



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**ADAILTON DE JESUS GOMES COSTA**

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UBS DE  
SANTARÉM**

**SANTARÉM – PA**

**2021**

**ADAILTON DE JESUS GOMES COSTA**

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UBS DE  
SANTARÉM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina TCC 2 no curso de bacharelado interdisciplinar em saúde como requisito parcial para obtenção de nota, na Universidade Federal do Oeste do Pará, área de concentração saúde pública, sob orientação do professor MSc. Rui Massato Harayama.

**SANTARÉM- PA  
2021**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/ UFOPA**

---

- C837a Costa, Adailton de Jesus Gomes da  
Análise da distribuição de psicofármacos em uma UBS de Santarém./  
Adailton de Jesus Gomes da Costa. – Santarém, 2021.  
30 p.: il.  
Inclui bibliografias.
- Orientador: Rui Massato Harayama  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do  
Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Curso Bacharelado Interdisciplinar  
em Saúde.
1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Psicofármacos. I. Harayama, Rui Mas-  
sato, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 615.788



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**ATA DE DEFESA DE TCC**

Aos 30 de Abril de 2021, às 15 horas, foi convocada e formada a banca examinadora composta de três professores e/ou autoridades nesta Universidade, abaixo nominados, para o exame do trabalho escrito, apresentação oral do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, elaborado pelo acadêmico **ADAILTON DE JESUS**, cujo título é **ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UBS DE SANTARÉM**. Foi concedido o tempo máximo de 20 minutos para o acadêmico fazer a exposição oral do trabalho, atribuindo-se outros 30 minutos para arguições. Após a apresentação foram feitas as arguições ao acadêmico, visando a avaliação e crédito na disciplina. Concluídas as arguições, a banca passou à deliberação sobre a avaliação, considerando os seguintes critérios: Qualidade Técnica do Trabalho; Domínio do Conteúdo; Qualidade na Exposição Oral; Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos e Formas de Intervenção; e Referencial Teórico, Resultados e Bibliografia. Após a deliberação, concluída à presente banca de exame de TCC, trabalho foi considerado:

- ( x ) Aprovado (nota  $\geq$  6,0).  
( ) Reprovado (nota  $<$  6,0).

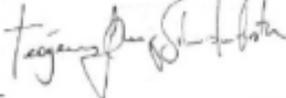
Professor (a)	Função	Nota (0 a 10)
Eloísa Amorim De Barros	Membro	9,5
Teógenes Luiz Silva da Costa	Membro	9
	Média	9,25

A entrega da versão final do TCC, com as devidas alterações apontadas pela Banca Examinadora, deverá ocorrer no prazo de 15 (quinze) dias após defesa.

**Assinaturas dos membros da banca**

Presidente - 

Membro -

Membro - 

SANTARÉM, 30 de Abril de 2021

## RESUMO

Os transtornos de ordem mental configuram um importante problema de saúde pública. A cada ano aumenta-se o número de diagnósticos de transtornos mentais e conseqüentemente a prescrição de medicamentos, objetivando o controle de sentimentos e emoções que não estejam “normais”. Estes problemas podem afetar qualquer pessoa, de qualquer idade ou classe social, podendo estar associados a redução da produtividade e qualidade de vida, embora as pessoas mais pobres estejam expostas a uma quantidade maior de fatores que podem desencadear algum transtorno. A Atenção Básica deve ser a porta principal de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. No que tange aos transtornos mentais, tanto a entrada quanto o tratamento deve ocorrer preferencialmente neste nível de atenção, sempre mais perto de onde o paciente vive. Este trabalho, que foi uma pesquisa em serviço, buscou caracterizar a distribuição de psicofármacos a partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Santarém, em um primeiro momento fez-se uma análise em 191 prontuários, verificando, entre outras informações, os medicamentos utilizados, posologia e consultas médicas realizadas. O segundo momento envolveu a aplicação de questionários a usuários do programa de saúde mental, atendidos na referida UBS, utilizando o critério de saturação teórica e considerando a pandemia da Covid-19, o número de entrevistados foi reduzido a 4. Os resultados mostraram que há uma grande quantidade de usuários que utilizam medicamentos, mas que não foram notificados, todavia, desconhece-se os efeitos das subnotificações. Evidenciou-se ainda que não há um correto acompanhamento por meio de busca ativa de usuários faltosos, nem tampouco revisão dos medicamentos em uso. Por fim, considerando o cenário em que esta pesquisa foi desenvolvida os resultados não podem ser considerados finalísticos, mas devem, outrossim, servir como sugestão para que trabalhos futuros possam aprofundar as discussões aqui levantadas.

Palavras Chave: Saúde Mental. Atenção Básica. Psicofármacos.

## **ABSTRACT**

Mental disorders are an important public health problem. Every year, the number of diagnoses of mental disorders increases and, consequently, the prescription of medications, aiming to control feelings and emotions that are not “normal”. These problems can affect anyone, of any age or social class, and may be associated with reduced productivity and quality of life, although the poorest people are exposed to a greater number of factors that can trigger some disorder. Primary Care should be the main gateway for users to the Unified Health System. With regard to mental disorders, both entry and treatment should preferably take place at this level of care, always closer to where the patient lives. This work, which was an in-service research, sought to characterize the distribution of psychoactive drugs from a Basic Health Unit (UBS) in the city of Santarém, initially analyzing 191 medical records, checking, among others, information, medications used, dosage and medical consultations performed. The second moment involved the application of questionnaires to users of the mental health program, attended at the aforementioned UBS, using the theoretical saturation criterion and considering the Covid-19 pandemic, the number of respondents was reduced to 4. The results showed that there are a large number of users who use medications, but who were not notified, however, the effects of underreporting are unknown. It was also evidenced that there is no correct follow-up through the active search for defaulting users, nor is there a review of medications in use. Finally, considering the scenario in which this research was developed, the results cannot be considered final, but should also serve as a suggestion so that future works can deepen the discussions raised here.

Keywords: Mental Health. Primary Care. Psychopharmaceuticals.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	5
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	9
<b>4 RETROCESSOS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b> .....	12
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>5.1 Metodologia de Análise</b> .....	14
<b>7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM PRONTUÁRIOS</b> .....	16
7.1 Critérios de exclusão em prontuários .....	16
7.1.2 Critérios de Inclusão de Pacientes para entrevista .....	16
7.1.3 Critérios de Exclusão de Pacientes .....	16
<b>8 DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS: COMPREENDENDO O PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DE UMA UBS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM/PA</b> .....	16
<b>9 RESULTADOS</b> .....	17
<b>9.1 DOS SUJEITOS DA PESQUISA, A SAÚDE MENTAL NOS TERRITÓRIOS DA UBS CONQUISTA</b> .....	20
<b>10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	23
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	27
<b>REFERENCIAS</b> .....	28
<b>ANEXOS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos de ordem mental configuram um importante problema de saúde pública, haja vista a excessiva medicamentação do comportamento humano. Cada vez mais, exige-se que as pessoas vivam em “caixinhas”, é exigido um comportamento padrão em todas as fases da vida, o que vem provocando aumento na recomendação de uso de medicamentos psicotrópicos (Moura et al 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que transtornos mentais são condições clínicas de alteração do modo de pensar, do estado das emoções ou por comportamentos relacionados a angustia pessoal. A OMS ressalta que esses problemas não são uma simples alteração da escala do normal, alterações por curto período não devem ser tratadas como um transtorno mental (OMS/OPAS 2001).

A OMS diz ainda que “é preciso que essas alterações sejam recorrentes, que resultem em alguma deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida” (OMS/OPAS 2001).

Os problemas relativos à saúde mental estão associados a deficiências e significativa redução da produtividade e qualidade de vida, provocando aumento nos custos de saúde (Silva e Lima, 2017). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a Saúde mental é tão importante quanto a saúde física, e assim como esta, está sujeita aos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. (OMS/OPAS 2001). Determinantes estes, muitas vezes ignorados na hora do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais.

O relatório de Saúde Mental, elaborada pela OPAS/OMS destaca que 25% da população mundial em uma determinada fase da vida, apresentará algum tipo de transtorno mental. O documento destaca ainda que estes transtornos podem afetar qualquer pessoa, de diferentes países, de diferentes condições sociais, e que ninguém está imune a este tipo de problema (OMS/OPAS 2001).

A Atenção Básica (AB) é o primeiro ponto de atenção e porta preferencial de acesso ao SUS, além disso deve considerar os indivíduos em sua realidade, garantindo um atendimento de forma integral com proteção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. (Brasil, 2017).

A principal hipótese deste trabalho é de que a Atenção Básica é o primeiro lugar que as pessoas buscam quando não se sentem bem, isto inclui os sintomas suspeitos de transtornos mentais, é nesse nível de atenção que estes problemas devem ser tratados, não necessariamente com o uso de medicamentos.

Todavia, acredita-se que há uma excessiva recomendação de uso de psicofármacos, acompanhamento inadequado e insuficiente dos pacientes em tratamento, que resulta em terapias longas sem que o paciente tenha sua medicação revisada ou mesmo evolua para alta, acredita-se ainda que há um mal funcionamento na rede que deveria tratar de forma integral estes pacientes.

Faz-se necessário compreender como ocorrem estes diagnósticos e tratamentos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a dispensação de psicofármacos a partir de uma UBS de Santarém.

#### **2.1.2 Objetivos específicos**

- Traçar o perfil dos usuários de medicamentos com princípios psicoativos em uma UBS de Santarém;
- Caracterizar qualitativamente os usuários de psicofármacos.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

A articulação entre a AB e a Saúde Mental (SM) vem chamando a atenção dos pesquisadores nos últimos anos, considerando que os transtornos de ordem mental correspondem a uma parcela considerável dos atendimentos na AB (Gryschek & Pinto, 2015). Neste sentido, faz-se necessário estudar de que forma as pessoas com transtornos mentais estão sendo atendidas no primeiro nível de atenção à saúde.

Não há como falar em atenção à SM sem antes lembrar do movimento de reforma psiquiátrica, iniciado no Brasil, por volta da década de 1970. Esta reforma deve ser entendida como um processo sociopolítico complexo. Trata-se de uma combinação de diversos atores da sociedade, de diferentes esferas de governo, de instituições de ensino, de conselhos profissionais, das pessoas e familiares com transtornos mentais e dos movimentos sociais (Queiroz, 2013).

Aline Macedo de Queiroz (2013) nos diz ainda que o Movimento pela Reforma Psiquiátrica tinha como pauta a luta pelos direitos dos pacientes em tratamento psiquiátrico no Brasil, para ela, isto implicava a superação do modelo anterior. A pesquisadora segue dizendo que a reforma pode ser dividida em duas fases, a primeira de 1978 a 1991, compreendia uma forte crítica ao modelo hospitalocêntrico, já a segunda iria de 1992 aos dias atuais, destacando-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares (Queiroz, 2013.)

Um relatório desenvolvido pela OPAS/OMS aponta que os transtornos mentais e de comportamento correspondam a cerca de 12% da carga mundial de doenças.

Apesar disso, os investimentos voltados à SM correspondem a menos de 1% do investimento na área de saúde na maioria dos países do globo. (OPAS/OMS 2001)

Aline Macedo de Queiroz (2013) destaca que:

Para a OMS/OPAS (2001), no relatório elaborado, o ano de 2001 foi indicado como o ano de luta por Saúde Mental e pelos doentes mentais. Nesse relatório é destacado que não há grupos imunes ao adoecimento, embora o risco seja maior entre pobres, sem-teto, desempregados, pessoas com baixa escolaridade, vítimas de violência, imigrantes, refugiados, populações indígenas, mulheres e crianças maltratadas e idosas abandonadas. (Queiroz, 2013, p 43).

Como vimos, todas as pessoas estão sujeitas a enfrentarem algum tipo de transtorno mental, contudo, algumas pessoas estão em maior vulnerabilidade como destacou Aline Macedo de Queiroz e com a qual concordam Silva e Lima (2017) quando dizem que:

Transtornos mentais como a ansiedade e a depressão são comuns em muitos usuários da atenção primária das principais capitais do país, as altas taxas estão associadas às mulheres, aos desempregados, pessoas com baixa escolaridade e baixa renda (Silva e Lima 2017).

O que evidencia que os transtornos mentais estão intimamente relacionados com a questão social, pessoas mais pobres estão mais vulneráveis a desenvolverem algum transtorno de ordem mental, com o agravante que nem sempre o sistema de saúde atenderá de forma adequada este cidadão, por outro lado ainda que o sistema de saúde consiga resolver o problema por meio de medicamentos, a raiz do problema continua existindo, haja visto que o Brasil, reconhecidamente, tem uma má distribuição de renda, de forma que as pessoas tem dificuldade para ascender socialmente.

Silva e Lima (2017) destacam ainda que:

Os transtornos mentais contribuem significativamente para a carga global de doenças da população e estão associados a deficiências, dificuldades no diagnóstico de outras doenças, além de interferir em custos para a saúde, diminuição da produtividade e qualidade de vida. (Silva e Lima 2017, p 2026).

Esse grupo de pessoas normalmente busca o serviço público de saúde e encontram na AB seu primeiro contato para o diagnóstico e tratamento, visando a superação do problema enfrentado.

Muitas vezes o caminho encontrado para o enfrentamento dessas situações é com o uso de medicamentos, a este processo o Comitê Nacional Para Promoção do Uso Racional de Medicamentos chama de Medicamentação que seria o uso de medicamentos para tratar problemas de saúde que até então não eram problemas de ordem médica. Portanto, não passível de tratamento com medicamentos. (Brasil, 2018).

Neste sentido Bezerra et all esclarecem que:

A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentados”, com o intuito de proporcionar cura. (Bezerra et all 2014 p. 62).

Segundo Bezerra et all (2014) as pesquisas mostram que este processo de medicamentação da vida é mais visível na saúde mental, é crescente a recomendação de medicamentos para tratar problemas do cotidiano, como o desemprego e a pobreza. Os autores acreditam que os serviços de saúde mental estão reduzindo os tratamentos a uma terapêutica com psicotrópicos, havendo pouca comunicação entre os profissionais e usuários.

Estudos mostram que o Brasil está entre os cinco maiores consumidores global de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, não o bastante o país está entre os dez maiores produtores dessas substâncias. Houve um aumento entre 2012 a 2016 de cerca de 30% dos serviços públicos de saúde que acompanham pessoas com depressão, aumento de 61% de consumo de substâncias antidepressivas no mercado total e 3% de antidepressivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (Brasil, 2018).

Zanella et all (2016) mostram que a saúde mental está entre os aspectos mais mediatizados da vida humana, emoções típicas do ser humano, como a tristeza,

frequentemente são vistas com um olhar “biologizante”, facilmente transformadas em doenças, tratáveis com medicamentos.

#### **4 RETROCESSOS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Como destacado anteriormente pela pesquisadora Aline Queiroz (2013), o movimento pela reforma psiquiátrica caminhou junto com o próprio movimento da reforma sanitária e conseqüentemente com a própria história do SUS que foi construindo com a participação de diversos movimentos sociais.

Ainda que a Política de Atenção à Saúde Mental no país não fosse perfeita é inegável que durante muito tempo, com a participação de movimentos sociais houve alguns avanços, sobretudo, na superação do modelo hospitalocêntrico. Todavia, após a destituição da presidenta Dilma Rouseff, houve uma série de ataques a direitos sociais e retrocessos em políticas públicas.

A Política Nacional de Saúde Mental não saiu ilesa neste processo de ataques, o governo brasileiro apresentou uma “Nova” Política De Atenção À Saúde Mental extremamente criticada por diversos movimentos sociais e pesquisadores que apontam uma volta ao passado tenebroso, das internações em hospícios dos que sofrem transtornos mentais.

Segundo Amarantes e Nunes (2018) os retrocessos nesta política se iniciam ainda em 2015, quando segundo os autores o Ministério da Saúde passa a ser objeto de negociações política, onde a reforma psiquiátrica passa a ser alvo de ataques, havendo mudanças radicais, promovendo um grande retrocesso neste campo de atenção à saúde.

Os autores destacam que em dezembro de 2017 a comissão intergestora tripartite aprovou a resolução de número 32 que de acordo com os autores promove um resgate do modelo manicomial e dá início a um processo de desmonte de tudo que foi construído ao longo do movimento pela reforma psiquiátrica.

Nesta mesma corrente os pesquisadores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) mencionam que de dezembro de 2016 a maio de 2018 foram publicadas aproximadamente 15 portarias, resoluções e demais documentos normativos que deram origem a nova política de saúde mental.

No entanto, para estes pesquisadores a nova política, de nova não tem nada, na verdade se trata de um incentivo a internação psiquiátrica além de promover uma

separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser objeto de uma nova política, denominada de política nacional sobre drogas, que também é alvo de muitas críticas dos movimentos sociais.

Finalmente, se juntando as muitas vozes que repudiam a nova política temos o COFEN (2020) destacando o risco de haver revogação de portarias que criaram as equipes de consultórios na rua, criação de unidades especializadas em emergências psiquiátricas, enfim uma série de ataques que coloca em risco o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no país.

O COFEN, reitera que a proposta apresentada como nova, na verdade retorna ao modelo hospitalocêntrico, centrado no asilamento, oferecendo grandes riscos a dignidade do ser humano, a nova política é uma afronta aos princípios da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

## **5 METODOLOGIA**

A AB é uma das portas de entrada dos atendimentos em saúde mental. O tratamento e acompanhamento pode ocorrer tanto nas Unidades Básicas de Saúde-UBS como nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Apesar de haver entrega de medicamentos psicotrópicos nos dois serviços, este trabalho foi direcionado a entrega de medicação em uma unidade básica de saúde do município, uma vez que este tipo de serviço normalmente está mais perto do paciente que os CAPS.

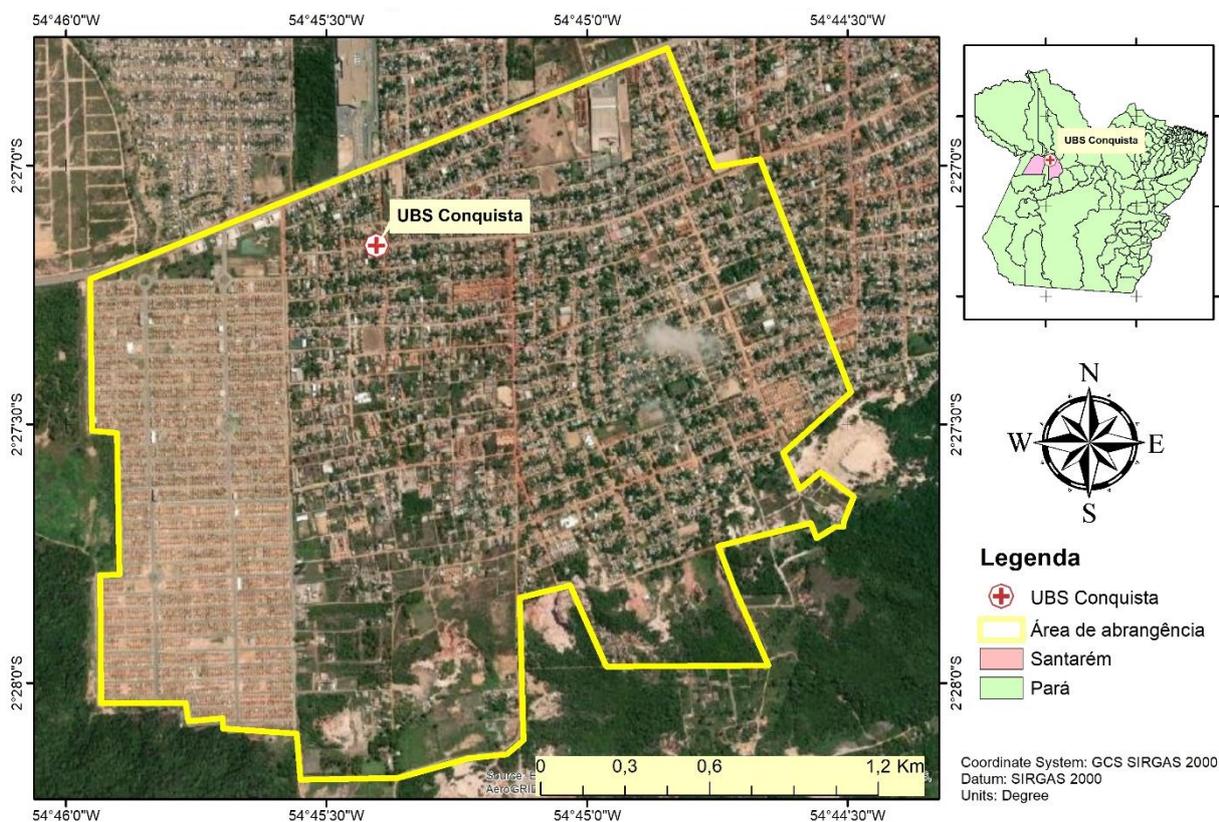
Cabe ressaltar que segundo o Conselho Federal de Farmácia a dispensação de medicamentos é ato privativo do farmacêutico conforme decreto nº 85.878/81, por outro lado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem o entendimento que o profissional enfermeiro pode realizar a entrega de medicamentos, conforme aprovação do pleno do parecer normativo 145/2018.

Como as unidades básicas de saúde de Santarém não possuem farmacêuticos atuando no processo da entrega de medicamentos aos usuários, ocorre portanto a entrega de medicamentos, o COFEN defende que existem diferenças entre farmácias e dispensários de medicamentos, enquanto na primeira a função de entrega é privativa do farmacêutico na segunda é possível ser realizada pelos enfermeiros e

técnicos de enfermagem, o conselho afirma ainda que exigir a presença do farmacêutico traria prejuízos aos cidadãos, com descontinuidade de serviço.

A UBS escolhida foi a do bairro da Conquista, por ser a maior do município considerando o número de população atendida, a área de abrangência corresponde aos bairros Amparo, Novo Horizonte, São Cristóvão, Alvorada, Conquista além de provisoriamente o Residencial Salvação e a ocupação do Juá.

Figura 1 – Mapa de abrangência UBS Conquista



## 5.1 Metodologia de Análise

Para a construção do perfil dos usuários foi feito o levantamento de informações a partir dos prontuários dos pacientes, verificando se a entrada deles no serviço se deu pela UBS ou foram referenciados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outro serviço, além de verificar idade, sexo, peso, altura, posologia dos medicamentos em uso, tempo de tratamento, intervalo entre consultas médicas, essas informações foram incluídas em uma planilha para posterior tabulação.

Foram analisados 191 prontuários divididos entre as três equipes de Saúde, destes observou-se que 42 estavam de acordo com os critérios de inclusão para a fase qualitativa que envolveu a aplicação de um roteiro de entrevista aos usuários.

Havia a intenção de se entrevistar de 10 a 50 pacientes, o limite seria definido por meio do conceito de saturação teórica, que Fontanella et al (2008) e Nascimento et al (2017) definem que uma amostra encontra-se saturada quando nenhum dado novo é acrescentado à pesquisa, de forma que acrescentar ou não a informação não altera a compreensão do estudo.

As entrevistas ocorreram por meio de um roteiro de entrevista que foi aplicado aos pacientes em tratamento e que foram incluídos pelo critério de inclusão, também havia-se a intenção de verificar se eles conheciam seu plano e itinerário terapêutico, confrontar as informações de idade, peso e altura, observando se as posologias utilizadas estão respeitando a singularidade de cada paciente, e ainda se os medicamentos utilizados são obtidos gratuitamente ou comprados e se batem com as informações disponíveis nos prontuários até que se encontre o ponto de saturação da amostra.

Inicialmente os pacientes convidados a contribuir com a pesquisa, respondendo ao roteiro de entrevista seriam organizados em adultos de 20 a 59 anos e idosos com mais de 60 anos, e por fim entre homens e mulheres, se possível garantindo a mesma quantidade de pessoas dentro do critério estabelecido. Tal metodologia é descrita por Oliveira (2001) como sendo uma amostragem não probabilística do tipo quotas. Segundo ela neste tipo de pesquisa se considera as variáveis da população como sexo, idade dentre outras. Os pacientes autorizaram a entrevista por meio de Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## **7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM PRONTUÁRIOS**

- Prontuários do programa de Saúde Mental a partir de Janeiro de 2014 até 2019 (com todas as informações necessárias)
- Ter idade a partir de 20 anos.

### 7.1 Critérios de exclusão em prontuários

- Prontuários que não apresentem todas as informações
- Prontuários de pacientes fora do recorte temporal (2014 – 2019)
- Prontuários de pacientes que não estejam dentro da idade mínima estabelecida.

#### 7.1.2 Critérios de Inclusão de Pacientes para entrevista

- Pacientes que após tomarem conhecimento da pesquisa concordem com a mesma.
- Pacientes que apresentem as condições físicas e emocionais para participar da pesquisa.

#### 7.1.3 Critérios de Exclusão de Pacientes

- Desistência/Não consentimento para participar da pesquisa qualitativa.
- Estar fora do recorte temporal (idade) durante a realização da pesquisa.
- Pacientes que não apresentem condições físicas e emocionais para participar da pesquisa

## **8 DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS: COMPREENDENDO O PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DE UMA UBS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM/PA**

A execução deste projeto, compreendeu desafios importantes a serem superados, em especial pelos provocados pela pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2, causador da COVID 19, que tornou inviável boa parte dos procedimentos metodológicos pensados para este trabalho.

Como por exemplo, deixar de confrontar os dados antropométricos dos pacientes com os contidos em seus prontuários, tal medida se fosse executada, colocaria em risco a saúde dos pacientes entrevistados. Também, por não ser possível garantir a segurança sanitária do pesquisador bem como dos usuários que seriam entrevistados, o número mínimo de 10 pacientes foi reduzido para 4.

Embora tenha se levantado a possibilidade de pesquisa a distância, substituindo o preenchimento do TCLE por uma autorização por telefone com gravação de chamada ou vídeo chamada. Esta possibilidade foi descartada, considerando a realidade das pessoas a serem entrevistadas.

Dentre os procedimentos adotados que visaram aumentar a segurança do pesquisador e dos usuários entrevistados, houve prévio agendamento por telefone, com confirmação horas antes do início da pesquisa, onde foi solicitado pelo pesquisador o uso de máscara, local aberto e ventilado que possibilitasse a existência de uma distância segura sem que isso comprometesse a qualidade da comunicação entre os sujeitos envolvidos na pesquisa

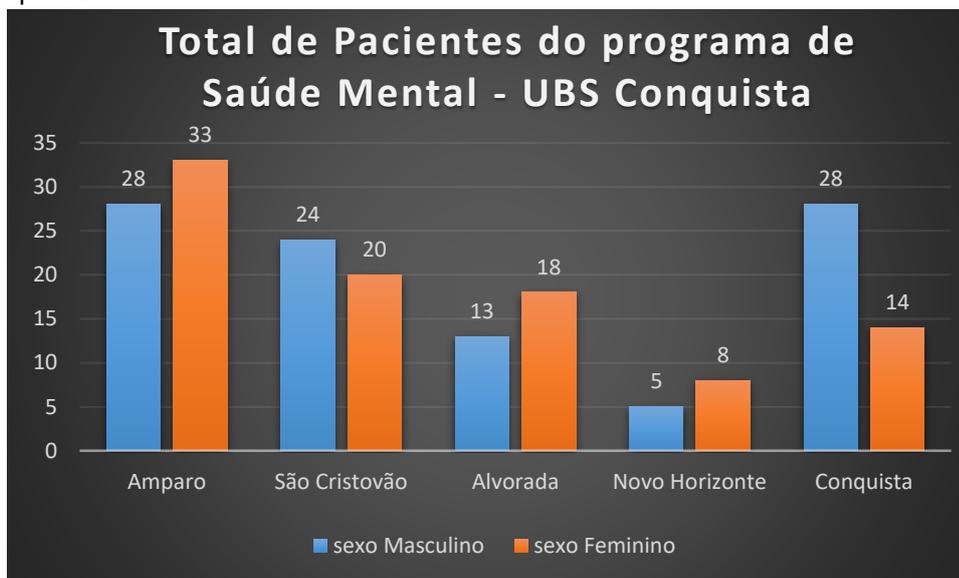
A Unidade Básica de Saúde da Conquista esteve organizada em três Estratégias de Saúde da Família, assim organizadas ESF I com os bairros São Cristóvão e Alvorada, ESF II com Conquista e Novo Horizonte e finalmente ESF III com o bairro do Amparo.

Foram visitados 4 pacientes usuários do programa de saúde mental da então UBS Conquista, que foi reorganizada, entre o projeto e a efetivação da escrita deste trabalho, a ESF III do Amparo, foi transferida para uma unidade básica de saúde no próprio bairro do Amparo. O que de fato não prejudicou as atividades pensadas pois, desde o começo os prontuários foram separados pelos bairros e não pelas estratégias dos quais faziam parte.

## **9 RESULTADOS**

Embora uma ESF compreendesse mais de um bairro os prontuários foram organizados a partir de seus bairros. O gráfico 1 exibe a quantidade total de pacientes atendidos pelo programa de saúde mental de cada estratégia, cujo prontuário encontrava-se nas pastas destinadas ao programa durante a pesquisa.

Gráfico 1 - Total de pacientes atendidos pelo programa de saúde de mental da UBS Conquista organizados por sexo.



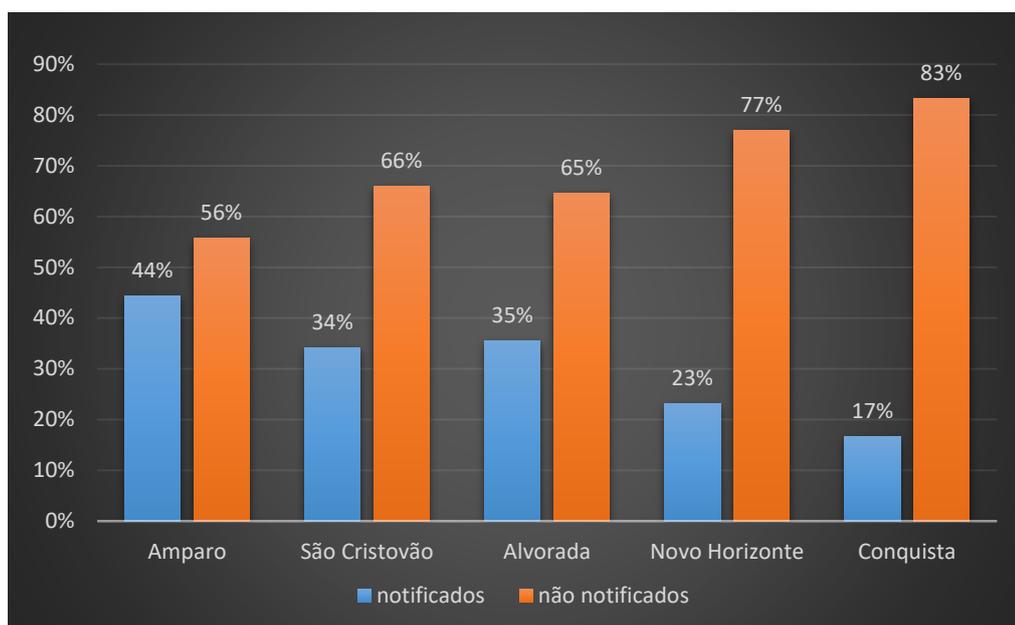
Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Evidencia-se com base no gráfico acima que o bairro do Amparo é o que possui a maior quantidade de usuários participantes do programa de saúde mental, enquanto o Novo Horizonte registra os menores índices.

Todavia, quando se organiza os dados por estratégias, percebe-se que a ESF I atende o maior número de usuários, seguido pela ESF III. O gráfico revela ainda que não existe diferença relevante entre o sexo biológico dos usuários, contudo, o número de usuários do sexo masculino é ligeiramente maior que os do sexo feminino.

Demonstra-se no gráfico 2 que a notificação dos casos ocorre com certa parcialidade por parte de todas as equipes de saúde da família.

Gráfico 2 - Proporção de usuários atendidos pelo programa de saúde mental da UBS Conquista cuja ficha de notificação foi preenchida.

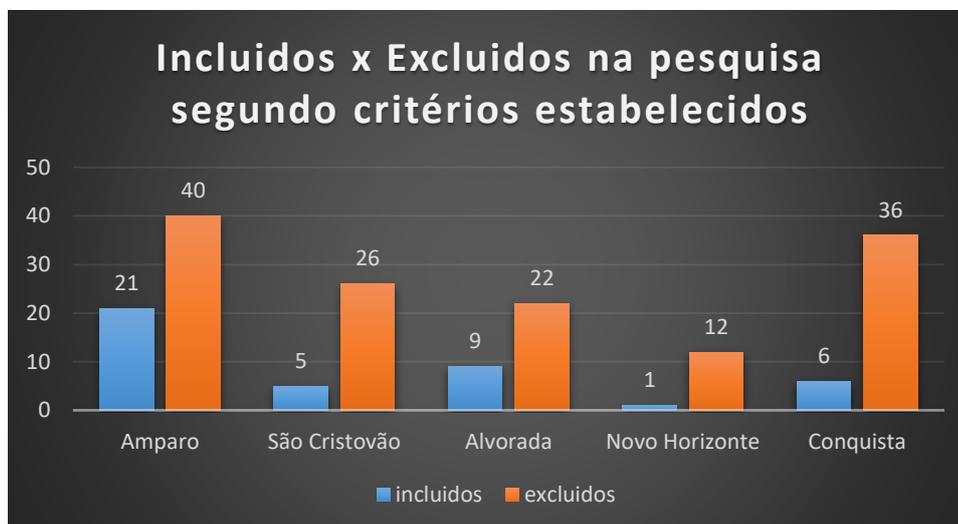


Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Como mostrado no gráfico nenhuma das equipes de saúde da família alcançou ao menos 50% dos usuários notificados. Desconhece-se contudo, os efeitos práticos desta subnotificação.

Finalmente o gráfico 3 exhibe a quantidade de usuários que foram incluídos para a próxima etapa desta pesquisa obedecendo os critérios de inclusão anteriormente definidos.

Gráfico 3 - Número de prontuários selecionados para a próxima etapa da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão



Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2021.

O gráfico revela que de acordo com os critérios de inclusão a ESF III foi a que teve o maior número de prontuários elegíveis para a próxima etapa qualitativa, que consiste na aplicação de questionário aos usuários do programa de saúde mental da UBS Conquista.

### 9.1 DOS SUJEITOS DA PESQUISA, A SAÚDE MENTAL NOS TERRITÓRIOS DA UBS CONQUISTA

A parte qualitativa da pesquisa incluía a aplicação de um roteiro de entrevista a usuários do programa de saúde mental da UBS Conquista, distribuídos nos bairros que integravam as ESF cadastradas nesta unidade de saúde. A pandemia provocada pelo SARS-COV-2 provocou algumas alterações metodológicas na execução do trabalho.

O paciente 1 (P1), sexo masculino, 59 anos, desempregado, relatou que percebeu que algo não estava certo com ele a cerca de 7 anos, procurou diretamente o CAPS, onde foi atendido e acompanhado por algum tempo, depois orientado a procurar a unidade de saúde do seu bairro para continuar o tratamento.

P1 ficou por algum tempo sendo acompanhado pela equipe de saúde da estratégia de saúde correspondente ao seu bairro e também pelo CAPS. É interessante destacar que estes serviços de saúde não se comunicam e, portanto, o

paciente tinha dois prontuários, um em cada serviço, e o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde se davam exclusivamente pelo paciente.

P1 faz uso diários de algumas medicações destinadas ao controle de hipertensão arterial, e das seguintes medicações para controlar sentimentos e emoções que não são considerados normais, Haldol de 5mg, Clonazepan gotas de 2,5 mg e Carbonato de Litium de 300mg.

Em relação as orientações fornecidas pelos serviços de saúde, P1 acredita que elas são adequadas, e que embora tenha ocorrido mudanças de diversos profissionais de saúde que o acompanhavam, relata que elas não prejudicaram o seu tratamento.

Já em relação às consultas realizadas com o médico generalista da ESF do bairro, ele diz que não trata do problema relacionado a sua saúde mental, se não para fins exclusivos de renovação de receita do medicamento que ele fez uso. Portanto, este paciente não teve nenhuma revisão do seu tratamento, seguindo com o mesmo desde a prescrição no CAPS.

A medicação embora distribuída na UBS, constantemente falta, mas quando isso ocorre, ele consegue uma receita com o médico da UBS e faz a compra na farmácia não deixando de tomar a medicação.

O paciente 2 (P2), sexo feminino 35 anos, servidora pública efetiva, relatou que apresentou um transtorno de saúde mental, após agressão verbal de usuária do serviço onde ela trabalha, a entrada no serviço de saúde mental se deu no próprio local de trabalho, sendo atendida por médico generalista, que receitou cloridrato de amitriptilina de 25 mg com recomendação de uso diário.

P2 acredita que as orientações dos profissionais de saúde em relação ao uso dos medicamentos são adequadas, que a mudança de enfermeiros e médicos na equipe não atrapalhou o seu tratamento.

P2 relata que embora o medicamento seja fornecido na UBS, ele frequentemente falta e que quando isso ocorre realiza uma consulta ou a enfermeira consegue com um dos médicos que atende na sua UBS de referência uma nova, para que ela compre na farmácia, desta forma enquanto fez o tratamento a mesma nunca deixou de ingerir as medicações, pois comprava quando faltava no posto.

P2 interrompeu voluntariamente, o uso do medicamento, diz que está bem e que não pretende voltar a usá-lo.

O paciente 3 (P3), sexo masculino, 24 anos, desempregado, contou que fez uso de medicamentos por cerca de 4 anos, interrompendo voluntariamente o uso, recentemente, ele diz que está fazendo caminhadas, como principal atividade física, e que acredita não mais precisar do medicamento.

Em relação a entrada no serviço, P3 relata que percebeu mudanças em seu comportamento, pois gostava de sair, beber ir para festas, de repente se viu sem ânimo para tais atividades, conta que buscou a unidade de saúde 24h do Santarenzinho por duas vezes, uma enfermeira ao ouvi-lo, compreendeu o problema e recomendou que ele buscasse um médico especialista em saúde mental.

P3 pagou uma consulta com um psiquiatra, obtendo a sua primeira receita para uso do medicamento, após isso, sem condições de manter o tratamento na rede privada buscou a unidade de saúde do seu bairro, por onde passou a ser atendido. Mantendo os medicamentos receitados pelo médico particular, sendo eles cloridrato de amitriptilina de 25 mg e Clonazepan gotas de 2,5 mg.

P3 acredita que as mudanças de profissionais de saúde ao longo do tratamento não afetaram a qualidade do mesmo, em relação a obtenção do medicamento ele afirma que nem sempre eles eram fornecidos pelo posto de saúde, mas que quando faltava ele conseguia uma renovação de receita pra comprar na farmácia. Sendo também este o principal motivo para que ele consultasse com o médico de sua ESF.

A paciente 4 (P4), sexo feminino 54 anos, desempregada, afirma fazer uso de medicamentos para fins de controlar ansiedade a cerca de 4 anos. Sua entrada no serviço se deu pela ESF que a acompanha, pois entenderam que o cotidiano desta paciente prejudicava sua saúde mental.

P4 vive em um ambiente familiar complexo, onde cuida da mãe com mal de Alzheimer e do marido que desenvolveu a mesma patologia, agravando a situação, um filho alcoólatra. Um dos médicos que atendia na UBS da Conquista, compreendeu, conforme acima, que a usuária estava desenvolvendo algum tipo de transtorno mental, achando por bem recomendar o uso de amitriptilina 25 mg. Uma vez por dia, indefinidamente.

P4 relata que chegou a interromper voluntariamente o seu tratamento por diversas vezes, inclusive trocando o medicamento do posto, por Ginkgo biloba, o que não deu certo, voltou a se sentir mal, retornando ao medicamento do posto.

Quando questionada sobre as mudanças de profissionais de saúde que a acompanham, ela acredita que não atrapalha o seu tratamento, inclusive lembrou da primeira enfermeira que a orientava. Em relação a obtenção do medicamento, ela normalmente os consegue gratuitamente no posto de saúde e que quando este medicamento falta, ela consegue uma nova receita para compra-los na farmácia. Questionada ainda sobre suas consultas com o médico da ESF, ela afirma que só consulta com o médico do posto para renovação de receita, quando se trata da saúde mental.

## **10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Como mencionado anteriormente, em decorrência da pandemia da COVID 19, e a impossibilidade de garantir a segurança sanitária do pesquisador e usuários, reduziu-se a fase qualitativa da pesquisa com 4 usuários. Mas acredito, que por se tratarem de pacientes de uma mesma UBS, ainda que organizados em três ESF e ainda que a ESF do Amparo tenha migrado para um posto próprio. Durante boa parte desta trajetória de cuidado, os pacientes do Amparo, compartilharam de uma mesma UBS.

E embora cada equipe devesse ter o seu próprio médico, é sabido que nos municípios do interior do Brasil essa é uma realidade difícil de ser alcançada. Conforme evidenciado por Povoas e Andrade (2006) e pelo Conselho Federal de medicina na publicação demografia médica no Brasil (2020)<sup>1</sup> desta forma os pacientes eventualmente compartilhavam do mesmo profissional, aproximando nossa coleta ao conceito de saturação teórica de Fontanella et al (2008).

A pesquisa qualitativa evidenciou que os usuários do programa de saúde mental possivelmente são acompanhados de forma inadequada. Uma vez que indicaram que a maioria das consultas médicas realizadas com o médico da estratégia

---

<sup>1</sup> <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058#page/3> Demografia médica no Brasil <https://portal.cfm.org.br/noticias/explode-numero-de-medicos-no-brasil-mas-distorcoes-na-distribuicao-dos-profissionais-ainda-e-desafio-para-gestores/> acessado em 27/03/2021

saúde da família não tinham relação com a condição de saúde mental e sim outras condicionalidades de saúde.

Tal situação indica que não há uma integralidade do cuidado. Neste sentido, Santana et al (2010) recorrem ao relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, segundo os autores este relatório influenciou a formação de médicos naquele país, tal modelo influenciou as práticas de saúde aqui no Brasil, produzindo uma visão dicotomizada, fragmentada, biologiscista e mecanicista do ser humano.

Os autores evidenciam muito bem o que possivelmente ocorre na atenção básica, uma falta de visão integral do ser humano, ainda é muito forte na medicina a questão das especialidades, cada um no seu quadrado. Assim, é possível que a conduta de apenas renovar receita e não de fato evoluir o paciente esteja relacionado ao fato de que há uma especialidade médica específica para este fim.

Além disso, na falta da medicação na unidade de saúde, os pacientes “consultavam” com o médico afim de obter uma nova receita, na verdade uma renovação de receita do mesmo medicamento, para que eles pudessem comprar nas farmácias da rede privada.

Tal comportamento indica que, possivelmente, estes pacientes não tenham o seu tratamento revisado, criando um vício na medicação. Além disso, três pacientes relataram ter abandonado o tratamento, e nada indicou que o serviço de saúde tenha procurado por eles. Um destes retornou ao uso da medicação por ter sentido efeitos desagradáveis e ter associado estes efeitos a suspensão do uso do medicamento, retornando a eles voluntariamente.

A desprescrição de medicamentos com princípios psicoativos ainda não é uma realidade. Ainda que existam diversos movimentos que busquem este resultado. Mas percebo que ainda há um distanciamento entre estes movimentos e a atenção básica, sobretudo entre os médicos que atuam neste nível de atenção. O que dificulta o ideal da desprescrição.

Acredito ainda que há um certo “respeito” a conduta médica que determinou uma medicação bem como sua posologia e orientações de uso, de forma que conforme evidenciado nos prontuários muito raramente um médico da atenção básica

revisou o uso de medicamentos, aumentando ou diminuindo a dosagem ou ainda alterando os medicamentos utilizados pelo paciente.

Trata-se de um ponto de vista baseado nas minhas observações, enquanto membro efetivo de uma ESF, que ao longo da minha carreira observei a constante troca de médicos na equipe. É necessário, contudo, uma investigação mais profunda para que tal afirmativa seja entendida como uma “verdade” e não como uma suposição.

Contudo, cabe ressaltar ainda que a maioria dos médicos que atuam na atenção básica são recém formados e normalmente atuam por um curto período neste nível de atenção, conforme artigo de Coutinho Junior (2015) Leite (2018) e Netto et al (2018). Segundo Leite (2018) somente 28,3% dos médicos recém formados querem trabalhar em unidade básica de saúde.

Netto et al (2018) destacam ainda que:

No Brasil, a carência de médicos tem limitado o acesso e a cobertura universais à saúde e impulsionado o desenvolvimento de estratégias como o Programa Mais Médicos (PMM), cujo intuito é prover esses profissionais, sobretudo no âmbito da atenção primária à saúde (APS). O PMM se propõe a qualificar profissionais, investir na infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e ampliar a provisão de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com maior vulnerabilidade (1, 2). Até 2015, o PMM contava com 18 240 médicos (Neto, et al 2018).

Outro ponto importante a ser destacado é que até a conclusão desta pesquisa o município de Santarém não dispunha de médico psiquiatra na rede SUS, portanto, toda vez que um usuário necessita de um acompanhamento mais especializado é necessário o ingresso com ações judiciais, ou pagamento da consulta na rede privada, o que nesta UBS é mais frequente, (última afirmativa baseada em observações de campo durante minha rotina profissional ao longo de 6 anos).

Essa discussão nos traz ao conceito de itinerário terapêutico (IT), que segundo Cabral et al (2011) são todos os movimentos desencadeados pelos indivíduos na preservação ou recuperação da saúde, isso inclui os diferentes recursos que estão ao acesso do indivíduo como cuidados caseiros, práticas religiosas dentre outros.

Aprofundado o conceito e trazendo para o campo da saúde mental Camila Muhl (2020) recorre a Alves e Sousa (1999) para afirmar que itinerário terapêutico é um conjunto de planos e estratégias que buscam tratar uma aflição, seria em outras

palavras os caminhos percorridos pela pessoa em sofrimento mental em busca do cuidado para a sua enfermidade.

A autora destaca que o IT não é um plano de ação definido de antemão pela pessoa doente, ele é construindo e desconstruído durante o curso da doença. Ela recorre a Tavares (2017) que diz que:

O itinerário terapêutico é sempre processual, por isso comporta hesitações, indefinições e mudanças de escolha terapêuticas durante o curso de uma experiência de enfermidade e tratamento. Essas mudanças ocorrem porque ocorrem inúmeras mediações nos processos de saúde e doença, que se desenrolam em temporalidade específica, fazendo com que a pessoa abandone uma opção de cuidado feita no passado quando novas informações vem à tona, o que pode levá-la a se engajar em uma nova agência terapêutica. (Muhl, 2020. P. 203).

A discussão trazida por Muhl (2020) é bem atual e consegue se articular muito bem com o que foi apresentado aqui especialmente com os pacientes P2, P3 e P4 que tiveram seus itinerários terapêuticos modificados ao longo do tratamento, em parte por eles mesmo, todavia a autora promove ainda uma reflexão acerca dos encaminhamentos, e eu achei muito válida trazer esta discussão para este trabalho.

Vejamos o que ela diz:

Não é incomum estando em um Centro de atenção psicossocial ouvir a equipe relatando situações em que usuários que estão em acompanhamento nesse local, acabam sendo atendidos em outros serviços de saúde em momentos de crise e tem seus arranjos terapêuticos alterados, como a troca de medicamentos ou indicação para internação psiquiátrica sem que haja comunicação ao serviço de referência. (Muhl, 2020, p 204).

A discussão é muito válida, fatos como este ocorrem também aqui na UBS Conquista, onde um usuário eventualmente é atendido por dois ou mais serviços sem que haja troca de informações entre eles. Ficando a cargo do próprio paciente levar e trazer essas informações. Nestes casos, normalmente, quando a atenção básica identifica o usuário e os medicamentos usados limita-se na maioria das vezes a continuar o tratamento até que uma orientação de um especialista mude isso.

Sobre os encaminhamentos a autora recorre a Dafini e Reis (2012) para falar que há dois tipos, um em que há a intenção de resolver o problema de forma coletiva, um serviço pede ajuda a outro e compartilha as informações a respeito e ambos os serviços tomam a decisão. Por outro lado existe o encaminhamento do tipo “passar a responsabilidade” onde a pessoa procura um serviço, mas este não é adequado para

trata-la, nesse caso o serviço procurado limita-se a indicar o lugar correto, sem estabelecer nenhum contato com o serviço referenciado, cabendo ao paciente ir procurar (ou não) o atendimento. A autora acredita ainda que muitos encaminhamentos podem indicar uma rede de atenção desarticulada.

## **11 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a realidade atípica do ano de 2020 e que perdurou no primeiro quadrimestre de 2021 e considerando o ritmo de vacinação no país, é possível que o cenário siga difícil por todo o ano de 2021, de forma que os resultados apresentados podem servir como sugestão para que trabalhos futuros possam aprofundar as discussões aqui levantadas.

O trabalho desenvolvido até aqui traz uma indicação que a rede de atenção à saúde mental no município não é adequada, ocorrendo falhas no processo, como a falta de comunicação entre as unidades de saúde que integram a rede, ausência de médico psiquiatra no SUS e acompanhamento inadequado do paciente pela equipe de saúde da atenção básica.

Também evidenciou-se que os usuários acreditam que a mudança de profissionais da equipe não atrapalhe o tratamento, é interessante destacar que estes pacientes tem um contato mais próximo com a equipe de enfermagem, sobretudo, enfermeira da estratégia do que com o próprio médico. E embora haja alterações de profissionais enfermeiros elas são muito menos recorrentes do que as dos médicos.

Além disso, os usuários não costumam consultar com o médico da equipe para tratar de assuntos relacionados a saúde mental, neste sentido eles acabam não percebendo a mudança do profissional médico nos assuntos relacionados a saúde mental.

Este trabalho não consegue responder a todas as perguntas mas pode ser o caminho para um trabalho maior que busque aprofundar as respostas e apontar melhores soluções para os problemas aqui evidenciados.

## REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Revista ciência e saúde coletiva vol. 23 n. 6 Rio de Janeiro, junho de 2018 disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018> acesso em 16/04/2021

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Entrega de medicamentos em dispensários pode ser feita pela enfermagem**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/entrega-de-medicamentos-em-dispensarios-pode-ser-feita-pela-enfermagem\\_63651.html](http://www.cofen.gov.br/entrega-de-medicamentos-em-dispensarios-pode-ser-feita-pela-enfermagem_63651.html) acesso em 23/03/2021

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COFEN alerta sobre o risco de retrocesso na política de saúde mental**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-risco-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental\\_83702.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-risco-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental_83702.html) acesso em 16/04/2021

BEZERRA, Indara Cavalcante; et al **“Fui lá no posto e doutor me mandou foi pra cá”: Processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária**. Interface, Comunicação, saúde e educação, V 18 n 48 p 61-74. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria n 2436 de 21 de setembro de 2017**.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; et al **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Revista ciência e saúde coletiva. Volume 16. N 11. 2011 disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>. Acesso em 16/04/2021

COUTINHO JUNIOR, José. **Médicos formados no país têm perfil elitizado e analisam saúde pública inferior**. Originalmente publicado em 27/06/2015 disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/medicos-formados-no-pais-tem-perfil-elitizado-e-analisam-saude-publica-inferior/> acessado em 10/04/2021.

CRUZ, Nelson Falcão; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Revista trab. educ. saúde vol. 18 n 3. Rio de Janeiro julho de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285> acesso em 16/04/2021

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, 24 (1) 17-27, Jan. 2008.

LEITE, Cinthya. **Recém-formados: só 28,3% querem trabalhar em unidade básica de saúde.** Publicado originalmente em 02/12/2018 disponível em: [https://jc.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2018/12/02/recem-formados-so-283\\_porcento-querem-trabalhar-em-unidade-basica-de-saude-364047.php](https://jc.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2018/12/02/recem-formados-so-283_porcento-querem-trabalhar-em-unidade-basica-de-saude-364047.php) acessado em 10/04/2021

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães. **Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: Um diagnóstico dos centros Atenção Psicossocial.** Revista Ciências e Saúde Coletiva, volume 22 n 6 p 2025-2036. 2017.

MOURA, Dean Carlos Nascimento de; PINTO, José Reginaldo, MARTINS, Pollyanna; PEDROSA, Kamyla de Arruda; CARNEIRO, Maria das Graças Dias. **Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura.** SANARE, Sobral, V 15 n 02, p 136-144, Jun.- Dez. 2016

MOURÃO NETTO, José Jeová; et al. **Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa.** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e2. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2> acesso em 10/04/2021

MUHL, Camila. **O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão.** Revista NUFEN volume 12 n 13, Belém set-dez 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81> acesso em 16/04/2021

NASCIMENTO LCN; et al **Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):228-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

OLIVEIRA, Tania Modesto Veludo de. **Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas.** revista administração online [on line] FECAP, V 2 N 3, Jul – set 2001, disponível em: [https://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](https://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm) acesso em 06/09/2019

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova concepção,** Nova Esperança. Genebra: [s.n], 2001.

POVOA, Luciano; ANDRADE, Monica Viegas. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.** Cad. De saúde pública vol. 22 n.8 Rio de Janeiro. 2006. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800004](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800004) acesso em 27/03/2021

QUEIROZ, Aline Macedo. **Saúde Mental no cotidiano da formação em enfermagem:** modo de ser docente; Orientadora, Marília de Fátima Vieira de Oliveira-

Belém, 2014, 127 f, Dissertação (mestrado em enfermagem) – UFPA, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belém, 2013.

ZANELLA, Michele; et al. **Medicalização e Saúde Mental**: Estratégias Alternativas .  
Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental, n 15, junho de 2016.

Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0132>

**ANEXOS**  
**Título da Pesquisa**  
**Roteiro de Entrevista**

Paciente Nº \_\_\_\_\_

Idade:

Peso:

Altura:

Sexo:

**1 A quanto tempo você está tomando esses medicamentos?**

**2 Onde foi o seu primeiro atendimento/prescrição ?**

**3 O médico perguntou sobre seu cotidiano, onde mora? Com quem mora?**

**4 Você acha que as orientações dos profissionais de saúde são adequadas? Quais orientações foram boas? Quais orientações foram ruins?**

**5 Em relação aos efeitos colaterais você percebeu alguma alteração depois que passou a tomar o medicamento, chegou a trocar de medicamento em razão de algum efeito desagradável?**

**6 você consultou com o profissional médico quantas vezes esse ano, acredita que as consultas foram adequadas?**

**7 Sobre as suas consultas médicas qual o principal motivo delas ocorrerem?**

**8 Suas consultas médicas ocorrem onde? Como você avalia o ambiente em que é atendido? ( Espaço e trabalhadores da saúde)**

**9 Considerando o tempo de tratamento houve mudanças de profissionais de saúde, Médico ou enfermeiro durante seu tratamento?**

**10 Você acha que a mudança de profissionais prejudica seu tratamento?**

**11 Considerando os medicamentos que você está utilizando no momento, onde você obtém? São obtidos gratuitamente?**

**12 Você já ficou sem tomar medicação por não ter sido disponibilizado no SUS?**

**13 Sem olhar as embalagens, você saberia dizer quais medicamentos está utilizando?**

**14 onde você guarda seus medicamentos?**

**15 por fim você poderia mostrar os medicamentos que está utilizando ?**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar em uma pesquisa como voluntário (a), Após a apresentação dos objetivos e métodos do projeto, no caso de aceitar a fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa **identificada como** “Análise da distribuição de psicofármacos em uma UBS de Santarém” será coordenada pelo pesquisador Adailton de Jesus Gomes Costa, acadêmico do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA, sob orientação do professor M.s.C Rui Harayama da UFOPA.

**O objetivo da pesquisa é compreender os processos que levam a recomendação de uso de medicamentos para controlar sentimentos ou emoções que não estejam normais a partir de uma unidade básica de saúde, uma das portas de entrada dos usuários no SUS.** Ainda a partir desta pesquisa será possível traçar o perfil dos usuários de medicamentos controlados (Psicofármacos) da UBS..

Para que esta pesquisa ocorra serão realizadas entrevistas individuais, preferencialmente no seu domicílio. Para tanto um roteiro de entrevista será utilizado. As informações obtidas serão usadas somente para fins de produção de conhecimento, todos os cuidados necessários para garantir o sigilo sobre a sua identidade serão tomado, durante todas as fases da pesquisa.

**Além desta entrevista, precisamos de sua permissão para olhar seu prontuário, deste as seguintes informações serão coletadas: Onde foi o primeiro lugar que lhe receitaram medicamentos controlados, sua idade, seu peso, sua altura, o tempo em que você está usando os medicamentos controlado e o intervalo entre consultas médicas.**

Vale assinalar que existe o risco de sua identificação indireta, pelo contexto da pesquisa que será feita em uma unidade de saúde do modelo estratégia de saúde da família. Todavia, o conteúdo será divulgado de forma a lhe preservar de quaisquer

tipos de exposições que possam causar prejuízos. Os documentos em mídia papel serão arquivados e mantidos sobre a guarda do pesquisador.

Quanto aos benefícios da sua participação, estes são de caráter indireto e referem-se à contribuição para a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde Mental em Santarém.

A colaboração não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento quanto a sua participação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Federal do Oeste do Pará, instituição ao qual o pesquisador está vinculado.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, desta forma você não terá nenhuma despesa, da mesma forma não receberá nenhum tipo de pagamento.

Você terá direito a indenização em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa de imediato ou a longo prazo de acordo com o código civil e resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O resultado final desta pesquisa, na forma de trabalho de conclusão de curso, será disponibilizado na biblioteca da universidade, você tem direito de acessar os resultados.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis pelo: e-mail Adailton\_stm@hotmail.com no telefone: (93) 98109-5880 ou no endereço Travessa Santa Luzia, No 865, Amparo – Santarém. Ou pelo e-mail [rui.harayama@gmail.com](mailto:rui.harayama@gmail.com) ou telefone (93) 99197-4304.

Para dúvidas sobre a ética da pesquisa, denúncia da conduta dos pesquisadores, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA Campus XII (Tapajós), que fica na Av. Plácido de Castro, Nº 1399, bairro Aparecida, telefone: (93) 3512-8000. Os CEPs são colegiados multi e transdisciplinares, independentes, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA COMO PARTICIPANTE  
DA PESQUISA

Eu \_\_\_\_\_,

Abaixo assinado, concordo em participar como participante da pesquisa do estudo  
“Análise da distribuição de psicofármacos em uma UBS de Santarém”.

Fui devidamente informados (a) , esclarecido (a) pelo pesquisador Adailton de Jesus  
Gomes Costa sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido  
o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento,  
sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa ou  
responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins e sob as penas das legislações aplicáveis que o  
consentimento aqui obtido foi feito de forma ética e de acordo com as prerrogativas  
das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, **Adailton de Jesus Gomes Costa** Acadêmico da Universidade Federal do Oeste do Pará, do Curso **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UBS DE SANTARÉM”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos **Prontuários a que tiver acesso na UBS Conquista** a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP. De acordo com as prerrogativas da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam sobre ética em pesquisas com seres humanos.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **prontuários**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a Coletar dados dos prontuários do programa de saúde mental da UBS Conquista, no que tange a medicamentos que utiliza, dados antropométricos e duração do tratamento no período de **02/01/2020 a 31/03/2020**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Santarém, 29/10/2019

---

Adailton de Jesus Gomes Costa

Rui Massato Harayama

Modelo de Planilha a ser utilizada para tabulação dos dados

Paciente Nº	Mês e ano de entrada no serviço	Dados antropométricos no início do tratamento	Idade	Sexo	Medicamentos que utiliza	Posologia	Tempo de tratamento	Dados antropométricos durante a pesquisa	Durante o tratamento, mudou de medicação/posologia?	Quantidade de consultas médicas registradas no prontuário	Intervalo entre consultas	Evolui pra alta/desprescrição