 3 (9): 659 – 668. Disponível em < <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116009.pdf> >.
2. Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Mostardeiro SCTS, Silva AA, Freitas FF. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Esc Anna Nery*, 2014; 18 (2): 323 – 329. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200323&script=sci_arttext&tlng=en >
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica . Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf >
4. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Neto GC, Almeida SA, Almeida LR. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc Anna Nery*, 2017; 21 (3): 1 – 7. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000300210&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >

5. Caron E, Feuerwerker LCM. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. Saude soc., 2019; 28 (4). Disponível em <https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:UDJtO144qa4J:scholar.google.com/+CARON%3B+FEUERWERKER,+2019%3B+&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>
6. Santos DVD, Onocko-Campos R, Basegio D, Stefanello S. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. Saúde Soc, 2019; 28 (2): 261 - 271. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200021>
7. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, Andrade PM, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18 (10): 2889 – 2898. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf>>
8. Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. Rev Min Enferm, 2015; 19 (2): 157 – 164. Disponível em <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1012>>
9. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Junior ODS, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface - Comunic., Saude, Educ., 2012; 16 (43): 967 – 980. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2012.v16n43/967-980/pt>>
10. Silva CL, Medeiros PRMS. Relato de experiência: apoio matricial à Estratégia Saúde da Família para conscientização do uso de psicofármacos. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás, 2018; 4 (3): 216 – 226. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0jReojMB7DgJ:www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/download/88/115/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>
11. Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013
12. Falqueto J, Farias J. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. CIAIQ2016, 2016. Disponível em <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001/977>>.
13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia, 2013; 21 (2): 513 - 518. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2019. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>>
16. Medeiros JSA.; Azevedo DM, Pinto TR, Silva GWS. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. Rev Bras Promoç Saúde, 2018, 31 (3): 1 – 12. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7670>>

17. Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia Serviço da Saúde*, 2017, 26 (4): 747 – 58. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000400747&script=sci_abstract&tlng=pt>
18. Leonardo BC, Cunha DF, Sakae TM, Remor KVT. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicotrópicos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 2017, 46 (2): 39 – 52. Disponível em < <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268>>
19. Sarmiento GA, Santos SD. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na atenção básica. *Essentia*, 2019, 20 (2): 52 – 60. Disponível em < <http://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/281>>.
20. Nascimento MGG, Nadaleti NP, Vilela SC, Terra FS, Silva AS, Resck ZMR. O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental da população atendida na ESF: uma análise reflexiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2017; 7 (2097): 1 – 7. Disponível em < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2097>>
21. Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia Serviço da Saúde*, 2017; 26 (4): 747 – 758. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000400747&script=sci_abstract&tlng=pt>
22. Passos E, Sade C, Macerata I. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. *Saude soc*, 2019, 28 (4): 6 – 13. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400006>
23. Senna LL, Azambuja MA. Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. *Rev. Polis e Psique*, 2019; 9 (2): 67 – 86. Disponível em < <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86774>>

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Jessica Thamires da Silva Melo**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa na USF Vila União / Airton Sena, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Gestão autônoma da medicação para usuários de psicofármacos na Atenção Básica”** sendo orientada por Iracema da Silva Frazão e coorientação de Tatiane Guedes.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

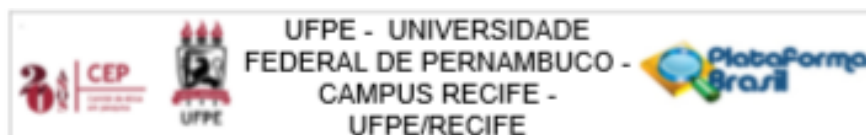
Recife, 03 de maio de 2019.

Atenciosamente,

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Div. de Educação na Saúde
UFES / DESGES / SEBAU
RPM 900.473-8

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Jessica Thamires da Silva Melo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13884919.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

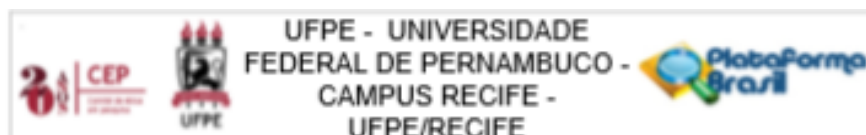
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.479.792

Apresentação do Projeto:

O projeto "Gestão Autônoma da Medicação para Usuários de Psicofármacos na Atenção Básica" trata-se de um projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da UFPE, de Jessica Thamires da Silva Melo, tendo como orientadora, a Profª Dra. Iracema da Silva Frazão, e como co-orientadora a Profª Dra. Tatiane Gomes Guedes, ambas do Departamento de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, do tipo participativa e delineamento qualitativo. Com o objetivo de analisar as repercussões do uso do Guia de Gestão Autônoma da Medicação na Atenção Básica, sob a ótica de usuários de psicofármacos, a pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila União, localizada no Distrito Sanitário IV, do Recife. A USF foi selecionada através de amostragem não probabilística por se encontrar na área de abrangência da UFPE e ser utilizada pelos graduandos como campo de atuação para desenvolvimento de atividades acadêmicas, estágios curriculares e pesquisas científicas. Inicialmente será realizada uma entrevista individual, posteriormente serão realizadas atividades de intervenção em grupo. E por fim, será realizada novamente uma entrevista individual. Todos os momentos de coleta de dados serão gravados por meio de áudio e imagens.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **Cel:** 99.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** osccos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.479.792

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as repercussões do uso do Guia de Gestão Autônoma da Medicação na Atenção Básica sob a ótica de usuários de psicofármacos.

Objetivo Secundário:

Identificar os psicofármacos mais utilizados na Atenção Básica; Conhecer as experiências dos usuários no manejo dos psicofármacos; Desenvolver atividades educativas com os usuários através do Guia GAM; Descrever a vivência dos usuários sobre a participação no grupo do Guia GAM; Compreender as repercussões do Guia GAM para os usuários de psicofármacos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá apresentar riscos na fase da coleta de dados pois ocorrerá durante a realização do grupo focal, relacionados ao constrangimento em externar suas experiências e possível disseminação de informações sigilosas por parte dos próprios usuários. Para diminuir esses riscos a pesquisadora se compromete em proporcionar aos participantes um ambiente agradável, reservado e que favoreça a interação entre os

participantes e a formação de pactos de convivência proposto por todos os integrantes do grupo, em que a discussão sobre as experiências compartilhadas deverão se restringir apenas no momento da execução do grupo focal. Poderá ocorrer riscos físicos aos prontuários destes pacientes, uma vez que serão utilizados para identificar as queixas do paciente e acompanhamento na unidade de saúde, no entanto para serão minimizados pela pesquisadora através do manuseio mínimo e supervisão pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento.

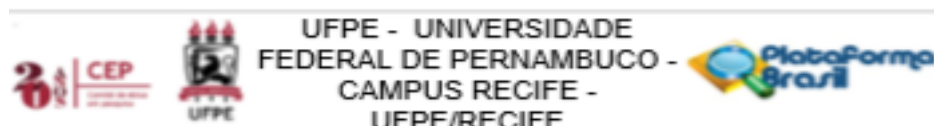
Benefícios:

Como benefício, o grupo focal poderá ser considerado um espaço de escuta e partilha entre os usuários sobre o significado de fazer uso contínuo de psicofármacos, o sentido que a medicação ocupa em sua vida, desenvolvimento de relacionamentos interpessoais entre os sujeitos e aquisição de conhecimento sobre temas de interesse comum. Ademais, poderá subsidiar futuras ações no que se refere à promoção da autonomia, resgate da cidadania e inclusão social destes usuários dentro da comunidade e nos seus territórios de convivência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No projeto a pesquisadora faz uma introdução geral sobre saúde mental, atenção psicossocial e

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **Cep:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (011)2126-8588 **E-mail:** ocpccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.478.762

psicofármacos. A pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, do Recife. Dentre as atividades realizadas na unidade existe o grupo de saúde mental que tem o objetivo de conscientizar os usuários sobre o consumo de psicofármacos, realizar o controle das prescrições destes medicamentos, renovar receitas de controle especial e acompanhar os usuários ao longo do tratamento. Para que o grupo focal seja realizado de maneira efetiva será necessário, em média, a participação de oito a dez usuários em cada reunião. Os critérios de inclusão adotados nesta pesquisa para recrutamento dos participantes serão: usuários do grupo de saúde mental com algum tipo de sofrimento psíquico relatados pelos profissionais ou registrados em prontuário, em uso de psicotrópicos há mais de seis meses e maiores de dezoito anos. A coleta de dados contará com o apoio de dois instrumentos elaborados pela própria autora, o primeiro, composto por questões sociais, demográficas e de saúde, a fim de recolher informações para caracterizar o usuário de psicofármacos. O segundo instrumento será composto por questões norteadoras que serão discutidas no primeiro e último encontro do grupo focal, sendo elas: Por que você faz uso de medicações controladas? O que você sabe sobre as medicações controladas que utiliza? Como o uso contínuo de medicações controladas reflete na sua vida? Há algo que você queira relatar e que não foi perguntado sobre o uso dessas medicações? Todas as despesas serão custeadas pela pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa. As pendências apresentadas foram devidamente sanadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

Não há recomendações.

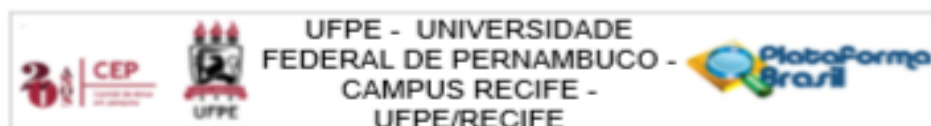
Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Sem Pendências.

Considerações Finais e critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via Notificação, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **Cep:** 50.740-690
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** ccscos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.479.792

emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

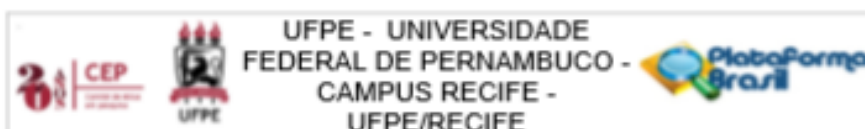
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1352330.pdf	31/07/2019 14:29:49		Aceito
Outros	cartarespostas.docx	31/07/2019 14:28:50	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.docx	31/07/2019 14:28:00	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcemodificado.docx	31/07/2019 10:41:38	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	cartaresposta.docx	29/07/2019 10:18:25	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	correcoesdasinadequacoes.docx	24/07/2019 23:54:12	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto revisado.docx	16/05/2019 11:29:18	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **Cep:** 50.740-690
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** ccscos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.470.702

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	16/05/2019 11:28:32	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	declaracaodevinculo.pdf	16/05/2019 11:22:20	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	termodecompromissoeconfidencialidade.docx	16/05/2019 11:21:59	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	instrumentocaracterizacaodosusuarios.docx	16/05/2019 11:21:39	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	roteiroentrevistacoletiva.docx	16/05/2019 11:21:04	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	termodeautorizacaoousedimagenedeposimento.docx	16/05/2019 11:20:41	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	termodeconsentimentomaioresidade.docx	16/05/2019 11:20:14	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	curriculotatianeledes.pdf	15/05/2019 22:40:56	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	09/05/2019 22:52:47	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	curriculojessicamelo.pdf	09/05/2019 22:49:17	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Outros	curriculoracemafrazae.pdf	09/05/2019 22:48:54	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	09/05/2019 22:45:15	Jessica Thamires da Silva Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Agosto de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-0588 E-mail: ocpccs@ufpe.br