

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRICIA APARECIDA DA SILVA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM COROMANDEL/MG: UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

UBERABA/MINAS GERAIS

2013

PATRICIA APARECIDA DA SILVA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM COROMANDEL/MG: UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Paula Cambraia de Mendonça Vianna

UBERABA/MINAS GERAIS

2013

PATRICIA APARECIDA DA SILVA

**ANÁLISE DO USO INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM COROMANDEL/MG: UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Paula Cambraia de Mendonça Vianna (Orientadora)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: 26/10/2013

DEDICATORIA

Dedico este trabalho a minha família que sempre compreendeu, com muito carinho, a minha busca pelo aprimoramento em minha profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de inspiração e sabedoria, que esteve sempre comigo no cumprimento de mais uma fase da minha vida.

Às amigas Helaine Aparecida de Faria Nunes e Tânia Cristina Tavares pelas horas desafiadoras, alegres e descontraídas nas viagens a caminho das aulas.

Agradeço principalmente e essencialmente, a Psicóloga e amiga Carolina Lomonaco, pela amizade e carinho e por me ajudar a conduzir este trabalho com paciência e dedicação.

À professora Paula Cambraia de Mendonça Vianna pela sabedoria, paciência, confiança, dedicação a mim dispensada e pela preciosa orientação e estímulo constante e a competência que conduziu este trabalho com resignação em meus momentos de ansiedade.

À Universidade Federal de Minas Gerais, instituição que proporcionou oportunidades de crescimento profissional.

À toda equipe Ágora pela competência em promover a construção da nossa aprendizagem.

EPIGRAFE

“A persistência é o menor caminho do êxito.”

CHARLES CHAPLIN

RESUMO

A utilização aumentada de psicofármacos é um problema que ocorre em todo o mundo. Desta forma, o estudo é relevante para a Estratégia Saúde da Família uma vez que este problema é uma realidade na nossa sociedade e constitui motivo de preocupação para o setor saúde. O objetivo geral desta pesquisa foi discorrer sobre o papel da atenção básica no atendimento ao paciente com sofrimento psíquico prevenindo o uso inadequado de psicofármacos, por meio de uma revisão narrativa de artigos científicos que abordavam o tema. O levantamento deste material bibliográfico se deu nas bases de dados da LILACS, SciELO e BDENF, com os descritores: : *Psicofármacos. Saúde mental. Atenção primária à saúde*. Também foram incluídos nessa busca bibliografias do Ministério da Saúde. A análise do material permitiu dizer que o número de pessoas usuárias desses medicamentos é considerável, devido à falta de projetos voltados para este público no sentido de desestimular o uso contínuo de psicotrópicos; falta de integração entre os profissionais de saúde mental, a família e a sociedade; falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com estes pacientes e a falta de vínculos dos pacientes com sua unidade de saúde. O planejamento de ações que visem à qualidade de vida dos usuários, disponibilização de outras formas de tratamento e conscientização acerca dos diagnósticos psiquiátricos podem contribuir para o uso racional e consciente desses medicamentos. Os profissionais de saúde envolvidos neste processo devem atuar de forma preventiva, limitando o uso dos psicofármacos às suas verdadeiras indicações. Outra estratégia essencial é o trabalho com grupos.

Palavras-chave: Psicofármacos. Saúde mental. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The increased use of psychotropic drugs is a problem throughout the world. Thus, the study is relevant to the Family Health Strategy since this problem is a reality in our society and is a concern for the health sector. The objective of this research was to address the role of primary care in patient care with psychological distress preventing inappropriate use of psychotropic drugs through a narrative review of scientific articles that addressed the topic. The survey of this bibliography is given in the databases LILACS, SCIELO and BDENF with descriptors: Pharmacotherapy. Mental health. Primary health care. Also included in this search bibliographies Ministry of Health analysis of the material allowed to say that the number of people users of these drugs is considerable, due to lack of projects for this audience in order to discourage the continued use of psychotropic drugs, lack of integration among mental health professionals, family and society; lack of training of health professionals to deal with these patients and the lack of links patients with their health unit. The planning actions for the quality of life of users, availability of other forms of treatment and awareness of psychiatric diagnoses may contribute to the rational use of these medications and conscious. Health professionals involved in this process should take preventive, limiting the use of psychotropic drugs to their true indications. Another key strategy is to work with groups.

Keywords: Psychiatric Drugs, mental health, primary health care, matricial.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	PERCURSO METODOLÓGICO	16
4	RESULTADOS	17
4.1	A Política de Saúde Mental Brasileira	17
4.2	A Inserção na Comunidade e na Família dos pacientes portadores de Transtorno Mental	20
4.3	A Utilização de Psicofármacos	24
5	ANÁLISE DA ATENÇÃO PROPOSTA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUGESTÕES PARA O CUIDADO	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição, em 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Declaração de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, definiu uma nova política de saúde mental que redirecionou paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Isto é, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade dispõe. Priorizou-se a criação de serviços de saúde mental públicos e territorializados, ao mesmo tempo em que se determinou a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Segundo Amarante (2007), a Política Nacional de Saúde Mental tem como alicerce a desinstitucionalização, que desloca a atenção ao portador de transtorno mental prestada em instituições fechadas para espaços extra-hospitalares que sejam capazes de atender às necessidades da pessoa com sofrimento mental e sua família, de modo que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade, possibilitando a manutenção dos vínculos sociais e familiares.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, colocou como responsabilidade da unidade básica o atendimento a 80% das necessidades da população, incluindo a Saúde Mental. Desta forma, torna-se necessário incrementar a atenção aos portadores de sofrimento psíquico dentro da rede pública, mediante a oferta de ações locais e a potencialização de recursos comunitários. Por meio da articulação das ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial busca-se implementar uma rede de serviços territoriais de Saúde Mental, substitutivos ao aparato manicomial (CONSOLI, HIRDES E COSTA, 2009).

No Brasil, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental priorizam a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar de serviços com assistência humanizada, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); inclusão das

ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de pacientes institucionalizados na família e na comunidade, de acordo com as diretrizes da Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2003,2006).

Entende-se a reabilitação psicossocial, segundo Saraceno (1996), como o envolvimento de todos os profissionais e atores no processo saúde-doença mental e na construção de dispositivos e estratégias que busquem a autonomia, a dignidade e a liberdade do usuário dos serviços. Nesta acepção, o processo de reabilitação consiste em um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social. Esta concepção modifica as relações do usuário com a doença, colocando-o como protagonista de ações que dizem respeito à sua existência-sofrimento.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical, com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade. Com a implementação do Matriciamento em Saúde Mental, a lógica tradicional dos sistemas de saúde pode vir a ser atenuada por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (GUIA PRÁTICO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL, 2011).

De acordo com o Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011), “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.”

Figueiredo e Campos (2009) definem o Matriciamento como um suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar em saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

No matriciamento, a atenção primária (ESF) junto à saúde mental constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e sua família (GUIA PRÁTICO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL, 2011).

A família é vista não só como grande parceira, mas também como necessitada de cuidado por parte dos profissionais de saúde (WAIDMAN e ELSESEN, 2005). Assim, é extremamente importante a família participar, juntamente com os prestadores dos serviços de saúde mental, do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, de modo a se estabelecer uma rede de relações que proporcione uma convivência saudável entre os usuários, os profissionais da saúde, os familiares e a sociedade (AMARANTE, 2007; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007).

Nesta acepção, o afeto, os laços emocionais e a participação em grupo são decisivos na composição familiar, sendo fundamental na construção da vida do sujeito, e isto se deve ao fato de o ser humano não viver sozinho, mas num contexto social, em que a família é sua rede de suporte mais próxima (WAIDMAN e ELSESEN, 2005; SOARES e MUNARI, 2007).

No campo da atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF), tem por sua própria concepção filosófica a possibilidade de auxiliar as famílias, porém isso ainda é um grande desafio para seus profissionais do PSF e gestores (AMARANTE, 2007; SOARES e MUNARI, 2007).

Além da rede social, na qual a família se insere, contamos com uma série de estratégias importantes para a permanência do portador de sofrimento psíquico no espaço social, entre elas, os medicamentos psicotrópicos.

Os medicamentos psicotrópicos (psique=mente, topos=alteração) são definidos como modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, conforme a Organização Mundial de Saúde, em ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (RANG, DALE e RITTER, 2004).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2002), um em cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, quase sempre feita por clínico geral. A prevalência do consumo destes fármacos é elevada no Brasil (ANDRADE, ANDRADE e SANTOS, 2004).

No Brasil, a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial é a Portaria n.º 344/98 - SVS/MS, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1999/2000), a qual define as seguintes listas de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

Dentre os psicofármacos, os benzodiazepínicos encontram-se entre os mais consumidos, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (LAPORTE *et al.*, 1983; GUEREJE e OBIKOYA, 1991).

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica (ANDRADE, ANDRADE E SANTOS, 2004). Segundo Paulo e Zanini (1997), a dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social.

De acordo com Freud (1930), procuramos medidas paliativas para nos acalmar dos sofrimentos e decepções da vida e, entre esses paliativos, existem fundamentalmente dois tipos: os sintomas que representam satisfações substitutivas, produtos finais dos conflitos que levaram ao recalque e que diminuem o “sofrer”; e substâncias tóxicas que nos tornam insensíveis a ele. Essa busca se baseia no fato de o “sonho” do homem ser a conquista da felicidade que pode ser alcançada pela busca de sensações de prazer ou pela diminuição do sofrimento. Nesse processo está o princípio de prazer atuando, ou seja, é o desejo de gratificação imediata. Tal desejo conduz o indivíduo a buscar o prazer e evitar a dor.

Em Minas Gerais, a Rede de Atenção em Saúde Mental do Estado, em sua estrutura e funcionamento, propõe um conjunto de ações e serviços em saúde mental. Neste sentido, busca-se criar plenas condições de promoção à saúde mental e desenvolver eficientes ações relativas ao campo do adoecimento mental, considerando o pertencimento, a reinserção e a livre circulação do cidadão na comunidade e na família, resguardando os seus direitos e garantias fundamentais e respeitando os princípios legais contidos na Constituição da República Federativa do Brasil e na Lei Federal Nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Logo, a Atenção Primária à Saúde é a base estruturante desta rede temática de atenção em saúde, articuladora dos cuidados integrais necessários ao indivíduo na área de saúde mental em seu território, com a sua família e a sua comunidade. É, principalmente, a porta de entrada desta

rede, e deve apresentar ações proativas para atender as necessidades em saúde mental da população (REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2013).

Entretanto, no serviço em que atua a autora deste estudo, em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF), do município de Coromandel, MG, observa-se uma deficiência na Atenção à Saúde Mental, pois a Estratégia Saúde da Família atua apenas como coadjuvante, efetuando apenas a “troca de receitas” de psicotrópicos pelo médico clínico geral. O número de pessoas usuárias destes medicamentos é considerável, devido à falta de projetos voltados para este público no sentido de desestimular o uso contínuo de psicotrópicos, a falta de integração entre os profissionais de saúde mental e a família, a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com estes pacientes e a falta de vínculos dos pacientes com sua unidade de saúde. Observando esta necessidade de organização da atenção em saúde mental e sua articulação com a Atenção Primária, este estudo se propõe a realizar uma revisão de literatura sobre a prevalência e abordagem dos transtornos mentais nas Unidades de Atenção Básica à saúde e o uso indiscriminado de psicofármacos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Discorrer sobre o papel da atenção básica no atendimento ao paciente com sofrimento psíquico prevenindo o uso inadequado de psicofármacos.

2.2 Objetivos específicos

Revisar a literatura sobre a Política de Saúde Mental;

Discorrer sobre o uso de psicofármacos na Atenção Primária

Propor estratégias para a redução do uso indiscriminado de psicofármacos

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho constitui-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa sobre as diretrizes para um melhor atendimento do paciente com sofrimento psíquico.

Por pesquisa entende-se um procedimento de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico para reconhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais (LAKATOS E MARKONI 1997).

Uma pesquisa narrativa é uma forma de construção do conhecimento que “auxilia no desenvolvimento da prática e a responsabilidade neste processo contínuo, evidenciando o valor da reflexão como elemento transformador de experiências” (ARAGÃO, 2008, p. 298).

Esta pesquisa bibliográfica inclui a revisão de artigos indexados na base de dados da Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) , do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) através da via de acesso Internet, disponíveis na BIREME.

Para tal, a busca de fontes foi realizada por meio do acesso on-line e buscou-se, ainda, outros sítios eletrônicos relacionados como o Ministério da Saúde e de organizações governamentais e não governamentais de caráter científico, utilizando os seguintes descritores: Psicofármacos. Saúde mental. Atenção primária à saúde.

O levantamento bibliográfico ocorreu no o período de julho de 2011 a setembro de 2011 e nele foram selecionados os trabalhos que atenderam aos objetivos propostos e se enquadraram no período estipulado, ou seja, entre o ano de 1991 a 2012.

Contudo, incluímos trabalhos publicados anteriormente devido à importância dos mesmos para o trabalho em questão e por se constituírem como referências para a área de saúde mental.

4 RESULTADOS

4.1 A Política de Saúde Mental Brasileira

A consolidação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos juntamente com a criação dos serviços substitutivos, que garanta, além da inclusão social, a devolução de identidade e cidadania aos portadores de sofrimento psíquico (BRASIL, 1994).

Entretanto, no Brasil, assim como em muitos outros países, esta rede de serviços ainda está em desenvolvimento e necessita de ampliação da implantação de infraestrutura extra-hospitalar mais próxima ao cotidiano de seus clientes. Apesar desses avanços, a assistência ao doente mental ainda é assinalada por um processo de sucessivas internações, caracterizando um novo fenômeno conhecido como porta giratória. Isto é, o doente alterna entre episódios agudos com internação e períodos de estabilidade quando fica na comunidade (BANDEIRA, GELINAS, LESAGE, 1998).

Nesta perspectiva, a rede de atenção em saúde mental deve ser um organismo vivo, em movimento, provendo a população do Estado de Minas Gerais com uma elevada qualidade e fácil acessibilidade em relação a todos os tipos de ações e serviços assistenciais necessários a uma adequada e completa assistência em saúde mental, respondendo assim às necessidades dos Portadores de Transtornos Mentais e suas respectivas famílias (REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS).

Para Flora (2008), há uma crise na política de saúde mental em nosso meio. Por falta de um tratamento adequado e/ou de adesão, um contingente significativo de portadores de transtorno mental retorna com frequência, permanecendo dependente dos serviços de saúde mental indefinidamente. Muitas vezes, recebem um tratamento "burocrático": receitas de vários fármacos, em doses elevadas, repetidas *ad nauseam*. Quando esses pacientes estão em psicoterapia, tem-se a percepção de que se cumpre um monótono ritual, sem avanços evidentes. Fabricam-se toxicômanos menores com a prescrição indiscriminada de tranquilizantes e hipnóticos, distribuídos como a fluoretação da água. Por outro lado, graves toxicômanos, como os alcoólistas ou alcoólicos. A literatura científica considera o alcoólatra como o bebedor social, não recebem a atenção de que necessitam.

Em contrapartida, em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008). Contudo, muito ainda necessita ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, corresponsabilização e integralidade das práticas em saúde mental (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

Com o matriciamento, aspira-se assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo na construção da autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano implica certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo Estevam *et al.* (2011), a interação entre os serviços, CAPS e PSF tem sido motivo de discussão e questionamentos tanto de profissionais quanto da comunidade acadêmica, tendo em vista a posição estratégica do PSF na atenção ao portador de transtorno mental que vive na comunidade e as inúmeras possibilidades que se abrem para um atendimento de melhor qualidade aos portadores de doença mental e respectivas famílias. Segundo os autores, é essencial que conheçamos os principais problemas e potencialidades que se esboçam no contexto da atenção básica em sua interface com a saúde mental, principalmente por ser tarefa de cada serviço e do seu conjunto de profissionais buscarem soluções específicas para a sua comunidade, considerarem os recursos disponíveis e construir possibilidades, criando e reinventando estratégias e mecanismos de resolução de seus próprios problemas.

Moncrieff (2006) comenta sobre o aumento das prescrições em diversos países, explorando a relação deste uso com as características do modelo neoliberal. Embora tenham ocorrido avanços, como a melhora do acesso aos serviços de saúde e – informação, as pessoas atualmente estão sendo submetidas a piores condições de vida e em especial, de trabalho. A autora destaca ainda que a centralização no paradigma biológico pode reduzir a compreensão

do sofrimento psíquico a alterações neurofisiológicas apenas, impedindo a exploração dos aspectos sociais e mesmo políticos que podem estar relacionados a ele.

4.2 A inserção na comunidade e na família dos pacientes portadores de transtorno mental

Cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, abrange sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso sugere em perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental (SCHRANK E OLSCHOWSKY, 2008).

Segundo Althoff (2002), é preciso considerar que a convivência da família com o portador de transtorno mental nem sempre é harmoniosa e é permeada por tensões e conflitos. É nesse ambiente que as emoções são mais prontamente expressas. Deste modo, a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmica interna (SARTI, 2003; ROMANELLI, 2003). O doente psíquico precisa de respeito à individualidade, pois apesar das pessoas habitarem a mesma casa, há uma diversidade de formas de ser e estar no mundo, uma vez que elas pensam, interpretam os fatos e se comportam de forma diferente (ALTHOFF, 2002).

De acordo com Vianna (2002, p.120)

A família, independente de sua posição atual frente à reforma psiquiátrica, não percebe o adoecimento. Diante das modificações que ela observa diversas hipóteses são levantadas - vagabundagem, preguiça, perseguição política ou uso de drogas -, mas entre elas não se inclui a loucura. Além de não entender o que seja a doença mental, acredita que é impossível acontecer um adoecimento mental em sua família.

Perante essa nova realidade, a temática “família e saúde mental” vem despertando o interesse das várias áreas do conhecimento, haja vista que o novo modelo de assistência em saúde mental, exige a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental (ZANETTI E GALERA, 2007). Os autores ainda destacam que a família deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e percebida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Exemplos de transformação no campo da saúde mental

que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a diminuição do tempo de internação em instituição psiquiátrica.

A função da comunidade pode variar da promoção do esforço individual e da ajuda mútua ao exercício da própria comunidade em busca de mudanças na atenção e nos recursos para a saúde mental, ao desenvolvimento de atividades educativas, à participação na monitoração e avaliação da atenção e à defesa em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma (OMS/OPAS, 2001).

O trabalho sugerido pela reforma psiquiátrica nas cooperativas sociais, junto aos pacientes com transtornos psíquicos, permite que se criem novas formas de inserção do sujeito no mercado de trabalho, por meio da aprendizagem de um ofício, da possibilidade de valorização das habilidades e na construção de sua autonomia (VIANNA, 2002).

Nesta conjuntura, Saraceno (1999) assegura que um programa de reabilitação psicossocial para o paciente psicótico pode ser ao mesmo tempo realizado por meio de intervenções individuais (administração de psicofármacos, sustentação psicológica individual, treinamento de atividade laborativa, educação à aptidão na vida cotidiana) e intervenções coletivas (suporte à família, sensibilização da comunidade onde o paciente reside, envolvimento dos indivíduos com o local de trabalho).

Deste modo, as intervenções em saúde mental devem considerar o indivíduo em sua totalidade, utilizando técnicas tanto individuais quanto coletivas (VIANNA, 2012)

A Saúde Mental, se bem regida e trabalhada com as equipes de PSF, pode contribuir decisivamente para diminuição das internações hospitalares psiquiátricas. Assim, chama-se a atenção para que os enfermeiros reflitam juntamente com toda a equipe sobre o importante papel que podem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do paciente psiquiátrico (SOUZA, MATIAS E GOMES, 2007).

Stefanelli (1983) refere ser Evalda Arantes a pessoa que introduziu o ensino de relacionamento terapêutico no Brasil, o qual se tornou a base do ensino de Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Desde então, as mais variadas interações terapêuticas enfermeira-paciente foram sendo descritas na literatura da

área, reforçando a aplicabilidade da técnica e sua relevância para a compreensão do processo de adoecimento como um todo.

A prática da enfermagem, neste contexto, deve ser criativa, flexível, com o intuito de possibilitar aumento de habilidades, de autonomia do usuário do serviço de atenção à saúde mental, não mais voltada exclusivamente à remissão de sintomas (CAMPOS E BARROS, 2000).

Foi verificado que ainda é reduzido o número de publicações de enfermeiros que trabalham com saúde mental, tendo o enfoque grupal como referência. Resultados de pesquisas referem a inexistência de trabalhos na área de saúde mental que tratem sobre a sistematização da assistência por enfermeiros quanto à abordagem grupal (OLIVEIRA, FARIAS, NOGUEIRA, 1995; TAVARES, 1997).

Contudo, sem formação específica em Saúde Mental, capacitações e/ou atualizações, os profissionais de enfermagem encontram dificuldades para desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (SOUZA, MATIAS E GOMES, 2007).

Dessa forma, poderia haver a probabilidade de se incluir treinamentos específicos no campo da Saúde Mental, bem como existem qualificações em outras áreas (AIDPI, Hanseníase, TB, entre outros). Com essa capacitação poderia ser possível obter um grande contingente de enfermeiros que teriam ideias e experiências compartilhadas, estratégias bem definidas, conceitos repensados, serviços de apoio indicados e uma linguagem similar abordada. (SOUZA, MATIAS E GOMES, 2007).

O fato de eventos estressantes, como desemprego, existência de doença crônica grave na família, entre outros agravos contribui para o surgimento de doenças mentais que necessitam ser tratados com psicofármacos (RODRIGUES, FACCHINI e LIMA, 2004).

Os psicofármacos apesar de serem medicamentos necessários e/ou seguros podem causar dependência física e/ou psíquica nos usuários (ANDRADE, ANDRADE e SANTOS 2004)

A necessidade de racionalizar o uso de medicamentos psicotrópicos ultrapassa a área clínica e vem se transformando em um problema de saúde pública (FIRMINO, 2008). Neste sentido, consideramos fundamental discutir sobre o uso indiscriminado de psicofármacos na rede de atenção à saúde mental.

4.3 A utilização de psicofármacos

Com o descobrimento dos psicofármacos na década de 50 e com a ênfase preventiva que assumiu o atendimento psiquiátrico após a II Guerra Mundial, a psiquiatria transformou suas práticas e deixou de ser um saber voltado exclusivamente ao tratamento da loucura para dedicar-se a medicar qualquer manifestação de sofrimento psíquico, chegando mesmo a indicar a medicação de pessoas reconhecidamente portadoras de perfeita saúde mental (GENTIL *et al.*, 2007).

No âmbito dessa medicalização do social, o saber psiquiátrico vem definindo novas rotulações diagnósticas e novas formas de tratamento do sofrimento psíquico, cunhando termos e definições terapêuticas que se tornaram parte da linguagem cotidiana. Observa-se, portanto, um processo de psiquiatrização da vida social, que vem transformando todo o mal-estar psíquico em doença, acontecimento correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico que, fundamentado na neurologia e na genética, incentiva o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos (FERRAZZA *et al.*, 2010).

O estudo de Ferrazza *et al.* (2010) mostram que, dentre os usuários encaminhados à psiquiatria sem medicação prévia, 98% também não fogem da prescrição psicofarmacológica. Isso quer dizer que, independentemente da condição de entrada, o encaminhamento à psiquiatria sempre provoca prescrição de psicofármacos. É verdade que encontramos, dentre os 228 usuários encaminhados à psiquiatria neste estudo, três casos em que não houve prescrição de psicofármaco. Estes, tratavam-se de casos especiais em que a medicação era absolutamente contraindicada ou tratava-se de mera obtenção burocrática de um atestado médico.

Nessa acepção, os dados corroboram a existência de uma tendência generalizada da psiquiatria de prescrição de psicofármacos que a literatura especializada já percebeu nas ações dos serviços em saúde mental (BEZERRA, 1987; YASUI E COSTA-ROSA, 2008; LAMB, 2008; TENÓRIO, 2000). Essa tendência vem estabelecendo o psicofármaco como principal,

ou mesmo o único dispositivo da psiquiatria no tratamento de qualquer tipo de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; IGNÁCIO e NARDI, 2007; LAMB, 2008).

Essa verdadeira "compulsão" da psiquiatria em prescrever psicofármacos a qualquer paciente que se encontra sob seu âmbito de ação, além de trazer extraordinárias dificuldades para a construção de outras ações terapêuticas expõe o usuário a um contato com a droga psicofarmacológica, com seus efeitos colaterais e de dependência (MENDONÇA E CARVALHO, 2005), do qual nem sempre terá condições de se libertar. Nesse sentido, é importante observar como se desenvolve, a evolução dos casos medicados pela psiquiatria.

A utilização de medicamentos do grupo dos psicofármacos tem crescido nas últimas décadas, principalmente o consumo de antidepressivos (LIMA, 1999; RODRIGUES, FACCHINI e LIMA, 2006; HELMELS, KOREN e EINARSON, 2002). Esse aumento de consumo, possivelmente, está relacionado com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos e com o surgimento de novos (HELMELS, KOREN e EINARSON, 2002, ROLLMAN *et al.*, 2003; SANCHES, ASSUNÇÃO e HETEM, 2005).

Com essa tendência de aumento no consumo de antidepressivos, servindo de alerta aos profissionais da saúde que, reconhecendo a possibilidade de iatrogenia, sejam mais criteriosos na sua indicação, evitando a prescrição indiscriminada desses fármacos (FERRAZZA *et al.*, 2010).

Os medicamentos destinados ao tratamento das doenças mentais ocupavam, em 1985, o 9º lugar entre os mais vendidos mundialmente, representando 6,9% das vendas. Só no Brasil, em 1986 consumiram-se 500 milhões de doses diárias de tranqüilizantes, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) representava uma quantidade três vezes superior às suas necessidades (OMS, 1990).

A questão do diagnóstico dos distúrbios psíquicos e do manejo adequado dos psicofármacos torna-se mais relevante quando constatamos, tal como fizeram outros autores (MARI *et al.*, 1992; TANCREDI, 1979), que é o clínico geral quem está prescrevendo com maior frequência os psicofármacos. Gentil-Filho (1992) coloca sua preocupação para com a formação oferecida pela maioria dos cursos médicos, onde os conhecimentos de psicofarmacologia ministrados no período da graduação não são suficientes para a tarefa de

diagnosticar e tratar estes distúrbios. Porém, concordamos com Sonenreich (1988), quando diz que, concomitantemente, é preciso aprimorar o arcabouço teórico que delimita e ajusta os arsenais terapêuticos à clínica dos distúrbios psíquicos.

O emprego de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais (LEON *et al.*, 2002; PINCUS *et al.*, 1998) e, inclusive, em alguns países orientais (TAJIMA, 2001; UNGVARI *et al.*, 2002). Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (RODRIGUES, FACCHINI E LIMA, 2006).

Recentemente, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento pressupõe a administração de psicofármacos (AMARANTE, 2007; BARROS, 2002; BIRMAN, 2000; IGNÁCIO & NARDI, 2007; LAMB, 2008). Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que se pode falar da ocorrência de uma generalizada "medicalização do social" (BIRMAN, 2000). Neste ponto de vista, os psicofármacos instituíram-se como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, em que se destaca a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou até mesmo a ausência de felicidade (FERRASA *et al.*, 2010).

Enunciado por esses fatores, a prescrição de medicamentos, esse procedimento característico da medicina, vem constituindo-se em um avalizador importante do papel de gerenciamento da Saúde Mental exercido pela psiquiatria que, na grande maioria dos casos, tem apresentado a prescrição de medicamentos como a única forma científica de tratamento, ainda que, para isso, seja necessário passar por cima de qualquer questão que possa sugerir uma outra explicação e/ou qualquer outro tipo de atenção que possa ser oferecido ao atendimento do sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; BARBOSA e MENDES, 2005; BARROS, 2008; IGNÁCIO & NARDI, 2007; LAMB, 2008).

Diante de qualquer angústia, tristeza ou desconforto psíquico, os clínicos passaram a prescrever, sem tremeluzir, os psicofármacos mágicos, isto é, os ansiolíticos e antidepressivos. A escuta da existência e da história dos enfermos foi sendo progressivamente

descartada e até mesmo, no limite, silenciada. Afinal, por essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes (BIRMAN, 2000).

O aumento no consumo de antidepressivos na última década mostra uma tendência já observada em outros estudos (HELMELS, KOREN E EINARSON, 2002; OLFSON *et al.*, 2002) relacionada com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos (RODRIGUES, FACCHINI E LIMA, 2006).

O estudo da prescrição de medicamentos psicotrópicos em pacientes novos é importante, pois o tratamento inicial escolhido é de importância para o sucesso terapêutico e adesão do paciente. Portanto, o tratamento deve ser escolhido cuidadosamente por pesagem dos riscos relativos e benefícios de diferentes regimes terapêuticos sobre a base de uma avaliação da condição do paciente e da necessidade de paciente específico de tratamento. Para os profissionais de saúde que já atuam na rede de serviços, seria benéfica a organização de um programa de educação continuada. A propagação de informações científicas adquire um importante papel na atualização do conhecimento, numa área em que muitas mudanças, tanto nos critérios diagnósticos quanto no arsenal terapêutico, têm ocorrido em um curto intervalo de tempo (ALMEIDA, COUTINHO E PEPE, 1994).

5 ANÁLISE DA ATENÇÃO PROPOSTA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUGESTÕES PARA O CUIDADO

No acontecer da História, a relação entre Loucura e Sociedade passou por várias mudanças. Os manicômios, durante muito tempo, foram a solução social encontrada para a gestão da loucura, caracterizada pela neutralização dos sujeitos, por meio do afastamento destes do convívio social.

Percebemos, hoje, um desenvolvimento desigual das ações propostas pela reforma psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras. Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico cresceram, sobremaneira, na última década, mas ainda se mostram insuficientes para atender a demanda existente nas UAPSF e promover a desconstrução dos hospitais psiquiátricos.

Porém, o Matriciamento, ferramenta de transformação norteadora de experiências, pode ser visto como a viabilização da interconexão entre as complexidades das redes em saúde, visando uma construção compartilhada de diversas especialidades partilhando o seu saber ao se depararem com a realidade exposta.

A família é um ator social importantíssimo no tratamento do paciente com doença psíquica, porém pode perceber que a mesma não está preparada para lidar com o enfrentamento da doença, a utilização de medicamentos em horários específicos, o manejo das crises e a aceitação da doença mental. Perante essa realidade, percebo a importância do matriciamento ao envolver a família nas discussões e cuidados e, assim, promover uma relação menos conflituosa da família com o doente mental.

Entretanto, apenas a aceitação da doença pela família, não resolve o problema de exclusão do doente. Pode-se perceber que as pessoas da comunidade ainda evitam o contato com a pessoa portadora de um transtorno psíquico. É por isso que as propostas da reforma psiquiátrica chocam e incomodam as pessoas. Elas trazem o doente para o espaço público, com direito à vida, à convivência, à diferença. Desestruturar os velhos saberes e fazeres sobre a loucura é, com certeza, a parte mais difícil proposta pela reforma.

Nesse sentido, a ação conjunta entre a família, comunidade e os profissionais de saúde configura-se como uma possibilidade concreta para as pessoas que sofrem com transtornos

mentais e que hoje podem ser atendidas no seu território, com as pessoas de seu círculo social ao seu redor. No enfrentamento desses desafios, algumas questões devem ser priorizadas, tais como: promover espaços, qualificar o atendimento por meio de educação continuada, do suporte matricial, quando necessário e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território, ou seja, a gestão de casos pela ESF.

É importante lembrar que os pacientes com transtornos psíquicos lutam pelos seus direitos de inserção na sociedade, porém os mesmos devem estar cientes que, como cidadãos que são, tem deveres a serem cumpridos também.

Os profissionais de saúde que atuam na rede de serviços necessitam de um programa de educação continuada, para melhor atendimento e acompanhamento do paciente com doença psíquica. A propagação de informações científicas adquire um enorme papel na atualização do conhecimento, numa área em que muitas mudanças, tanto nos critérios diagnósticos quanto no arsenal terapêutico acontecem.

Além da assistência direta, os enfermeiros realizam majoritariamente atividades relacionadas com o atendimento indireto do usuário e de supervisão, ou seja, atividades burocrático-administrativas. Porém, o trabalho dos enfermeiros seria mais efetivo se centrasse, principalmente, no desenvolvimento de práticas criativas, flexível, com finalidade de possibilitar aumento de habilidades, de autonomia do usuário do serviço de atenção à saúde mental, não mais voltada exclusivamente à remissão de sintomas.

É grande a necessidade de desencadear processos de capacitação de trabalhadores, principalmente, de enfermagem, já que o trabalho de enfermagem é entendido como central para a melhoria da qualidade e da atenção prestada pelos serviços de saúde.

No entanto, os enfermeiros precisam rever sua formação, apontando para novas posturas frente ao sujeito e seu sofrimento psíquico; ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação, compartilhando efetivamente práticas e saberes subjacentes à essas práticas, com outros campos disciplinares.

O enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudanças. Na necessária redefinição da divisão do trabalho na equipe de saúde mental, o enfermeiro tem sido, em alguns casos, um profissional pouco atuante, como afirmamos anteriormente. Isso se reflete em procedimentos tecnicamente pouco visíveis no conjunto do trabalho em equipe, quando não em ações de acomodação às práticas médicas.

A Saúde Mental, se bem conduzida e trabalhada com as equipes de UAPSF, tem o poder de contribuir decisivamente para diminuição das internações hospitalares psiquiátricas e do uso de psicofármacos. Deste modo, chama-se a atenção para que os enfermeiros reflitam juntamente com toda a equipe sobre o importante papel que podem desempenhar no processo de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico.

O trabalho da Estratégia de Saúde da Família, com grupos de pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico, pode ir além do esperado, pois, nos últimos anos, diversas intervenções grupais na atenção primária têm sido construídas. O cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico, também, é ação dessas equipes. Esses pacientes procuram as unidades de saúde em busca de apoio para superar seus sofrimentos e problemas.

Os atendimentos em grupo trazem vantagens profundas e regulares onde são desenvolvidos, pois os grupos têm mecanismos terapêuticos próprios, que valorizam a inserção do sujeito na rede de assistência. Essa ação positiva ampliada reflete os diversos benefícios que toda ação grupal pode produzir, se adequadamente conduzida. Nos grupos de educação em saúde, a estruturação mais participativa, menos hierarquizada, com maior espaço para os aspectos subjetivos das dificuldades dos pacientes, traz muitos benefícios ao paciente com transtorno psíquico. É, por exemplo, na Terapia Comunitária, realizada nas UAPSF's que o paciente com doença psíquica pode encontrar o auxílio na interação com o sistema de saúde. O vínculo, inclusive na cobrança de responsabilidades, leva a uma maior aderência ao tratamento, aumento das noções de direitos e deveres na sociedade, novas trocas, novas relações de afetividade e de convivência, fundamentais para a reabilitação psicossocial.

Neste sentido, o grupo torna-se um espaço terapêutico para a clientela e de afirmação de uma nova atuação dos profissionais.

Portanto, perante o exposto, não podemos afirmar que somente a medicação é recurso para o tratamento das psicoses, esquecendo-nos de outros recursos que são fundamentais para a reinserção social do doente mental. Se o tratamento das doenças mentais se restringisse ao uso de psicofármacos, a prevalência de doenças seria menor nos países com tecnologia mais avançada, porém, não é isso o que acontece.

A questão do inegável abuso que hoje se verifica no consumo de medicamentos psicotrópicos está a demandar séria reflexão. É fato que, por diversos motivos já tratados neste trabalho, é mais fácil para os profissionais, médicos, prescreverem psicotrópicos e livrarem-se da queixa imediata do paciente, que oferecerem uma escuta qualificada, que demande tempo e habilidades específicas. Dentre os medicamentos mais prescritos, os ansiolíticos e dos antidepressivos são os mais usados por parte dos médicos. Entretanto, isso não se restringe somente a este membro da UAPSF.

Em conclusão, recomenda-se que outros estudos investiguem o acesso dos sujeitos a outras intervenções terapêuticas, motivação mais que suficiente já que é sabido que os estudos populacionais sobre consumo de psicofármacos são relativamente escassos em nosso país, onde as intervenções preventivas não tem tradição no que diz respeito ao uso abusivo de psicotrópicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento do usuário com doença mental pelas ESF, muitas vezes, configura-se como um dos pontos de estrangulamento da rede formalizada no território, por demandar, em muitos casos, a intervenção de profissionais especializados na área de Saúde Mental. Porém, a inserção do usuário da Saúde Mental na rede de serviços de Saúde e as diversas formas de articulação/integração das ações de Saúde Mental na Atenção Básica minimizam este nó crítico.

A inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição necessária, todavia insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral. Ressalta-se que alguns dispositivos existentes são capazes de levar à construção de espaços de sociabilidade e inclusão do usuário da Saúde Mental e necessitam, portanto, de uma constante interlocução com outros atores sociais para avançar na transformação do cenário assistencial, que potencializem a ressocialização do usuário da Saúde Mental no seu território.

Sabe-se não ser fácil você ouvir com paciência, obtendo uma escuta qualificada, relacionar sua queixa com seu modo de vida, saber que aquele usuário está precisando de atendimento, de uma escuta diferente, e esse é um direito dele. É preciso investir mais a forma de lidar com o portador de sofrimento mental, tentar retirar o estigma, que ainda é muito forte. Lembrando que na Atenção Primária a Saúde os profissionais atendem um número muito grande de usuários diminuindo assim o tempo dedicado a cada um.

Contudo, o acolhimento do usuário com doença mental pela ESF tem sido configurado visibilidade e reflexão sobre os sentidos que o acolhimento ocupa no cotidiano do trabalho dos profissionais no processo de cuidado em saúde é de fundamental importância, sobretudo quando se pensa o acolhimento como uma prática que promove a inclusão dos usuários no SUS.

Um dos pilares da ação terapêutica é o acolhimento que estabelece o vínculo e permite o cuidado e a escuta, que permite o desabafo e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas e o suporte, representa continente para os sentimentos envolvidos,

reforçando a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas.

É preciso compreender de forma mais segura os diversos sentidos do cuidar em Saúde Mental para, assim, vislumbrar dispositivos, possibilidades, parcerias necessárias e recursos disponíveis no território.

É extremamente importante constatar a necessidade de se refletir sobre a criação de práticas e de estratégias de ação, dada à cultura hierárquica observada nas relações profissionais.

Para estruturar a atenção à Saúde Mental, deve-se cumprir os princípios consagrados pelo SUS, que objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população.

O trabalho com grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a. Os grupos da atenção primária à saúde devem ser educativos, mas exigem um atributo de suporte e de reflexão.

Nos grupos, espaços importantes de apoio social, em que há a troca de informações, a participação e a discussão das dificuldades de todos e de cada um levam a uma aprendizagem interpessoal em um ambiente coeso, maior aderência do paciente ao tratamento, estimulação da solidariedade e favorecimento para que cada paciente possa atuar na comunidade, de modo informal, melhora da relação e da comunicação profissional (equipe)-paciente.

Embora com um pouco de dificuldade para expressar o significado do vivenciado no cotidiano de cada um, os participantes de grupos operativos apresentam bom entendimento das questões abordadas, manifestando suas posições, contando experiências, pedindo esclarecimentos, explicando e, até mesmo, ausentando-se do espaço de discussão após expressarem suas idéias.

Estimular a circulação da fala nos grupos terapêuticos, colocar as cadeiras posicionadas em círculo, em volta de uma grande mesa, contribui para uma visão circular de todo o grupo, independente da posição ocupada.

Sabe-se que o cansaço dos familiares e a desestruturação vivenciada pela família diante da presença de um de seus membros em crise é uma realidade. Muito se sabe que o acolhimento às famílias de usuários da Saúde Mental e a relação de parceria entre profissionais e familiares são um ponto de fragilidade da Reforma Psiquiátrica e um dos grandes desafios a serem trabalhados para a superação do modelo manicomial de atendimento.

Ainda que os problemas de saúde sejam reconhecidos como multicausais, prepondera o modelo biomédico. Provavelmente, o que falta aos outros profissionais é a certeza de que existem outras tecnologias tão eficazes e eficientes quanto o medicamento para oferecer respostas eficazes para o usuário da SM. Trabalhar na Saúde Mental é invenção o tempo todo.

Nesse sentido, a concepção do cuidado remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. O cuidado orientado por práticas territoriais requer, ainda, o reconhecimento da sua importância em incluir outros atores sociais além dos usuários e profissionais, enfocando a intersetorialidade, essencial para aperfeiçoar essa rede.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se destacam na rede de cuidados pelo contato mais frequente com os usuários da Saúde Mental em sua moradia, demonstrando conhecimento dessa realidade e referindo habilidade de identificá-los sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução adequada para as situações encontradas.

Assim, além da consulta médica, a pessoa continua a ser estimulada em consultas de enfermagem, na visita do agente de saúde e em outros encontros na unidade de atenção primária facilitando assim a retirada posterior da medicação. Podemos oferecer apoio e cuidado de muitas formas além do uso de medicação. Nesse apoio, o acolhimento e a escuta estruturam espaços de reorganização e solução de problemas que contribuem para uma melhora efetiva.

REFERENCIAS

ALMEIDA, L. M. de; COUTINHO, E. da S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar. 1994..

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2002. p. 29-41.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. de F.; ANDRADE, R.C. G. de; SANTOS, V. dos. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciência e Farmacologia**, São Paulo, v.40, n.4 ,p....., 2004..

BALDESSARINI, R.J. Drugs and the treatment of psychiatric disorders: psychosis and anxiety. In: HARDMAN, J.G.; GILMAN, A.G.; LIMBIRD, L.E., Eds. **Goodman & Gilman 's the pharmacological basis of therapeutics**. 9. ed. New York: McGraw Hill, 1995. Cap. 18, p. 399 - 430.

BANDEIRA M.; GELINAS D.; LESAGE A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n.12, p. 627-640, 1998.

BARBOSA, C. F.; MENDES, I. J. M. Concepção de promoção de saúde de psicólogos no serviço público. **Paidéia**. v.15, p. 269-276, 2005.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.171-195.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M. Nascimento E Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF, 6 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental**, 2. Brasília: 1994. Relatório final.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. Citado em 15 de fev. 2010

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G. , PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Metodologia Para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. de 2007.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun. 2011.

CHIAVERINI, D. H. (Org). et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF, 2011. 236 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP) - **Jornal do CREMESP**. Edição n.º 183, nov. 2002. Disponível em: <<http://ser1.cremesp.org.br>> Acesso em: 25 de jun. 2013.

CONSOLI , G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. da. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Revista Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./feb. 2009.

CORREIA,V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

DANIELLE, C. B. C. **Análise do uso de psicofármacos na atenção primária**: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 25 de jun. de 2013.
FARMACOLOGIA. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 514-20.

FERRAZZA, D. de A.; LUZIO, C. A.; ROCHA, L. C. da; SANCHES, R. R. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 381-390, set./dez, 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FLORA, F. A. M. A crise da saúde mental. **Revista de Psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 35, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000100007>>. Acesso em: 25 de jun. de 2013.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. ESB, v.11, p.130, 1930.

GARCIAS, G. de L. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, July 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700011>>. Acesso em: 25 de jun. de 2013.

GENTIL FILHO, V. Psicofarmacologia 40 anos: Uma síntese crítica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, p.15-19, 1992.

GENTIL, V.; ZILBERMAN, M.; LOBO, D.; HENNA, E.; MORENO, R.; GORENSTEIN, C. Clomipramine-induced mood and perceived performance changes in selected normal individuals. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 27, p. 314-315, 2007.

GUEREJE, O.; OBIKOYA, B. Psychotropic drug use in an urban primary care clinic. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v. 26, p.143-146, 1991.

HELMELS, M. E.; KOREN, G.; EINARSON, T. R. Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000. **Ann Pharmacother**, v. 36, p. 1375-9, 2002.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: Um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.3, p. 88-95, 2007.

JORGE M. R.; FRANÇA J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n.1, p. 3-6, 2007.

LAMB, I. G. M. A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do Estado de São Paulo: Análise e reflexão sobre uma prática. Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, 2008. Dissertação de mestrado não publicada.

LAPORTE, J. R.; CAPELLA, D.; PORTA, M.; FRATI, M. E. Patterns of use of psychotropic drugs in Spain in an international perspective. **Clinical Pharmacology in Psychiatry**, London, Bridging the experimental-therapeutic gap (L. F. Gram, org.), p. 18-31, Macmillan, 1983.

LEON, J. et al. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. **J Clin Psychiatry**, v. 63, n. 9, p. 812-6, 2002.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, Ago. 2008.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, p. 225-235, 1999.

MARI, J. J., ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E. S. F.; ANDREOLI, S. B.; MIRANDA, C. T. & STREINER, D., s/d. The Epidemiology of Psychotropic Use in the city of São Paulo. **Psychological Medicine**.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 1, n.2, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/803/80310208.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. de 2013.

MONCRIEFF, J. Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism. **Br J Psychiatry**. 2006; p. 301-2.

MOORE, Shelley. et al. The prescribing of psychotropic drugs in mental health services in Trinidad. **Revista Panam Salud Publica**. Washington Sept, v. 12, n .3, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000900010>>. Acesso em: 26 de jun. de 2013.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n. 10, p.2375-84, 2007.

OLIVEIRA, FB.; FARIAS, JÁ.; NOGUEIRA, JRF. Grupo operativo uma alternativa terapêutica em saúde mental. **Revista da Universidade Federal da Paraíba**, v.24, p.58-65, 1995.

OMS (Organization Mondiale de la Santé). **La Situation Pharmaceutique dans le Monde**. Genève, 1990.

OLFSON, M. et al. National trends in the outpatient treatment of depression. **JAMA** v. 287, n. 2, 203-9, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde Mental**. 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=1&task=display&id=210>. Acesso em: 26 de jun. de 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

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

PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

PINCUS, H. A., et al. Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties. **JAMA**, v. 279, n. 7, p. 526-31, 1998.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, out./dez. 2004.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidades do Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 1-14, jan./fev. 2006.

ROLLMAN, B. L. et al. A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and anxiety disorders. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 25, p. 74-82, 2003.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: ROMANELLI, G. **A família contemporânea em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2003. p.73-88.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (org.). **Saúde Loucura: Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

SANCHES, R. F.; ASSUNÇÃO, S.; HETEM, L. A. B. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 71-77, 2005.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-8.

SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. C. B. C.; SZYMANSKI, H.; BILAC, E. D.; SARTI, C. A. ; MELLO, S. L.; GOMES, V.(org.) et al. **A família contemporânea em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2003. p. 39-49.

SCHMITT, R. et al. The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. 18-24 2005.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 1, p. 127-134, 2008.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 357-362, 2007.

SONENREICH, C. Reflexões do clínico sobre farmacoterapia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 37, p. 137-139, 1988.

SOUZA, AJF.; MATIAS, GN.; GOMES KFA. Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.4, p.391-395, 2007.

SILVEIRA, M. R. da. **A Saúde Mental na Atenção Básica: Um Diálogo Necessário**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

STELA, F. Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, p. 497- 499, 1991.

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

TANCREDI, F. B. **Aspectos Epidemiológicos do Consumo de Medicamentos Psicotrópicos pela População de Adultos do Distrito de São Paulo**. (Tese de Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

TAVARES, C.M. Oficina de arte. Atuação terapêutica da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.50, n.4, p.596-576, 1997.

UNGVARI, G. S. *et al.* The pharmacological treatment of schizophrenia in chinese patients: a comparison of prescription patterns between 1996 and 1999. **Br J Clin Pharmacol**, v. 54, n. 4, p. 437-44, 2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Drogas**. Departamento de Psicobiologia. São Paulo. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/defini.htm>>. Acesso em 26 de jun. de 2013.

VIANNA, P. C. de M. **A Reforma Psiquiátrica E As Associações De Familiares : Unidade E Oposição**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo 2002.

WAIDMAN, M.; ELSÉN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 341-349, 2005.

WOODS, J. H.; KATZ, J. L.; WINGER, G. Use and abuse of benzodiazepines: Issues relevant to prescribing. **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p. 3476-5380, 1988.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gauch Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 385-392, 2007.