



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MARINA WEIZENMANN

**PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ACERCA DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS**

PORTO ALEGRE - RIO GRANDE DO SUL

2015

MARINA WEIZENMANN

**PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ACERCA DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Prof. Orientadora: Dra. Tânia Alves Amador.

PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL

2015

MARINA WEIZENMANN

**PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DE CAPS ACERCA DO USO
RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Tânia Alves Amador
(Orientadora)

Prof. Dra. Isabela Heineck
(Examinadora)

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico
(Examinador)

Prof. Dr. Wellington Barros da Silva
(Examinador)

CIP - Catalogação na Publicação

Weizenmann, Marina
PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DE UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ACERCA DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS / Marina Weizenmann. -- 2015.
65 f.

Orientador: Tânia Alves Amador.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Uso Racional de Medicamentos. 2. Saúde Mental. 3. Medicalização. I. Alves Amador, Tânia, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que me sensibilizaram para o campo da saúde mental e que, por muitas vezes, me afetaram e me fizeram sentir desafiada a proporcionar cuidado.

AGRADECIMENTOS

É hora de colocar aqui, para além da rigidez dos títulos, as histórias, os encontros e as pessoas que compuseram este trabalho. É hora de fazer fluir a leveza e transbordar as emoções que dizem de muito de cada trecho deste trabalho.

A aproximação ao mestrado, às disciplinas, a definição do tema da dissertação, a elaboração do projeto, a realização do estágio docente e, finalmente, a dissertação, foram etapas que aconteceram junto a tantas outras que sucederam na minha vida, marcadas pela aproximação ao novo e também pelas distâncias geográficas.

Quando olho para este período, reconheço a produção de movimentos e encontros significativos. E é às pessoas que os propiciaram que venho agradecer, reconhecendo que este processo foi compartilhado.

Agradeço à professora orientadora Tânia, pelos ensinamentos, pela sua paciência comigo, por topar comigo a pesquisa qualitativa, por permitir uma relação aluno-professor próxima e pelas conversas e discussões que me inseriram não somente como aluna, mas também como cidadã.

À equipe do CAPS I de Lajeado-RS agradeço a disponibilidade de participação na pesquisa e pela receptividade com que me receberam no serviço.

Às equipes de trabalho do Centro Universitário UNIVATES, do Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, e do Departamento de Educação na Saúde do Ministério da Saúde, agradeço as reflexões provocadas e o apoio para realizar este mestrado.

Às amigas Letícia, Lídia, Fernanda e Luciana, farmacêuticas de família e comunidade, agradeço por compartilhar as lutas pelo e no Sistema Único de Saúde e por contar com o apoio dessa amizade que, no respeito das nossas diferenças, perdura e segue à distância.

Às amigas Gisele, Suzana, Lydia, Alice, e Bianca, agradeço pelas risadas mais interdisciplinares que me propiciam e pelas conversas, compreensão e apoio nas decisões importantes.

À amiga Bárbara agradeço a parceria de sempre, o seu cuidado e, em especial, pelo acolhimento em Brasília.

Às minhas primas-irmãs e grandes amigas Edna e Caroline, que dividiram comigo histórias e a sua moradia, agradeço todo o apoio e todo o abraço, toda a conversa e todo o estímulo para ir em busca da minha felicidade, mesmo que ficássemos longe. Agradeço o amor com que me incluíram em suas vidas.

Por fim, agradeço à minha família. Aos meus irmãos e cunhadas André e Marcela, Tiago e Jamile, agradeço pelas tantas conversas importantes, a proteção que me conforta, aos estímulos e a coragem que me permitem quando confiam e me faz sentir mais forte do que imagino ser.

Aos meus sobrinhos Sara e Lucas, agradeço por provocarem os meus risos mais gostosos e pelo tanto de amor que colocam na minha vida.

Aos meus pais Nélio e Vera, agradeço por nunca terem poupado esforços para que os três filhos tivessem o maior bem que entendem que o sujeito pode ter: a educação. Agradeço também pelos exemplos de simplicidade e amor e, especialmente, por apoiarem os meus projetos de felicidade, mesmo que para isso fiquemos distantes.

RESUMO

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atenção diária, o que possibilita o seguimento ambulatorial, a permanência diária dos usuários de saúde mental no serviço e a atenção à crise. Tem como característica principal a integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. **Objetivo:** descrever as concepções que a equipe tem sobre o uso racional de medicamentos (URM). **Método:** O estudo seguiu um modelo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa com os trabalhadores do CAPS I de Lajeado-RS e a amostra foi do tipo intencional. Participaram da pesquisa os trabalhadores que realizavam intervenção terapêutica diretamente com os pacientes, sendo os grupos constituídos pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, educador físico, técnicos em enfermagem, músico e oficinairo. Os dados foram produzidos em duas etapas: 1) Entrevista curta para aproximação; 2) Grupo focal para identificar atitudes e percepções. Após a primeira etapa de recrutamento obteve-se o número total de 15 participantes. Os discursos foram transcritos e os dados foram analisados pelo método da “análise de conteúdo”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº 850924. **Resultados e Discussão:** Somente 1 profissional respondeu que não sabia falar sobre uso racional de medicamentos. Dos discursos dos grupos focais emergiram 32 categorias de análise iniciais e delas, extraiu-se 6 categorias finais: “*medicalização da sociedade*”, “*estrutura do sistema de saúde*”, “*fatores que interferem em saúde mental*”, “*concepções da equipe sobre necessidade do medicamento*”, “*sugestões de práticas para desmedicalização*”, “*formação profissional e necessidades do serviço de saúde*”. O medicamento surgiu nos discursos como um elemento que permeia diversas situações que são cotidianas no CAPS. Sobre as práticas realizadas para o URM, além daquelas referentes a práticas privativas a algumas profissões, especialmente da enfermagem e da medicina, as mais predominantes nas narrativas foram aquelas que são transversais aos profissionais da saúde e que necessitam de tecnologias leves, a exemplo do acolhimento do usuário no serviço onde a principal tecnologia é a escuta. Percebe-se que cada sujeito traz um significado ao medicamento, permeado pela sua visão de mundo, pelas suas reflexões e pelas influências do seu contexto, assumindo assim papéis diversos dentro da sociedade, justificando diversas visões no grupo de profissionais de saúde. A educação permanente aparece como elemento estratégico para trazer ao cenário da atuação profissional uma reflexão coletiva capaz de transformar as práticas, como aquelas que visam o uso racional de medicamentos e a formação acadêmica que privilegie outras terapêuticas que não a farmacológica, reorientando opções de tratamento.

Palavras-chave: Uso racional de medicamentos, Saúde mental, Medicalização.

ABSTRACT

Introduction: The Psychosocial Care Centres (CAPS) are services of daily attention, which enables to the outpatients, the daily permanence of mental health users in the service and attention to the crisis. It has as main characteristic the users' integration to a social and concrete cultural environment. Designates as its territory, the city space where it develops the daily life of patients and families. **Objective:** To describe the concepts that the staff has in relation to the rational use of medicines (URM). **Method:** The study followed a descriptive model, exploratory, quantitative with the workers of the CAPS I from Lajeado-RS and the sample was intentional. The participants were workers who performed therapeutic intervention directly with patients, and the groups were composed of the following professionals: doctors, nurses, psychologists, social workers, occupational therapists, physical educators, nursing technicians, a musician and a person working in a workshop. The data was collected in two steps: 1) Short interview to approach; 2) Focal group to identify attitudes and perceptions. After completion of the first step of recruitment, there was obtained the total number of 15 participants. The discourses were transcribed and the data were analysed by the method of "content analysis". The project was approved by the Ethics Committee of Federal University of Rio Grande do Sul under No. 850924. **Results and Discussion:** Only one professional replied that did not know about rational use of medicines. From the discourses of focal groups emerged 32 categories of initial analysis and of these, it was extracted six final categories: *"medicalization of the society"*, *"the health system structure"*, *"factors that interfere in mental health"*, *"staff conceptions of need for medication"*, *"suggestions of practices to demedicalization"* and *"professional qualification and the need to the health service"*. The medicine appeared in discourses as an element which permeates several situations that are daily in the CAPS. In relation to the held practices to the URM, in addition to those related to private practices to certain professions, especially to the nursing and medicine. The most prevalent in the narratives were those that are transversal to healthcare professionals who require lightweight technologies, i.e. the user's welcome to the service where the core technology is listening. It was noticed that each different individual brings a different meaning to the medicine, permeated for their worldview, thoughts and influences from their background, thus assuming different roles within the society, justifying different views on the health care professionals group. Permanent education appeared as a strategic element to bring to the scene of professional practice a collective reflection, capable of transforming practices, as those that attempt to the rational use of medicines and the academic education that privileges other treatment than pharmacological, reorienting treatment options.

Key words: Rational use of medicines, Mental health, Medicalization.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária em Saúde.

BIREME: Biblioteca Virtual em Saúde.

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social.

CREAS: Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

DCNs: Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (em português: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais)

ESF: Estratégia de Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América.

GAM: Gestão Autônoma da Medicação.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

RAS: Rede de Atenção à Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

URM: Uso Racional de Medicamentos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO DA LITERATURA	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 METÓDOS	27
3.1 DESENHO DO ESTUDO	27
3.2 AMOSTRAGEM E CAMPO DE ESTUDO	27
3.3 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	28
3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	31
4.2 PRIMEIRA ETAPA (ENTREVISTA INDIVIDUAL)	31
4.3 SEGUNDA ETAPA (GRUPOS FOCAIS)	31
4.3.1 MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE	33
4.3.2 CONCEPÇÕES DA EQUIPE SOBRE NECESSIDADE DO MEDICAMENTO	35
4.3.3 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	40
4.3.4 FATORES QUE INTERFEREM EM SAÚDE MENTAL	47
4.3.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE	49
4.3.6 SUGESTÕES DE PRÁTICAS PARA DESMEDICALIZAÇÃO	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS	61
ANEXO 1	67
ANEXO 2	68

INTRODUÇÃO

Uma complexa transformação no campo de conhecimentos e práticas em saúde mental ocorre no Brasil desde as primeiras reivindicações reformistas no campo da assistência psiquiátrica, no final da década de 1970 (BICHAFF, 2006). Parte-se das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, da desinstitucionalização da saúde mental, termo este oriundo do movimento italiano de reforma psiquiátrica, que significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território (HIRDES, 2009).

As políticas públicas estruturaram um modelo substitutivo ao centrado no hospital, caracterizando um momento de transição de um modelo hospitalocêntrico, cujas ações eram centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, para o modelo de saúde mental comunitária. Houve uma considerável redução dos leitos psiquiátricos e a implantação de serviços substitutivos onde, além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, foram incluídos nas suas ações os campos da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e de saúde dos usuários (CAMPOS, R. O. et al, 2011; ONOKO-CAMPOS, 2013).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi tratada na Lei 10.216 (BRASIL, 2001), sancionada no dia 6 de abril de 2001. No Rio Grande do Sul, já existia uma legislação específica sobre o assunto em 1992, a Lei nº 9.716 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), sendo o Estado brasileiro pioneiro na aprovação de uma legislação específica na área (CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009). Em 2002, pela Portaria nº 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ocupando um papel estratégico na proposta da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS I, II e III são estruturados para atender uma população adulta com transtornos mentais severos e persistentes em áreas de população entre 20.000 e 70.000, 70.000 e 200.000 e acima de 200.000 habitantes, respectivamente. O CAPS III funciona durante 24 horas e nos sete dias da semana. Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) são destinados ao atendimento de crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) e o CAPS ad para usuários de álcool e outras

drogas. A atenção e os cuidados aos usuários são organizados, segundo suas necessidades, em intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002b; BICHAFF, 2006). A equipe dos CAPS é definida quantitativa e especificamente conforme a modalidade do serviço. A composição mínima dessas equipes pode incluir os profissionais médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro profissional com nível superior necessário ao projeto terapêutico, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002b).

Os CAPS são serviços de atenção diária, o que possibilita o seguimento ambulatorial, a permanência diária dos usuários no serviço e a atenção à crise. Sua característica principal é integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, preservando e fortalecendo os laços sociais dos usuários na família e na comunidade, produzindo autonomia e cidadania. Além disso, os CAPS têm a atribuição de regular as ações em saúde mental na sua área de atuação e apoiar o trabalho das equipes de atenção primária em saúde (APS) (BRASIL, 2002b; BICHAFF, 2006).

Apesar dos avanços, ainda há desafios a enfrentar nesse processo de implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica. Um deles diz respeito à medicalização influenciando as práticas de saúde mental tendo o medicamento como instrumento mais evidente na abordagem terapêutica (HIRDES, 2009). Desta forma, o tratamento medicamentoso pode ser visto, por vezes, como uma prática não reformada dentro do sistema proposto pela Reforma Psiquiátrica (ONOKO-CAMPOS, 2013).

A partir dessa situação, entende-se que o medicamento é um recurso terapêutico que deve ser integrante de um processo de cuidado, condizente com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, é necessário que se garanta o seu uso racional, como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS): em primeiro lugar, é preciso estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que seja prescrito o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do

tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que seja dispensado em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (AQUINO, 2008).

1 REVISÃO DA LITERATURA

A medicalização social, assim denominada por Ivan Illich¹ (1982 apud MOYSÉS; COLARES, 2012) se refere à apropriação do modo de vida do homem, dos seus aspectos sociais, econômicos e existenciais pela medicina. Um problema passa a ser definido em termos médicos tanto na sua descrição quanto na intervenção para tratá-lo. Através do poder do seu discurso científico e em nome da saúde, constitui-se uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo. Chega assim a disciplinar o corpo social e a regulamentar seus comportamentos através do biopoder, o poder sobre a vida das pessoas (BEZERRA. et al., 2014; FERRAZZA. et al, 2010; MARTINS, 2008; MOYSÉS; COLLARES, 2012; SANCHES; AMARANTE, 2014).

Nesse contexto a doença passa a ser um estado do corpo e o sujeito fica sob a leitura da ciência, pela ótica biologicista onde os sintomas adquiriram destaque. Frente a essas somatizações induzidas, o indivíduo tende a ser capturado pelo discurso do saber-poder médico, passa a ser o paciente, sob o controle do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura (FERRAZZA. et al, 2010; MARTINS, 2008; SANCHES, AMARANTE, 2014).

Trata-se da exploração de uma das características da medicina atual: a invenção de uma sociedade não da lei, mas da norma, onde o que rege é a distinção entre o normal e o anormal e o empreendimento de restituir o sistema de normalidade (FOUCAULT, 2010; MARTINS, 2008). Nesta lógica de atuação, o biopoder exercido pela medicina trouxe, para a história da saúde mental, vários anos de um modelo manicomial e hospitalocêntrico cujo princípio fundamental era o isolamento daquele que era chamado de louco. As regras e as excessivas medidas de segurança dessas instituições pareciam justificar o perigo representado pelos então doentes mentais e a necessidade de seu afastamento do convívio social (ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2013).

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, atribui-se um novo lugar social para a loucura e para a diversidade. No atual contexto, passa-se para um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental, promovendo uma

¹ ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

transição do modelo biologicista e médico-centrado para uma atenção voltada à experiência do sujeito em sofrimento psíquico ou com transtorno mental (BEZERRA. et al., 2014).

A proposta de trabalho nos CAPS ocasionou inegáveis avanços para o cuidado em saúde mental no país, considerando os novos arranjos recomendados neste modelo. No entanto, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para uma efetiva mudança nas práticas de atenção. Constata-se, nos serviços de saúde mental, um processo de trabalho com frágil comunicação entre profissionais e usuários e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras, ou seja, aquelas que utilizam os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais estruturados e que possibilitam mais precisamente captar as singularidades de cada usuário (BEZERRA *et al*, 2014; MERHY, 2002), dando espaço, muitas vezes, para uma terapêutica reduzida ao uso de medicamentos psicotrópicos. Práticas estas que reduzem e simplificam o olhar para uma causalidade linear entre doença e cura – problema e solução (HIRDES, 2009; BEZERRA. et al., 2014; FERRAZZA. et al, 2010).

Cabe voltar a outras dimensões influenciadas pela medicalização da sociedade onde a construção da subjetividade dos sujeitos é atravessada pela valorização do discurso “estar sempre bem, de bom humor”. A modernidade vê na melancolia um problema, possivelmente por ser uma ameaça à inserção social do indivíduo e à capacidade produtiva. Assim, o sujeito sente a necessidade de satisfação plena dos seus desejos no momento instantâneo (PELEGRINI, 2003).

Para atuar nesse “problema” a psiquiatria precisou legitimar-se como especialidade médica. Um passo importante para a conquista deste reconhecimento foi o desenvolvimento da neurologia e da psicofarmacologia no século XX, marcadas com a descoberta da clorpromazina em 1952. Seguiu, a partir daí, a transformação das experiências essenciais da vida subjetiva numa série de intervenções, retirando do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transformando a dor em um problema técnico, gerando as classificações psiquiátricas pela Associação Americana de Psiquiatria, a elaboração do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (sigla em inglês, DSM), atualmente na sua quinta versão e, por conseguinte,

aumentando a quantidade de fármacos para tratar todas as doenças (FERRAZZA. et al, 2010; MARTINS, 2008; ONOCKO-CAMPOS,2013).

Conforme se percebe, a classificação diagnóstica em saúde mental e o desenvolvimento de psicofármacos ligam-se diretamente, o que explica o crescente processo à medida que a medicina cada vez mais passou a ser baseada em evidências. Observação esta não constatada em relação à psicanálise e à psicoterapia de orientação analítica (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004).

Na execução do biopoder, a medicina moderna lançou mão de tecnologias de saúde para erradicar a morte, a dor, a doença e os sentimentos indesejáveis e com a submissão a sua regulação criou consumidores que recorrem a medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental, cuja produção é monopolizada pela instituição médica. Assim, se há uma explicação biológica para tudo e um alívio, o sofrimento deixa de ser pensado como uma narrativa ligada a uma história singular. Nesse processo, a pessoa classificada/ diagnosticada, delega cada vez mais aos médicos especialistas o conhecimento de sua doença e de seus tratamentos. Processo este que destrói a capacidade pessoal de busca e autonomia pela sua saúde (MARTINS, 2008; SANCHES, AMARANTE, 2014).

Os psicofármacos entram no cotidiano das pessoas e como tecnologia em saúde, além de oferecer uma boa relação custo/efetividade no tratamento, possibilitam outros efeitos: mudar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos e a busca pelo alívio das enfermidades mentais, pelo entendimento da terapia biológica (KANTORSKI et al., 2011; PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

Como o sofrimento psíquico é considerado uma doença, o medicamento é utilizado no intuito de proporcionar cura daquilo que passa a ser entendido como um transtorno diagnosticável, e não mais como um componente das situações da vida cotidiana (BEZERRA et al., 2014; FERRAZZA et al, 2010). Aqui os medicamentos psicotrópicos atuam como auxiliares da existência do sujeito frente à turbulência do mundo contemporâneo (MARTINS, 2008).

Na interface entre medicamento, medicina e sociedade surge a problemática da “medicamentação”, que se refere ao uso de medicamentos como recurso terapêutico único para tratar problemas ou situações de vida que não requerem

tratamento farmacológico (BEZERRA et al., 2014). A “medicamentização” é um fenômeno que se desenvolve na lógica da medicalização social e que desperta a atenção visto que vários estudos demonstram que o consumo de psicotrópicos é alto em todo mundo e observando-se um uso crescente em vários países ocidentais e também países do oriente. Estatísticas dos Estados Unidos apontam que 8 (oito) milhões de pessoas sofrem com alguma doença mental, e que os medicamentos são empregados para tratar 2 (dois) milhões destes indivíduos, além disso 10% a 20% das prescrições nos EUA são de psicotrópicos, sendo os antidepressivos os mais frequentes (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

No Brasil a realidade não é diferente. Apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica é visível um cuidado fragmentado e baseado no uso de medicamentos por tempo indeterminado. Trata-se de práticas não reformadas dentro do sistema de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

As pesquisas nacionais apresentadas nos artigos desta revisão de literatura retratam esta situação. Desenvolvidos em CAPS, Núcleo de Apoio Psicossocial, pronto atendimento de um ambulatório de saúde mental e em serviços componentes de uma rede de saúde mental local, estes estudos identificam questões importantes no cuidado ofertado em saúde mental em diferentes regiões brasileiras, incluindo os estados do Ceará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Através da análise de práticas e/ou falas de profissionais da saúde, da fala de usuários e/ou familiares e de dados de prontuários, observou-se que o medicamento é utilizado como principal recurso nas ações dos serviços de saúde mental e que ele está prescrito para a maioria dos usuários circulam pela rede de atenção à saúde (RAS), como uma tendência generalizada. Importante aqui é ressaltar que este não é um fato restrito a serviços que desenvolvem atenção unicamente em saúde mental, mas também engloba o cuidado ofertado em estratégias de saúde da família, em APS (FERRAZZA, 2010; ONOCKO-CAMPOS, 2013).

A preferência pelo tratamento medicamentoso em saúde mental explica o motivo pelo qual a disponibilidade de psicofármacos nos serviços de saúde é vista como um indicador de resolutividade e de garantia de continuidade do cuidado ao

usuário, conforme evidenciado pela fala de profissionais da saúde no estudo de BEZERRA et al. (2014). Também faz compreender os usuários participantes do estudo de ONOCKO-CAMPOS (2013) que concluíram que “tratamento e uso regular de medicamento quase se tornaram sinônimos nos CAPS”.

Interessantemente, como que contrapondo esse destaque dado ao medicamento, conforme evidenciado por um estudo desenvolvido em CAPS nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, o tema “medicamentos” é pouco discutido no cotidiano dos serviços, tanto com os usuários, como entre os profissionais das equipes de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

KODA (2002) encontrou nas falas dos profissionais da saúde um conflito entre o discurso político, aquele embasado nas ideias da reforma psiquiátrica, e o discurso clínico, que constrói as práticas de atenção dentro do serviço. São evidências de que o modelo biomédico de atenção ainda não foi superado e que, assim como verificado no estudo de CONSOLI, HIRDES e COSTA (2009), desenvolvido nos serviços da rede de saúde mental da região do Alto Uruguai-RS, o atendimento aos usuários é embasado no modelo da doença, do dano, e não do sujeito.

Com essas informações observa-se que os usuários que necessitam de atenção em saúde mental permanecem indeterminadamente submetidos à terapêutica psicofarmacológica. Isso lhes garante anestesia, supressão de angústia e gerência de sensações, causando a fantasia de estar em boa saúde. Desta forma, um manicomialismo químico configura-se na atualidade, onde os medicamentos criam paraísos artificiais e as causas do sofrimento não são pensadas nem eliminadas (FERRAZZA, 2010; MARTINS, 2008; PELEGRINI, 2003).

Em todo este contexto, entende-se que a função requerida ao CAPS, de ser um serviço reorientador de práticas em saúde mental para uma rede em um território é ainda um horizonte a ser alcançado. Para isso é necessária a criação de linhas de fuga da captura medicalizante (ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2013).

Ressalta-se a necessidade de pensar no melhor uso do medicamento. Há de se ressaltar a influência de vários fatores para o seu uso, a exemplo: a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis, a compulsão dos usuários para usar medicamentos, a propaganda de medicamentos nas mídias, o fácil acesso a

medicamentos na Internet, bem como a formação dos profissionais de saúde que privilegiam ações curativas em detrimento de estratégias de prevenção e promoção em saúde. Todos estes, entre outros, são fatores que podem contribuir para o mau uso de medicamentos (CUNHA et al., 2012).

Pensando então na transversalidade da Assistência Farmacêutica com as ações e programas de saúde, parte-se do conceito de “uso racional de medicamentos” (URM) para fazer a reflexão necessária do uso de medicamentos em saúde mental. O conceito de uso racional da OMS baseia-se em elementos como necessidade, efetividade, segurança, qualidade e acesso de medicamentos. Como apresentamos anteriormente, em saúde mental, o uso de medicamentos ainda é controverso e geralmente associado a excessos, negligenciando o uso de diferentes alternativas terapêuticas ou raramente se vislumbra o uso temporário do medicamento. Neste caso, talvez a importância e o entendimento sobre “necessidade” do medicamento, no conceito de uso racional, seja negligenciado, desconhecido ou entendido de maneira superficial. Assim sendo, considerando o cenário de medicamentação apresentado, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção e as práticas dos profissionais de saúde de um CAPS de Lajeado/RS sobre o URM.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar como a equipe do CAPS I de Lajeado- RS pensa e procede sobre o uso de medicamentos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as percepções que a equipe tem sobre o URM;
- Identificar as práticas realizadas pela equipe para a utilização de medicamentos como tecnologia em saúde;
- Identificar as ações necessárias para propiciar um URM;
- Problematizar as práticas de cuidado que o CAPS I de Lajeado-RS propõe.

3 METÓDOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo seguiu um modelo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa com os trabalhadores do CAPS I de Lajeado-RS.

3.2 AMOSTRAGEM E CAMPO DE ESTUDO

A amostra foi do tipo intencional, na qual se seleciona participantes que estejam mais disponíveis para fazer parte da pesquisa e que podem oferecer as informações necessárias (HAIR et. al., 2005).

O CAPS I de Lajeado-RS, campo desta pesquisa, compõe a rede de atenção à saúde juntamente aos CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e outras drogas desde 2002. No que se refere a medicamentos, cabe ressaltar que no CAPS I existem medicamentos de uso em casos de emergência. Ainda, no município de Lajeado-RS, os medicamentos psicotrópicos pertencentes ao componente básico da Assistência Farmacêutica são dispensados exclusivamente na Farmácia-Escola, parceria entre o município de Lajeado-RS e o Centro Universitário UNIVATES, localizada no centro da cidade. Assim, os usuários do CAPS I são responsáveis pela retirada desses medicamentos neste local, com exceção somente do medicamento injetável haloperidol decanoato que, mediante prescrição médica individualizada, é enviado diretamente da Farmácia-Escola ao CAPS I para ser administrado nos usuários.

Participaram da pesquisa os trabalhadores que realizavam intervenção terapêutica diretamente com os usuários e que após a apresentação do projeto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 1), sendo os grupos constituídos pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, educador físico, técnicos em enfermagem e músico. Destes, apenas um profissional não participou do estudo por não ter comparecido no dia agendado.

3.3 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Os dados foram produzidos em duas etapas: 1) Entrevista curta, que serviu de aproximação com os profissionais, identificar datas e horários para a execução da segunda etapa, identificar o perfil dos participantes e ainda, para averiguar a familiaridade dos profissionais com o conceito “URM”; 2) Grupo focal, que consiste de entrevista em grupo com um foco específico e indicado para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos e apresenta baixo custo e resultados rápidos, acreditando-se que o ambiente de grupo proporcione maior fidedignidade dos dados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Inicialmente o objetivo e o método do estudo foram apresentados à equipe e neste momento os sujeitos tiveram acesso ao TCLE, o qual foi assinado em duas vias, autorizando a participação na pesquisa. Neste primeiro contato foi realizada também a primeira etapa do estudo que consistiu de uma entrevista curta abordando a disponibilidade para participar da segunda etapa, com três perguntas (Anexo 2).

A partir desta primeira etapa de recrutamento obteve-se o número total de 15 participantes e assim foi possível fazer a distribuição dos mesmos em dois grupos focais, de forma a ter ao final um número adequado de participantes para o método utilizado. A subdivisão foi feita de forma a privilegiar a heterogeneidade de profissões. O primeiro grupo teve participação de 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 maestro, 2 médicos, 1 psicólogo, 1 técnico de enfermagem e 1 terapeuta ocupacional, totalizando 8 pessoas. Já o segundo foi formado por 7 pessoas: 1 assistente social, 1 médico, 3 psicólogos, 1 técnico de enfermagem e 1 oficineiro.

Foram escolhidas duas datas que foram previamente e diretamente comunicados pela pesquisadora, mediante ligação telefônica ao serviço. Os grupos focais foram realizados no próprio CAPS I com o objetivo de discutir o entendimento dos profissionais sobre o uso racional de medicamentos e refletir sobre as práticas relativas ao tema que são desenvolvidas no serviço.

Os encontros tiveram duração aproximada de 1 hora e foram gravados em áudio. Na realização do grupo contou-se com uma moderadora e duas observadoras.

No momento inicial os objetivos da pesquisa foram novamente explicitados, assim como as questões éticas da pesquisa e a metodologia do grupo focal. Neste momento foi destacado que as falas são tomadas como produção de grupo e não identificadas individualmente.

Para a realização desses grupos focais, a proposta foi não estruturar muitas perguntas de modo que, diante do tema, os participantes pudessem abordá-lo de modo livre. As questões norteadoras, a partir das quais os participantes da pesquisa puderam expressar suas ideias, sentimentos e experiências, foram: “O que vocês entendem por uso racional de medicamentos?” e “Como isso é trabalhado nas práticas desse serviço?”.

3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todas as falas dos dois grupos focais foram transcritas sem haver qualquer tipo de identificação, pois assumiu-se que estas representaram o discurso da equipe, e não do indivíduo. Após, esses dados passaram por aplicação da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011) e Minayo (2000), a fim de criar categorias de análise. Para tanto, foram efetuadas as seguintes etapas:

1. Pré-análise: consistiu em organizar as ideias iniciais a partir de um quadro referencial teórico construindo indicadores para a interpretação das informações produzidas. Essa etapa iniciou pela leitura geral e flutuante, quando foram feitos destaques de trechos que pudessem dar resposta ao objetivo da pesquisa para definir o *corpus* de análise do material transcrito (SILVA, FOSSÁ, 2013).

2. Exploração do material: consistiu em formular, a partir do *corpus* de análise, categorias simbólicas e/ou temáticas. A partir do recorte do *corpus* de análise e seu agrupamento com base no aporte teórico foram criadas categorias iniciais de análise. Com o intuito de buscar uma significação maior, estas categorias foram agrupadas tematicamente originando assim categorias finais de análise (SILVA, FOSSÁ, 2013).

3. Inferência e interpretação: consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos no material analisado, justapondo as categorias, baseando-se no

quadro teórico inicial e ainda levantando novas dimensões teóricas e/ou interpretativas.

3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto tem anuência, segundo deferimento do protocolo 1804/2015 tramitado no Núcleo Municipal de Saúde Coletiva de Lajeado-RS, e tem aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 32907114.0.0000.5347 e o número de parecer é 850924.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Participaram do primeiro e do segundo grupo focal, respectivamente, sete (7) e oito (8) profissionais, tendo ao final quinze (15) trabalhadores. O tempo de atuação no serviço variou de um (1) mês a onze (11) anos. No total, participaram dez (10) mulheres e cinco (5) homens. Os profissionais da área da saúde, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), foram treze (13), destes dois (2) eram assistentes sociais, um (1) era enfermeiro, três (3) eram médicos, quatro (4) eram psicólogos, dois (2) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional. Os outros dois participantes eram um (1) músico e um (1) oficineiro (BRASIL, 2002a).

4.2 PRIMEIRA ETAPA (ENTREVISTA INDIVIDUAL)

Na abordagem individual aos profissionais, somente um (1) respondeu que não ouviu falar sobre uso racional de medicamentos (URM). Todos responderam que conseguiam perceber questões referentes ao tratamento medicamentoso dos usuários na sua prática profissional. Quando questionados sobre a frequência com que verificavam que o uso de medicamentos era imprescindível ao usuário que atendem, dois (2) participantes responderam que sempre e os demais responderam que na maioria dos casos.

4.3 SEGUNDA ETAPA (GRUPOS FOCALIS)

A partir dos grupos focais realizados com a equipe de CAPS I de Lajeado/RS, emergiram trinta e duas (32) categorias de análise iniciais. E por fim, extraíram-se seis (6) categorias finais que são apresentadas no Quadro a seguir.

Quadro 1. Categorias de análise sobre a percepção dos profissionais o CAPS I de Lajeado/RS sobre URM, 2015.

Categorias iniciais	Categorias finais
<i>O medicamento como consumo</i>	Medicalização da sociedade
<i>Cultura da sociedade em usar medicamento</i>	
<i>Influências da indústria farmacêutica</i>	
<i>Consciência da medicalização da sociedade</i>	
<i>Usuário quer medicamento</i>	
<i>Estrutura do sistema de saúde</i>	Estrutura do sistema de saúde
<i>Rede de atenção à saúde</i>	
<i>Resolução de problemas a partir da conexão na rede</i>	
<i>Encaminhamentos inadequados da rede</i>	
<i>Acesso ao medicamento</i>	
<i>Legislação/ Vigilância</i>	
<i>Gestão</i>	
<i>Discurso profissional da necessidade do medicamento</i>	Concepções da equipe sobre necessidade do medicamento
<i>Discurso profissional da não necessidade do medicamento</i>	
<i>Uso racional para a equipe</i>	
<i>Efeitos do medicamento</i>	
<i>Usuário não quer usar o medicamento</i>	
<i>Usuário não adere</i>	
<i>Influência da família</i>	Fatores que interferem em saúde mental
<i>Estigma na saúde mental</i>	
<i>Rede de apoio</i>	
<i>Influência das crenças</i>	
<i>Influências na saúde mental</i>	
<i>Reconhecimento do apoio da equipe CAPS no tratamento</i>	Sugestões de práticas para desmedicalização
<i>Reconhecimento da equipe pelo seu próprio trabalho</i>	
<i>Formas de garantir uso racional</i>	
<i>Definição conjunta da equipe sobre o tratamento medicamento</i>	
<i>Relação de vínculo/longitudinalidade</i>	
<i>Educação permanente</i>	
<i>Usuário autônomo/questiona tratamento/corresponsável</i>	
<i>Informações do usuário sobre o medicamento</i>	
<i>Despreparo profissional/formação profissional</i>	

Fonte: CAPS I: Centro de Atenção Psicossocial I; URM: Uso Racional de Medicamentos

4.3.1 MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Um dos primeiros elementos que surgiu no discurso dos profissionais diz respeito ao medicamento como a principal solicitação do usuário no momento do acolhimento. Os participantes acreditam que essa busca pelo medicamento vem atrelada à procura de atendimento médico no serviço, como pode ser exemplificado a seguir: *“Acho que quando a gente faz as acolhidas que 99,99% dos pacientes vêm em busca de medicação”*; *“[...] tem vezes que as pessoas vêm aqui e querem uma consulta psiquiátrica achando que a medicação é o tudo, né”*.

Da análise dos discursos, é possível observar que a equipe de saúde, ao ser instigada a conversar sobre o uso racional de medicamentos, abordou não somente elementos de sua experiência no âmbito do serviço, ampliou a reflexão para determinantes sociais que relacionam-se com o que já foi observado por Cecílio (2001) sobre as necessidades em saúde, ou seja, que quando analisadas de forma abrangente, originam-se no modo de viver da sociedade humana, na junção de aspectos biológicos, culturais, subjetivos, sociais, políticos e econômicos. A medicalização da sociedade e a medicamentação da vida se revela nos seguintes trechos: *“A população, ela está vinculada à medicação” Complementando: “À muita medicação [...]”*; *“E a gente acaba numa questão bem contemporânea que é do sujeito não poder se deprimir em alguns momentos. É uma busca incessante pela felicidade”*; *“E eles (os usuários) vêm em busca da pílula da felicidade. Eles verbalizam que querem o remédio da felicidade, eles querem ser felizes de novo”*; *“[...] banalização também do medicamento psiquiátrico”*; *“[...] então às vezes o vizinho diz ‘vai lá que vão te dar um remedinho’”*.

Discursos muito semelhantes foram encontrados no estudo de Orlandini e Noto (2005), onde profissionais da saúde e usuários referiram que a indicação inicial do medicamento muitas vezes é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares e ainda que, muitos usuários iniciam o uso para evitar dificuldades cotidianas ou traumas pessoais, como quando há perda de um ente querido.

O discurso não se restringiu ao papel do usuário que solicita o medicamento, expandiu-se também sobre o impacto da medicalização social na atuação profissional,

que por vezes medicamentaliza a vida do usuário: “[...] *está acontecendo é que, nós profissionais, talvez, entramos numa lógica que é: tudo se medica*”; *“Acho só esta questão que eu falei da falta de fluoxetina, a gente sabe que falta também, eu acho, que pelo excesso de prescrições”*.

Ao fazer esta reflexão, os profissionais identificam suas atitudes como um dos fatores que pode induzir o uso indevido de medicamentos, essa associação também já foi sugerida em Kantorski et al. (2011) e Orlandini e Noto (2005). Ao mesmo tempo, trazem sua dimensão enquanto sujeitos expostos às influências do meio social, repercutindo tanto nas suas práticas profissionais quanto na sua vida pessoal. Essa percepção pode ser exemplificada pelos trechos: “[...] *me faço essa pergunta: o quanto a gente entra nesse modo capitalista de viver, consumindo...*” e ainda, *“Porque a gente tá inserido nessa cultura da supermedicalização”*.

Nesta mesma direção, em seu estudo que avaliou as representações sobre o uso racional de medicamentos em equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Cunha et al. (2012) atentou para a importância de se conhecer as experiências dos profissionais de saúde em relação ao URM uma vez que estas podem influenciar nas ações de cuidado ofertadas ao usuário.

Todo esse debate fez com que os participantes elencassem também os papéis que eles percebem que o medicamento assume no tratamento para o usuário do serviço: relataram que o medicamento é visto como um elemento externo de ação rápida, muitas vezes imediata, para a solução de problemas. *“Então eles (usuários) vêm aqui querendo uma medicação, porque é essa medicação que vai resolver os problemas do cotidiano deles”*; *“Acho que o que aqui eu percebo mais, junto das acolhidas, é que geralmente o usuário vem medicado ou até solicita a medicação, é de um deslocamento da responsabilidade. Coloca uma responsabilidade que é de si na medicação”*; “[...] *E outra questão é que as pessoas buscam um resultado imediato*”.

Além disso, pode-se aliar a isto a baixa percepção de risco do uso de medicamentos pela população o que, segundo Orlandini e Noto (2005), tem origem na falta de debate social sobre a questão nos meios de comunicação, os quais privilegiam quase que exclusivamente o cenário das drogas ilícitas. Ao elencar as influências midiáticas que não discutem os riscos envolvidos no uso inadequado de

medicamentos, identifica-se a necessidade do desenvolvimento de ações amplas que atentem e sensibilizem permanentemente a sociedade para a segurança do uso de medicamentos.

Segundo os profissionais, esse conjunto de elementos imprime uma “necessidade do uso de medicamentos” ao discurso da sociedade que implica também no conceito de qualidade de atendimento prestado pelo serviço: *“Se o médico não pedir um exame, não fizer uma “receitinha” não foi uma consulta, né”*.

Ao analisar o contexto geral em que se dá a “medicamentização”, os participantes trouxeram à discussão elementos do cenário de farmácias/drogarias privadas, evidenciando que em nossa sociedade o medicamento adquiriu a posição de um bem de consumo sob influência e os interesses da indústria farmacêutica: *“Como se, às vezes, o paciente fosse no supermercado, porque sempre perguntam: ‘e tu não precisa de mais nada?’. Isso a gente escuta”*; *“Eu vejo que nessa questão de oferecer assim até como se fosse um mercado, existe toda a questão dos laboratórios em si que fazem várias visitas”*.

4.3.2 CONCEPÇÕES DA EQUIPE SOBRE NECESSIDADE DO MEDICAMENTO

Ao iniciar os grupos focais e questionar o entendimento da equipe a respeito do significado de URM, as primeiras opiniões remeteram à ideia de que usar racionalmente é usar o mínimo necessário e de que há que se ter controle do uso, como pode ser observado neste discurso: *“Controle no sentido de não sair distribuindo medicamento e sim ter aquele controle do que cada um realmente precisa tomar”*.

No decorrer da conversa o conceito foi estendido para indicação de uso adequada às necessidades de cada usuário. O URM também foi relacionado ao cuidado e à integralidade da atenção, ao ajuste de dose. A descontinuidade e a retirada de medicamentos do tratamento do usuário também foram mencionadas nessa mesma perspectiva. *“Se tu usas demais tu não vais conseguir manejar e se tu usas menos também vai ficar difícil”*; *“De conseguir utilizar só os essenciais, né. Os supérfluos tu conseguir diminuir e tirar”*.

Assim como no estudo de Cunha et al. (2012), foi possível verificar que os profissionais do CAPS não apresentaram clareza absoluta sobre a definição de URM adotada pela OMS. No que se refere ao preconizado pela OMS, o grupo abordou predominantemente a necessidade de uso e a dose adequada do medicamento, chamando isto de “mínimo necessário”. A dose, quando excessiva, foi inclusive relatada como prejudicial ao tratamento do usuário, uma vez que podem ficar dificultados os *insights*, comprometendo a terapia que não é medicamentosa.

Ao refletirmos sobre os demais critérios de URM, elencados pela OMS, ou seja, o medicamento apropriado à condição de saúde do indivíduo e a melhor escolha considerando eficácia e segurança, podemos admitir *a priori* que, havendo diagnóstico adequado, estes critérios estão contemplados a partir do momento que a área de assistência farmacêutica do SUS seleciona os medicamentos para serem adquiridos e distribuídos nos serviços de saúde. O arsenal de medicamentos disponibilizados pelo setor público é padronizado seguindo inicialmente esses critérios, atendendo desde o tratamento com medicamentos do componente básico, usados no âmbito da APS, até do componente especializado, que trata agravos de nível ambulatorial, por vezes menos frequentes ou os que não são a primeira opção, além de medicamentos de última geração (BRASIL, 2007). Ainda, juntamente à lista de medicamentos do componente especializado, há Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas que auxiliam para que o medicamento apropriado seja escolhido no tratamento.

Refletindo sobre a organização da Assistência Farmacêutica no setor público, o medicamento é dispensado gratuitamente, o que cumpre a questão do “preço acessível” colocado para o URM. Já a questão da disponibilidade do medicamento de modo oportuno foi ressaltada ao ser relatada a ocorrência da falta, em alguns momentos, de medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica no município, ilustrando um exemplo onde a continuidade do tratamento e o URM são afetados: *“Assim como sempre tem uma medicação, em algum período, em falta. Atualmente está faltando a fluoxetina, e a gente sabe que a maioria dos pacientes usa fluoxetina porque é uma medicação que tem disponível no SUS”*.

A equipe sugeriu a necessidade do usuário em compreender as influências da medicalização da vida, no sentido de ser um sujeito crítico, que também assegure o

URM: *“Então a população também tem que, vamos dizer assim, aprender que nem tudo se resolve com medicamento, nem tudo se resolve só com uma pilula”*.

Na maior parte do discurso dos profissionais, o protagonismo do usuário para o URM foi citado como componente importante, especialmente quando se refere à adesão ao tratamento:

[...] o uso racional do medicamento vai desde uma avaliação/indicação do medicamento apropriado, passa também pela questão de quantidade, de não usar mais que a dose necessária, mas também passa pelo paciente, de usar corretamente, para evitar de não abandonar.

A não adesão do usuário ao tratamento foi elencada como uma dificuldade enfrentada pela equipe em relação ao tratamento medicamentoso. Considerando a especificidade do CAPS em atender usuários com casos graves e persistentes, a necessidade de uso contínuo de medicamento também representa um desafio, visto que muitas vezes este tratamento deve ser contínuo: *“Têm pacientes com indicação de tomar medicação por uma vida inteira e mostrar isso pra eles é muito difícil”*. Outra preocupação dos profissionais é em relação aos usuários que resistem ao uso de medicamentos pelas suas mais diversas razões, entre elas, os efeitos adversos que os medicamentos apresentam, como pode ser identificado nos seguintes trechos: *“[...] paciente esquizofrênico que tem que usar um antipsicótico vai ter que ser um antipsicótico, vai ter efeito na parte sexual que tu sabe que qualquer antipsicótico vai trazer”*; *“Eu não vou mais tomar, eu não quero”*².

[...] a gente está muito falando daquele paciente que vem e que quer a medicação e o profissional avalia que não é necessário. Mas tem o outro lado: aquele paciente que não quer tomar a medicação, mas tem a necessidade e a nossa postura de mostrar para ele que naquele momento da vida dele é importante que ele tome.

O discurso dos profissionais pouco explorou as diversas explicações da não adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre elas Cunha et al. (2012) destaca a insuficiência de conhecimento acerca da terapia medicamentosa, que passa desde o desconhecimento do nome do medicamento até a falsa ideia de cura pelo medicamento, também o desconhecimento da sua patologia, a ausência de sintomas, o

² Fazendo referência ao discurso de usuários.

desejo do usuário de manter o controle sobre si, este último especialmente em tratamentos crônicos, nos quais eles adquirem conhecimento e aprendem a decifrar efeitos e reações que os medicamentos provocam.

As concepções exploradas pela equipe expõem claramente dois posicionamentos, que não necessariamente se excluem, mas que frequentemente apareceram adjacentes no discurso dos participantes da pesquisa: a necessidade e a não necessidade do medicamento. “[...] *tentar mudar um pouco essa imagem cultural de que só o remédio resolve e também de tentar trabalhar em outros casos em que o paciente acha que o remédio não vai ajudar em nada*”; “*Aí eu acho que entra justamente essa questão da postura do profissional de poder ajudar aquela pessoa perceber que sim, a medicação é importante em alguns casos, mas que ela não vai resolver o problema*”.

Quando o discurso foi sobre a necessidade do uso de medicamentos, estes foram definidos como auxiliares ao tratamento e a sua indicação foi relacionada à qualidade da avaliação clínica realizada. Além disso, a indicação de medicamentos, segundo os profissionais, fundamenta-se nas situações em que o usuário encontra-se exposto a risco de vida e em resultados como a diminuição de internações após a adesão ao tratamento medicamentoso. “*A medicação na verdade ela é um auxiliar, está para ajudar*”; “*Acho que no momento que é feita uma boa avaliação, então o paciente que tem indicação vai ser medicado*”; “[...] *e ele tem que fazer uso daquela medicação porque está em sofrimento e em risco*”; “*Então a gente vê que muitos que se mantêm aqui, que não precisaram mais de internação, eles encararam o tratamento e entenderam a necessidade e internaram muito menos depois que aderiram*”.

Em relação ao risco de morte, no estudo de Onocko-Campos (2013), a indicação de medicamento apareceu no discurso de um gestor da saúde como forma de garantir a conduta adequada frente às crises e assim evitar algum contratempo no campo jurídico ou penal.

Em outros momentos da discussão, os participantes apontaram que o medicamento não traz a resolutividade que muitas vezes o usuário procura e indicaram que há necessidade de outros recursos, outras ofertas, alternativas ao sujeito que está em sofrimento: “[...] *esse paciente está em sofrimento, mas que esse sofrimento não*

precisa ser medicado. Então de oferecer os espaços pra que esse sofrimento possa ser vivido, entendido, melhorado”.

Interessantemente, por vezes o discurso da necessidade e a não necessidade do medicamento apareceu na voz de um mesmo profissional. Esta situação talvez demonstre, ou pelo menos crie a hipótese, de que a consciência do profissional da necessidade de se romper com a lógica biomédica crie esse discurso da não necessidade do medicamento logo após àquela frase em que diz que há casos em que o medicamento se faz necessário. Na concepção biomédica, o sujeito é encarado como um portador de riscos e doenças, excluindo-se as dimensões psicológicas, sociais e comportamentais do adoecimento (CARMINATI, 2014 apud PORTO, 1997).

A partir da hipótese criada, o que cabe discutir novamente, já apontando em momentos anteriores, é o atravessamento do significado que o trabalhador atribui ao medicamento nas suas práticas de atenção à saúde. Por exemplo, a prescrição de um medicamento pode estar influenciada pelos próprios conflitos e desejos inconscientes do médico da mesma forma que influencia a decisão de não medicar e sobrepor-se mesmo quando há indicação precisa para o uso do fármaco. Ainda, o terapeuta pode relutar em prescrever um medicamento necessário pela sua compreensão de que isso poderia significar um fracasso de seu atendimento (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004).

Cabe destacar ainda que o discurso da necessidade e não necessidade do medicamento, pouco se sustenta no URM que, neste caso, deveria iniciar com um diagnóstico centrado no usuário, para análise de suas reais demandas em saúde. Na literatura identificam-se autores que expõem a dificuldade do diagnóstico correto na saúde mental (SEBASTIÃO; PELÁ, 2004), mesmo assim este é um tema que quase não foi discutido pela equipe. Do pouco que foi abordado, tratou-se da dificuldade diagnóstica pelos profissionais na APS e também da dificuldade geral em realizá-lo, considerando a dimensão subjetiva dos casos e a inexistência de exames que identifiquem, por exemplo, parâmetros bioquímicos.

Em alguns relatos dos profissionais foi possível verificar que o medicamento, dependendo do caso, pode dificultar ao usuário e à equipe lidar com o seu real problema: *“Em alguns casos a medicação ela não ajuda a pessoa pensar melhor*

sobre o sofrimento e a lidar com ele. Acaba anulando”; “Até porque num excesso de medicação, não digo nem exagero, já pode alterar bastante esse sujeito [...] vai dificultar o manejo”.

4.3.3 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A discussão sobre o uso racional de medicamentos foi permeada por análises da organização e do funcionamento do sistema de saúde. No que se refere à demanda atendida, frequentes foram os relatos dos profissionais referindo uma sobrecarga de trabalho, como se verifica no trecho: *“E uma dificuldade é que sim, a gente é uma equipe mínima atendendo um máximo de pacientes”.*

A equipe encontra explicações para esta sobrecarga principalmente nos encaminhamentos de usuários feitos pelos serviços da RAS, os quais não compreendem as especificidades de atendimento do CAPS e do seu funcionamento: *“encaminhamentos de médicos que vêm assim: ao psiquiatra ou para psicoterapia individual”; “Questões de que não se conhece o que é um serviço CAPS, porque a pessoa quando vem aqui ela não vai ser atendida direto pelo psiquiatra ou ela não vai ter uma psicoterapia individual”.*

Ao comparar a busca espontânea do usuário pelo CAPS ao encaminhamento feito pelas unidades de APS, a equipe disse perceber este último como mais inadequado: *“pessoas que chegam por demanda espontânea têm muito mais uma necessidade do serviço do que as pessoas que tem algum encaminhamento da ESF”.*

As dificuldades em relação à APS prevaleceram nos relatos da equipe. As principais referências foram feitas aos encaminhamentos de casos cuja especificidade do cuidado cabe àquele nível de atenção, à dificuldade deste em trabalhar saúde mental nos territórios e também ao estigma ao usuário que é atendido pelo CAPS: *“o discurso de muitos ainda ‘ah, porque é do CAPS’, ‘é paciente do CAPS então vai para o CAPS’, ‘tá chorando, vai pro CAPS’”*³; *“dificuldade com as unidades de saúde no sentido de não se sentirem aptas a poder dar uma atenção, uma escuta mais apropriada”; “E volta a dificuldade que a gente tem com a atenção básica, desse*

³ Se referindo o discurso dos serviços da rede de atenção à saúde.

paciente acessar também o que a comunidade oferece”; “E a dificuldade que tem de acolher esse paciente de CAPS: ‘mas se já está indo lá no CAPS por que tem que estar vindo aqui?’”.

Segundo o estudo de Bezerra et al. (2014), muitas vezes o usuário não é abrangido pelas ações das equipes de APS justamente por estar sendo acompanhado por serviços como o CAPS. Dessa forma, neste mesmo estudo compreende-se que as ações em saúde mental ainda resguardam resistência de alguns profissionais, pois há medo e baixa adesão na ampliação de práticas devido ao estigma da saúde mental como doença e loucura.

As ações da APS estão muitas vezes voltadas à disponibilidade de medicamentos, onde o usuário visualiza um local para renovação da prescrição e para aquisição do medicamento, sem que haja necessariamente à associação de ações para o URM (ALENCAR, CAVALCANTE, ALENCAR, 2013). Fazendo relação com isto, nesta pesquisa o medicamento psicotrópico, neste caso, também é relatado como mais um elemento que, na especificidade do seu uso para tratamento em saúde mental, traz uma complexidade tal de intervenção que acaba também por propiciar encaminhamentos inadequados dentro dessa rede: *“O que a gente percebe é que na unidade básica já foi iniciada a medicação e eles encaminham para cá para questionar para ver se pode seguir com esse tipo de uso, por ser uma medicação psiquiátrica”.*

O matriciamento é um processo de construção compartilhada entre uma equipe de referência e uma equipe de apoio matricial para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica em saúde. Esse tem sido o modelo de trabalho implementado em diversos municípios brasileiros para integrar a saúde mental à APS (BRASIL, 2011b). Ele surge no discurso dos grupos como uma possibilidade de enfrentamento dessa realidade de encaminhamentos inadequados da rede de atenção à saúde. No entanto, no decorrer do debate, surgiram as dificuldades que a equipe vem enfrentando nesse processo, como sugerido no seguinte trecho: *“a gente se dispôs a fazer matriciamento porque com ele a gente também vai desafogar o serviço aqui. Então as equipes que foram matriciar elas não tiveram uma abertura”.*

A primeira dificuldade apresentada diz respeito a não aceitação e não disponibilidade das equipes de APS para a realização do matriciamento. Outra dificuldade percebida pela equipe é que há falhas no apoio da gestão municipal, para que esse obstáculo seja superado e o matriciamento seja efetivado.

Para vocês entenderem: é feito um trabalho de matriciamento aqui pelo CAPS e pelos outros CAPS também, com as unidades de saúde e as unidades de saúde não se mostraram abertas, não receberam, não mostraram disponibilidade de marcar horário.

[...] queixa da gestão não participar no fato que ela seria uma propulsora do matriciamento. Que iria, de uma certa forma, “obrigar”, mostrar a necessidade para as unidades. Então a gente não vê o papel do coordenador das unidades a se disponibilizar a isso.

Nessa mesma ideia, além do apoio da gestão ao matriciamento, entende-se que uma boa assistência está intrinsecamente relacionada ao preparo do profissional, às condições de trabalho, e às ações de educação permanente (AZEVEDO, GONDIM, SILVA, 2013).

Ainda, no que se refere ao encaminhamento de demandas, surgiram os seguintes entendimentos relacionados às dificuldades de melhorar o atendimento ao usuário, incluindo os serviços da assistência social. *“E faz um caminho bem maior: chega aqui, para nós estarmos encaminhando para o CREAS, para nós estarmos acessando o CRAS então, como a colega disse, não se enxerga a questão da integralidade”.*

Tem serviços que nós aqui acabamos acessando, mas a atenção básica não acessa, acaba não fazendo com que os usuários conheçam, é o CRAS (centro de referência da assistência social) e CREAS (centro de referência especializado da assistência social), porque chega muito pra nós violência doméstica.

Ao mesmo tempo que os participantes da pesquisa abordaram os encaminhamentos inadequados da rede de atenção à saúde, o discurso dos profissionais do CAPS também referiu a sua prática profissional quando está realizando atendimento nas unidades de APS, ilustrando encaminhamentos ao CAPS sem necessariamente usar os critérios que se questionavam anteriormente: *“passa no*

CAPS infantil com a tua filha, pra tu ter um apoio, e tu passo no adulto pra dar uma conversada melhor”⁴.

Ao discutir as falhas de conexão da rede de atenção à saúde e da rede de composição intersetorial, a equipe também fez uma reflexão sobre a “rede”, como destacado a seguir: *“Então eu acho que é a pergunta que não quer calar: o que é a rede? Quem são os integrantes dessa rede? A gente está sempre tecendo ela, mas nunca se chega a um denominador comum”; “Alguns se colocam na rede, outros não se colocam na rede”; “Que rede é essa? Será que um dia a gente vai ter uma rede mais concisa? Ou será que ela se faz em momentos?”.*

Nesta mesma direção, no estudo de Onocko-Campos (2013), os gestores participantes da pesquisa relataram que as parcerias da rede são mais intensas em situações de crise de usuários e refletiram que idealmente esta rede deveria estar constituída permanentemente. Mendes (2011) diz que a RAS é constituída para responder às necessidades das pessoas e populações. Assim, é preciso considerar a medicalização social enquanto um atravessamento que influencia na sua configuração uma vez que esta é uma lógica pela qual, socialmente, explica-se o processo saúde-doença.

Partindo-se desta ideia e da clareza de que o CAPS é parte integrante desta referida rede de atenção à saúde, é possível correlacionar as influências da medicalização social ao discurso biomédico advindo dos profissionais no campo de estudo, a exemplo do discurso centrado no fluxo do medicamento, relacionando os profissionais diretamente envolvidos na sua prescrição e administração, especialmente o profissional médico. Igualmente, a explicação pelo modelo biomédico do uso do medicamento, pela sua finalidade curativa, também foi usada pelos profissionais de saúde de uma ESF no estudo de Cunha et al. (2012).

Nesse modelo, o usuário é visto como alguém que apresenta riscos potenciais para a sociedade, o que pode explicar uma tendência da equipe à tutela do mesmo no campo da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, 2013). Nesta pesquisa, a correlação entre diferentes trechos do discurso dos profissionais pode amparar a lógica tutelar presente nesta pesquisa. São relatos estes em que se retratam o sentimento de

⁴ Fazendo referência à fala direcionada a um usuário atendido na APS.

descrença no funcionamento na rede de serviços de saúde ou no cuidado que ela oferta e que os profissionais relatam assumir o cuidado de usuários que não se encaixam nos critérios de atendimento do CAPS, pois temem que os mesmos fiquem sem nenhum atendimento, como reflete os seguintes discursos: *“Sim, mas daí às vezes a gente não encaminha porque a gente não sabe como o posto vai receber lá na ponta e aí a gente acaba assumindo”*; *“E o que a gente vai fazer agora, vai encaminhar pra onde? Não tem para onde encaminhar...nós ficamos com o paciente”*; *“que a gente está transformando um serviço especializado em básico, a gente está fazendo o papel da atenção básica na saúde mental”*.

A alta demanda do CAPS, exposta pela equipe, que foi atribuída à absorção de casos de saúde mental que deveriam estar em atendimento da APS, afeta a qualidade da atenção, traduzida especialmente pela falta de tempo. A equipe reconheceu que a combinação de fatores como falta de tempo e alta demanda (demanda muitas vezes guiada somente pela busca de medicamentos), favorecem a medicamentação: *“Porque senão acaba, como a gente está sempre discutindo, as agendas dos médicos superlotadas. É só medicação, só medicação [...]”*; *“E aí a gente precisa ter tempo para desmanchar isso. E às vezes a gente não têm...; quando tem 11-15 acolhidas num dia não tem...; realmente não tem”*; *“E talvez o excesso de prescrição seja a falta de tempo para a escuta”*.

Ou então tentam aquele tempo da escuta, que é o que a gente também vem percebendo assim: pra fazer acolhimento precisa de tempo, precisa ter tempo para realmente escutar aquela pessoa. Porque senão tu vai realmente atropelar e receitar uma medicação.

A dificuldade de articulação do cuidado em uma rede de atenção à saúde, segundo os profissionais, faz com que o usuário use as falhas do sistema e busque serviços e profissionais distintas para conseguir o medicamento: *“Se o paciente não consegue num local ele procura outro e às vezes o médico, por uma dificuldade de manter a palavra, ou de diminuir gradualmente, de ter aquele trabalho, é mais fácil fazer uma receita e manter o paciente usando”*.

Já aconteceu da gente retirar o medicamento e o paciente conseguir no posto de saúde a prescrição. Com isso vem a falta de comunicação, entrando no

matriciamento, e a questão da dificuldade de...um prontuário eletrônico, que facilitaria se não tem essa possibilidade de ligar ou ter um outro tipo de contato.

Além disso, ao mencionarem as lacunas que existem para o acesso de medicamentos, a discussão dos profissionais transpassou também pelo papel da legislação e da vigilância, especificamente no que trata das diferenças de acesso a medicamentos no setor público e no setor privado: *“As redes grandes cobram isso dos funcionários. E tudo isso é uma questão que vem em função de fechar metas. Não interessa o produto que tu vende...; sim, foca mais nos medicamentos, mas tu tens que estar vendendo”*.

Teve muita fiscalização em cima da classe médica, acho que existem alguns que acabam prescrevendo um e outro medicamento por algum motivo, por algum benefício pessoal, o que não é certo, mas existe isso nas farmácias, não tem essa vigilância.

Nessa perspectiva onde a demanda pelo serviço é alta e a rede de atenção à saúde está desarticulada, os participantes reconheceram que o acompanhamento do usuário fica prejudicado, assim como a promoção do URM. *“E se tu tem uma estrutura que te vê mais vezes, fica mais fácil tu “ah, não vou aumentar tanto a dosagem”;* *“Pra quem vai atender o paciente daqui a dois meses é mais tranquilo assim, tu pecar por um pouquinho a mais de sedação”*.

Se tu sabe que tu só vai voltar daqui a um mês ou daqui a dois meses, tem a angústia do próprio paciente que vai te passar aquilo ali e do próprio profissional que tá ali tentando preferir uma medicação que segure nos próximos dois meses.

Em um momento da discussão em que a equipe refletia sobre as práticas de medicamentação, quando se propunha a fazer um levantamento de quantos usuários do serviço faziam uso de medicamento, surgiu a seguinte manifestação: *“Mas vamos pensar como é a estrutura do serviço. Não é para transtornos graves e persistentes?”*. Sobre essa reflexão proposta, no qual se considerou os níveis de atenção à saúde, destacamos dois discursos: *“Sim, mas aí a gente diz que dá conta e a gente não tem só paciente graves[...]”*; *“Esse viés assim é por ser secundário o serviço”*.

Na discussão sobre o URM e a estrutura da RAS, o papel da farmácia de dispensação pública foi pouco mencionado espontaneamente, o tema surgiu no debate quando a equipe foi diretamente questionada sobre o papel da farmácia no processo de atenção:

[...] nos ajudam também no controle da medicação então ele consegue retirar medicação de novo no mínimo trinta dias, mesmo ele tendo outra receita ele não vai conseguir tirar lá. Então eles têm esse cadastro, já aconteceu de eles entrarem em contato e dizer 'algo faltou' ou mesmo 'uma assinatura na receita' ou 'o medicamento está em falta'.

A Farmácia Escola do município, na essência de sua organização, contempla alguns preceitos do URM: a dispensação de medicamentos em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade. Juntando ao discurso acima, entende-se que ela também está comprometida com a prescrição adequada, com o medicamento na forma farmacêutica, dose e período de tratamento adequado, à medida em que estabelece a comunicação com o CAPS. Conforme os relatos dos profissionais do CAPS, é interessante perceber que desse contato foram elencadas as ações relacionadas ao medicamento: controle do quantitativo mensal dispensado por usuário e os aspectos legais da prescrição (como a assinatura do prescritor). Isso remete a ideia trazida por Cunha et al. (2012), de que, por vezes os profissionais podem utilizar-se de representações fragmentadas do processo de cuidado e assim assumir um papel quase que exclusivamente vigilante, de simplesmente verificar o cumprimento ou não do tratamento medicamentoso.

Cabe então resgatar o papel da Assistência Farmacêutica na organização das RAS enquanto um sistema de apoio, transversal a todo seu arranjo. As suas ações devem contemplar intervenções logísticas relativas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, bem como àquelas assistenciais, de farmácia clínica, dispensação, farmacovigilância, conciliação de medicamentos (MENDES, 2011). Destaca-se disso que ainda é necessária a mudança de um paradigma, de verdadeiramente implementar a Assistência Farmacêutica em todas as suas vertentes, em especial, àquela relacionada ao uso do medicamento adequado às necessidades dos usuários, ao seu uso racional (ARAÚJO, UETA; FREITAS, 2005). Esta mudança não

depende somente da prática do farmacêutico e/ou do serviço de farmácia. Essa mudança se faz pela atuação de todos os profissionais, toda a equipe, todos os serviços da RAS.

4.3.4 FATORES QUE INTERFEREM EM SAÚDE MENTAL

Nesta categoria de análise surgiram elementos para pensar o conceito de saúde. Houve um entendimento de que a saúde sofre influências de fatores que não dizem respeito somente ao setor específico, mas que englobam outras áreas da vida dos usuários. Na discussão, isso fez parte da definição sobre as demandas em saúde mental: “[...] a gente vê um problema familiar, um problema financeiro, várias coisas que poderiam ser modificadas, mas que aquele paciente não tem como modificar ou buscar outra alternativa”; “Existem vários problemas associados a isso. Vários problemas sociais, financeiros, graves... e como não vai desestruturar?”.

Os participantes relataram ainda situações específicas que influenciam no cuidado em saúde mental, a começar pelo o estigma com a saúde mental. As principais manifestações referiam-se especialmente ao estigma que ocorre dentro dos serviços que compõem a RAS, tanto para acolher quanto para atender o usuário, como exemplificado a seguir. “[...] ainda é um preconceito. Um tabu. Um medo”.

E tem a questão também do preconceito com o paciente da saúde mental. Chegou no balcão foi paciente CAPS vai ser CAPS, chegou no pronto socorro com uma dor, é um paciente psiquiátrico, já não vão valorizar tanto ou ver ele como uma urgência, uma emergência.

Ainda durante a discussão, outro ponto considerado como influência negativa no cuidado foi o simbolismo que o usuário produz sobre a psiquiatria e o medicamento psiquiátrico:

Ainda tem um estigma quanto à psiquiatria, ao uso de medicamento psiquiátrico. Tem casos que são gravíssimos, já tentou duas vezes suicídio, aí precisa de um estabilizador do humor ou até dois estabilizadores do humor para se manter estável, ou de repente precisa de um outro, um antidepressivo. Uma certa época então eles olham para a receita e dizem ‘Bah, mas é tanto remédio, né’. Aí tu pergunta ‘tá usando outra medicação?’ aí puxa a folhinha branca lá e tem dois antihipertensivos, um antiagregante plaquetário, sinvastatina, omeprazol e aí tu

pensa 'isso não é muito'. Então o cardiologista lá que viu que teve um infarto diz 'precisa usar aquilo' e precisa usar aquilo. E se o psiquiatra diz que 'tem que usar aquilo' também tem que usar aquilo, na verdade.

Em analogia com estudo de Orlandini & Noto (2005) surgiu, especialmente entre os participantes médicos, que os usuários aceitam mais facilmente a prescrição de benzodiazepínicos quando comparado aos demais medicamentos psicotrópicos uma vez que existe a ideia de que estes últimos são medicamentos para “louco”. Isso destaca que, em relação à adesão ao tratamento psicofarmacológico, além de fatores sociais e relacionados ao usuário, há também os fatores relacionados ao tipo de medicamento (KANTORSKI et al., 2011). Ao mesmo tempo, faz também atentar para a importância de um diálogo entre profissional e usuário em que o profissional esteja sensível a compreender e atuar sobre esta dimensão.

A rede de apoio do usuário - conformada pelas relações de um sujeito na sua vida cotidiana, familiar e social (LAVALL, OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009)- foi entendida como ponto importante para o seu tratamento, relatada em sua maioria como uma influência positiva, que favorece um tratamento adequado: “[...] quanto menor a rede de apoio, menos ampla, mais restrita a abordagem, menos multidisciplinar, digamos assim, acaba precisando de doses maiores de medicações”.

O papel da crença é tido, nos exemplos citados, como um ponto da rede de apoio onde a equipe esbarra, onde encontra dificuldades: “Não é uma doença, é do espiritual”.

Dentro desta rede de apoio a equipe destacou por diversas vezes o papel da família do usuário no seu tratamento. A sua influência é colocada como extremamente importante, deixando evidente a necessidade da equipe trabalhar e vincular-se a ela. Os resultados desta relação são denominados tanto como positivos como negativos para o tratamento do usuário. “A principal que esbarra ou facilita é a família né”; “E o quanto a família interfere, né. O quanto a gente tem que fazer vínculo com essa família”; “E aí a gente acha que vai funcionar com o apoio da família e na verdade não [...] A família manipula”; “E às vezes, o quanto essa família quer que o paciente fique bem”.

4.3.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE

Importantes apontamentos também foram feitos acerca o preparo profissional para o atendimento em saúde mental. O primeiro refere-se a uma reflexão sobre as falhas no atendimento de saúde mental na APS, compreendendo algumas dificuldades e nomeando a necessidade de um perfil profissional experiente com cuidados em saúde mental.

“Se a pessoa chega do jeito que ela chega no nosso acolhimento aqui numa primeira vez, relatando isso numa unidade de saúde, se eu não tenho uma equipe experiente, os profissionais da área, acho que eu também me assustaria”

O outro ponto abordado foi a questão da formação do profissional da saúde, especificamente do profissional médico, para atuar na saúde mental, apontando lacunas existentes durante a graduação deste profissional, como pode ser visto no discurso que segue.

E às vezes até mesmo o medo de manejar esse paciente, o despreparo, daqui a pouco da faculdade. Na saúde mental quem vai se especializar um pouco mais é aquele que vai fazer o estágio mais aprofundado porque é um estágio como qualquer outro e normalmente as pessoas não têm interesse, tudo é passado mais superficialmente. E é algo que a gente vê que qualquer médico que for trabalhar num posto de saúde vai se deparar com um paciente com transtorno mental. Deviam dar muito mais ênfase a isso durante a formação do que dão. Então tem medo às vezes de receitar uma medicação controlada. Não se tem uma afinidade com esse tipo de tratamento. Então acaba vindo pra cá porque poderia ter começado uma dose de medicação no posto, mas o profissional por medo ou por desconhecimento não faz, acaba encaminhando para o psiquiatra, quando deveriam ser encaminhados casos mais complicado.

Nesta mesma direção, um estudo feito no município de São Paulo-SP acerca de medicamentos benzodiazepínicos, mostrou unanimidade entre os profissionais entrevistados ao afirmar que a formação adquirida ao longo da graduação em medicina foi insuficiente para prescrever adequadamente essa classe de medicamentos, resultando tanto na subprescrição por conta do temor aos seus efeitos, quanto na superprescrição pelo desconhecimento dos seus riscos. Além disso, a constatação da falta de preparo para prescrição foi estendida a todos os medicamentos psicotrópicos (ORLANDINI; NOTO, 2005).

A questão do despreparo profissional em relação às demais práticas de cuidado desempenhadas no CAPS, assim como em relação às demais profissões envolvidas, não foram problematizadas na discussão dos participantes. Ao mesmo tempo, o seu próprio discurso apontou que a singularidade de cada encontro com o usuário requer do profissional muito mais que o domínio de conteúdos relativos à sua área de formação, requer sensibilidade, capacidade crítica e criativa, domínio de tecnologias leves, o que retrata a necessidade de competências comuns aos profissionais para a atuação no CAPS que resignifiquem o cuidado em saúde mental. Isso sugere, com base no atual cenário das práticas, a necessidade de modificações nas atitudes de trabalhadores e gestores do SUS (ALENCAR, CAVALCANTE, ALENCAR, 2013). Denomina-se a formação de profissionais da área da saúde.

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da saúde, implantadas a partir do ano de 2001, trazem um perfil de competências comuns aos profissionais da área da saúde, destacando-se como eixos a integralidade, a humanização do cuidado e o trabalho em equipe com ênfase no SUS (FONSECA, 2012).

Além disso, a Constituição Federal, no seu artigo 200, inciso III⁵ (BRASIL, 1988), estabelece que o SUS tem como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Assim, o Ministério da Saúde, ao analisar as necessidades e demandas em saúde, fomenta este processo lançando mão de ações e programas, muitas vezes articulados com o Ministério da Educação. Vale destacar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que é uma estratégia para promover a integração ensino-serviço-comunidade para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte para produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS. No que se refere à temática desta pesquisa, vale destacar o edital do PET-Saúde/Saúde Mental, lançado em 2010, no objetivo de fomentar o papel da atenção em saúde mental, álcool e outras drogas na análise da situação de saúde, como instrumento de gestão, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população (BRASIL, 2010a).

⁵ Art. 200, III, da CF/88.

4.3.6 SUGESTÕES DE PRÁTICAS PARA DESMEDICALIZAÇÃO

Dentro desta categoria de análise apresentamos os elementos do discurso dos participantes da pesquisa que compreendem o entendimento de práticas para a promoção do uso racional de medicamentos, as linhas de fuga da medicalização social.

As manifestações do usuário sobre o apoio da equipe CAPS foram utilizadas pelos profissionais, enfocando o reconhecimento do suporte da equipe para questões relativas ao tratamento medicamentoso. Assim também a equipe compreende que a construção conjunta do profissional com o usuário e o vínculo entre eles apresenta potenciais para lidar com o medicamento no plano terapêutico do usuário e promover seu uso racional. *“Mas esse ano que passou, eu consegui parar de fazer uso de uma das medicações que eu tomava a vida toda”*; *“E aí eles trazem: sem estar aqui no CAPS a gente não iria conseguir”*; *“Mas já antes de parar, eles procuram alguém pra saber o que pode, o que vai acontecer”*; *“Mas e é isso assim, de poder estar junto com eles nessa construção, de ver que se a medicação tem um papel importantíssimo, não tem como fazer diferente, tirar a medicação, não tem como seguir a vida”*; *“Acho que no CAPS, até como equipe, o principal é o vínculo que tu tem com o paciente, o vínculo que a gente cria com os pacientes.”*

O vínculo, desta forma, pode ser um facilitador no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo, entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005). Trata-se de um direcionamento para a microgestão das relações entre os profissionais e usuários, onde o cuidado requer corresponsabilização, envolvimento e disponibilidade de um para o outro (CONSOLI, HIRDES, COSTA, 2013; MENDES, 2007).

A dimensão pedagógica desse encontro com o usuário, a importância de propiciar reflexões acerca do tratamento medicamentoso, é destacada como parte da promoção do uso racional de medicamentos: *“O que a medicação vai mudar na vida desse paciente? Então acho que nas acolhidas, nas abordagens, nas internações, nos grupos, nos espaços que o CAPS oferece a gente consegue fazer com que o paciente faça essa reflexão”*.

Todo este processo de construção conjunta com o usuário refere o reconhecimento da sua autonomia, do empoderamento sobre o seu cuidado e, ao trabalhador, a necessidade de reconhecer o seu limite de atuação. *“E poder estar corresponsabilizando aquele usuário perante o tratamento dele. Não adianta só ele tomar a medicação e não fazer a parte dele”*; *“E que eles também se reconhecem, sabem do seu diagnóstico, se conhecem, sabem do seu funcionamento”*.

E a gente tem um limite também que é de estar conversando, de estar mostrando prós e os contras, mas a gente enquanto profissionais têm um limite, em que alguns usuários falam que não querem fazer a medicação. E aí às vezes é...; eu sinto uma dificuldade nossa enquanto profissional em estar respeitando isso e como lidar. Sem esse uso vai ter um risco onde ele vai estar colocando a vida dele em risco, a vida de terceiros em risco.

Neste processo de empoderamento do usuário, da promoção de sua autonomia, foi relatada a experiência com o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) no serviço, trabalhado em um grupo entre trabalhadores e usuários do CAPS I. *“Até a doutora estava relatando que tem um paciente que participa que foi com o guia na consulta”*; *“Assim, assim, e assim...; é e não é...; tem que diminuir...; está afetando a minha sexualidade”* (referindo a fala de usuários). *“Eles trazem bastante no cuidado, questões sobre medicações e acabam estudando”*.

O Guia GAM é um material impresso que serve de suporte para uma estratégia de diálogo e trocas entre profissionais e usuários. A ideia é fazer com que estes participem das decisões relativas ao seu tratamento, reivindicando seus direitos, conversando sobre o lugar que o medicamento e outras práticas ocupam na sua vida e refletindo sobre sua qualidade de vida e suas redes sociais (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Ao reconhecer a autonomia do usuário, a equipe também reconhece que há interação entre usuários para falar sobre o tratamento medicamentoso: *“Ao mesmo tempo que eles mesmos dizem ‘não, tu não pode parar’, ‘eu já parei e aconteceu isso’*”. Nessa construção do cuidado juntamente com o usuário, os profissionais apontaram que independentemente do contato, do atendimento feito, do local e da formação do profissional, conseguem perceber e discutir questões referentes à relação do usuário com o medicamento: *“consigo perceber que tem alguma coisa que não está*

certa com o uso da medicação e consigo chegar e perguntar: ‘tu está usando? Tu está usando correto?’.

No entanto, sabe-se que a participação dos usuários nas decisões do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao relato de seus sintomas. Os usuários, em geral estão pouco apropriados de informações e as decisões geralmente estão centralizadas nos profissionais de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2013). Apesar do Guia GAM surgir nos relatos da equipe, ainda constou de forma breve e rasa nos discursos. A autonomia do usuário foi mais profundamente debatida quando a equipe falava de casos de não adesão ao tratamento, entendida muitas vezes como estratégia de resistência do usuário assim como de frustração para o profissional.

Considerando as suas práticas profissionais envolvendo o tema medicamentos, os participantes ressaltaram a necessidade de um posicionamento coeso de equipe para bancar o discurso da não necessidade de uso de medicamentos no duelo que se estabelece a partir das demandas impostas ao serviço. *“E o quanto a gente tem que estar preparado e com um discurso firme, coerente e conciso de que ‘não, mas tem outros cuidados’”; “Eu vejo que tem casos sim que a gente consegue manter isso. Eles insistem de um lado e a gente insiste de outro”; “Quando se fala em uso racional da medicação acho que é muito mais pra nós do que pra eles”.*

Para sustentar o discurso da não necessidade do medicamento foi exposta a necessidade de oferecer outras possibilidades ao usuário além do medicamento, sugerido no discurso a seguir: *“Aí bom, se a gente sempre vem em busca de uma medicação e a gente diz que não é necessário, a gente tem que ter outras coisas para oferecer no lugar, porque tem um sofrimento ali. Se não é a medicação o que a gente vai poder oferecer, né”.*

Nessa perspectiva, surgiu a necessidade de criatividade nas ações dessa equipe para pensar uma estratégia para cada usuário, a partir de sua demanda e necessidades: *“Acho que aqui a gente usa a criatividade. E acho que é PTS (projeto terapêutico singular) mesmo. A gente às vezes cria algumas coisas que servem para um, mas não servem para outro”.*

Importante verificar que na conformação da equipe participante desta pesquisa encontram-se profissionais que, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, não

são da área da saúde, mas que trabalham no campo da saúde mental: músico e oficinairo (BRASIL, 2002a). Por isso e não somente por isso, como também considerando o discurso da equipe como um todo, os processos de educação permanente em saúde são identificados como estratégia para garantir práticas coesas e coerentes para o cuidado dos usuários pelos integrantes da equipe a partir da reflexão do processo de trabalho: “ [...] a gente consegue problematizar essas questões, consegue estranhar algumas coisas, por exemplo: agenda dos médicos pra mais de um mês adiante...; como assim?”; “Eu não entendo nada de remédio, mas acho que não é bem isso que tu precisa, vai lá conversar que eles vão te dar uma orientação melhor”; “Sim, participando da discussão, vendo outros pacientes que tomam, que utilizam todo esse mecanismo, então já posso dar um apoio”.

A educação permanente em saúde é uma prática pedagógica e uma importante estratégia de gestão. Ela tem potencial de provocar mudanças no cotidiano dos serviços, com efeitos concretos sobre as práticas de saúde na vida dos usuários (BRASIL, 2011a). O principal espaço nomeado para este processo foi a reunião semanal da equipe, onde ocorrem discussões de caso, reflexões sobre o processo de trabalho e o delineamento de estratégias de intervenção, como por exemplo o projeto terapêutico singular dos usuários. Compreende-se a relação deste espaço com a educação permanente em saúde uma vez que ele propicia a horizontalidade das relações entre os profissionais, o que, segundo CAMPOS G. W. S (2005), faz aprender uns com os outros e dá um novo significado ao trabalho em equipe e à cogestão na produção de serviços.

A reunião de equipe é compreendida como o espaço mais garantido e formal para a realização de trocas. Ainda, dentro desse tema, a equipe referiu lançar mão de outros recursos, como o compartilhamento de materiais e textos, para realizar propiciar um movimento reflexivo das práticas. “Nas reuniões de equipe nas quintas-feiras tem servido muito para a gente se fortalecer em relação a isso, é um momento onde se encontram todos os profissionais [...]”; “A gente compartilha textos, seja pelo Facebook, seja pelo e-mail, de experiências, de situações”.

Outra ferramenta para promover o uso racional de medicamentos, frequentemente identificada no discurso dos profissionais, é o trabalho em equipe: “eu

penso numa facilidade, da gente como equipe, é que realmente a gente é uma equipe”. Ou ainda: *“O paciente traz, a gente troca...eu me sinto segura e tranquila muitas vezes nisso”.* Isso vem ao encontro da ideia de Lopes e Grigoletto (2011), que diz que todos os integrantes de uma equipe devem atentar e reconhecer vulnerabilidades e fragilidades que podem gerar possíveis falhas, desde a prescrição do medicamento até sua auto-administração pelo usuário, afim de tornar a assistência mais eficaz e segura.

Sobre o trabalho em equipe, nos discursos que remetem à promoção do uso racional de medicamentos, os relatos centraram-se no fluxo do medicamento, relacionando os profissionais diretamente envolvidos na sua prescrição e administração, especialmente o profissional médico. *“Mas aqui, o que eu percebo é que, com os três médicos, a gente tem uma conversa muito clara e direta, existe uma abertura muito grande para conversar sobre a medicação, tanto nós com eles como eles conosco”.*

A gente se responsabiliza em falar com o médico assim que der. Então entre um paciente e outro a gente conversa com o médico, em reunião de equipe. Então eu acho que a gente está a todo o momento falando sobre isso...com a enfermeira, os técnicos de enfermagem, na sala de enfermagem.

Assim percebe-se que a lógica biomédica está incorporada ao funcionamento da equipe. Um estudo realizado em CAPS de três grandes cidades do Brasil mostrou, pelas falas dos usuários dos serviços, que ao se tratar de assunto envolvendo medicamento, os demais profissionais do CAPS pareciam estar pouco apropriados e costumavam remeter ao médico. Ainda nesta mesma pesquisa, os profissionais médicos relataram que a decisão sobre o tratamento medicamentoso centrada na sua figura não é um desejo seu, mas sim uma resposta em função da organização do trabalho no CAPS (ONOKO-CAMPOS, 2013).

Logicamente devemos considerar nessa discussão que este é o profissional prescritor, que esta é uma atividade privativa deste profissional, e que em casos graves e persistentes em saúde mental o uso de medicamentos tende a ser mais elevado. Mas, ao mesmo tempo, devemos ressaltar a dificuldade da equipe em nomear outras atividades e ações de cuidado concomitantes ao tratamento medicamentoso, ressaltando o medicamento em um papel quase que exclusivamente curativo. O mesmo

foi encontrado por Cunha et al. (2012) no seu estudo com trabalhadores de ESF em que o papel profilático e paliativo do medicamento foi menos considerado em relação ao curativo, evidenciando o predomínio de concepções pautadas na dimensão biológica do sujeito.

Tomando as especificidades do trabalho com saúde mental, os desafios encontrados nesse trabalho, os participantes da pesquisa atentaram para experiência profissional e da equipe como guias na decisão sobre o manejo do usuário com medicamentos: *“É muito das experiências do profissional ou da equipe que vai nortear muitas vezes a escolha de uma medicação ou aumentar a dosagem, né”*. Ainda sobre a articulação do CAPS com a rede de apoio do usuário, foi relacionado ao uso racional de medicamentos, aquele definido como um mínimo necessário:

Num CAPS a estrutura é um pouco mais ampla, é mais integral essa abordagem, pro paciente e pra família. E acaba tendo uma tendência de poder ir reduzindo a medicação quem sabe até, o objetivo assim, ideal, quem sabe, estar tão desenvolvida essas outras formas de atender o paciente ou de lidar com essas situações que daqui a pouco consegue até ficar com o mínimo mesmo ou até, dependendo do tipo de situação, abrir mão da medicação. Talvez a forma que, falando em CAPS, padrão CAPS, a forma pra a gente tentar chegar nesse mínimo possível seja essa né.

Da mesma forma, a rede de atenção à saúde anteriormente apresentada com suas falhas e o prejuízo causado no cuidado dos usuários, nesta categoria de análise apareceu como promotora do uso racional de medicamentos, quando realmente articulada. *“É necessário a rede independente se ele precisa de medicamento ou não”*; *“Se aciona a rede pra auxiliar nesses contatos com a família ou no caso de o paciente não conseguir se vincular aqui, de fazer a vinculação na unidade, através da medicação”*.

Ao estender a horizontalidade das relações para além de uma equipe de saúde, avança-se para a proposta de sistemas integrados, de conformação de redes de atenção à saúde que, ao atuar de forma articulada, enfrentam as necessidades de saúde. Isso tende a tensionar o modelo hierarquizado e piramidal dos níveis de atenção e direcionar para um modelo de ações cooperativas e interdependentes e permitem ofertar ao usuário uma atenção contínua e integral, coordenada pela APS (BRASIL, 2010b; MENDES, 2011).

Mapeando todas essas percepções envolvidas no uso de medicamentos, a equipe nomeou, direta ou indiretamente, como práticas para o URM, o trabalho em equipe, a discussão de casos, a construção de projeto terapêutico singular (PTS), a aplicação de medicamentos injetáveis no CAPS, a administração de medicamentos de via oral no CAPS, a abordagem em grupos, a abordagem individual, a abordagem com a rede de atenção à saúde e a rede intersetorial, com a rede de apoio social. Para isso foram nomeadas também tecnologias de intervenção leves, como o vínculo, a escuta. Características do serviço, como a longitudinalidade de acompanhamento do usuário. Estratégias como a educação permanente, o grupo sobre o Guia GAM e a flexibilização dos PTS. Momentos em consultório, na recepção, na sala de acolhimento, na sala de grupos, no território, nas unidades de APS, inclusive momentos em que não há profissional intermediando a relação entre os usuários.

Percebem-se intervenções tanto no nível individual quanto no coletivo. No entanto, cabe ressaltar que ações de educação em saúde no âmbito coletivo, envolvendo a questão do tratamento medicamentoso, não foram comentadas e discutidas como estratégia para enfrentar a medicalização da sociedade, prevenir agravos e promover saúde. Esta seria uma intervenção de grande impacto social a um baixo custo financeiro (ORLANDINI; NOTO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o que é preconizado pela OMS, o conceito de URM foi parcialmente apresentado pela equipe de saúde. Os principais discursos diretamente em relação ao tema exprimiram ideias de dose adequada e necessidade de uso. No entanto, e para além disso, foram elencados elementos da organização do sistema de saúde que são necessários para direta ou indiretamente garantir o URM, entre estes, a organização em RAS e também intersetorial, a gestão do sistema e a formação profissional. Destaca-se disso que os critérios da OMS isolados, desarticulados da organização global de um sistema de saúde, não são capazes de sustentar o seu objetivo.

O medicamento surgiu nos discursos como um elemento que permeia diversas situações que são cotidianas no CAPS I de Lajeado-RS e como uma pauta que, independentemente da categoria profissional, envolve todos os profissionais participantes desta pesquisa. Neste mesmo sentido, em relação às práticas realizadas para o URM, além daquelas referentes a práticas privativas a algumas profissões, especialmente da enfermagem e da medicina, as mais predominantes nas narrativas foram aquelas que são transversais aos profissionais da saúde e que necessitam de tecnologias leves, a exemplo do acolhimento do usuário no serviço onde a principal tecnologia é a escuta.

Isso nos mostra que para a promoção do URM não é possível nomear uma única categoria profissional ou somente uma prática. A realidade deste trabalho se dá de forma transversal aos profissionais e necessita muito além do conhecimento técnico e especializado, requer a disposição para o encontro com o usuário e o acionamento das mais diversas tecnologias de intervenção.

Além disso, esta pesquisa mostra que é preciso considerar os fatores que influenciam a organização da sociedade, especialmente a medicalização social, para assim desenvolver adequadamente as ações para o URM e atingir os objetivos necessários no cuidado aos usuários. Importante ressaltar que, ao alcançar o nível social, esses fatores interferem tanto nas demandas dos usuários quanto nas condutas dos profissionais e na organização do sistema de saúde, o que se reflete no olhar

biomédico de equipe encontrado nesta pesquisa, ainda que se trate de um serviço CAPS, proposto a romper esta lógica.

O medicamento traz a cada sujeito um significado, permeado pela sua visão de mundo, pelas suas reflexões e pelas influências do seu contexto, assumindo assim papéis diversos dentro de uma sociedade, o que justifica a diversidade de visões em um grupo de profissionais de saúde. Cabe então destacar a função da educação permanente nos serviços como estratégia para trazer ao cenário da atuação profissional elementos para uma reflexão coletiva capaz de transformar práticas, como aquelas que visam o URM.

O URM, se articulado à organização do sistema de saúde, é um caminho capaz de guiar para práticas que vão ao encontro da Reforma Psiquiátrica. Considerando ainda a atuação do profissional da saúde como potencial neste processo, esse entendimento deve ser ampliado aos profissionais de saúde, por meio da formação profissional (graduação e cursos técnicos, formação continuada e educação permanente) que discuta outras terapêuticas que não a farmacológica, que reorienta a opção de tratamento. Essa mudança deveria ser pensada para todas as profissões na perspectiva da transdisciplinaridade, respaldada pelos processos de gestão desde a instância federal à local, permitindo a reflexão das práticas e promovendo a real ruptura com o sistema ainda medicalizante, de olhar biomédico, presente nos serviços de saúde. Acredita-se que de outra forma não será possível desvincular o medicamento de condutas manicomiais dentro de um serviço que foi criado para romper este modelo de “não atenção”

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 33, n. 4, p. 489-495, 2013.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl 0, p. 733-736, Abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2014.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M; FREITAS, O. A. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.** v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, D. S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Rev. pesquis. cuid. Fundam*, (Online), v. 5, n. 1, p. 3311-3322, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>. Acesso em: 10 maio. 2014.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. 2006. 217 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo - SP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/pt-br.php>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.7. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO 2002. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002(a).

_____. 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. **Código Civil**, Brasília, 2001. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 fev. 2015.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF: 19 fev. 2002(B).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 6, de 17 setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF; 17 set. 2010(a).

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010(b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília: nº 18, Seção 1, p. 49, 24 out. 2011(a).

_____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. CHIAVERINI, D. H. (Org). Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011(b).

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 4643-4652, Dec. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>> Acesso em: 10 maio. 2014.

CARMINATI, M. C. **A propaganda de medicamentos no Brasil**: subsídios técnicos e reflexões críticas e contribuições para o estudo do tema. 2014. 161 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.

(Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ Abrasco, 2001. p. 113-127.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 117-128, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CUNHA, K. O. A. et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n. 6, p. 1431-1437, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52833>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

FERRAZZA, D. A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 381-390, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2014.

FONSECA, E. P de. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **J Manag Prim Health Care**. [online], v. 3, n. 2, p. 158-78, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/58>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou da antimedicina. **Revista Verve**, v.16, p.167-194, 2010

FREY, B. N.; MABILDE, L. C.; EIZIRIK, C. L. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 26, n. 2, p. 118-23, 2004.

HAIR, Jr. J. F. et al. Abordagem e considerações sobre amostragem. In: HAIR, Jr. F. et al. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005, p. 471.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 297-305, Jan/Feb. 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

KANTORSKI, L.P. et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental:** o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. 2002. 183 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre: v. 30, n. 2, p. 198, 2009.

LOPES, L. M. B.; GRIGOLETO, A. R. L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Health**. v. 2, n. 1, p. 1-14, Jan/Abr. 2011.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 331-339, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CRPSP; GIQE. (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 235- 256.

ONOKO-CAMPOS, R. T. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 10, p. 2889-2898, Out. 2013.

ORLANDINI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**. v 13, n. especial, p. 896-902, set./out. 2005.

PADILHA, P. D. M.; TOLEDO, C. E. M.; ROSADA, C. T. M. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de CampoMourão/PR. **Revista UNINGÁ**, Maringá, V.20, n.2, p. 06-14. Out/Dez. 2014.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 23, n. 1, p. 38-41, 2003.

PORTO, M. A. T. O crime Imperfeito: paixão e morte de um paradigma clínico. **Bio-Ciência**. Niterói/RJ, v.9, n.1, p.63-67, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9. 716 de 7 ago. 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Palácio Piratini, Porto Alegre: 07 ago. 1992.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 506-514, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300506&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SEBASTIÃO, E. C. de O; PELA, I. R. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Seguim Farmacoter**. v. 2, n. 4, p. 250-266, 2004.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. **Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**. Brasília/DF- 3-5 nov. 2013. Trabalho apresentado no IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, Brasília, 2013.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda, 2000.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DE CAPS ACERCA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS”, a pesquisa faz parte do mestrado da farmacêutica Marina Weizenmann, do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, sob orientação da farmacêutica Dra. Tânia Alves Amador.

O objetivo da pesquisa é identificar como a equipe do CAPS I de Lajeado/RS percebe e procede sobre o uso de medicamentos. Para isto será realizada uma entrevista preliminar e posteriormente grupos focais, gravados em áudio, com duração aproximada de 60 minutos ou um pouco mais, no qual você irá conversar sobre o uso racional de medicamentos e práticas referentes a este tema desenvolvidas no serviço de saúde no qual você trabalha. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. As reuniões do grupo focal serão agendadas de acordo com a sugestão dos participantes em local, data e hora que for conveniente para a equipe, consultada individualmente.

Os riscos previsíveis relacionados à sua identificação serão evitados por meio de sigilo de dados pessoais e confidenciais. *A participação na pesquisa pode gerar alguns desconfortos; entre eles, expor suas ideias e contribuições em grupo e despende 60 minutos ou um pouco mais do seu tempo para a realização do grupo focal e um pouco menos para esta entrevista. Mas enfatizamos que você não é obrigado(a) a participar e pode desistir a qualquer momento.

Embora não haja benefícios diretos aos participantes, considera-se um benefício indireto a reflexão sobre a prática de trabalho da equipe de saúde, sobre a medicalização da sociedade, sua necessidade e exageros, esperando-se que a pesquisa contribua para práticas de saúde associadas ao uso racional de medicamentos e consequentemente para a qualidade do atendimento e da rotina dos usuários do CAPS I de Lajeado-RS.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador responsável, a professora orientadora da pesquisa, e da Comissão de Ética em Pesquisa da UFRGS, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Tânia Alves Amador
Faculdade de Farmácia/UFRGS
Fone: +55 51 3308-5305

UFRGS/ Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS
Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar - Porto Alegre/RS
CEP: 90040-060
Fone: +55 51 3308 3738
E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Eu, **(nome do participante da pesquisa)**, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Pesquisador: Marina Weizenmann

(Assinatura do pesquisador)

Lajeado, ____ de _____ de 2015.

ANEXO 2

Etapa 1- Questionário- Entrevista Individual -

Pesquisa: Percepções e práticas de uma equipe de CAPS acerca do uso racional de medicamentos

Pesquisadoras: Mestranda Marina Weizenmann e Professora Orientadora Dra. Tânia Alves Amador

Participante n°: _____

Tempo de serviço (no CAPS I): _____

Semestre/Ano em que se formou: _____

Questões para responder individualmente

1) Você já ouviu falar em uso racional de medicamentos?

SIM NÃO

2) Você consegue verificar/perceber questões referentes ao tratamento medicamentoso dos usuários na sua prática profissional?

SIM NÃO

3) No trabalho que você desempenha no CAPS juntamente com os usuários que atende, com que frequência você verifica que o uso de medicamentos é imprescindível para o usuário?

Sempre Na maioria dos casos Na minoria dos casos Nunca

A seguir marque sua disponibilidade de horários para participar do grupo focal da Etapa 2 desta pesquisa

	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
Manhã					
Tarde					

Observações:
