

Maria Lúcia Staub<sup>1</sup>Verena Augustin Hoch<sup>2</sup>

## A UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL

### RESUMO

As questões primordiais a serem investigadas e discutidas neste trabalho concentram-se no conhecimento sobre a frequência em que ocorre integração do tratamento psicofarmacológico ao psicoterápico, verificando-se a ocorrência ou não de adesão à terapia psicológica, por parte de usuários de medicamentos psicotrópicos. A pesquisa desenvolveu-se segundo a metodologia de base quantitativa. Foi aplicado um questionário para as famílias do município para obtenção de informações através das respostas dos participantes. Colaboraram com a entrevista, de livre e espontânea vontade, 1887 famílias. O que se constata, através da pesquisa, é que a primeira figura referenciada quando sentida a necessidade de ajuda no surgimento de problemas de natureza psíquica é o profissional da área médica. A figura do psicólogo aparece relegada a um plano secundário. A minoria, 32.6% dos entrevistados, que fazem uso de medicação, relatam estar em acompanhamento psicoterápico no momento da realização da pesquisa. Estes dados nos levam a crer na intenção da população em buscar soluções imediatas para os problemas emocionais - consequência da confluência dos vários fatores discutidos no corpo deste estudo, entre eles, a relação da medicina com a gênese da Psicologia no Brasil e a tentativa da Medicina em apropriar-se do universo psi, através da Psiquiatria.

Palavras-chave: Medicamentos psicotrópicos; saúde mental; saúde mental na unidade básica; estudo populacional sobre uso de medicamentos.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Pós Graduada do Curso Saúde Mental Coletiva e Psicologia Hospitalar – UNOESC- Campus São Miguel do Oeste. [marialstaub@yahoo.com.br](mailto:marialstaub@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Orientadora, Mestre em Psicologia Clínica e professora do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC); Coordenadora do SAP (Serviço de Atendimento Psicológico) da Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) – [verena.hoch@unoesc.edu.br](mailto:verena.hoch@unoesc.edu.br)

## **THE USE OF PSYCHOPHARMACS IN MENTAL HEALTH TREATMENT**

The primordial questions to be investigated and argued on this work are concentrated on the knowledge about the frequency in which the psychopharmacological treatment integration to the psychotherapy occurs, verifying whether there is adherence occurrence or not related to the psychological therapy by the psychotropic medicine users. The research was developed according to the quantitative base methodology. It was applied a questionnaire on the city families in order to collect the information through the participants` answers. In this sense, 1887 families collaborated spontaneously with the interview. Through the research it was evidenced that the first referenced figure when people feel help necessity to deal with psychic problems it is the medical professional. The psychologist figure appears relegated to a secondary plan. The minority, 32,6% of the interviewed ones that use medication, reports to be in psychotherapy at the moment of the research accomplishment. These data lead us to believe in the population intention in searching immediate solutions for emotional problems - consequence of some confluence factors argued on this study, among them, the medicine relation with the Psychology genesis in Brazil and the Medicine attempt to assume the psi universe, through Psychiatry.

Key words: Psychotropic medicines; mental health; mental health in the basic unit; population study on medicine use.

## 1. INTRODUÇÃO

A utilização de psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos tem crescido mundialmente nas últimas décadas. A busca por soluções imediatas no enfrentamento de problemas que interferem no cotidiano das pessoas é outro fator que contribui para tornar o tratamento medicamentoso como a aparente alternativa mais “eficaz” na resolução de conflitos diários em contraponto com os desafios de um tratamento psicológico, prolongado e “doloroso”.

A prática clínica da contemporaneidade é marcada por essas soluções imediatistas possibilitadas pela indústria de psicofármacos. Ao longo dos anos o uso de psicofármacos tem se intensificado trazendo novas possibilidades de uso obtidas através de descobertas científicas e advento de novas drogas inovando os padrões de tratamento utilizados pela classe médica. Considera-se ainda o fato de que se perpetuam “os velhos instrumentos de poder hoje reduzidos a dois: interrogatório psiquiátrico e uso de drogas”.

Pensando na realidade local, torna-se relevante o conhecimento sobre a frequência em que ocorre a integração do tratamento psicofarmacológico ao psicoterápico, já que este é um assunto que tem sido cada vez mais abordado e discutido entre a equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde do município de São João do Oeste, em virtude do notável consumo de medicamentos psicotrópicos no município, fenômeno este que vem chamando a atenção da equipe de saúde, despertando interesse pelo que, possivelmente, vem a se constituir, na atualidade, como indicador de problemas relacionados à saúde mental da população de São João do Oeste, ainda pouco divulgado na sociedade.

Mediante a problemática referida, vários questionamentos surgem no tocante ao papel do psicólogo na contemporaneidade e de modo a adentrar no assunto emerge uma questão importante: “é realizado algum tipo de acompanhamento (psicológico ou equipe de profissionais da saúde mental) por parte de usuários de medicamentos psicotrópicos?”. A partir dessa discussão e preocupando-se com a saúde mental e qualidade de vida dos munícipes, buscamos verificar o que leva as pessoas a fazer uso de psicotrópicos e se, além da medicação, realizam algum tipo de acompanhamento da equipe do ESF.

Este estudo mostra a frequência na adesão aos serviços da equipe de saúde mental, por parte dos usuários de medicamentos psicotrópicos pesquisados, fornecendo informações necessárias à compreensão e à discussão de questões envolvidas com o crescente número nas prescrições de medicamentos psiquiátricos e associação do tratamento psicofarmacológico ao psicoterapêutico.

O referencial teórico considera o resgate histórico da reforma psiquiátrica, a política de saúde mental no Brasil, a saúde mental na atenção básica e a integralidade do acompanhamento na saúde mental.

## 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O início do processo da reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos de 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governo federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

O ano de 1978 costuma ser identificado como início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo esse Movimento, por meio de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e ao construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Neste período são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. É essa intervenção com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativo.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada atenção à saúde mental. É a partir deste período que a Política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhado as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais – dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. É do contexto desta Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica passam a consolidar-se, ganhando maior sustentabilidade e visibilidade.

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. O período atual caracteriza-se, assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro.

## **2.1 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos de 1990, e ganha grande impulso em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em

todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Estamos vivendo um momento de intensa transformação nessa área. Reconhece-se atualmente que a vida humana, seja orientada para a saúde seja para a doença, se realiza numa articulação complexa de ações. Isso requer que a atenção no campo da saúde mental não seja mais compreendida como restrita a uma especialidade ou instituição, mas se integre a uma rede complexa e dinâmica de ações da área da saúde e de outras áreas afins, inclusive às de características organizativa em torno de direitos e cidadania (Oliveira, 2006).

Nesse sentido, com o objetivo de redefinir o modelo de atenção em saúde mental, a Organização Mundial da Saúde, em 2001, recomendou algumas ações, com destaque para: 1 – proporcionar tratamento na atenção primária; 2 – garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais; 3 – garantir a atenção na comunidade (evitar internação em hospitais psiquiátricos); 4 – educação em saúde para a população; 5 – envolver as comunidades, as famílias e os usuários nas decisões políticas, programas e serviços; 6 – estabelecer políticas, programa e legislação nacionais; 7 – formar recursos humanos; 8 – criar vínculo com outros setores; 9 – monitorizar a saúde mental na comunidade (informação/ indicadores de saúde mental); 10 – apoiar a pesquisa na área de saúde mental.

A Lei n<sup>o</sup> 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, no seu Art. 4<sup>o</sup> refere que a internação, em qualquer momento de suas modalidades, só será indicada quando se esgotarem todas as possibilidades dos recursos extras – hospitalares.

Para Mello (2007), a realidade das equipes da Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental e os dados epidemiológicos demonstram que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil cerca de cinco milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.

A interlocução entre a saúde mental e a ESF possibilita a singularização do cuidado e a responsabilização da clientela e impulsiona a construção de outras formas de convivência com as diferenças ampliando a rede de solidariedade num dado território. Através de um atendimento “não especializado” as ESF podem trabalhar no sentido da desmistificação da

loucura, construir com a comunidade outras formas de lidar com o “diferente”, e assim permitir, ao sujeito em sofrimento psíquico, o mesmo espaço destinado a outras pessoas nas Unidades de Saúde, na associação de bairro, nos espaços de trabalho e de lazer.

## **2.2 O SUS, O PSF E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Atualmente o SUS é o sistema de saúde adotado no Brasil e se orienta por 13 princípios dentre os quais destacamos os seguintes: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade de assistência, entendida como conjunto de articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; c) descentralização político – administrativa. Também é importante assinalar que dentre as diretrizes do SUS, para a operacionalização das ações de saúde mental no PSF, a preservação da autonomia das pessoas e a participação da comunidade.

O Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser caracterizado como uma estratégia de operacionalização do SUS, que iniciou sua implantação em 1994, inspirado no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), já existente desde 1991.

O PSF pode ser articulado como uma estratégia de mudança na medida em que efetivar algumas práticas, tais como: o planejamento orientado para problemas gerais; pautar-se pela inteligência epidemiológica; contar com a participação popular; mudar o enfoque de suas ações de risco para dano; e utilizar a informação para orientar a tomada de decisão, ação e avaliação.

Os dois modelos – PSF na atenção primária, e Reforma Psiquiátrica na atenção à saúde mental – se complementam e caminham num mesmo sentido conceitual e operacional: autonomia e participação. Ambos definem o processo de saúde – doença de forma integral e apresentam novas formas de cuidado, que visam à melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir de um processo participativo (OLIVEIRA, 2006). Ainda segundo Oliveira, 2006 o panorama constituinte do SUS implica modificações no campo da atenção em Saúde Mental, tem como princípios a inclusão, a solidariedade e a cidadania e busca garantir que a pessoa portadora de transtorno mental tenha direito de ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados em saúde mental devem ser fornecidos através de serviços de saúde gerais e das comunidades locais. Grandes e centralizadas instituições psiquiátricas têm de ser substituídas por outros serviços de saúde mental mais adequados.

Como refletem Lancetti (2006) a ESF (Estratégia da Saúde da Família) é, por assim dizer, um programa de Saúde Mental, pois preconiza a continuidade da atenção, pauta-se no acolhimento como estratégia de intervenção e desenvolve ações coletivas, além do vínculo que há entre a equipe e a comunidade. A proximidade com as famílias e com a comunidade faz das equipes da saúde da família recursos estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, incluindo o sofrimento psíquico. Poder-se-ia dizer que todo o problema de saúde é, também, e sempre, um problema de saúde mental, e que toda a saúde mental é, e sempre será, produção de saúde. Assim faz-se importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. (BRASIL, 2005). A atenção básica e a saúde mental trabalham pautadas na incorporação de tecnologias leves que se caracterizam como aquelas centradas na interação interpessoal, no acolhimento, na escuta e na criação de vínculo terapêutico. O território é uma força viva de relações sociais concretas; é o lugar social onde se tecem as referências de vida, onde a pessoa conhece os meios segundo os quais se mostram essas relações (AMARANTE, 1995). Desse modo quando o usuário encontra-se em seu local de moradia, com pessoas que reconhece como parte de sua rede social de apoio, com os quais mantêm vínculos e interações, ele poderá estar em melhores condições para retomar sua vida. Retomar sua vida consiste na reabilitação psicossocial, baseada em aumentar as habilidades da pessoa em situação de doença, diminuindo os danos causados pela mesma, devendo contemplar os três vértices da vida humana: casa, trabalho e lazer. (SARACENO, 1999).

Assim, para que se tenha reabilitação, é imprescindível que o sujeito em sofrimento psíquico seja inserido na vida social. A reinserção consiste na retomada da autonomia e da cidadania, em que a pessoa conquista sua liberdade e exercita sua subjetividade, circulando nos espaços da comunidade e promovendo novas relações. A partir dessa condição é que as ações de reabilitação terão sentido na vida do usuário. Mesmo o processo sendo lento, é com o movimento da reforma brasileira, que está sendo possível vislumbrar a inversão do modelo clássico de tratamento psiquiátrico, essencialmente médico centrado, abrindo assim as portas para a desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

### **2.3 HISTÓRICO DO USO DE PSICOFÁRMACOS**

Segundo Bogochvol (1995) o desenvolvimento da psicofarmacologia é um dos fatos mais marcantes da modernidade. A introdução da clorpromazina, por Delay e Denicker, em 1952 foi o momento de fundação da moderna psicofarmacologia e o marco inicial de uma revolução que afetou primeiramente a terapêutica, a clínica psiquiátrica e as neurociências e

que acabou por afetar o conjunto das ciências e a visão que o homem tem de si mesmo. Criou-se uma onda de sucessivos avanços na psicofarmacoterapia, e os pesquisadores continuam progredindo na direção de uma compreensão, cada vez mais acurada da base fisiopatogênica dos transtornos mentais e seu tratamento.

Desde então houve uma tendência para a compreensão psicológica do funcionamento mental e de seus transtornos, baseada principalmente na teoria psicanalítica desenvolvida por Sigmund Freud e seguidores. Tal compreensão psicológica manteve uma influência importante ao longo deste século, até o crescimento dos conhecimentos em neurobiologia e o crescimento da psiquiatria clínica.

Fernandes (2007) diz que o advento do Prozac® (Fluoxetina) em 1988 desencadeou maior interesse e respeito sobre os psicofármacos e os bons resultados em seu uso no tratamento das doenças mentais. Como uma das principais consequências, a depressão passou a ser considerada, por muitos, como um distúrbio exclusivamente bioquímico. O fato é que o uso dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina – ISRS, e o aumento de sua disponibilidade na fenda sináptica trouxeram grande alívio aos sintomas depressivos. Entretanto, com a popularização dessa droga a depressão tornou-se a doença da moda. A Fluoxetina tornou-se, então, uma das drogas mais divulgadas e prescritas, primeiramente nos Estados Unidos e logo em todo o mundo - tida como uma droga quase milagrosa, não só na depressão, mas também em outras patologias, sendo receitada também por especialistas de várias áreas, que não a psiquiatria.

De acordo com Graeff e Guimarães (2001) as drogas psicotrópicas ou psicoativas, as quais têm como efeito principal alterar funções psicológicas, fazem parte do nosso cotidiano. Os medicamentos antidepressivos são indicados para muitas condições psiquiátricas, além da depressão, sendo os medicamentos mais receitados atualmente. O uso com finalidade terapêutica não é recente, farmacopéias tradicionais de vários povos apresentam extratos de plantas medicinais contendo princípios psicoativos. O desafio era o de explicar como moléculas químicas agem para produzir alterações em funções como pensamento, estado de ânimo, percepção e emoções.

De acordo com o que diz Dal Pizzol (2006) o psicofármaco pode ser também uma droga de abuso, causando tantos males quantos aqueles causados pelas drogas de uso ilícito tais como dependência, síndrome da abstinência e distúrbios comportamentais. O consumo indevido de medicamentos, em geral, mas de psicotrópicos em particular, representa um grande problema de saúde pública.

### 3. MÉTODO

Na elaboração da fundamentação teórica registram-se as investigações obtidas nas pesquisas, construindo e reconstruindo saberes; tais procedimentos geram a oportunidade de ampliar conhecimentos, inclusive históricos sobre a Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental na Atenção Básica e psicofármacos, bem como traçar reflexões interessantes subdividindo as informações em capítulos, analisando os dados coletados e formulando considerações finais do apanhado geral, visando o cuidado do ser humano de forma íntegra.

Foi realizado um levantamento do consumo de psicofármacos na população do Município de São João do Oeste – SC, através da aplicação de questionário fechado, com o objetivo de identificar os usuários, os tipos de medicamentos, causas que levaram ao uso da medicação e se estes usuários possuem algum acompanhamento dos profissionais de saúde da unidade básica. Desta forma, este método se caracteriza em um estudo exploratório e descritivo, de base quantitativa. Para Gill, (1999), trata-se de uma tipologia de pesquisa importante dentro do campo contábil visto que levanta informações que podem ser úteis para estudos futuros e mais específicos ou mesmo mapear a realidade de determinada demanda para realizar ações e intervenções. Conforme Richardson (1999), a utilização dessa tipologia de pesquisa torna-se relevante à medida que se utiliza de instrumentos estatísticos desde a coleta, até a análise e o tratamento dos dados.

Os participantes desta pesquisa foram famílias que residem no município de São João do Oeste e que possuem cadastro nos ESF's. O questionário foi aplicado pelas Agentes Comunitárias de Saúde – ACS (as quais foram orientadas e treinadas para a aplicação do mesmo), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma parcela das famílias não concordaram em responder ao questionário, perfazendo um total de 10% da população.

#### **4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a definição de saúde passa a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.

Percebe-se, desta forma, a ênfase nas condições sociais da pessoa, para uma vida digna, como condição para a saúde. Neste enfoque, a saúde também resulta da responsabilidade de cada pessoa com seu próprio bem-estar. Já a Constituição Federal do Brasil de 1988, define saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Seguindo essas prerrogativas e, ao se analisar a situação da saúde, mais especificamente da saúde mental do município de São João do Oeste (SJO), no estado de Santa Catarina - encontramos uma demanda considerável de pacientes fazendo uso de medicamentos, sem o devido acompanhamento, e uma quantidade considerada preocupante de psicofármacos distribuídos na farmácia básica.

Percebe-se, desta forma, a necessidade de acompanhamento adequado, através da instituição de programas específicos para atender a população, concorrendo diretamente na melhoria da qualidade de vida e saúde desses pacientes, da família e conseqüentemente da comunidade, tendo em vista as características do município.

Conforme o Censo de 2010, o município de São João do Oeste possui aproximadamente 6.038 habitantes, que corresponde a um total aproximado de 1.887 famílias. Destas, 1.705 famílias participaram da pesquisa, correspondendo 5.454 pessoas, aproximadamente 90% da população total. Dentre as famílias pesquisadas, 1.114 concentram-se na zona rural, totalizando 3.564 pessoas, o que representa 65%; o restante das famílias é residente da zona urbana, correspondendo a um total aproximado de 591 famílias, que equivale a 1.890 pessoas.

A agricultura familiar forte faz com que a economia do município gire em torno da agricultura, motivo de a maior parte da população residir no campo. As propriedades são, em sua maioria, pequenas, com uma média de 20 a 25 hectares cada uma. Estas possuem uma distância relativamente pequena entre uma e outra, tendo em média 0,5 a 1,0 km. A mão de obra nas propriedades é, na sua maioria familiar, com pequenos empreendimentos - com exceção de algumas propriedades. Percebe-se a preocupação do poder público e das empresas em manter as pessoas no campo, trazendo e oferecendo alternativas de produção, explorando as atividades agropecuárias, principalmente por possuir a mão de obra familiar, o que diminui

os custos e gastos da propriedade e pelas condições que a natureza oferece para uma melhor qualidade de vida.

Segundo Bonilla (1992), estudioso de agricultura ecológica, a qualidade de vida tem sua ênfase no quantitativo, ou seja, na quantidade de recursos materiais a disposição do ser humano.

Para a dimensão da saúde ambiental, ressalta-se a preocupação da agricultura orgânica (AO) em manter a diversidade biológica e o meio ambiente saudável, ação que repercute positivamente na saúde de quem vive nesse ambiente. Posteriormente, ressalta-se a questão que a AO provê alimentos com valor nutricional equilibrado e isentos de contaminantes químicos cujo consumo se relaciona com a promoção da saúde humana. (REV. AGROECOLOGIA, 2007).

Já as pessoas que residem na cidade trabalham, quase que na sua totalidade, como assalariados. Aproximadamente 10% são donos de microempresas ou prestadoras de serviço.

Dentre as famílias entrevistadas, aproximadamente 803 pessoas fazem uso de medicação psicoativa, o que representa 14%. Destes, aproximadamente 325 pessoas são do sexo masculino, somando 40.5%. Aproximadamente 59.5%, são do sexo feminino, perfazendo um total de 478 mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), drogas psicoativas ou psicotrópicas são aquelas que alteram o comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora e levam à dependência. Isso significa, portanto, que essas drogas agem preferencialmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central (SNC). Já a droga depressora diminui a atividade do SNC, ou seja, esse sistema passa a funcionar mais lentamente. Como consequências aparecem os sintomas e sinais dessa diminuição: sonolência, lentificação psicomotora, etc.

Para Dockett (2006), apesar de a mulher estar no grupo com predisposição para a doença, não quer dizer que toda a ala feminina irá desenvolvê-la em algum momento da vida. A depressão não tem uma causa específica, ela se desenvolve por uma conjunção de fatores, ou seja, o desequilíbrio hormonal, que deixa as mulheres mais sensíveis, irritadas, com baixa autoestima e até apatia para lidar com certas situações, potencializando a predisposição para a depressão. Depois há o componente genético, podendo os quadros ser desencadeados por histórico familiar, por último, apresenta-se o chamado fator ambiental, que são os acontecimentos dramáticos ocorridos ao longo da vida — a perda do emprego, frustração profissional, traição, uma separação, perda de algum familiar, etc.

Enquanto as mulheres tendem a ficar deprimidas e tristes e deixam transparecer com maior visibilidade a apatia emocional, os homens manifestam um comportamento depressivo, muito diferente, ou seja, em casos leves, eles simplesmente se dizem cansados, menos interessados na atividade sexual ou sentindo-se mais sensível e irritável. Porém, quando a depressão agrava, os homens vão numa direção completamente diferente. Podem começar a trabalhar o tempo todo, bebem mais do que o habitual, dirigem rápido demais e tornam-se retirados. Ao invés de procurar ajuda para tratar a depressão, se demonstram resistentes, não falam sobre e, quando chegam ao ponto de ruptura, tendem a agir mais rapidamente em pensamentos suicidas e utilizar métodos que são mais letais (DOCKETT, 2006).

Outro fator investigado faz referência aos motivos que levaram as pessoas ao uso da medicação. Aproximadamente 29,2% (235 pessoas) iniciaram o uso da medicação psicotrópica por sofrerem de insônia. A segunda maior causa é a ansiedade com aproximadamente 22,4% (180 pessoas). Com 13,% (105 pessoas) segue o cansaço, esgotamento mental, seguido pela tristeza (choro sem motivos aparentes) com aproximadamente 11,% (89 pessoas). Outros fatores que contribuíram e levaram as pessoas ao uso da medicação, são: a irritabilidade, com aproximadamente 10% (78 pessoas); algias (dores) em geral, com aproximadamente 8,4% (68 pessoas); problemas cardiorrespiratórios, com 3,8% (30 pessoas) e, por último, a morte de uma pessoa, somando aproximadamente 2,2%, representando 18 pessoas.

Os fatores que desencadeiam a insônia, na maioria dos casos, com um início repentino, coincidindo com uma situação de estresse psicológico (tristeza, afastamento de um familiar), social (perda do emprego, dificuldade econômica) ou médico (iminência de uma intervenção cirúrgica). A insônia persiste geralmente muito tempo depois do desaparecimento da causa original, devido à presença de um nível elevado de alerta e de um condicionamento negativo (DAVIES, 2003).

A ansiedade é um sentimento desagradável, vago, indefinido, que pode vir acompanhado de sensações como frio no estômago, aperto no peito, coração acelerado, tremores e podendo haver também sensação de falta de ar. É um sinal de alerta, que faz com que a pessoa possa se defender e proteger de ameaças, sendo uma reação natural e necessária para a auto-preservação. Não é um estado normal, mas é uma reação normal, esperada em determinadas situações. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas, por ser: naturais, esperadas e auto-limitadas.

Já a ansiedade patológica, caracteriza-se por ter uma duração e intensidade maior que o esperado para a situação, e além de não ajudar a enfrentar um fator estressor, ela dificulta e

atrapalha a reação. O transtorno de ansiedade generalizada costuma ser uma doença crônica, com curtos períodos de remissão e importante causa de sofrimento durante vários anos. É uma preocupação exagerada que pode abranger diversos eventos ou atividades da vida da pessoa e pode vir acompanhado de sintomas como irritabilidade, tensões musculares, perturbações no sono, entre outros.

Para tratar a tensão e a ansiedade, são usados medicamentos benzodiazepínicos. É um dos medicamentos mais utilizados no mundo, inclusive no Brasil. Este produz uma depressão na atividade do SNC que se caracteriza por diminuição de ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular, redução do estado de alerta e que por sua vez dificultam o processo de aprendizagem e memória. Se utilizado por alguns meses leva as pessoas à dependência e ao cessar sua utilização, o mesmo passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, sudorese, dor pelo corpo todo, podendo em casos extremos apresentar convulsões.

Dentre as famílias pesquisadas, um fator importante a ser considerado é o tempo em que as pessoas estão fazendo uso de medicação psicotrópica. Aproximadamente 35,8%, o que equivale a 287 pessoas, utiliza o medicamento por um período superior a 5 anos. Aproximadamente 25,5%, percentual representado por 205 pessoas, utiliza o medicamento há menos de 1 ano. Já as pessoas que utilizam medicamentos por um período de 1 a 3 anos, somou aproximadamente 23,1%, correspondendo a 186 pessoas e, com um percentual aproximado a 15,6% de 3 a 5 anos, perfazendo um total de 125 pessoas.

O uso prolongado de medicamentos psicotrópicos pode criar dependência, motivo da necessidade de se diminuir o uso dos mesmos, em dose gradual. O uso contínuo de medicamentos benzodiazepínicos pode provocar uma diminuição passageira da memória, dependência física e psíquica, cansaço e piora da qualidade do sono, para outros, pode ocorrer aumento ou perda de peso, como também diminuição da libido, sensibilidade sexual, retardo de ejaculação ou orgasmo, queda de cabelo, tontura, tremores, retenção urinária, alergias de pele, sudorese, intoxicação com alterações cardiorrespiratórias, etc.

O uso prolongado também significa que o indivíduo vai precisar de doses, cada vez mais altas, para obter o mesmo efeito terapêutico (CARDIOLI, 2005). Deste modo, torna-se fundamental que o indivíduo tenha espaço e liberdade para falar do seu problema, que pode ser realizado através do acompanhamento psicológico e atenção dos demais profissionais da equipe de Saúde Mental. Para a utilização de medicamentos psicotrópicos, é necessário consulta médica especializada, através da prescrição de um receituário. Esta consulta com profissional é de extrema importância, pois o usuário necessita de acompanhamento

específico, pois os medicamentos podem provocar efeitos contrários, o que vai depender da reação de cada organismo.

Dentre as pessoas abordadas nesta pesquisa e que fazem uso de medicação psicotrópica, aproximadamente 393, o que representa 48.9% obtiveram orientação de médico clínico geral, e aproximadamente 34.2%, somando 275 pessoas, sob orientação de um médico especialista na área de psiquiatria. Obteve-se ainda uma soma aproximada de 135 pessoas, equivalendo a 17% considerado como outros profissionais (cardiologistas, ortopedistas, dermatologista, ginecologista, obstetra, etc.).

A maior parte dos medicamentos, utilizados pelos usuários do município, é adquirida na farmácia básica da unidade de saúde, disponibilizada para os munícipes, somando aproximadamente 498 pessoas, o que representa 62% dos usuários. Ainda assim, uma grande quantidade de medicamentos é adquirida em outras farmácias, correspondendo aproximadamente a 38%, totalizando 305 pessoas.

Para Osório-de-Castro (2000), o conceito de uso racional de medicamentos, proposto pela OMS, abrange desde a prescrição apropriada do medicamento adequado, a melhor escolha de acordo com os ditames da eficácia e segurança comprovados e aceitáveis ao caso em tratamento.

É necessário também que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; qualidade de produção e armazenamento e dispensação qualificada que assegure a administração na posologia correta, pelo tempo necessário. E, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico prescrito da melhor maneira.

Cabe salientar que 72.1% das pessoas entrevistadas (579 indivíduos) referem saber o motivo do uso do medicamento, no entanto, as respostas são do tipo: “dos nervos”; “para dormir”; “calmante”; “acalmar o coração”. Através das respostas desta pesquisa, constata-se pouca consistência na informação processada pelos usuários. Raras são as pessoas que se referem ao medicamento como antidepressivo.

Além da pouca apropriação da informação pelo usuário sobre a medicação, verificou-se que em torno 27.9% das pessoas (224) não sabem o real motivo e para que fim a medicação é prescrita pelo médico. A maior parte destes indivíduos relata sentir uma melhora nos sintomas com o uso da medicação, 69,36%, o que corresponde a 557 entrevistados. Os 30,64% que representa 246 entrevistados, relatam não sentir melhora, ou seja, destes 30,64%, 48% relatam que os sintomas não desapareceram, correspondendo a um total de 119 pessoas entrevistadas. Outras 69 pessoas informam que perceberam a presença de efeitos adversos

somando aproximadamente 28%. Também tivemos 31 pessoas, o que corresponde aproximadamente a 13% que classificaram como outros, não sabendo especificar o que ocorreu, e ainda 27 pessoas, representando 11%, relataram que o tratamento foi irregular, ou seja, que não tomaram a medicação conforme havia sido prescrita.

Observa-se, através dos resultados, que há uma grande demanda de indivíduos que faz uso de medicamento antidepressivo, porém, muitas destas pessoas não utilizam nenhuma alternativa de tratamento conjugada, fato que pode ser verificado nos dados a seguir: das 803 pessoas que fazem uso de medicação antidepressiva, 506 indivíduos, o que representa 63%, relatam que não usam nenhum outro tratamento além da medicação. Por outro lado, 37% relatam que, além do uso da medicação, fazem algum outro acompanhamento, ou seja: 135 pessoas (45.4%) relatam que fazem uso de chás; outros 97 indivíduos (32.6%) fazem acompanhamento psicológico; seguindo com 38 pessoas (13%) responderam como outros e 27 pessoas (9%) realizam terapias voluntárias e/ou participam de grupos de trabalho voluntário.

É fundamental ressaltar que numa patologia não se pode apenas tratar o sintoma, é necessário tratar a causa do mesmo. Para Rosa, (2003), existem diferentes formas de se abordar a Depressão, relacionadas com os diferentes entendimentos que existem em relação à origem da mesma. Em muitos casos é necessária intervenção conjunta médico-psicológica no atendimento à pessoa deprimida. A depressão pode ser perfeitamente tratada, desde que o paciente dê o primeiro e mais importante passo, que é o de procurar auxílio de um psicólogo ou de uma equipe multiprofissional.

A equipe de saúde mental trabalha junto com o cliente (indivíduo/família), acompanhando-o em sua busca pessoal. Procura facilitar o processo de auto-percepção, o que passa tanto pelo racional como pelo corporal, na medida em que a consciência envolve sensações que se expressam e são captadas através dos sentidos. Em um processo psicoterapêutico, ao mesmo tempo em que o cliente amplia a percepção sobre si, aumenta sua autoconfiança e capacidade de se orientar criativamente em seu meio na busca do equilíbrio. Além da psicoterapia é importante a força de vontade do paciente de correr atrás dos seus sonhos (objetivo), o auxílio da família, dos amigos e de um grupo de ajuda.

Quanto mais amparado o paciente estiver, melhor será o processo de cura da depressão e ou problemas emocionais. A depressão é uma doença relativamente comum e que pode ter consequências devastadoras para a vida do indivíduo, se não for adequadamente tratada. A psicologia pode fornecer tratamento efetivo para a depressão, desde que o indivíduo dê o primeiro e mais importante passo para cura da depressão: o reconhecimento de que possui a

doença e a procura de auxílio de uma equipe com profissionais especializados para o tratamento. Ao contrário do que possa inicialmente parecer, a procura por auxílio de um psicólogo e equipe de saúde mental não representa uma manifestação de fraqueza, mas sim de força, de um indivíduo que possui uma doença e que quer se livrar dela definitivamente, para que possa viver a vida em sua plenitude.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta pesquisa, as questões primordiais a serem investigadas e discutidas concentraram-se na verificação da ocorrência ou não de adesão à terapia psicológica, por parte de usuários de medicamentos psicotrópicos. Como resultado, aparece o médico como figura referenciada no surgimento de quaisquer problemas inerentes ao bem-estar, tanto físico e mental - deflagrando, juntamente com outros fatores discutidos, em um distanciamento do profissional de psicologia. O que se constata, através da pesquisa realizada, é que a primeira figura referenciada, quando sentida a necessidade de ajuda, no surgimento de problemas de natureza psíquica é o profissional da área médica. Entre os participantes da pesquisa, que fazem uso de medicação psicotrópica, o médico foi o primeiro profissional a ser lembrado quando reconhecida a necessidade de ajuda especializada. Nesse sentido, as figuras do psicólogo e da equipe profissional, aparecem como secundários à prática médica, o que também se constata quando se questiona quanto a um outro tipo de acompanhamento, além do medicamentoso - 63% das pessoas que fazem uso de medicação revelam não fazer nenhum acompanhamento. A demanda destas pessoas em acompanhamento psicológico é baixa, correspondendo apenas a 32.6%. As pessoas, ainda não têm por hábito, a busca por tratamento psicológico para atenção ao surgimento dos problemas afetivos.

Outro aspecto a ser aqui considerado é o poder médico, que está intimamente ligado ao poder científico, de tradição positivista, no qual o pensamento racional é considerado como o conhecimento aceitável. Em consequência, o que se verifica é um desconhecimento da verdadeira “utilidade” do profissional psicólogo quanto às competências que lhe são atribuídas. Paralelo a isto, o saber médico, que sedimenta fortemente as instituições de saúde, torna-se imprescindível em sociedade enquanto que o profissional em Psicologia, muitas vezes, é visto como um profissional dispensável.

O que pode ser observado na pesquisa é que existem queixas quanto ao tratamento médico e/ou farmacológico – (30.64% dos entrevistados), entretanto, constata-se que, mesmo insatisfeitos com esta modalidade de tratamento, os entrevistados continuam aderindo a esta, diferentemente do que acontece em relação à terapia psicológica, ou seja - ao sentirem-se insatisfeitos com os atendimentos realizados desistem do tratamento psicoterápico

Os medicamentos são utilizados para controlar os sintomas de ansiedade, nervosismo, tristeza e medo, conforme relato dos entrevistados. O tempo de uso varia entre menos de um ano e mais de cinco anos – somente 32.6% dos entrevistados está em acompanhamento psicoterápico no momento da realização da pesquisa, revelando a busca por soluções

imediatas para os problemas emocionais - prática decorrente da confluência dos vários fatores discutidos no transcorrer do trabalho.

Por fim, é imprescindível a continuidade de novas investigações, instigadas na saúde, e a ampla reflexão sobre as práticas em Psicologia e áreas afins, considerando a necessidade de expandir e melhorar a atenção em saúde mental das populações, uma vez que a saúde mental deve ser vista como interdisciplinar e não apenas como algo restrito de um saber, no caso, o saber médico – que se restringe às questões orgânicas do ser humano – não contribuindo para uma real melhoria nas condições de saúde da pessoa – não levando em consideração as várias demandas que, conforme Angerami-Camon (2006), são advindas de transformações sociais, econômicas e relacionais. O profissional psicólogo está em congruência com essas demandas de modo que os modelos tradicionais de atuação sejam adaptados através de novas estratégias de intervenção.

Nesse sentido, a pesquisa integrada com a prática profissional e o constante exercício de reflexão do fazer psicológico na saúde pública, são fundamentais para que a Psicologia, na saúde pública, se fortaleça e se popularize de maneira que a figura do Psicólogo seja compreendida como a de um agente de promoção de saúde mental e qualidade de vida, superando o paradigma médico-moderno que biologiza o ser humano.

Poderíamos assim dizer que todo problema de saúde é também mental e que toda saúde mental é também produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde.

## 6 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. In: Cadernos de Saúde Pública, v.11, n.3: p.491-494, 1995.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2006.
- BOGOCHVOL, Ariel. **Sobre a psicofarmacologia**, 1995.
- BONILLA, J. A. **Fundamentos da agricultura Ecológica: sobrevivência e qualidade de vida**. São Paulo: Nobel, 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica**, 2005.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos: consulta rápida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.
- DAL PIZZOL. **Uso não médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.
- DAVIES, Dilys. **Insônia: Esclarecendo Suas Dúvidas**. 1 ed. São Paulo: Ágora.2003
- DOCKETT, Lauren. **Mulheres que Enfrentam a Depressão**. 1 ed. São Paulo: Nova Era. 2006.
- FERNANDES, Waldemar José. **Trabalho apresentado no II Congresso da SPAGESP e VIII Jornada do NESME**. Ribeirão Preto, 2007.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas. 1999.
- GRAEFF, Frederico Guilherme; GUIMARÃES, Francisco Silveira. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- LANCETTI, Antonio. **SaúdeLoucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucítec, 2006.
- MELLO, Marcelo F. et al. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- OLIVEIRA, Alice B. **Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d'água, 2006.
- OSÓRIO-de-CASTRO, **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2000.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Rev. Bras. Agroecologia: **Resumos do II Congresso Brasileiro de Agroecologia** v.2, n.1, fev. 2007.

SARACENO, Benedetto. At all. **Reabilitação Psicossocial**. São Paulo: Hucitec, 1999.