

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

VANESSA CINELLI MACERI

**PSICOLOGIA E PSICOFÁRMACOS: UM ESTUDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE
PSICOFÁRMACOS E SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS**

**CAÇADOR
2014**

VANESSA CINELLI MACERI

**PSICOLOGIA E PSICOFÁRMACOS: UM ESTUDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE
PSICOFÁRMACOS E SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia, do Curso de Psicologia, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação do professor Clayton Luiz Zanella.

**CAÇADOR
2014**

**PSICOLOGIA E PSICOFÁRMACOS: UM ESTUDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE
PSICOFÁRMACOS E SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS**

VANESSA CINELLI MACERI

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetida(o) ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título (Grau) de:

Bacharel em Psicologia

E aprovada na sua versão final em _____, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Psicologia.

Ana Cláudia Lawless, M.sc

BANCA EXAMINADORA:

Clayton Luiz Zanella

Madaline Ficagna Roveda

Edilaine Casaletti

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família por todas as lições, suporte e incentivo, que sem o apoio deles nos momentos que me senti sem rumo e cheia de incertezas talvez não conseguisse. É a vocês que ofereço essa conquista, alcançada com muito suor, garra e determinação. Mãe obrigada por tudo, você é minha inspiração.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a minha mãe Angela por todo ensinamento, broncas e conselhos, sua garra que tanto me inspira me permitiram chegar a esse momento tão especial e único, hoje quando lembro de todo caminho percorrido para chegar a esse dia, penso: Realmente valeu a pena!

Agradeço meu irmão Thiago por ser uma fonte de inteligência e superação, tenho muito orgulho de ser sua irmã e de poder celebrar junto com você as conquistas em nossas vidas. Agradeço por fazer parte da minha vida, agradeço pelas brigas, risadas, momentos felizes e tristes. Obrigada!

Agradeço meu irmão Rafael por me escutar, pelo seu apoio incondicional, mais do que irmãos somos amigos, também agradeço pelas brigas, risadas, festas, felicidade e choro. Obrigada por fazer parte da minha vida!

Ao meu namorado/marido Fernando por todos esses anos ao meu lado aguentando meu mau humor, choro, lamentações, assim como celebrou as vitórias, conquistas e as surpresas da vida.

E principalmente as pessoas que passaram em minha vida deixando uma marquinha suas em mim e minha nelas, muitos de vocês quero carregar pra vida inteira e mesmo que o tempo nos afaste quero que saibam que estão em meu coração. Assim como quero agradecer as pessoas que me mostraram e ensinaram o tipo de pessoa e profissional que não quero ser, que atitudes erradas também nos oportunizam aprendizagem.

EPÍGRAFE

Nada lhe posso dar que já exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens, além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave, eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo, e isso é tudo.
(Hermann Hesse em *o Lobo da Estepe*)

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como cunho social apresentar dados desde a história da loucura na Grécia Antiga até os dias atuais no tratamento e acompanhamento de indivíduos acometidos por patologias como os transtornos de ansiedade e os efeitos terapêuticos dos benzodiazepínicos que a população atualmente faz uso, foram realizadas pesquisas bibliográficas e a campo para embasar tais pesquisas. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de transformar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde, e não se restringindo à cura de doenças, o apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Palavras-chave: transtornos de ansiedade – benzodiazepínicos – saúde mental.

ABSTRACT

This monography is social presenting data from the history of madness in Ancient Greece to the present day in the treatment and follow-up of individuals affected by diseases such as anxiety disorders and the therapeutic effects of benzodiazepines to the population currently makes use, bibliographic searches were carried out and the field to support such research. Interventions in mental health should promote new possibilities of transforming and qualify the conditions and ways of life, guiding the production of life and health, and not restricting to curing diseases, matrix support is a new way of producing health in which two or more teams, in a shared building process, create a proposal for a pedagogical intervention-therapeutic.

Keywords: anxiety disorders – benzodiazepines – mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Serviço oferecido na unidade básica.....	60
Gráfico 2	Relação paciente x profissional.....	62
Gráfico 3	Uso do serviço de saúde mental na UBS.....	64
Gráfico 4	Atendimento recebido.....	65
Gráfico 5	Uso de medicação controlada.....	67
Gráfico 6	Nome da medicação.....	69
Gráfico 7	Quantidade de comprimidos.....	70
Gráfico 8	Parada da medicação.....	72
Gráfico 9	Informações recebidas.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Não Conseguimos Distinguir os Sãos dos Loucos nos Hospitais Psiquiátricos David Rosenhan (1932-).....	33
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparação ente as abordagens da saúde coletiva e da saúde individual.....	35
Tabela 1.1	Objetivos do Serviço de Saúde Mental no Nível Nacional/Regional.....	36
Tabela 1.2	Objetivos do Serviço de Saúde Mental no Nível Local.....	37
Tabela 1.3	Objetivos do Serviço de Saúde Mental no Nível Individual.....	37
Tabela 1.4	Critérios Diagnósticos para 300.01 Transtorno de Pânico sem Agorafobia.....	39
Tabela 1.5	Critérios Diagnósticos para 300.21 Transtorno de Pânico com Agorafobia.....	40
Tabela 2	Benzodiazepínicos.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM III – DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM IV – MANUAL DIAGNÓSTICOS E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

GABA – ÁCIDO ALFA-AMINO BUTÍRICO

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

SNC – SISTEMA NERVOSO CENTRAL

TAG – TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

NASF – NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1	REFERENCAL TEÓRICO.....	18
2.1.1	História da Loucura.....	18
2.1.1.1	Grécia antiga e idade média.....	18
2.1.1.2	Renascença.....	19
2.1.2	Reforma Psiquiátrica.....	20
2.1.3	Comportamento Desajustado.....	25
2.1.3.1	Conceituando o comportamento desajustado.....	26
2.1.3.1.1	Modelos médicos.....	26
2.1.3.1.2	Modelos psicológicos.....	28
2.1.4	Sufrimento Psíquico.....	29
2.1.5	Normal e Patológico.....	30
2.1.5.1	Antipsiquiatria.....	32
2.1.5.2	Abordagem Psicológica.....	34
2.1.6	Transtornos Mentais na Saúde Pública.....	35
2.1.6.1	Transtornos mentais.....	38
2.1.6.1.1	Transtorno de pânico.....	38
2.1.6.1.2	Transtorno de ansiedade generalizada.....	41
2.1.7	Benzodiazepínicos.....	41
2.1.7.1	Diazepam.....	44
2.1.7.1.1	Farmacocinética e modo de usar.....	44
2.1.7.1.2	Farmacodinâmica e mecanismo de ação.....	44
2.1.7.1.3	Reações adversas e efeitos colaterais.....	44
2.1.7.1.4	Indicações e contraindicações.....	45
2.1.7.2	Clonazepam.....	45
2.1.7.2.1	Farmacocinética e modo de usar.....	45
2.1.7.2.2	Farmacodinâmica e mecanismo de ação.....	46
2.1.7.2.3	Reações adversas e efeitos colaterais.....	46

2.1.7.2.4	Indicações e contraindicações.....	46
2.1.7.3	Alprazolam.....	47
2.1.7.3.1	Farmacocinética e modo de usar.....	47
2.1.7.3.2	Farmacodinâmica e mecanismo de ação.....	47
2.1.7.3.3	Reações adversas e efeitos colaterais.....	48
2.1.7.3.4	Indicações e contraindicações.....	48
2.1.7.4	Lorazepam.....	48
2.1.7.4.1	Farmacocinética e modo de usar.....	48
2.1.7.4.2	Farmacodinâmica e mecanismo de ação.....	49
2.1.7.4.3	Reações adversas e efeitos colaterais.....	49
2.1.7.4.4	Indicações e contraindicações.....	49
2.1.8	Automedicação.....	49
2.1.9	Tolerância, Dependência e Abstinência.....	50
2.1.10	Promoção em Saúde Mental.....	51
2.2	METODOLOGIA.....	55
2.2.1	Natureza e Tipo de Pesquisa.....	55
2.2.2	População Amostra.....	56
2.2.3	Procedimentos.....	57
2.3	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.	60
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Os primeiro benzodiazepínicos (BZDs) foram sintetizados em meados da décadas de 1950 pelo doutor Leo H. Sternbach, que então trabalhava para a F. Hoffmann-La Roche Ltd. Em seu laboratório de pesquisas em Nutley, New Jersey, EUA. A denominação que essas drogas receberam se deve ao fato de sua estrutura central consistir em um anel de benzo fundido com um sete membros de 1,4-diazepina.

[...] Além da eficácia terapêutica, o principal motivo responsável pelo sucesso dos BZDs talvez tenha sido a segurança em seu uso, pois houve um ganho enorme no índice terapêutico se comparado aos medicamentos disponíveis anteriores (BERNIK, 1999, p. 15-17).

Segundo Miranda-Sá Jr. (2001), os processos biológicos, psicológicos e sociais podem ser mais bem conhecidos quando estudados em seu desenvolvimento. Isto é particularmente verdadeiro quando se trata das patologias psiquiátricas.

De acordo com Neto (1995), uma das características clínicas mais importantes das enfermidades é o seu perfil de curso. Esta é um informação semiótica essencial que não deve ser subestimada. As informações sobre as formas de evolução das patologias psiquiátricas têm importância tanto para o diagnóstico da enfermidade e seu tratamento quanto para o prognóstico.

O conhecimento do curso das síndromes psiquiátricas é elemento indispensável para transformar diagnósticos sindrômicos em diagnósticos nosológicos. Todo procedimento terapêutico decorre das concepções médicas sobre os agentes e os processos patogênicos e suas relações de causa e efeito com as manifestações mórbidas (NETO; et al, 1995, p. 416).

Excetuando seus aspectos particulares, as especialidades médicas apresentam modos de intervenção terapêutica equivalentes (NETO,1995).

Conforme Dalgarrondo (2000), a entrevista inicial é considerada um momento crucial no diagnóstico e tratamento em saúde mental. Esse primeiro contato, sendo bem conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e de esperança no alívio do sofrimento. Entrevistas iniciais desencontradas, desastrosas, nas quais o profissional é, involuntariamente ou não, negligente ou hostil com o paciente, geralmente são seguidas de abortamento do tratamento. É sabido que em

muitos serviços ambulatoriais são frequentes os abandonos do tratamento logo após a primeira consulta.

As interações medicamentosas se constituem num importante fator comum, que interliga de modo prático e fundamental para o êxito terapêutico as diversas especialidades médicas. [...] O medicamento pode ser tão-somente um símbolo, quando visto pelo médico e principalmente pelo paciente como algo miraculoso, capaz de resolver todos os males e conduzir o indivíduo a um estado completo de bem-estar. [...] O medicamento também pode ser uma mera e simples mercadoria, prescrito da mesma forma como um balconista despacharia determinado objeto em uma loja. Isso ocorre fundamentalmente quando o medicamento é prescrito de forma apressada, sem o devido cuidado semiológico e nenhum nível de precisão diagnóstica (SUCAR, 2011, p.24-26).

O Psicólogo deve ter um papel ativo durante o acompanhamento psicoterápico de usuários de benzodiazepínicos, pacientes esses que fazem uso de tais medicações durante longos períodos, busco através de pesquisas teóricas e práticas um maior entendimento a respeito das informações que o usuário recebe de seu médico, quanto ao uso prolongado, dependência, tolerância, automedicação e demais aspectos envolvidos durante o tratamento.

Com novas diretrizes no atendimento da atenção primária à saúde, percebe-se alguns aspectos, com a inclusão da Psicologia no contexto dos postos com o objetivo de trabalhar com a prevenção dos casos leves e moderados da depressão e ansiedade, foram surgindo dúvidas e questionamentos quanto ao perfil desses usuários. Uma significativa parcela da população caçadoreense faz uso de benzodiazepínicos, muitas vezes realizando automedicação e com poucas informações quanto ao uso correto, surgiu a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada dessa realidade.

O perigo da automedicação são inúmeros, muitos desses indivíduos negam-se de realizar um tratamento psicoterápico para a busca de um melhor entendimento de si e dos sintomas que o acometem, preferindo o uso de fármacos que amenizem e mascarem seu sofrimento mental.

Diante deste contexto, levanta-se a seguinte questão de pesquisa: Quais são os efeitos terapêuticos que usuários de benzodiazepínicos podem usufruir a partir do tratamento medicamentoso?

Tal trabalho tem como relevância social um estudo a respeito dos efeitos que um usuário de benzodiazepínicos pode apresentar com o uso crônico de medicações como diazepam, clonazepam, lorazepam e alprazolam, e se esses mesmos usuários

recebem as devidas informações que envolvem cada um desses fármacos e o papel da Psicologia na busca de uma qualidade de vida mais significativa desses usuários.

Quanto a relevância pessoal, que durante breve experiência na atenção primária a saúde constatou-se pontos que necessitam de um maior esclarecimento tanto pessoal como profissional, aspectos esses que envolvem o trabalho do profissional da saúde na busca de uma saúde mental dos utilizadores desses serviços.

E como relevância científica, pode-se notar que pessoas que fazem uso de medicação durante longos períodos de tempo encontram maiores dificuldades no momento da parada do tratamento, sendo que em alguns casos esses indivíduos voltam a apresentar os mesmos sintomas do início ou crises de abstinência, porém temos indivíduos que durante o tratamento fazem uso indiscriminado da medicação aumentando assim a tolerância do organismo, dificultando os efeitos farmacológicos.

A Psicologia encontra algumas barreiras na atenção primária a saúde, tanto dos profissionais como dos usuários do serviço, a resistência apresentada por ambas as partes dificultam a efetividade do serviço, se o profissional dessa unidade de saúde não instrui seu usuário durante o acompanhamento e tratamento de sua enfermidade dificulta a perspectiva de melhora do paciente e quando o mesmo é encaminhado ao serviço de saúde mental nem sempre está aberto, disposto ou interessado na busca da resolução de seus conflitos, sendo o que interessa é a continuidade da medicação e assim continuar camuflando todos os outros aspectos envolvidos.

Tendo como objetivo geral investigar a ocorrência e a caracterização dos efeitos terapêuticos que usuários de benzodiazepínicos podem apresentar por meio do uso dessa medicação. E objetivos específicos analisar a eficácia do serviço da rede municipal de atenção básica a saúde; historicizar o contexto da saúde mental, considerando a evolução do tratamento mediado pelo estado; examinar os aspectos envolvidos no uso de benzodiazepínicos considerando a ocorrência e a características dos efeitos terapêuticos; identificar possíveis problemas relativos à dependência e à abstinência de medicações em casos crônicos.

O presente trabalho foi submetido ao comitê de ética através da plataforma Brasil, sendo aprovado na data de 26/09/2014 sob o número 811.827, não havendo risco inerentes, visto que o questionário não fere questões éticas do indivíduo. Pesquisa relevante, sem problemas éticos e todos os termos obrigatórios foram apresentados.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 História da Loucura

2.1.1.1 Grécia antiga e idade média

Segundo artigo publica por Borges (2013), a loucura era vista como manifestação dos deuses, aqui o louco era reconhecido e valorizado socialmente. Neste período as palavras ditas pelo louco eram como um importante saber capaz de interferir no destino das pessoas.

De acordo com Foucault (2002, p. 3), a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo.

Ainda Foucault (2002):

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmo locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração (FOUCAULT, 2002, p. 6-7).

Segundo Borges (2013), que faz um breve resumo da história dos leprosários:

Com a lotação dos leprosários, os excluídos foram colocados dentro de navios sem direção de desembarque. Porém, para a cultura da época a exclusão e o abandono era sinal de salvação. Logo com o desaparecimento da lepra, surgiram as doenças venéreas, mas estas não permaneceram muito tempo no palco, pois a ciência logo trouxe explicação para sua causa e tratamento. O espaço deixado pela lepra só foi substituído por um fenômeno bastante complexo a loucura, onde a ciência não tinha explicação para sua causa e tão pouco para seu tratamento (BORGES, 2013).

Conforme Borges (2013), neste período os loucos passaram a ser associados a demônios e seres possuídos; passando agora a viver acorrentado e exposto à toda

forma de maus tratos e humilhações como: frio, sede, fome e outros. Alguns eram queimados em fogueiras como hereges.

2.1.1.2 Renascença

De acordo com Foucault (2002, p.45), a loucura, cuja voz a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força.

Durante o século XVII as casas de internamentos disseminam-se em grande proporção, conforme Foucault (2002) coloca:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. [...] A partir da metade do século XVII, a loucura este ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como local natural (FOUCAULT, 2002, p. 48).

Borges (2013), também apresenta a visão de loucura durante a época da renascença:

Neste período a loucura perde a posição de natureza divina e ganha o status de desrazão, o louco então visto agora como aquele que transgride ou ignora a moral racional. Sendo inserido no conjunto de periculosidade, concluindo que o mesmo é desarrazado, e não tem controle de seus atos, se tornando uma ameaça, vivenciando agora um paradigma denominado razão e loucura, onde a origem está no interior do homem, se alimentando de nossas angústias, ilusões e sonhos. Sonhos estes que só podem ser realizados no mundo irreal, criado pelo próprio sujeito, um mundo de fantasias (BORGES, 2013).

A internação é uma criação constitucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores

éticos a eles ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2002, p. 78).

Segundo Straub (2005, p. 30), um dos mais influentes pensadores da renascença foi o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650), cuja primeira inovação foi o conceito do corpo humano como uma máquina.

Ainda Straub (2005) na visão de Descartes abordando seu conceito de mente e corpo, coloca que:

Ele descreve todos os reflexos básicos do corpo, construindo, nesse processo, elaborados modelos mecânicos para demonstrar seus princípios. Ele acreditava que a doença ocorria quando a máquina estragava; a tarefa do médico era consertar. [...] Descartes e outros grandes pensadores da Renascença, em um esforço para romper com o misticismo e as superstições do passado, rejeitava vigorosamente a noção de que a mente influencia o corpo. O estudo (não-científico) da mente era relegado à religião e à filosofia, enquanto o estudo (científico) do corpo era reservado à medicina (STRAUB, 2005, p. 30).

Esse ponto de vista abriu caminho para uma nova era de pesquisas médicas, fundamentadas na confiança da ciência e no pensamento racional (Straub, 2005, p. 30).

2.1.2 Reforma Psiquiátrica

Segundo Foucault (2002, p. 111), a partir da criação do Hospital Geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, a era clássica interna. Interna os devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que “procuram se desfazer”, os libertinos. E traça, através dessas aproximações e dessas estranhas cumplicidades, o perfil de sua experiência própria do desatino.

De acordo com Facchinetti (2007, p. 503), as reformas pinelianas fundaram uma nova tradição para a investigação e prática psiquiátricas, marcada pela articulação entre o saber e a técnica. Em consonância com os tempos de utopia da virada do século, cujos ecos ressoavam nas Revoluções Francesa e Industrial, suas propostas aderiram ao ideário revolucionário, sendo representadas em termos de “liberdade” no hospício, “igualdade” entre sãos e doentes (já que a doença passa a uma questão quantitativa e não mais qualitativa em sua natureza) e fraternidade, como filantropia e esclarecimento.

Conforme o artigo de Cherubini (2006, p. 2), apesar dessa mudança conceitual de cultura para cultura, três modelos de compreensão da loucura podem ser referidos.

O modelo mítico-religioso repousa sua origem na Antiguidade Clássica. Dentro da evolução cíclica retro referida, reaparece sob o enfoque demonista, séculos mais tarde. Explica a loucura a partir de forças sobrenaturais, as quais retiram a responsabilidade humana sobre sua conduta (CHERUBINI, 2006, p. 2).

A loucura nem sempre foi considerada uma doença passível de diagnóstico, tratamento e cura ou, ainda, desvio, erro passível de correção e/ou punição. Nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional/técnica para tratá-la, ou em transformá-la em objeto de estudo de um determinado campo do saber (HEIDRICH, 2007, p. 24-25).

O segundo modelo apresentado, coloca que:

Já o modelo organicista procura uma causa física para a loucura. Evolui da presença dos sais ou de vapores para uma lesão anatômica no cérebro. A cura implica tratamentos físicos, sobretudo farmacológicos. O campo de atuação ou de cura centra-se no encéfalo, enquanto sede do sistema nervoso (CHERUBINI, 2006, p. 3).

Quando a psicologia foi reconhecida como profissão em 1962, suas três áreas de atuação eram: as psicoterapias, dentro do modelo liberal-privado de consultório, a organizacional e a educacional. A saúde pública ainda não era tratada como campo de atuação, e após 44 anos essa situação mudou drasticamente. Uma pesquisa realizada a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) contabilizou 14.407 psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, o que representa 10,08% dos profissionais registrados no Sistema Conselhos de Psicologia (Spink, 2007). Diversos estudos apontam que a crescente presença dos psicólogos na saúde pública no Brasil aconteceu em associação com a reforma psiquiátrica e com a criação do campo chamado de Saúde Mental (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004) (NETO, 2008, p. 19).

E quanto ao terceiro modelo apresentado, coloca que:

Por derradeiro, o modelo psicológico encontra duas vertentes. A primeira considera a loucura como oriunda de descontroles emocionais. Já a segunda, iniciada com Pinel, considera tais descontroles e procura saná-los, através de novas experiências cognitivas e afetivas que suplantem as impressões que originaram o descontrole passional inicial. Um fundo organicista, no

entanto, permanece em Pinel, seja por considerar a loucura como sinônimo de desequilíbrio das funções mentais, embora acrescentado também o desequilíbrio das funções afetivas, seja por prescrever tratamentos físicos similares aos já aplicados pelos organicistas (CHERUBINI, 2006, p. 3).

Desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009, p.1).

De acordo com Moreno (2003, p. 44), Philippe Pinel, psiquiatra, considerado o primeiro reformador da assistência psiquiátrica, considerava relevante o transtorno mental ser decorrente de uma lesão no cérebro (causa física da doença mental), porém apontava outras três causas para a alienação mental, quais sejam: hereditariedade, influência de uma educação corrompida sobre a perda da razão e desregramento no modo de viver. [...] Pode-se assinalar, também, que Pinel valorizou os fatores psicológicos do adoecer psíquico e, conseqüentemente, a família podia ser responsabilizada como causadora de doença, na medida em que não tinha controle sobre a educação falha e as paixões insuportáveis que acometiam os pacientes no ambiente familiar. A primeira reforma na assistência psiquiátrica foi resultante do ideário da Revolução Francesa onde a família também passou por transformações, sendo proposto o modelo nuclear, composto de pai, mãe e filhos, correspondendo aos ideais da burguesia.

Enquanto o doente mental, segundo Moreno (2003), coloca que:

Porém, no caso do doente mental, este ficaria aos cuidados do asilo, buscando-se reproduzir em um espaço fictício o modelo de família, onde o tratamento era fundamentado na “reeducação” moral e em normas de “bons costumes”. Assim, a família foi banida do acompanhamento ao doente mental, cabendo apenas ao asilo e ao poder médico “curar” aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado (Moreno, 2003, p. 44).

Cabe ressaltar que as determinações para os familiares ficarem longe dos pacientes durante o período de internamento tiveram impacto até 1980, pois a família só podia visitar os mesmos quando a Instituição permitia e, normalmente, isso ocorria um mês após a internação ou quando já se encontravam melhor. A alegação era de que havia piora da sintomatologia quando o paciente entrava em contato com seu

núcleo familiar e que eles, muitas vezes, não entendiam como o tratamento funcionava. Essa mesma norma valia para as correspondências, que deveriam ser avaliadas pelos profissionais, para não propiciarem reações negativas no doente; eram vetadas as cartas de pacientes que denunciavam as condições precárias de assistência. Atualmente, o direito de visitas periódicas e de envio e recebimento de correspondência estão garantidos através da Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre “A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e melhoria da assistência à saúde mental”, de 1991 (Moreno, 2003, p. 44).

Segundo Moreno (2003, p. 45), as grandes teorias relacionadas às famílias de doentes mentais tiveram seu auge nos anos 50 e 60, pois os familiares passaram, então, a conviver mais de perto com o portador de sofrimento psíquico, situação que gerou muitas dificuldades de relacionamento e desencadeou, por vezes, reinternações.

E quanto ao papel da família:

Os estudos buscavam entender o papel da família diante do adoecimento psíquico de um dos seus membros e os pressupostos teóricos dessas escolas constituíram a base da terapia familiar sistêmica, permitindo uma nova forma de visualizar a doença mental. Um diagnóstico que, anteriormente, era restrito ao paciente, passando a ser um sinal de dificuldades no núcleo familiar ao qual o paciente pertence. É, portanto, esta estrutura que deverá ser tratada e transformada (MORENO, 2003, p 45).

As famílias passaram a ser entendidas como sistemas que possuem um funcionamento e uma forma de comunicação que precisam ser modificados, pois causam sofrimento em um dos seus componentes. O paciente passou, então, a ser visto como depositário das dificuldades da dinâmica familiar. A partir do embasamento da teoria sistêmica para compreensão da família, surgiram várias escolas de terapia familiar, sendo as principais: a estrutural, a estratégica breve e o grupo de Milão. Entre elas, existem muitas semelhanças, pois todas possuem o mesmo corpo teórico (Moreno, 2003, p. 45).

A psicanálise também contribui no tratamento das famílias:

Outra vertente, a psicanálise, também tem contribuído no tratamento das famílias, onde a ênfase não incide no alívio dos sintomas, mas na tentativa de vincular a interação atual dos membros da família a relacionamentos passados. O terapeuta, através da interpretação transferencial, mostra como relacionamentos reprimidos, oriundos da família de origem, se repetem nas famílias atuais (MORENO, 2003, p. 45).

Uma crítica possível a ser feita é a de que essas teorias, ao realizarem a compreensão da questão familiar, acabaram também por classificar as famílias e rotulá-las como funcionais ou disfuncionais, estruturadas ou desestruturadas. Repetindo, assim, a trajetória do doente mental, por exemplo: um esquizofrênico vem de uma família disfuncional (Moreno, 2003, p. 45).

De acordo com Moreno (2003, p. 46), no Brasil, a organização da assistência psiquiátrica pautou-se no modelo da Escola Francesa e, também aqui, a família esteve banida de participar do tratamento do doente mental. Os primeiros pacientes que foram internados no Hospício D. Pedro II eram aqueles destituídos de família: mendigos, alcoolistas, negros alforriados. Por outro lado, havia aqueles que sofriam de paixões, não aceitavam os princípios morais da sociedade e “deformavam a imagem da família”. Também a estes cabia a internação psiquiátrica. Durante a República, período da constituição do alienismo, as cidades se estabeleciam como um novo espaço de vida urbana e a polícia buscava manter a ordem. Os loucos eram aqueles que “sujavam as ruas”. Para tanto, o local de reclusão era o hospício. Havia, também, os loucos que pertenciam a famílias operárias, que diante da violência da polícia, optaram por delegar aos médicos o tratamento de seus enfermos, pois não tinham como cuidar dos mesmos devido à jornada de trabalho de doze horas diárias.

São marcos da Reforma Psiquiátrica as três Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas respectivamente em 1987, 1992 e 2001. Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, as dificuldades enfrentadas pela família do paciente em sofrimento psíquico não obtiveram destaque. Cabe esclarecer que esta Conferência teve como objetivo consolidar as propostas do movimento da Reforma Sanitária no campo da Saúde Mental, objetivando o Sistema Único de Saúde. Foi uma Conferência que, quando da sua organização, procurou-se “dar ao evento um caráter congressual, isto é, de encontro científico de psiquiatras e profissionais de saúde mental”. As inquietações dos familiares e pacientes foram superficialmente contempladas em relação a como os serviços deveriam ser estruturados. [...] Outra questão muito enfatizada no Movimento da Reforma Psiquiátrica é a importância das mudanças culturais que devem ocorrer em relação ao imaginário social sobre a doença mental. O familiar é apontado como ator privilegiado nas transformações que deveriam acontecer no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, centrado na acolhida, na escuta e em novas formas de convívio, através da superação dos tratamentos anteriores baseados no isolamento e exclusão. Os serviços precisam então elaborar

programas visando atender as necessidades da família, quer em decorrência do primeiro episódio de sofrimento psíquico ou daqueles pacientes com várias internações, pois não se pode negar a sobrecarga que estas pessoas acarretam ao núcleo familiar. O Ministério da Saúde, ao estabelecer as diretrizes da Saúde Mental pela Portaria 224, propõe o atendimento à família em todos os serviços, quais sejam: centros de atenção psicossocial, hospitais-dia, serviços de urgências psiquiátricas, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e os hospitais especializados em psiquiatria, procurando assim incluir e ofertar ao núcleo familiar a possibilidade do cuidado em um período em que a família enfrenta uma crise (Moreno, 2003, p. 46-47).

2.1.3 Comportamento Desajustado

Davidoff (2001, p. 546), apresenta algumas desvantagens da classificação do comportamento desajustado utilizado pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM III de 1980, segundo o autor as classificações resolvem alguns problemas, mas criam outros. Qualquer sistema específico tem as próprias falhas. Além dessas, as classificações criam problemas gerais que provavelmente são inevitáveis. Qualquer sistema tem probabilidade de rotular pacientes de “malucos”, criando expectativas negativas. Apesar das melhores intenções, as pessoas tendem a considerar doentes mentais com desconfiança e medo, e a subvalorizar o que eles fazem (Jones, et al., 1984; Piner & Kahle, 1984; Rabkin, 1974). [...] Além disso, uma vez rotulados, os pacientes tendem a se ver como doentes e incapazes de fazer alguma coisa com relação à sua condição e não da mesma forma, rótulos psiquiátricos podem interferir nas observações clínicas. Um terapeuta que acredita que a incapacidade de sentir prazer e de pensar logicamente é básica da esquizofrenia pode identificar esses sintomas em uma pessoa taxada de “esquizofrênica”, mesmo quando eles não existem. Infelizmente, os rótulos tendem a se manter.

Conforme Myers (1999, p. 319), os padrões de aceitação dos comportamentos variam. Em algumas culturas, as pessoas rotineiramente se comportam de maneiras (como andar nuas) que em outras culturas seriam um motivo para prisão. Pelo menos num contexto cultural – em tempo de guerra –, até mesmo a matança em massa pode ser encarada como heroica. [...] Os comportamentos atípicos e desconcertantes têm mais probabilidade de ser considerados distúrbios quando julgados como perniciosos. Na verdade, muitos clínicos definem os distúrbios como comportamentos

desajustados – como acontece quando a dependência de nicotina dos fumantes produz danos físicos. Assim, até mesmo comportamentos típicos, como o desânimo ocasional que muitos estudantes universitários experimentam, podem indicar um distúrbio psicológico, se vierem a se tornar incapacitante.

2.1.3.1 Conceituando o comportamento desajustado

Na antiguidade, os gregos e romanos acreditavam que espíritos maus entravam em certas pessoas, “possuíam-na” e as deixavam loucas. Nosso ancestrais na Idade Média também mantinham essa crença. Cerca de 100 anos atrás, a hipótese sobrenatural foi substituída pela noção de que as forças naturais causam problemas emocionais (Davidoff, 2001, p. 548).

Quanto aos distúrbios psicológicos em épocas diferentes, Myers (1999) descreve:

“O demônio o levou a fazer isso”, você poderia dizer se vivesse na Idade Média. A cura podia ser se livrar da força maligna, apaziguando as forças superiores ou exorcizando o demônio. Até dois séculos atrás, as pessoas “loucas” eram às vezes metidas em jaulas como animais ou recebiam “terapia” apropriadas para um demônio. Uma pessoa perturbada podia ser espancada, queimada ou castrada. A terapia podia incluir a extração dos dentes, a remoção de partes do intestinos ou a cauterização do clitóris. Algumas tinham até o seu próprio sangue retirado, substituído por transfusões de sangue animal (Myers apud Farina 1982, 1999, p. 319-320).

2.1.3.1.1 Modelos médicos

Conforme Myers (1999, p. 320), quando se descobriu mais tarde que uma doença cerebral infecciosa, a sífilis, produzia uma mente perturbada, as pessoas também passaram a acreditar em causas físicas para os distúrbios e a procurar tratamentos clínicos. Hoje, essa perspectiva médica nos é familiar na terminologia médica do movimento de saúde mental: uma doença mental (também chamada psicopatologia) precisa ser diagnosticada como base em seus sintomas e curada por meio de terapia, que pode incluir tratamento num hospital psiquiátrico.

Segundo Davidoff (2001):

Em um número relativamente pequeno de casos, sabe-se que infecções, deficiências nutricionais, defeitos genéticos, complicações de nascimento,

desequilíbrios hormonais ou agentes bacteriológicos ou virais provocam o comportamento desviado (DAVIDOFF, 2001, p. 549).

Ainda segundo Davidoff (2001, p 549), quanto ao modelo médico:

1. os distúrbios psicológicos lembram doenças. Consistem de grupos de sintomas qualitativamente diferentes do comportamento normal. Além disso, cada tipo de problema mental é considerado como tendo uma causa específica, como um agente físico, um conflito ou um trauma.
2. o especialista precisa identificar, tratar e curar as causas subjacentes.
3. o paciente é visto essencialmente como um receptor passivo de tratamento. A responsabilidade primária dele ou dela é seguir as orientações do especialista.

De acordo com Myers (1999, p. 357), as terapias que empregam drogas são os tratamentos biomédicos mais difundido hoje em dia. Introduzida na década de 1950, a terapia através do uso de drogas reduziu a necessidade de psicocirurgia ou de hospitalização. Descobertas na psicofarmacologia (o estudo do efeito de drogas na mente e no comportamento) revolucionaram o tratamento de pessoas com perturbação profunda, libertando centenas de milhares de pacientes do confinamento em hospitais psiquiátricos.

Quanto a psicocirurgia:

Como seus efeitos são irreversíveis, a psicocirurgia – cirurgia que remove ou destrói tecido cerebral para mudar o comportamento – é a mais drástica e a menos usada das intervenções biomédicas. Na década de 1930, o médico português Egas Moniz desenvolveu o que se tornou a mais conhecida operação psicocirúrgica: a lobotomia. Moniz descobriu que o corte dos nervos que ligam os lobos frontais com os centros de controle da emoção no cérebro interior acalmava os pacientes incontrolavelmente emocionais e violentos (MYERS, 1999, p. 359).

Como acontece com praticamente qualquer novo tratamento, inclusive a terapia com base no emprego de drogas, há uma primeira onda de entusiasmo, quando muitas pessoas aparentemente melhoram. Mas esse entusiasmo costuma diminuir depois que os pesquisadores subtraem do índice a recuperação normal entre as pessoas não-tratadas e a recuperação normal decorrente do efeito placebo, que deriva das expectativas positivas de paciente e profissionais de saúde mental (Myers, 1999, p. 357).

2.1.3.1.2 Modelos psicológicos

Thomas Szasz (1961-1983) é um crítico líder do modelo médico. Em suas palavras (1961, p. 296): “A doença mental é um mito. (Profissionais de saúde mental) não se preocupam com doenças mentais e seu tratamento. Na prática, eles lidam com problemas pessoais, sociais e éticos da vida”. Poucos clínicos rejeitam o modelo médico tão completamente quanto Szasz (DAVIDOFF, 2001, p. 549).

Os psicólogos de hoje sustentam que todo comportamento, quer seja chamado de normal ou perturbado, deriva da interação de natureza (fatores genéticos e fisiológicos) e criação (experiências passadas e presentes). Presumir que uma pessoa é “mentalmente doente” atribui a condição apenas a um problema interno – a uma “doença” que deve ser descoberta e curada. Talvez não haja nenhum problema interno. Em vez disso, talvez haja uma dificuldade bloqueando o crescimento no ambiente da pessoa, em sua interpretação atual dos eventos, ou em seus maus hábitos e habilidades sociais deficientes. [...] Para ter o panorama completo, precisamos de uma visão interdisciplinar, uma perspectiva biopsicossocial (MYERS, 1999, p. 320).

De acordo com Rogers (1997, 11), por mais importante que a consulta psicológica possa ser, compreende-se perfeitamente que não seja o único método de tratamento dos problemas do indivíduo. Não é uma panaceia para todas as desadaptações. Não é um método adequado para todos os problemas infantis, nem para todos os problemas dos pais. Não pode ser empregada indiscriminadamente com todos os estudantes, nem com todos os recrutas ou empregados da indústria. É um método, se bem que um método importante, de tratar um grande número de problemas de adaptação que tornam o indivíduo menos útil e menos eficiente como elemento do seu grupo social. [...] Temos de desenvolver mais técnicas adequadas de tratamento do indivíduo se quisermos estabelecer programas preventivos mais eficazes para o grupo.

Quanto ao tratamento pelo ambiente:

Os métodos de ajudar os indivíduos que se encontram em dificuldade – problemas de comportamento, fracassos, perturbações emocionais, neuroses, delinquência, infelicidade conjugal – [...] o primeiro compreende o tratamento dos problemas individuais através da ação do ambiente. São inúmeras as formas que esse tratamento pode assumir. Pode incluir todos os

meios possíveis pelos quais o ambiente físico e psicológico do indivíduo pode leva-lo a uma adaptação satisfatória (ROGERS, 1997, p. 13).

Já Benevides (2005, p. 23) aborda que, a forma subjetiva, o sujeito, é produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogenético, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas. É por isso que dizemos que a subjetividade é plural, polifônica sem nenhuma instância dominante de determinação.

E ao tratamento direto:

A esta categoria pertencem as entrevistas de tratamento, a consulta psicológica e os métodos psicoterapêuticos. Eles constituem o método de tratamento direto mais importante e mais frequentemente usado. Este grupo inclui a ludoterapia, a terapia de grupo, a arteterapia, o psicodrama e outras técnicas semelhantes. Cada uma delas desempenha um papel útil no tratamento dos problemas pessoais (ROGERS, 1997, p. 14-15).

2.1.4 Sofrimento Psíquico

Na percepção de Bock (2001, p. 459-460), em muitos momentos de sua vida uma pessoa pode viver situações difíceis e de sofrimento tão intenso, que pensa que algo vai arrebentar dentro de si, que não vai suportar, que vai perder o controle sobre si mesma... que vai enlouquecer. Isto pode ocorrer quando se perde alguém muito próximo e querido, em situações altamente estressantes, em que o indivíduo se vê com muitas dúvidas e não percebe a possibilidade de pedir ajuda e/ou resolver sozinho tal situação. A pessoa, então, busca a superação desse sofrimento, o restabelecimento de sua organização pessoal e de seu equilíbrio, isto é, o retorno às condições anteriores de rotina de sua vida, em que não tinha insônia, não chorava a toda hora, não tinha os medos que agora tem, por exemplo. Embora o sofrimento seja intenso, não é possível falar de doença nessas situações. É necessário ter muito cuidado para não patologizar o sofrimento. Situações como essas, todos nós podemos vivê-las em algum momento da vida e, nessas circunstâncias, o indivíduo necessita de apoio de seus grupos (a família, o trabalho, os amigos), isto é, que estes grupos sejam “continentes” de seu sofrimento e de suas dificuldades e que não o excluam, não o discriminem, tornando ainda mais difícil o momento que vive.

Além do apoio do grupo familiar, Bock (2001) apresenta outras alternativas na melhora do sofrimento:

Além do apoio do grupo, o indivíduo pode necessitar de uma ajuda psicoterápica, no sentido de suporte e facilitação da compreensão dos conteúdos internos que lhe causam o transtorno, o que poderá levá-lo a uma reorganização pessoal quanto a valores, projetos de vida, a aprender a conviver com perdas, frustrações e a descobrir outras fontes de gratificação na sua relação com o mundo (BOCK, 2001, p. 460).

Neste modo de relatar e compreender o sofrimento psíquico, fica claro que o critério de avaliação é o próprio indivíduo e seu mal-estar psicológico, isto é, ele em relação a si próprio e à sua estrutura psicológica, e não o critério de adaptação ou desadaptação social. Esse indivíduo que sofre pode estar perfeitamente adaptado, continuar respondendo a todas as expectativas sociais e cumprir todas as suas responsabilidades. Ao mesmo tempo, pode-se encontrar um outro indivíduo, que, mesmo sendo considerado socialmente desadaptado, excêntrico, diferente, não vivencia, neste momento de sua vida, nenhum sofrimento ou mal-estar relevante (Bock, 2001, p. 460).

Ainda de acordo com Bock (2001):

Abordar a questão da doença mental, neste enfoque psicológico, significa considerá-la como produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, os demais grupos e as experiências significativas) e sua estrutura psíquica. As condições externas — poluição sonora e visual intensas, condições de trabalho estressantes, trânsito caótico, índices de criminalidade, excesso de apelo ao consumo, perda de um ente muito querido etc. — devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras da doença mental ou propiciadoras e promotoras da saúde mental, isto é, da possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos de sua capacidade (BOCK, 2001, p. 461).

2.1.5 Normal e Patológico

Conforme Bock (2001, p. 464), a Psiquiatria clássica considera os sintomas como sinal de um distúrbio orgânico. Isto é, doença mental é igual a doença cerebral. Sua origem é endógena, dentro do organismo, e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral.

Não é possível discutir a questão da normalidade e da patologia sem retomar as contribuições de Freud para a questão. Para a Psicanálise, o que distingue o normal do anormal é uma questão de grau e não de natureza, isto é, nos indivíduos “normais” e nos “anormais” existem as mesmas estruturas de personalidade e de

conteúdos, que, se mais, ou menos, “ativadas”, são responsáveis pelos distúrbios no indivíduo. Essas são as estruturas neuróticas e psicóticas (BOCK, 2011, p. 465).

Ainda para Bock (2001, p. 468-469) o conceito de normal e patológico é extremamente relativo. Do ponto de vista cultural, o que numa sociedade é considerado normal, adequado, aceito ou mesmo valorizado, em outra sociedade ou em outro momento histórico pode ser considerado anormal, desviante ou patológico. [...]A questão da normalidade acaba por desvelar o poder que a ciência tem de, a partir do diagnóstico fornecido por um especialista, formular o destino do indivíduo rotulado. Isso pode significar não passar pela seleção de um emprego, perder o pátrio poder sobre os filhos, ser internado em um hospital psiquiátrico e, a partir disso, ter como identidade fundamental a de louco.

Quanto ao poder atribuído a ciência, Bock (2001) descreve:

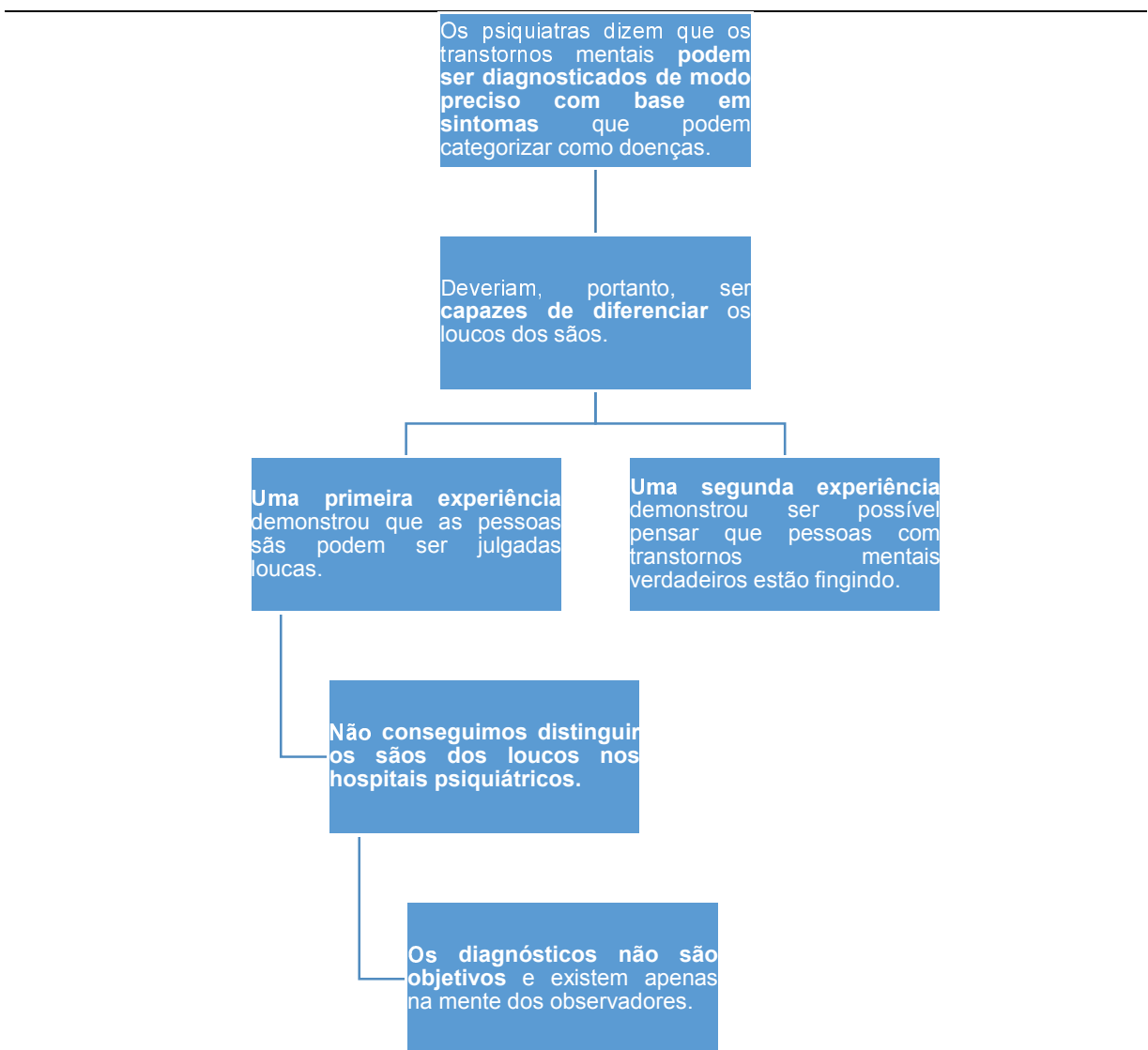
Esse poder atribuído à ciência e aos profissionais deve ser questionado, na medida em que se baseia num conjunto de conhecimentos bastante polêmicos e incompletos. Além do que, o médico ou o psicólogo, como cidadão e representante de uma cultura e de uma sociedade, acaba por patologizar aspectos do comportamento que se caracterizam muito mais como transgressões de condutas morais (sexuais, por exemplo) que não são considerados desvios em outros momentos históricos ou em outras sociedades: isso demonstra a relatividade do conceito de normal (BOCK, 2001, 469).

Segundo Ângelo (2004, p. 2), o conceito de normalidade em psicopatologia é uma questão de grandes controvérsias, pois a normalidade pode variar, e muito, com a cultura, a ideologia e a vivência de cada indivíduo. É óbvio que quando se trata de casos extremos, onde as alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Por outro lado, há muitos casos nos quais a delimitação entre o normal e o patológico é bastante difícil. Pode-se dizer, de uma maneira geral, que há vários critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia, e a adoção de um ou de outro depende, entre muitas coisas, das opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional, além de variarem consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais trabalhamos.

2.1.5.1 Antipsiquiatria

Segundo o livro da Psicologia (2012, p. 329), nos anos de 1960, a psiquiatria foi fortemente questionada em seus princípios fundamentais por vários especialistas conhecidos como “antipsiquiatras”. Na visão desse grupo informal de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, a psiquiatria é um modelo médico de saúde mental, só que não lida com sintomas físicos, e suas práticas de tratamento ignoram grande parte das necessidades e do comportamento dos pacientes. Em 1973, David Rosenhan conduziu um estudo de campo nos Estados Unidos para investigar a validade do diagnóstico psiquiátrico e chegou a dramática conclusão de que não conseguimos distinguir pessoas saudáveis de loucos em hospitais psiquiátricos. [...] O trabalho de Rosenhan gerou polêmica e induziu muitas instituições a tomar providências para aprimorar o tratamento aos pacientes. No quadro 1 é apresentado resumo da pesquisa elaborado por Rosenhan.

Quadro 1. Não conseguimos distinguir os sãos dos loucos nos hospitais psiquiátricos David Rosenhan (1932-).



Fonte: (O Livro da Psicologia, 2012, p. 329).

A antipsiquiatria é um movimento de um grupo de psiquiatras ingleses, o qual surgiu entre o final da década de 1950 e o começo da de 1960. Desenvolveu-se em meios aos movimentos *underground* da cultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*). Representa a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença. [...] A antipsiquiatria não previa um tratamento no sentido estrito do termo mas existiam abordagens que procuravam acompanhar e auxiliar o louco em seu processo. O modelo foi o da comunidade terapêutica, mas se desenvolvia em instituições abertas, não asilares. O discurso do louco era valorizado como denunciador de uma desordem

existente no “núcleo familiar”. A loucura era entendida como fato social, e a família tornou-se uma categoria para a compreensão da loucura. Conforme Amarante (2003a), para a antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico reproduzia a estrutura social e, por conseguinte, as características patogênicas da própria família. Por tal razão, propunha-se um outro lugar para a loucura. A loucura e o louco não constituíam objetos “curáveis”. Considerava-se, então, a psiquiatria como um instrumento de violência. Esse movimento trouxe contribuições importantes no sentido de atribuir a questão da desconstrução ao conceito de desinstitucionalização (Heidrich, 2007, p. 44-45).

Para Cooper (1967, p. 133), os hospitais psiquiátricos foram inventados para “cuidar de” ou em momentos mais temerários para “curar” pessoas doentes. Se a “doença” for posta em questão e se o isolamento de uma pessoa-paciente do sistema familiar na verdade doente se demonstrar uma falácia, então, em verdade, nos situaremos na área do questionamento mais radical.

2.1.5.2 Abordagem Psicológica

A abordagem psicológica encara os sintomas e, portanto, a doença mental, como desorganização da personalidade. A doença instala-se na personalidade e leva a uma alteração de sua estrutura ou a um desvio progressivo em seu desenvolvimento. Dessa forma, as doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade, isto é, do grau de desvio do que é considerado como comportamento padrão ou como personalidade normal. Neste caso, as psicoses são consideradas como distúrbios da personalidade total, envolvendo o aspecto afetivo, de pensamento, de percepção de si e do mundo. As neuroses referem-se a distúrbios de aspectos da personalidade; por exemplo, permanecem íntegras a capacidade de pensamento, de estabelecer relações afetivas, mas a sua relação com o mundo encontra-se alterada, como no caso do indivíduo que tem um medo intenso de cachorro e não consegue nem passar a mão num bichinho de pelúcia (BOCK, 2001, p. 467).

Foucault no livro *Doença Mental e Psicologia* (1975, p. 42) descreve que a doença mental, quaisquer que sejam suas formas, os graus de obnubilação que comporta, implica sempre numa consciência da doença; o universo mórbido não é jamais um absoluto no qual se aboliriam todas as referências ao normal; pelo

contrário, a consciência doente desdobra-se sempre, por si mesma, numa dupla referência, quer ao normal e ao patológico, quer ao familiar e ao estranho, seja ainda ao singular e ao universal, seja, finalmente, a vigília e ao onirismo. Mas esta consciência doente não se resume na consciência que ela tem da sua doença; dirige-se também a um mundo patológico, cujas estruturas teriam de ser estudadas agora, completando assim a análise noética pela análise noemática.

2.1.6 Transtornos Mentais na Saúde Pública

Segundo Thornicroft (2010, p. 9), o impacto dos transtornos mentais na saúde pública pode ser avaliado de acordo com os seguintes critérios: (i) frequência; (ii) severidade e consequências; (iii) disponibilidade de intervenções e (iv) aceitação das intervenções.

De acordo com Thornicroft (2010), uma pesquisa realizada em 2001 a 2003 demonstra a prevalência dos transtornos mentais, sendo que na Tabela 1 apresento a comparação entre as abordagens da saúde coletiva e da saúde individual.

Tabela 1. Comparação entre as abordagens da saúde coletiva e da saúde individual.

Abordagem da Saúde Coletiva	Abordagem da Saúde Individual
(1) Visão integral da população	(1) Visão parcial da população
(2) Pacientes compreendidos em seu contexto socioeconômico	(2) Tende a excluir os fatores contextuais
(3) Interesse em prevenção primária	(3) Foco maior no tratamento do que na prevenção
(4) Intervenções dirigidas tanto ao indivíduo como à população	(4) Intervenção apenas no nível individual
(5) Os componentes do serviço são considerados no contexto de um sistema global	(5) Os componentes do serviço são considerados isoladamente
(6) Favorece o acesso aberto aos serviços com base nas necessidades	(6) O acesso aos serviços é baseado em critérios de elegibilidade, com idade, diagnóstico ou cobertura dos seguros

(7) Preferência pelo trabalho em equipe	(7) Preferência pela terapia individual
(8) Perspectiva de longa duração/por toda vida	(8) Perspectiva episódica e de curta-duração
(9) Relação custo-efetividade considerada em termos populacionais	(9) Relação custo-efetividade considerada em termos individuais

Fonte: THORNICROFT (2010, p. 9).

Straub (2005) apresenta alguns aspectos quanto a adesão ao tratamento, coloca que:

De maneira surpreendente, mesmo buscando tratamentos de saúde muitas pessoas podem simplesmente ignorar (ou não seguir corretamente) o tratamento receitado para elas. Qualquer profissional da área da saúde pode contar histórias sobre esse fenômeno: o paciente que burla uma dieta especial; o caso coronariano que, sem consultar seu médico, para de tomar a medicação para hipertensão; ou a vítima de acidente que exagera na dose de um analgésico receitado (STRAUB, 2005, p. 204).

Thornicroft (2010, p. 15) apresenta os objetivos do serviço de saúde mental, conforme ilustrado nas Tabelas 1.1-1.3:

Tabela 1.1 Objetivos do serviço de Saúde Mental no Nível Nacional/Regional

-
- Receber informações do nível local
 - Combinar e interpretar os dados de problemas particulares e examinar importantes associações (p. ex., entre uso de álcool e violência)
 - Definir uma hierarquia de prioridades
 - Criar um plano estratégico nacional para a saúde mental
 - Estabelecer um programa de implementação para pôr em prática a estratégia nacional
 - Monitorar o trabalho dos serviços de saúde mental locais através de um sistema de inspeção, qualificando os serviços de acordo com padrões e critérios adotados
 - Criar, avaliar e disseminar guias e protocolos de tratamento.

Fonte: THORNICROFT (2010, p. 15).

De acordo com o Plano Estadual de Saúde Mental (2005-2006, p. 8), no Brasil, a atenção à saúde mental passa por importantes transformações conceituais e

operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária.

Tabela 1.2 Objetivos do Serviço de Saúde Mental no Nível Local

-
- Oferecer cobertura de serviços de saúde mental para aquele que necessitam de tratamento
 - Focar os serviços apenas nas pessoas que possam se beneficiar do tratamento e dos cuidados
 - Melhorar a qualidade do tratamento e dos cuidados a partir, por exemplo, da oferta de intervenções que estejam de acordo com os guias e protocolos
 - Colaborar com outras agências locais para oferecer um sistema ou uma rede de cuidados, por exemplo, incluindo relações com a atenção primária e os programas de moradia
 - Conduzir programas de prevenção selecionada e indicada
 - Fazer a detecção precoce de mudanças locais na natureza ou extensão das doenças mentais
-

Fonte: THORNICROFT (2010, p. 15).

A atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com base territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais. É o eixo central para alavancar o novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos problemas mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (Plano Estadual de Saúde Mental, 2005-2006, p. 9).

Tabela 1.3 Objetivos do Serviço de Saúde Mental no Nível Individual

-
- Avaliar as necessidades em saúde mental
 - Satisfazer as demandas e suprimir os sintomas quando possível
 - Assegurar a participação das pessoas com transtornos mentais (e seus familiares) na avaliação, no tratamento e no cuidado
 - Promover independência

- Oferecer informações úteis para os indivíduos com transtornos mentais e seus familiares
- Auxiliar a recuperação e participação social e Prevenir recaídas

Fonte: THORNICROFT (2010, p. 15).

É necessário estar atento para o fato de que a atenção básica é um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e com capacidade de estar apta a dar resolubilidade às questões que são apresentadas (Plano Estadual de Saúde Mental, 2005-2006, p. 9).

2.1.6.1 Transtornos mentais

2.1.6.1.1 Transtorno de pânico

De acordo com Cordioli (2011, p. 441), o transtorno de pânico é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade recorrentes, acompanhados de sintomas físicos, afetivos e comportamentais.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002), algumas características ocorrem no contexto, quais como:

A característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou consequências dos Ataques de Pânico, ou alguma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância ou de uma condição médica geral. Finalmente, os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por um outro transtorno mental (DSM-IV, 2002, p. 423).

Conforme Cordioli (2011, p. 441), há evidências de eficácia para o tratamento do transtorno de pânico com psicofármacos, psicoterapias e a combinação de ambos. [...] Ainda que vários estudos tenham demonstrado a eficácia dos tratamentos para esse transtorno, uma proporção significativa de pacientes permanece sintomática após a intervenção aguda.

Cordioli (2011) coloca que o tratamento com benzodiazepínicos no transtorno de pânico é controverso:

Algumas diretrizes internacionais recomendam o uso de tais agentes para casos refratários em pacientes sem história de dependência. [...] Na prática clínica, seu uso é corrente e pode ser útil no manejo dos pacientes com transtornos de pânico, pelo rápido controle dos ataques. No entanto, deve-se atentar para o risco de dependência durante todo o tratamento em qualquer paciente. (CORDIOLI, 2001, p. 444).

O Transtorno de Pânico apresenta alguns subtipos, que serão descritos nas Tabelas 1.4-1.5, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição (2002):

Tabela 1.4 – Critérios Diagnósticos para 300.01 Transtorno de Pânico sem Agorafobia.

A. Tanto (1) como (2):

(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido pelo período mínimo de 1 mês com uma (ou mais) das seguintes características:

(a) Preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais

(b) Preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer)

(c) Uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

B. Ausência de Agorafobia

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo)

D. Os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (p. ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (p. ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (p. ex., em resposta a estímulos associados a um estressor grave) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (p. ex., em resposta a estar afastado do lar ou de entes queridos).

Os critérios apresentados na Tabela 1.5 são idênticos ao da Tabela 1.4, porém no item (B) é que faz com possamos diferenciar o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia. De acordo com Kaplan & Sadock (2007, p. 121), o alprazolam e o clonazepam, ambos benzodiazepínicos de alta potência, são com frequência utilizados para o transtorno de pânico com ou sem agorafobia. Embora os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) também sejam indicados para o tratamento desse transtorno, os benzodiazepínicos têm a vantagem de atuar rapidamente e não causar disfunção sexual significativa nem aumento de peso.

Tabela 1.5 – Critérios Diagnósticos para 300.21 Transtorno de Pânico com Agorafobia.

- A. Tanto (1) como (2):
 - (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.
 - (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido pelo período mínimo de 1 mês com uma (ou mais) das seguintes características:
 - (a) Preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
 - (b) Preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer)
 - (c) Uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques
- B. Presença de Agorafobia
- C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo)
- D. Os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (p. ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (p. ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (p. ex., em resposta a estímulos associados a um estressor grave) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (p. ex., em resposta a estar afastado do lar ou de entes queridos).

Os ataques de pânico devem ser codificados, segundo DSM-IV (2002, p. 420) existem três tipos característicos de Ataques de Pânico: inesperados (não evocados), ligados a situações (evocados) e predispostos por situações.

2.1.6.1.2 Transtorno de ansiedade generalizada

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (2002, p. 419), caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (2002), apresenta alguns critérios para o diagnóstico:

É uma ansiedade ou preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. O foco da ansiedade e preocupação não está confinado a aspectos de um outro transtorno do Eixo I, embora os indivíduos com “excessivas”, eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação, têm dificuldade em controlar a preocupação, ou experimentam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importante. Não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento (DSM-IV, 2002, p. 457).

Segundo Kaplan & Sadock (2007, p. 120), os benzodiazepínicos são muito eficazes para o alívio da ansiedade associada com o transtorno de ansiedade generalizada. A maioria das pessoas deve ser tratada por um período predeterminado, específico e relativamente breve. Contudo, em virtude de o transtorno de ansiedade generalizada ser crônico, com alta taxa de recorrência, alguns portadores podem necessitar de um tratamento de manutenção de longo prazo com os benzodiazepínicos.

2.1.7 Benzodiazepínicos

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013, p. 161), os benzodiazepínicos são os “campeões de audiência” em termos de utilização no Brasil (e colocam o Brasil no topo de *ranking* dos países que mais os consomem).

Ambigualmente, são motivo de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo. Enfrentar esta pandemia (dada a cronicidade das altas taxas de uso) deve ser tomada como uma responsabilidade compartilhada.

Em relação à eficácia dos benzodiazepínicos, Bernik (1999) coloca que:

Além da eficácia terapêutica, o principal motivo responsável pelo sucesso dos BZDs talvez tenha sido a segurança em seu uso, pois houve um ganho enorme no índice terapêutico se comparado aos medicamentos disponíveis anteriormente. Portanto, não causa surpresa seu uso na medicina geral, assim como na psiquiatria, ter aumentado significativamente nos vinte anos subsequentes ao seu lançamento (BERNIK, 1999, p. 17).

Ainda segundo o autor Bernik apud Williams (1999), existem poucas dúvidas de que os BZDs tenham sido prescritos em excesso e de que muitos pacientes os tenham tomado quando, na realidade, não precisavam deles. Está claro também que, em alguns casos, os BZDs foram usados em doses inadequadas ou por períodos de tempo excessivamente longos. Agora, porém, o que parece ter realmente acontecido é que o pêndulo da opinião pública tenha oscilado exageradamente do superentusiasmo com os BZDs para a direção oposta

Quanto aos riscos do uso indiscriminado dos benzodiazepínicos o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013), expõe que:

Lamentavelmente, esta prática produz a medicalização de problemas pessoais, sócio familiares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. O uso continuado provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso). Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos (perda de atenção, e dificuldade de fixação), que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos (Ministério da Saúde, 2013, p. 162).

O uso indiscriminado continua sendo um dos maiores problemas atualmente, quando o usuário inicia o acompanhamento nas unidades básicas de saúde dificilmente busca alternativas na resolução de seus conflitos, sejam sociais, familiares, econômicos ou orgânicos, já que são expostos a atendimentos relâmpagos e a pouquíssimo interesse por parte da equipe de saúde em conhecer mais sobre a dinâmica de vida desse indivíduo.

De acordo com a Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2008), estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Atualmente, um em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos (Nastasy, 2008, p. 3)

A mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral, porém não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com similar grau de morbidade (Nastasy, 2008, p. 3).

Segundo Neto, et al (1995, p. 399), os benzodiazepínicos são usados no tratamento da ansiedade situacional, severa o suficiente para comprometer o desempenho do paciente. Devem ser utilizados por curto período de tempo, em geral enquanto dura a situação desencadeante (internações, cirurgias ou estresse passageiro), devendo o paciente saber, desde o início do tratamento, qual o papel da medicação na resolução de seus problemas.

Os benzodiazepínicos e os triazolobenzodiazepínicos podem ser divididos de acordo com o seu período de meia-vida (Tabela 2.). (NETO; et al., 1995, p. 398)

Tabela 2. Benzodiazepínicos

Nome	Meia-vida (horas)	Dose Média (mg/dia)
-------------	--------------------------	----------------------------

Fonte: NETO (1995, p. 398).

2.1.7.1 Diazepam

2.1.7.1.1 Farmacocinética e modo de usar

Segundo Cordioli (2011), o diazepam, comercializado a partir de 1963, é o protótipo dos BZDs. É rápido e completamente absorvido pelo trato gastrointestinal, atingindo a concentração plasmática após 30 a 90 minutos (15 a 30 minutos em crianças), sendo biotransformado por reações oxidativas no fígado e produzindo, em alguns casos, substâncias farmacologicamente ativas, como nordiazepam, hidrodiazepam e oxadiazepam.

Ainda Cordioli (2011), é utilizado no tratamento da ansiedade em diversos transtornos psiquiátricos e também em várias outras condições médicas. Os efeitos adversos incluem sedação excessiva, comprometimento psicomotor, sobretudo em idosos, e, ocasionalmente, excitação paradoxal.

Cordioli (2011), descreve que, [...] a administração IV de diazepam deve ser sempre lenta (0,5 a 1 mL/min) em ambiente hospitalar, pois a aplicação muito rápida pode causar depressão respiratória. Ainda não está suficientemente claro o perfil farmacocinético do diazepam em relação a sua administração intramuscular (IM).

2.1.7.1.2 Farmacodinâmica e mecanismos de ação

Ainda segundo Cordioli (2011, p. 130), o GABA é o principal neurotransmissor inibitório do SNC. O diazepam potencializa o efeito inibitório desse neurotransmissor, modulando a atividade dos receptores GABA A por meio da sua ligação com seu sítio específico (receptores BZDs).

2.1.7.1.3 Reações adversas e efeitos colaterais

Mais comuns: abstinência, ataxia, déficit de atenção, dificuldade de concentração, fadiga, sedação e sonolência (Cordioli, p. 130).

2.1.7.1.4 Indicações e contraindicações

Evidências consistentes de eficácia apresentado por Cordioli (2011, p. 130):

- Ansiedade aguda situacional;
- Insônia;
- Transtorno de pânico;
- TAG;
- Tratamento das complicações da abstinência de álcool.

Contraindicações também apresentados por Cordioli (2011, p. 131):

- Glaucoma de ângulo fechado;
- Drogadição;
- Insuficiência respiratória ou DBPOC;
- Doença hepática ou renal grave;
- *Miastenia gravis*;
- Hipersensibilidade aos BZDs.

2.1.7.2 Clonazepam

2.1.7.2.1 Farmacocinética e modo de usar

O clonazepam é um BZD de alta potência, um derivado 7-nitrobenzodiazepina. É bem absorvido por via oral. Os picos plasmáticos são atingidos em 1 a 3 horas, e meia-vida é de 20 a 40 horas. A biodisponibilidade é superior a 80%, ligando-se bem às proteínas plasmáticas (86%). De 50 a 70% dos metabólitos são excretados pela urina, e 10 a 30% pelas fezes. É metabolizado no fígado por nitrorredução e, subsequentemente, por acetilação, sendo considerado um metabólito de meia-vida intermediária. [...] O clonazepam também pode ser eficaz no tratamento da fobia social. Uma metanálise dos estudos de eficácia calculou um tamanho de efeito de 0,97. Tanto no pânico como na fobia social, utilizam-se doses que variam de 1 a 6 mg/dia. Quantidades iguais ou superiores a 1 mg/dia são efetivas para controlar os

ataques de pânico, sendo as doses de 1 a 2 mg/dia as que oferecem a melhor relação entre tolerabilidade e eficácia. (CORDIOLI, 2011, p. 96-97)

2.1.7.2.2 Farmacodinâmica e mecanismos de ação

O clonazepam é um BZD potente, usado no início como anticonvulsivante, que passou mais recentemente a ser utilizado nos transtornos de ansiedade em virtude de suas ações ansiolíticas. [...] Acreditava-se que o sítio de ligação do receptor BZD fosse uma molécula inteiramente diferente da molécula do receptor GABA A, mas hoje considera-se que seja a mesma molécula, apenas em local diferente. Supõe-se ainda que atue por intermédio da serotonina, reduzindo sua utilização, regulando para mais os receptores 5-HT₁ e 5-HT₂ do córtex frontal, ação que o diferencia dos demais BZDs e que é relevante para o efeito antipânico. (CORDIOLI, 2011, p. 97)

2.1.7.2.3 Reações adversas e efeitos colaterais

Mais comuns: sonolência, dificuldades de concentração, déficit de atenção, fadiga, sedação, tonturas. Obs: pode desencadear episódios depressivos em pacientes com história prévia de depressão (Cordioli, p. 97).

2.1.7.2.4 Indicações e contraindicações

Cordioli (2011, p. 98), apresenta algumas evidências consistentes de eficácia:

- Transtornos de pânico;
- Fobia social;
- Mania aguda.

Contraindicações, segundo Cordioli (2011, p. 98):

- Hipersensibilidade aos BZDs;
- *Miastenia gravis*;
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose múltipla;
- Doença hepática grave;

- Glaucoma de ângulo fechado.

2.1.7.3 Alprazolam

2.1.7.3.1 Farmacocinética e modo de usar

O alprazolam é um triazolobenzodiazepínico de meia-vida intermediária entre 6 a 20 horas. A sua absorção por via oral é rápida, ligando-se às proteínas plasmáticas na ordem de 70%; a sua biodisponibilidade é de 92%. O início de ação também é rápido, e o pico plasmático é atingido em 0,7 a 2,1 horas após a ingestão. A excreção do alprazolam é renal, o que exige maiores cuidados em pacientes com prejuízo da função renal, pois pode haver acúmulo do fármaco no organismo mesmo em doses usuais (CORDIOLI, 2011, p. 40).

[...] O alprazolam demonstrou eficácia no tratamento dos sintomas de transtornos de pânico, manifestando, em doses de 4 a 6 mg/dia, início de ação mais rápido e maior tolerabilidade do que a imipramina. Tem sido usado no tratamento desse transtorno em doses de até 10 mg/dia, com boa tolerância pelos pacientes. É eficaz na redução dos ataques de pânico e na atenuação da ansiedade antecipatória. Entretanto, tem eficácia menor do que a de ISRSs, atuando como segunda linha de tratamento para o transtorno de pânico. (CORDIOLI, 2011, p. 40)

A retirada deve ser feita de forma gradual: 0,5 mg a cada 3 dias, com cuidado ainda maior no período final da interrupção, para evitar os sintomas de abstinência que, sobretudo com o alprazolam, podem ser graves (CORDIOLI, 2011, p. 40).

2.1.7.3.2 Farmacodinâmica e mecanismos de ação

Além do mecanismo comum aos demais BZDs, o alprazolam também parece ter ação nos sistemas noradrenérgicos, o que acarretaria efeitos antidepressivos. Possuiria ainda a capacidade de reduzir a atividade dos receptores adrenérgicos pós-sinápticos. Ele reduziria a hipercortisolemia preexistente ao tratamento em portadores de transtorno de pânico, podendo ser este um de seus mecanismos de ação. O alprazolam apresenta ação ansiolítica, sedativa, relaxante muscular e anticonvulsivante. (CORDIOLI, 2011, p. 40)

2.1.7.3.3 Reações adversas e efeitos colaterais

Mais comuns: abstinência, ataxia, diminuição dos reflexos e da *performance* psicomotora, fadiga, sonolência (Cordioli, 2011, p. 40).

2.1.7.3.4 Indicações e contraindicações

Evidências consistentes de eficácia (Cordioli, 2011, p. 41):

- Transtorno de pânico;
- Agorafobia;
- TAG.

Contraindicações Absolutas (Cordioli, 2011, p. 41):

- Glaucoma de ângulo fechado;
- Hipersensibilidade ao fármaco.

2.1.7.4 Lorazepam

2.1.7.4.1 Farmacocinética e modo de usar

Diversos estudos comprovam a eficácia do lorazepam tanto no tratamento da ansiedade aguda situacional como dos sintomas dos transtornos de ansiedade. No tratamento agudo do transtorno de pânico, foi tão eficaz quanto o alprazolam na dose de 7 mg/dia. Quando utilizado no tratamento do TAG, foi observada eficácia em reduzir os sintomas de ansiedade semelhantes à da buspironam à da ipsapirona, à da pregabalina e à do silexan. Uma revisão sistemática de 2007 encontrou maior eficácia dos BZDs do que do placebo no TAG, mas não detectou evidências substanciais de maior efetividade (considerando abandono do medicamento como desfecho principal). O lorazepam foi efetivo no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica e do estado de mal epilético. Foi ainda utilizado eventualmente como terapia coadjuvante ao lítio no tratamento da mania e na catatonia, com eficácia semelhante à do haloperidol. [...] A dose inicial como ansiolítico pode ser de 2 a 3 mg/dia, sendo que a quantidade máxima é de 10 mg/dia. (CORDIOLI, 2011, p. 212)

2.1.7.4.2 Farmacodinâmica e mecanismos de ação

O lorazepam é um BZD que possui efeito sedativo potente, que tende a diminuir, na maioria dos pacientes, com o uso contínuo. Potencializa a ação do GABA, que é o principal neurotransmissor inibitório do SNC, modulando a atividade dos receptores GABA A por meio da sua ligação com seu sítio específico (receptores BZDs). Acreditava-se que o sítio de ligação do receptor BZD fosse uma molécula inteiramente diferente daquela do receptor GABA A, mas hoje considera-se que seja a mesma, apenas em local diferente. (CORDIOLI, 2011, p. 212)

2.1.7.4.3 Reações adversas e efeitos colaterais

Mais comuns: ataxia, déficit de atenção e concentração, fadiga, sedação, sonolência (Cordioli, 2011, p. 212).

2.1.7.4.4 Indicações e contraindicações

Evidências consistentes de eficácia (Cordioli, 2011, p. 212):

- Ansiedade aguda;
- Tratamento agudo do TAG;
- Estado de mal epilético;
- Coadjuvante no tratamento agudo de episódios maníacos;
- Sedação pré-anestésica;
- Na síndrome de abstinência alcoólica

Contraindicações absoluta (Cordioli, 2011, p. 212):

- Hipersensibilidade ao fármaco.

2.1.8 Automedicação

Segundo Saúde (2012), outra preocupação em relação ao uso do remédio refere-se à combinação inadequada. Neste caso, o uso de um medicamento pode anular ou potencializar o efeito do outro. O uso de remédios de maneira incorreta ou

irracional pode trazer, ainda, consequências como: reações alérgicas, dependência e até a morte. Entre os riscos mais frequentes para a saúde daqueles que estão habituados a se automedicar estão o perigo de intoxicação e resistência aos remédios. Todo medicamento possui riscos que são os efeitos colaterais.

2.1.9 Tolerância, Dependência e Abstinência

Segundo Sadock (2007, p. 124), quando os benzodiazepínicos são utilizados por períodos curtos (1 a 2 semanas), em doses moderadas, em geral não causam efeitos significativos de tolerância, dependência ou abstinência.

Quanto ao uso e ação breve Sadock (2007), coloca que:

Os benzodiazepínicos de ação breve (p. ex., o triazolam) podem ser um exceção a essa regra, já que alguns indivíduos têm relatado aumento da ansiedade no dia seguinte após uma única dose do medicamento. Alguns pacientes também relatam tolerância para os efeitos ansiolíticos dos benzodiazepínicos e necessitam de doses maiores para manter a remissão clínica dos sintomas (SADOCK, 2007, p. 125).

O Surgimento de uma síndrome de abstinência, também denominada síndrome de descontinuação (retirada), depende do tempo durante o qual o paciente uso o benzodiazepínico, da dose que ele estava ingerindo, do ritmo em que o medicamento é gradativamente reduzido e da meia-vida do composto (Sadock, 2007, p. 125).

Quanto à abstinência aborda que:

A síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos consiste de ansiedade, nervosismo, sudorese, inquietação, irritabilidade, fadiga, cabeça oca, tremor, insônia e fraqueza. Sua interrupção brusca, em particular daquelas com meia-vida curta, está associada com sintomas graves de abstinência, que podem incluir depressão, paranoia, delirium e convulsões. [...] O desenvolvimento de uma síndrome grave de abstinência é observado somente em indivíduos que tenham usado altas doses por longos períodos. O surgimento da síndrome pode ser postergado por uma a duas semanas em pacientes que estavam usando benzodiazepínicos com meias-vidas longas (SADOCK, 2007, p. 125).

Ainda Sadock (2007, p. 125), quando a medicação está para ser interrompida, o medicamento deve ser retirado gradativamente (25% por semana); de outra forma, são prováveis sintomas de recorrência ou rebote. A monitoração de quaisquer sintomas de abstinência (possivelmente com uma escala de avaliação padronizada)

e o apoio psicológico ao paciente são úteis na interrupção bem-sucedida dos benzodiazepínicos.

2.1.10 Promoção em Saúde Mental

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico (Brasil, 2013, p. 19).

A Cartilha do Ministério da Saúde (2013) descreve:

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013, p. 21).

Vale ainda ressaltar que o desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (Brasil, 2013, p. 21).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que

a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (Ministério da Saúde 2013, p. 23).

No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011, p. 13), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, sendo assim:

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Brasil, 2011, p. 13).

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade (Brasil, 2011, p. 13).

A nova proposta advinda com o Matriciamento em Saúde Mental abordado no guia prático (2011), sugere que:

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (Brasil, 2011, p. 13).

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam

seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (Brasil, 2013, p. 24).

Ao término do primeiro contato do usuário com a equipe da unidade básica de saúde, inicia-se as atividade grupais. As técnicas de trabalho com grupos foram amplamente desenvolvidas – especialmente na América Latina – com fundamental contribuição da psicologia social argentina (Pichon-Riviére, José Bleger, entre outros) e hoje nos oferece um amplo arcabouço teórico-prático com o qual podemos refletir e pautar trabalhos em saúde pública, amparando-nos das angústias e contradições que naturalmente surgem em situações novas e desconhecidas (Brasil, 2013, 121).

Quanto ao processo grupal (Brasil, 2013):

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (BRASIL, 2013, p. 121).

O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal (Brasil, 2013, p. 123).

A contribuição da Psicologia no SUS pode estar justamente no entrecruzamento do exercício destes três princípios:

- Princípio da inseparabilidade: se tomamos a Psicologia como campo de saber voltado para os estudos da subjetividade e se esta é entendida como processo coletivo de produção resultando em forma sempre inacabadas e heterogênicas, é impossível separar, ainda que distinções haja, a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica. Fazer política pública - e o SUS é fundamentalmente política pública, porque de qualquer um -, é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares. Neste sentido, pensar a interface da Psicologia com o SUS

se dará exatamente por este ponto conector: os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano de multiplicidades, planos públicos. O SUS, enquanto conquista do povo brasileiro, da humanidade, se faz como política pública de saúde;

- Princípio da autonomia e da corresponsabilidade: assim sendo, também é impossível se pensar em práticas dos psicólogos que não estejam imediatamente comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento na produção de saúde (Campos, 2000) que implique a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, coparticipes e corresponsáveis por suas vidas. Aqui, a interface da Psicologia com o SUS se dá pela certeza de que o processo de inventar-se é imediatamente invenção de mundo e vice-versa.

– Princípio da transversalidade: a Psicologia, tal como qualquer outro campo de saber/poder não explica nada. É ela mesma que deve ser explicada e isto só se dá numa relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível (BENEVIDES, 2005, p. 23).

O que queremos ressaltar é que os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos. Interessa perguntar o como fazer e, aqui, nossa experiência indica que a construção das redes das grupalidades, de dispositivos de cogestão, de aumento do índice de transversalidade, de investimento em projetos que aumentem o grau de democracia e participação institucional, são alguns dos caminhos a serem percorridos (Benevides, 2005, p. 24).

2.2 METODOLOGIA

Os métodos pelos quais a pesquisa foi realizada obedeceu aos princípios éticos de acordo com a instituição acadêmica e especificamente de acordo com os parâmetros do curso de Psicologia, de forma que foram planejadas estratégias e meios para a realização da pesquisa. Foram listados os meios e critérios de pesquisa através dos itens: natureza e tipo de pesquisa, população amostra, procedimentos e análise dos dados; objetivando uma melhor demonstração das estratégias e critérios obedecidos para a realização da pesquisa e levantamento de dados provenientes da mesma, bem como a análise desses dados.

2.2.1 Natureza e Tipo de Pesquisa

Primeiramente foi realizado uma pesquisa de natureza bibliográfica, com informações extraídas em materiais escritos, publicados em livros, revistas, além de materiais publicados em sites eletrônicos. “A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 57). Também, foi realizado uma pesquisa de campo descritiva de caráter qualiquantitativa, objetivando a análise do fenômeno estudado. Para Marconi e Lakatos (2011, p. 57), “pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta.”.

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos (MARCONI E LAKATOS, 2006, p. 43).

Para Santos (2000), a pesquisa do tipo quantitativa é aquela pesquisa onde é importante a coleta e a análise quantificada dos dados, e, de cuja quantificação, resultados automaticamente apareçam. Qualitativa é aquela pesquisa cujos dados só fazem sentido através de um tratamento lógico secundário, feito pelo pesquisador. Em outros termos, a pesquisa quantitativa tem resultados que se impõem como

evidências imediata. Os resultados da pesquisa qualitativa necessitam do tratamento lógico, resultante do “olho clínico” do pesquisador.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas são aplicadas com o objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população, desta forma, permite ao entrevistado que emita sua opinião livremente.

[...] este método também é empregado no desenvolvimento da pesquisa de âmbito social, econômico, de comunicações, mercadológicas, de opiniões, de administração, etc., representa em linhas gerais, uma forma garantida da precisão dos resultados, evitando, assim, distorções de análise e interpretações (OLIVEIRA apud FISCHER, 2001, p. 11).

Para Santos (2000, p. 26), “a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/problema. É normalmente feita na forma de levantamentos ou observações sistemáticas do fato/fenômeno/problema escolhido”. Os estudos descritivos procuram estudar e descrever as características e relações existentes numa comunidade, num grupo ou em uma realidade pesquisada (FISCHER, 2001).

2.2.2 População Amostra

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), o universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado, e a amostra, porção ou parcela do universo, que realmente será submetida à verificação, é obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem. Conforme Marconi e Lakatos (2011, p. 27), “a amostragem é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”. Também pra Marconi e Lakatos (2006, p. 108), “a população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

Os estudantes constituem uma população, pois apresentam ao menos uma característica comum: são os que estudam. Como em qualquer estudo em que seja utilizada a estatística, para que possamos pesquisar uma ou mais características dos elementos de alguma população, essas características devem estar perfeitamente definidas. É necessário, portanto, existir um critério de constituição da população válido para qualquer pessoa, no tempo e no espaço. Na maioria das vezes, por impossibilidade ou inviabilidade econômica ou temporal, as observações referentes a uma determinada pesquisa são limitadas a somente uma parte da população. Essa parte da

população em estudo é denominada amostra. Uma amostra consiste em um subconjunto de uma população (RODRIGUES, 2006, p. 168).

A pesquisa de campo foi efetivado no Programa de Saúde Mental da cidade de Caçador localizado no estado de Santa Catarina. Foram sujeitos dessa pesquisa um total de 20 (vinte) pessoas que fazem uso do serviço ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde na Atenção Básica. É importante ressaltar que a amostra foi de participação voluntária dessas pessoas, os quais responderam uma entrevista contendo questões pré-elaboradas com perguntas fechadas e abertas.

2.2.3 Procedimentos

Na perspectiva de Santos (2000), denominam-se procedimentos as atividades práticas necessárias para a aquisição dos dados com os quais se desenvolverão os raciocínios que resultarão em cada parte do trabalho final, ou seja, planeja-se aqui, de forma concreta, a coleta de dados, que se iniciará ao final do projeto. A descrição dos procedimentos pode também, ser enriquecida por detalhes práticos. Aliás, em projetos de relatórios, costuma-se solicitar detalhamento cuidadoso de todos os procedimentos a serem desenvolvidos em campo/laboratório. Detalha-se o universo que as informações receberão; descrevem-se os instrumentos de coleta, a margem de acuidade prevista, entre outros aspectos relevantes.

Com a realização da pesquisa em tela, primeiramente contatou-se a Coordenação do Programa de Saúde Mental, a qual assinou o Termo de Aceite para o repasse de informação referentes dos usuários de benzodiazepínicos. Após contatou-se os usuários de benzodiazepínicos do município de Caçador, via acolhimento, no intuito de haver conscientização e concordância para que possam ser realizada a coleta de dados e o agendamento de uma data para a aplicação da entrevista, de modo que os usuários puderam participar sem que houvesse interferências. Vale ressaltar que os sujeitos da pesquisa foram selecionados conforme a demanda da temática envolvida também, devido ao fato de haver poucas pesquisas associadas a estes usuários.

Os usuários responderam uma entrevista composta por 12 perguntas estruturadas, contendo questões objetivas, de modo a constituir a descrição da experiência durante o uso dessas medicações. As entrevistas foram aplicadas

individualmente e respondidas pelos participantes, em dias e horários designados previamente, no Programa de Saúde Mental como referido anteriormente.

Antes de ser iniciado a aplicação das entrevistas com os usuários, foi efetivado um *rapport*, no qual explicou-se os objetivos da pesquisa, bem como o motivo da escolha da população, foram informados sobre o sigilo e confidencialidade dos dados, inclusive sobre a ausência de necessidade de identificação, onde os únicos dados pessoais que seriam coletados nos instrumentos de pesquisa foram o tempo que faz uso da medicação, estado civil, a formação e a idade. Todos que foram entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo os princípios da ética em pesquisa.

A etapa da pesquisa bibliográfica serviu como parâmetro para avaliar os resultados que foram alcançados na pesquisa de campo, de forma a proporcionar melhor entendimento sobre as colocações que foram apresentadas pelos usuários, bem como, entrelaçar teoria e prática no que diz respeito à abordagem psicológica dos usuários de benzodiazepínicos durante o acompanhamento psicoterápico e medicamentoso.

Estes dados foram analisados estatisticamente em gráficos e tabelas elaborados para melhor compreensão dos mesmos, bem como, foram descritos e comentados em forma textual. Nesse sentido, de acordo com Santos (2000, p. 37), “é feita uma interpretação analítica dos dados obtidos, considerando o referencial teórico, que posicionou o problema pesquisado, e os resultados a que se chegou”.

Análise é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Essas relações podem ser estabelecidas em função de suas propriedades relacionais de causa e efeito, produtor e produto, de correlação, de análise, de conteúdo e etc. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 35).

Também para Marconi e Lakatos (2011), a análise crítica dos dados, tentando explicar o fenômeno e as relações existentes entre eles e alguns fatores antecedentes ou independentes, valendo-se de processos matemáticos e estatísticos. A comprovação ou refutação da hipótese se faz por meio da análise. Na pesquisa em questão, a técnica de análise dos dados foi feita de maneira interpretativa, o que de acordo com Marconi e Lakatos (2006, p. 44), “é a tentativa intelectual que procura dar um significado mais amplo às respostas, vinculando-as a outros conhecimentos às

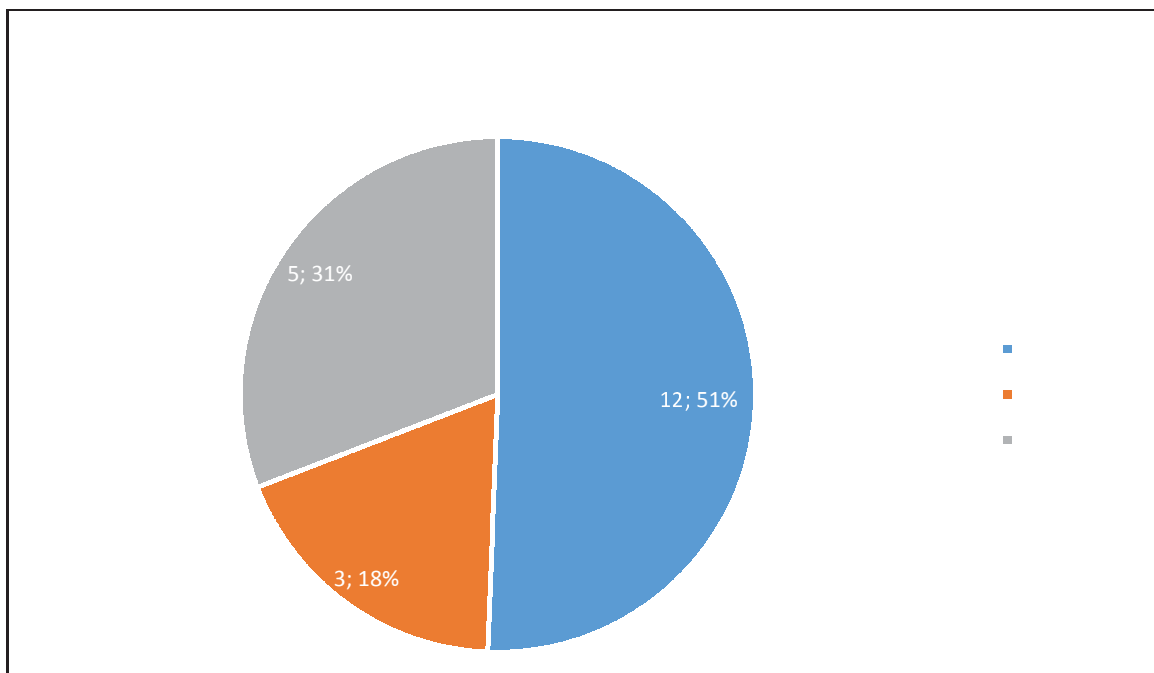
respostas”. Neste sentido, em geral, a interpretação significa a exposição do verdadeiro significado do material que foi apresentado, em relação ao tema.

2.3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Entre os meses de Outubro e Novembro/2014 foram iniciados a aplicação das entrevistas com o público alvo do presente trabalho de conclusão de curso. A solicitação inicial da entrevista era oportunizar um visão mais detalhada a respeito do perfil dos usuários do serviço de Saúde Mental no município de Caçador, as perguntas referiam-se aos seguintes aspectos: quanto ao bom atendimento na unidade básica de saúde, relação paciente x profissional, uso do serviço de saúde mental, atendimento recebido, uso de medicação controlada, nome dessa medicação, quantidade de medicação usada, parada da medicação, informações recebidas durante o atendimento médico, histórico da enfermidade, melhoras com o uso da medicação e outros tipos de acompanhamentos. Foram entrevistados 20 pacientes do serviço de Saúde Mental ofertado através da Secretaria Municipal de Saúde. Os dados expostos abaixo descrevem os resultados obtidos através da aplicação da entrevista com os usuários de benzodiazepínicos no município de Caçador/SC.

No gráfico 1 será apresentado os resultados obtidos na questão número um: você considera bom o serviço de saúde oferecido na unidade básica?

Gráfico 1 Serviço oferecido na unidade básica.



Fonte: (MACERI, 2014).

Pode-se notar das vinte pessoas entrevistadas 51% responderam considerar bom o serviço oferecido na unidade básica, 18% responderam não considerar bom o serviço e 31% das pessoas consideram o serviço bom às vezes. Percebe-se nesse primeiro resultado que os utilizadores do serviço prestado pela unidade básica de saúde o consideram bom, no entanto, vale ressaltar que o atendimento em questão é com base no ambulatório de saúde mental.

Nesse contexto Neto (2008), descreve a importância do programa saúde da família no momento do apoio matricial:

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde (Brasil, 2004A). É um movimento de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, tendo vínculo formal com uma parcela da população adscrita (NETO, 2008, p. 24).

A parcela utilizada nessa pesquisa serve como base de dado importante para conhecer e identificar a importância do serviço ofertado, bem como os resultados refletidos em forma de gráfico, e demonstra que essa população de amostra faz uso do serviço a muitos anos, podendo assim levantar as seguintes hipóteses quanto a real eficácia da atenção básica no município e como tem sido administrado os novos atendimentos advindo do novo modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

No guia prático de matriciamento em Saúde Mental (2011), o programa de saúde da família vem como apoio interdisciplinar:

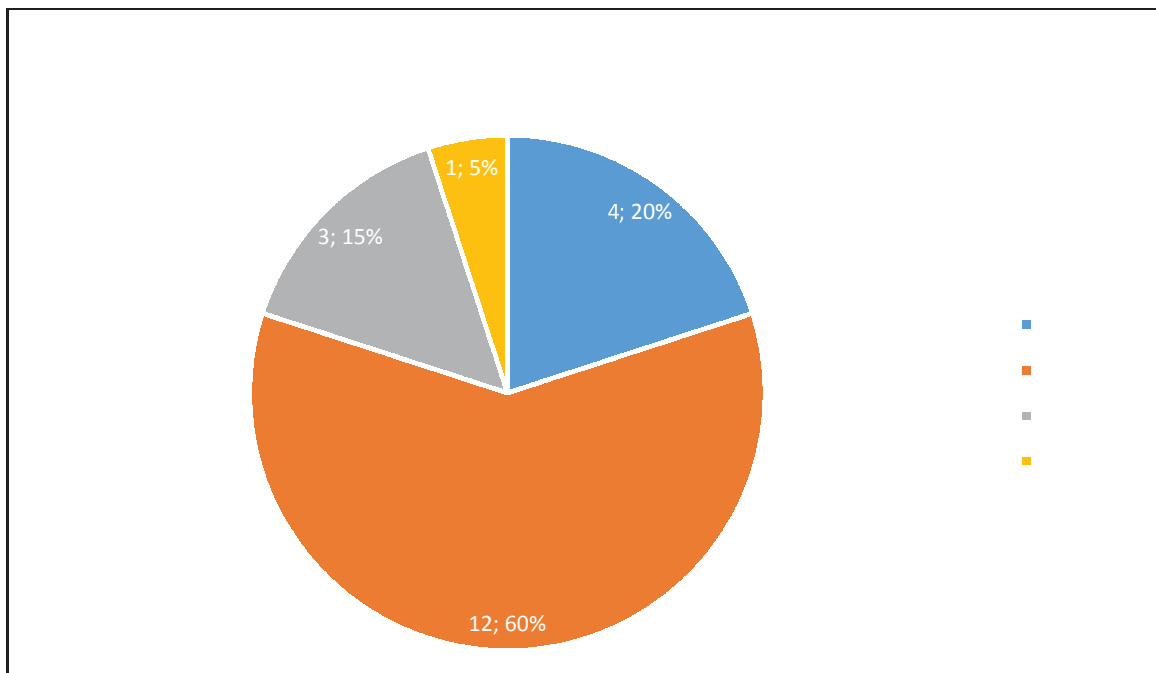
Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental (BRASIL, 2011, p. 14).

Mesmo que os dados expostos refiram-se ao atendimento no ambulatório de saúde mental, este tem trabalho concomitante com o realizado na atenção primária, pois em ambos os setores o paciente deverá ser acolhido em seu sofrimento, após irá participar dos grupos terapêuticos realizado em seu bairro e se necessário o acompanhamento médico e/ou medicamentoso. Sendo assim, o apoio matricial seria:

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009): “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (BRASIL, 2011, p. 14).

No gráfico 2 será apresentado os resultados da questão número dois: você tem uma boa relação com os profissionais do posto de saúde?

Gráfico 2 Relação paciente x profissional



Fonte: (MACERI, 2014).

Na segunda questão, vinte pessoas responderam, sendo que 20% das pessoas consideram ótimo a sua relação com os profissionais dos postos de saúde, 60% das pessoas consideram bom a sua relação com os profissionais dos postos de saúde, 15% das pessoas consideram regular sua relação com os profissionais e 5% das pessoas considera ruim a sua relação com os profissionais.

O plano estadual de saúde mental (2005), apresenta as ações de saúde mental na atenção básica:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e articuladas entre Saúde Mental e Atenção Básica [...] (BRASIL, 2005, p. 23).

A partir desses resultados nota-se o nível de satisfação do serviço prestado, porém deve-se lembrar que muitos desses usuários não consultam com seu médico no posto de saúde, somente deixam sua receita para renovação e quando solicitado pela agente de saúde ou enfermagem participam do acolhimento pelas estagiárias do serviço de saúde mental ou dos grupos promovidos pelos funcionários da secretaria de saúde.

O caderno de atenção à saúde número 34 (Brasil, 2013) vem informando a importância do cuidado a essa pessoa:

Quando alguém procura um serviço de Saúde, acredita-se estar com um problema que algum profissional deste serviço possa resolver. Cabe ao profissional de Saúde estar atento ao problema, porém sem perder de vista o todo, de modo que possa com cada sujeito perceber e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema. O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral (BRASIL, 2013, p. 33).

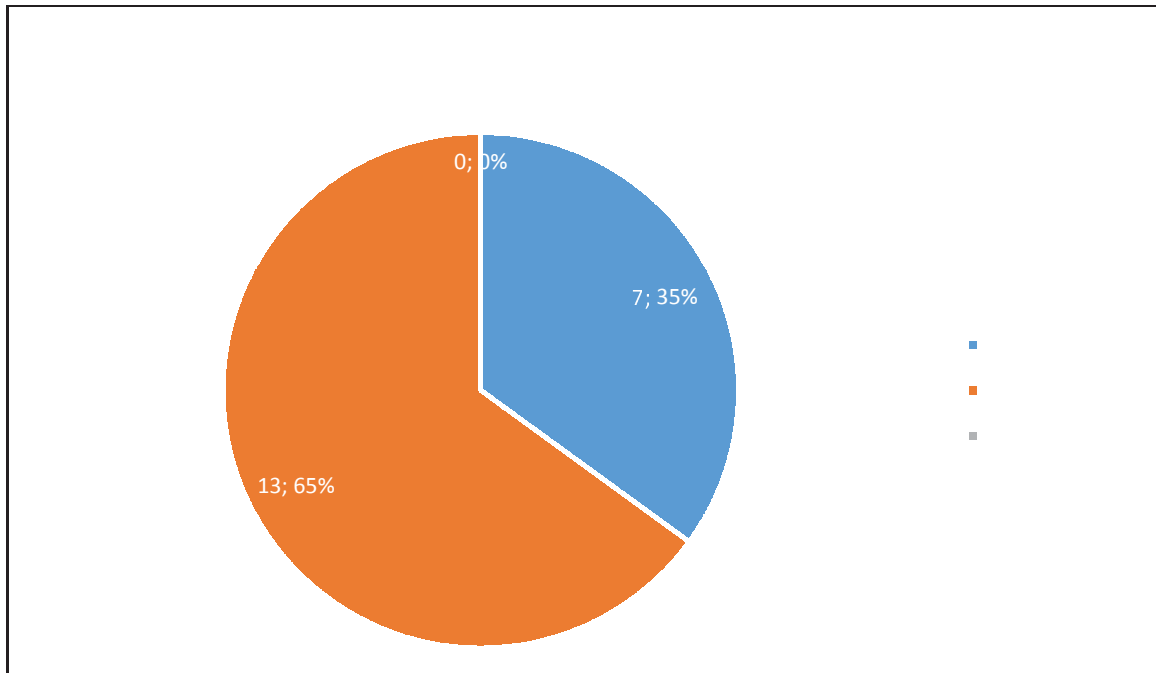
Percebe-se que o treinamento inadequado ou nenhum tipo de treinamento realizado com os profissionais atuantes em todas as esferas da saúde dificultam a excelência do trabalho a ser realizado, assim como, os usuários aproveitam-se dessas “facilidades” no atendimento, permitindo o risco da automedicação.

Quanto a automedicação o Ministério da saúde (2012), apresenta seguinte dica em saúde:

A automedicação, muitas vezes vista como uma solução para o alívio imediato de alguns sintomas pode trazer consequências mais graves do que se imagina. A variedade de produtos fabricados pela indústria farmacêutica, a facilidade de comercialização de remédios e a própria cultura e comodidade assimilada pela sociedade que vê na farmácia um local onde se vende de tudo; a grande variedade de informações médicas disponíveis, sobretudo em sites, blogs e redes sociais, também está entre os fatores que contribuem para a automedicação (BRASIL, 2012).

No gráfico 3 apresento os resultados da questão número três: já fez uso do serviço de saúde mental oferecido no posto de saúde?

Gráfico 3. Uso do serviço de saúde mental na UBS



Fonte: (MACERI, 2014).

Nota-se que dos vinte entrevistados, 35% afirmam terem feito uso do serviço de saúde mental na unidade básica de saúde, 65% afirmam não terem usado o serviço de saúde mental na unidade de saúde e 0% pessoas não lembram de terem feito uso do serviço de saúde mental na unidade básica de saúde.

Quanto ao papel dos profissionais da saúde na atenção à saúde mental, o caderno de saúde número 34 (2013) apresenta:

Mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática (BRASIL, 2013, p. 22).

Pode-se perceber que boa parte da população amostra, relatou que muitas vezes fazem uso do tratamento farmacológico antes mesmo de utilizar outros meios na busca do seu bem-estar. Mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde tal implantação do atendimento, ele caminha a passos de tartaruga, assim como a

implantação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF, tal ferramenta vem como apoio as demandas dos territórios bem como o acompanhamento de casos com difícil resolução por parte das unidades de saúde.

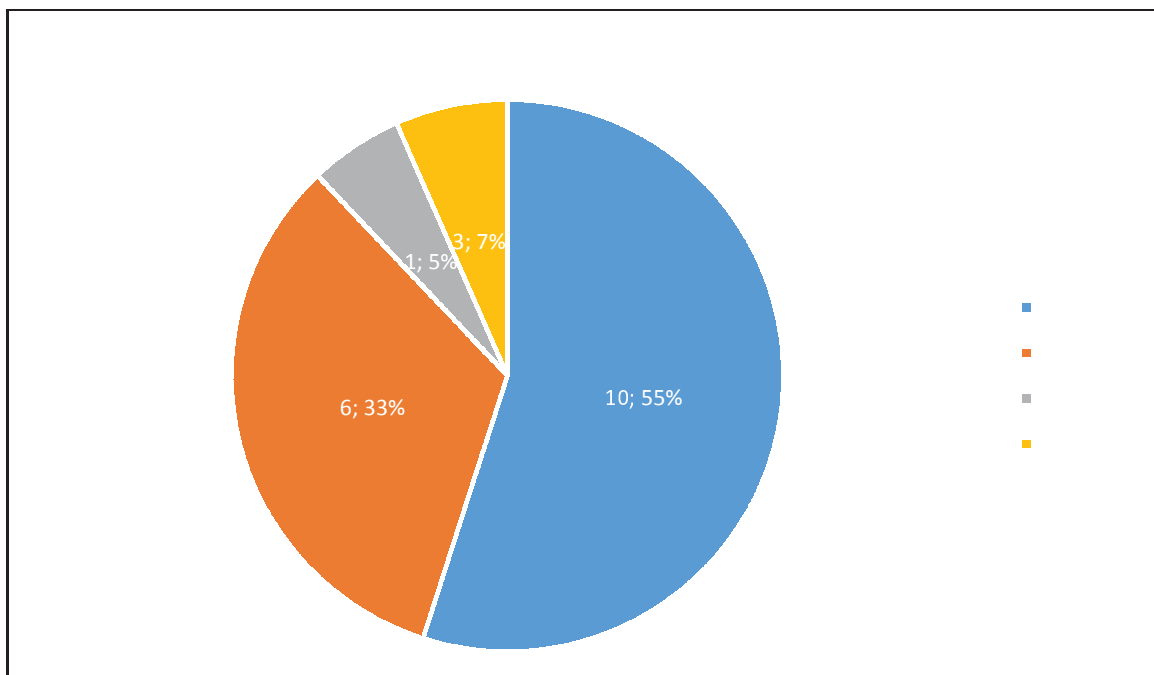
Bem como o caderno de atenção básica número 34 (Brasil, 2013), descreve a respeito das ações que podem ser realizadas por todos os profissionais:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga (BRASIL, 2013, p. 22-23).

Ao se fazer uso das informações acima descrita questiona-se até que ponto essas ferramentas são realmente utilizadas dentro das unidade básicas de saúde e se todo profissional ali está devidamente preparado e capacitado para acolher o usuário e suas demandas.

No gráfico 4 é analisado o atendimento recebido pelos usuários do serviço de saúde mental, sendo a quarta pergunta: como considera o atendimento recebido?

Gráfico 4. Atendimento recebido



Fonte: (MACERI, 2014).

Conforme a entrevista apontou, 55% dos indivíduos consideram o atendimento ótimo, 33% dos indivíduos consideram o atendimento bom, 5% dos indivíduos consideram o atendimento regular e 7% dos indivíduos consideram o atendimento ruim.

No caderno de atenção básica número 34 (2013), apresenta a visão de pessoa:

Toda pessoa tem uma vida passada e as memórias de uma pessoa com tudo o que ela viveu, aprendeu e experimentou fazem parte da sua vida presente e de como ela enxerga o mundo. "Roubar das pessoas seu passado, negar a verdade de suas memórias, ou zombar de seus medos e preocupações fere as pessoas. Uma pessoa sem passado é incompleta", diz Cassell (BRASIL, 2013, p. 29).

Aqui considera-se o serviço de saúde mental ofertado tanto na unidade básica de saúde bem como na própria saúde mental, atualmente localizada nas dependências do Jonas Ramos. Como já abordado anteriormente, muitos dos utilizadores desse serviço deixam suas receitas somente para renovação, quando fazem uso nos postos de saúde do seu bairro, no entanto, ao fazerem uso desse atendimento na saúde mental muitos necessitam passar pelo acolhimento, grupo terapêutico e se necessário atendimento clínico em conjunto com psicoterapia individual, tornando dessa maneira o serviço mais efetivo e com resultados significativos na melhora de seu sofrimento psíquico.

O guia prático de matriciamento em saúde mental (2011), vem como ferramenta auxiliar em questões como quem cuida do que e qual o papel de cada profissional da saúde:

No entanto, desde o estabelecimento dos serviços de atenção primária, uma discussão é muito antiga: quem cuida do quê? Que tipo de usuário deve ser atendido exclusivamente pelos profissionais de APS? Quais são os pacientes que também devem ter cuidados das equipes especializadas de saúde mental? (BRASIL, 2011, p. 197).

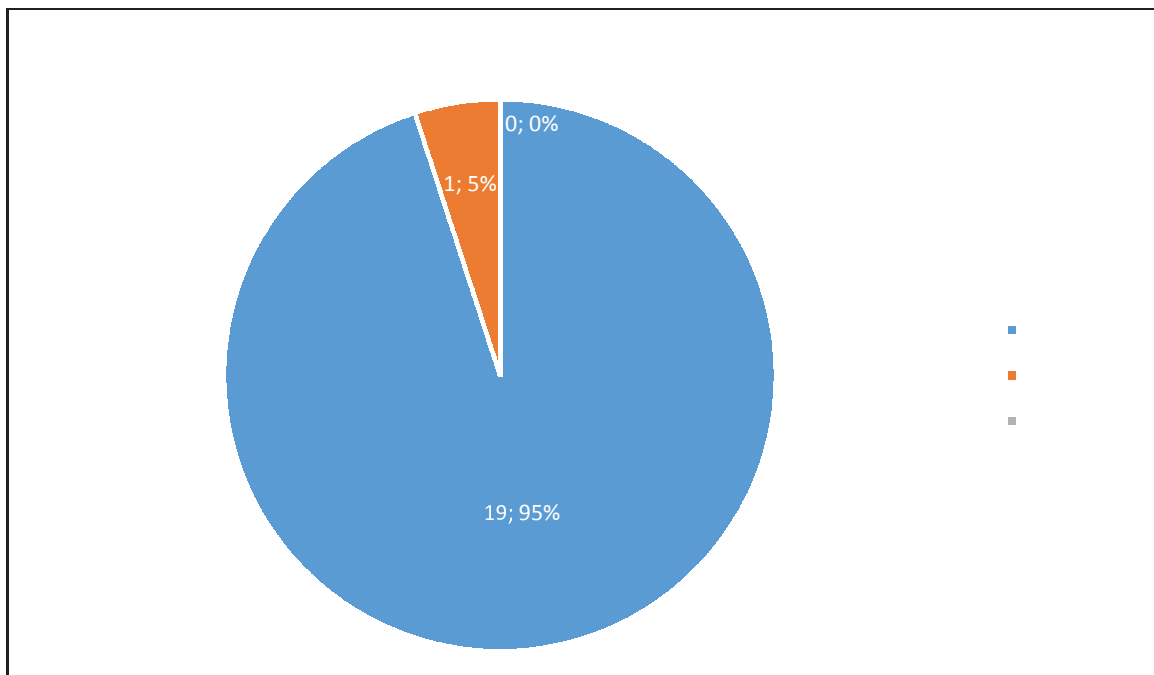
Perguntas como essas podem dificultar muito o atendimento que deverá ser prestado por esses profissionais, deixando assim o usuário em dúvida a qual local recorrer primeiro para minimizar seu sofrimento. No entanto o guia prático de matriciamento em saúde mental (2011) vem como ferramenta auxiliar para esclarecer tais questionamentos dos profissionais de saúde:

Essas perguntas nos remetem a decisões clínicas – dentro de uma perspectiva ampliada de clínica, não a do modelo clássico, “de consultório” ou “de hospital” – sobre as árvores decisórias e protocolos. Esses protocolos podem ser baseados em padronizações da literatura que são, na maioria das vezes, internacionais. Porém, tais instrumentos não fazem sentido se não dialogarem com a realidade específica de cada campo, de cada território, de cada município, realidade que pode ser bastante diversa em um país tão grande como o nosso (BRASIL, 2011, p. 197).

Deve-se sempre lembrar que os técnicos de referência nesse novo contexto de atendimento tem papel importante e muito presente no dia a dia dos postos de saúde.

No gráfico 5 é analisado se o entrevistado faz ou não uso de medicação controlada, com a seguinte pergunta: você faz uso de medicação controlada?

Gráfico 5. Uso de medicação controlada



Fonte: (MACERI, 2014).

Nesse gráfico fica evidente o número de usuários de medicação controlada, 95% das pessoas fazem uso de medicação, 5% das pessoas não fazem uso de medicação controlada e 0% das pessoas às vezes fazem uso de medicação controlada.

Quanto a síndrome abstinência Nastasy (2008), aborda:

Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de

benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose (NASTASY, 2008, p. 5)

Os resultados apresentados são de grande relevância, pois vão de encontro com a pesquisa proposta, bem como o uso desenfreado pode acarretar em problemas sociais, econômicos, familiares entre outros aspectos do indivíduo. Porém, um único entrevistado afirmou não fazer uso de tais medicações, pois estava participando dos grupos ofertados na saúde mental, atualmente localizado nas dependências do Jonas Ramos, no entanto, o entrevistado relata os mesmos sinais e/ou sintomas dos outros participantes, sendo assim, se o mesmo não apresentar resultados positivos até o término do grupo provavelmente irá iniciar o uso de medicação.

Vale lembrar que a família tem papel importante na busca e apoio de seu familiar durante todo o trabalho realizado pelos profissionais da atenção primária e saúde mental, como abordado por Moreno (2014):

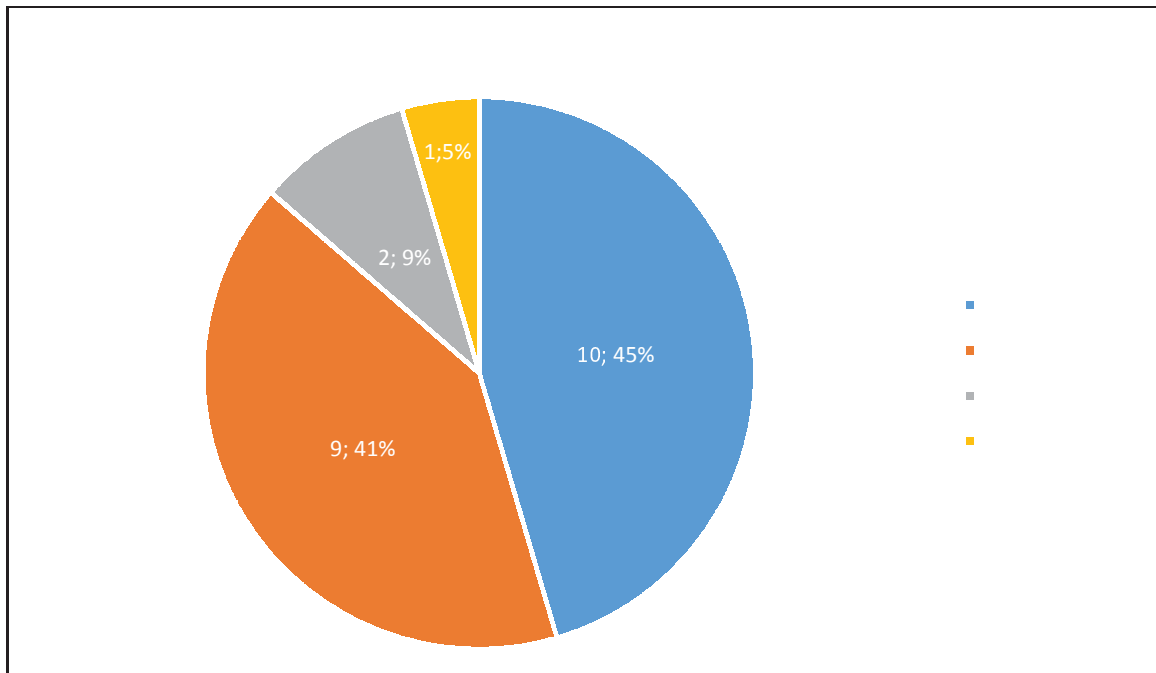
Quanto aos serviços de saúde mental, estes têm utilizado o processo de desinstitucionalização como forma de organização que busca criar uma relação mais solidária entre pacientes, equipe, família e comunidade (MORENO, 2014, p. 46).

O autor Nastasy (2014), corrobora essa questão, da importância do suporte psicológico, bem como dos membros da família, fazendo uso de outros meios para o tratamento não farmacológico:

O melhor local para tratamento é o ambulatorial, pois leva o maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo. Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassuramento, promoção de medidas não-farmacológicas para lidar com a ansiedade (NASTASY, 2014, p. 7).

No gráfico 6 será apresentado o nome das medicações que foram utilizadas como base para pesquisa e elaboração desse trabalho de conclusão de curso, no entanto, deve-se ressaltar que alguns dos participantes fazem uso de mais do que uma medicação pesquisada, sendo assim essa questão terá um número total acima dos vinte entrevistados: quais dessas medicações faz uso?

Gráfico 6. Nome da medicação



Fonte: (MACERI, 2014).

Os dados acima refletem uma grande diferença quanto a requisição das medicações dos entrevistados, 45% afirmam tomar diazepam, 41% afirmam tomar clonazepam, 9% afirmam tomar alprazolam e 5% afirmam tomar lorazepam.

Ao iniciar a pesquisa sobre tais medicações ficou evidente o grande número de receitas de diazepam e clonazepam, sendo que muitos desses usuários fazem uso de mais de uma medicações ao mesmo tempo e em alguns casos em doses mais elevadas do que a receitada pelo médico.

Quanto as interações medicamentosas Sucar (2011), aponta da seguinte maneira:

As interações resultantes da associação de medicamentos estão, sem dúvida, entre as questões atuais mais complexas e de grande importância para a prática médica. Com o crescente número de drogas usadas em psiquiatria, torna-se cada vez mais difícil conhecer as diferentes repercussões clínicas dessas interações (SUCAR, 2011, p. 11).

Não se pode esquecer que os benefícios obtidos com os uso dos benzodiazepínicos são muito mais significativos do que seu risco de tolerância e dependência, porém toda medicação sem o correto acompanhamento médico pode acarretar em risco a saúde do usuário de tal medicação, além dos resultados obtidos

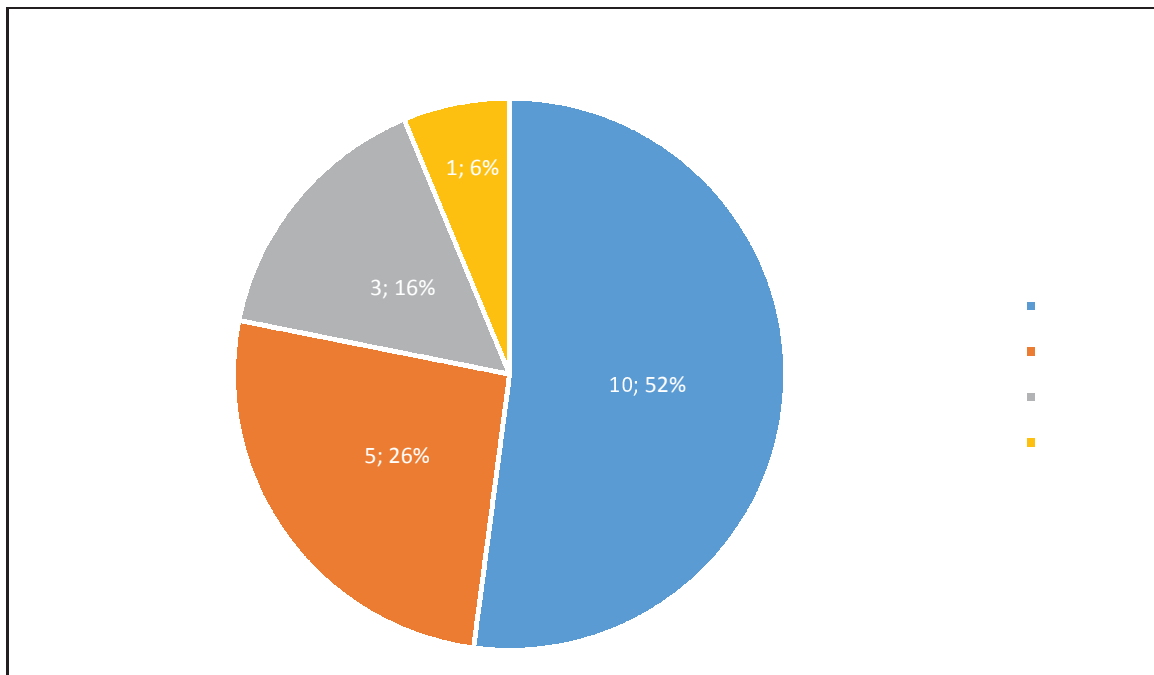
ficou nítido que muitos dos entrevistados fazem uso a muitos anos e nos casos de menos de um ano de uso a quantidade ingerida é preocupante.

Assim como relatado através do caderno de atenção básica número 34 (2013), os benzodiazepínicos se popularizaram:

Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos. Talvez por isso, ocupam um lugar particularmente importante no imaginário popular e, em algumas práticas cronificadas dos serviços de saúde, podem funcionar como um escape para a impotência do profissional diante das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes, sem um equivalente orgânico (BRASIL, 2013, p. 161-162).

No gráfico 7 é apresentado o número de comprimidos ingeridos por dia, conforme respondido pelos entrevistados na pesquisa, sendo a sétima pergunta: quanto comprimidos você faz uso por dia?

Gráfico 7. Quantidade de comprimidos



Fonte: (MACERI, 2014).

Vê-se que a partir das respostas dos entrevistados, 52% dizem tomar de 1 a 5 comprimidos por dia, 26% dizem tomar de 6 a 10 comprimidos, 16% dizem tomar de 11 a 15 comprimidos por dia e 6% pessoa diz tomar de 16 a 20 comprimidos por dia.

Quando abordado a prática de prescrição desenfreada por parte dos clínicos, o caderno de atenção à saúde número 34 (2013), afirma:

Lamentavelmente, esta prática produz a medicalização de problemas pessoais, sócio-familiares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. O uso continuado provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso). Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos (perda de atenção, e dificuldade de fixação), que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos (BRASIL, 2013, p. 162).

Desse total, é importante frisar que um único entrevistado afirma tomar de 16 a 20 comprimidos por dia, o que mais chama atenção nesse resultado é que o participante relatou fazer menos de 1 ano que inicio o uso do remédio, que atualmente tem tido muita dificuldade em dormir e por mais que tente diminuir o uso relata não “sentir” diferença, no entanto, os participantes que fazem uso de 1 a 5 comprimidos por dia, utilizam suas medicações a mais de 10 anos o que também não deixa de ser um dado um tanto relevante, muitos afirmam nem saber o motivo que os levaram a iniciar tal uso, uma das participantes expõe essa questão da seguinte maneira: *“Uma vez eu passei mal e o médico disse que esse remédio fazia bem para os nervos e até hoje eu tomo pra dormi, quando não estou muito bem tomo 3 ao invés de 1”*.

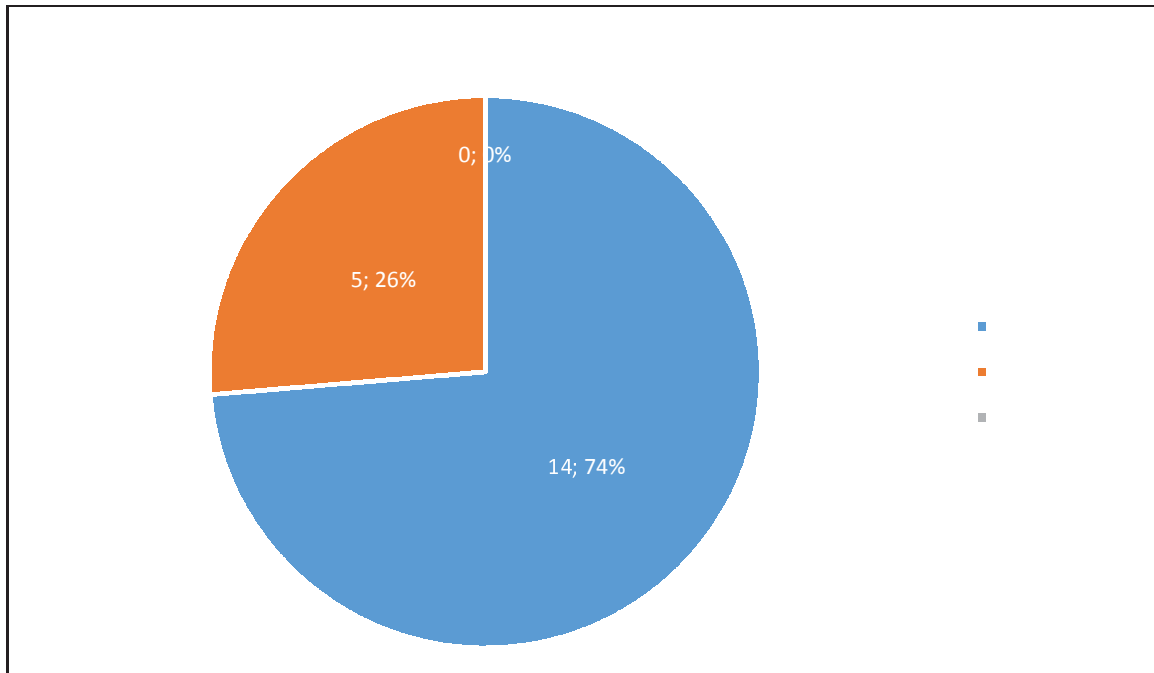
Na perspectiva de Nastasy (2014), o uso e a prescrição indiscriminada tem sido um dois maiores problemas da atualidade:

Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 70, como uma opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias. Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades (NASTASY, 2014, p. 3).

Vale ressaltar que o indivíduo que faz uso prolongado de tais medicações pode vir apresentar dependência e tolerância ao fazer utilização indiscriminada.

Na questão de número oito com a seguinte pergunta: alguma vez tentou para o uso dessa medicação? É transcrita em forma de porcentagem e no gráfico 8 Parada da medicação, apresentado abaixo.

Gráfico 8. Parada da medicação



Fonte: (MACERI, 2014).

Nota-se com base nas respostas obtidas com os usuários, 74% dos entrevistados responderam sim, que já tentaram parar o uso, 26% dos entrevistados responderam não, que não tentaram parar o uso e 0% dos entrevistados responderam não se lembrarem de tentar para o uso da medicação.

Os dados acima refletem que a utilização de psicofármacos necessitam ser devidamente acompanhados pelos profissionais da unidade básica de saúde, vindo de encontro com o caderno de atenção à saúde número 34 (2013):

Em si, quando bem indicados, os benzodiazepínicos podem se configurar como ferramentas úteis e confiáveis como indutor de sono em situações de adaptação a estresse, por exemplo. Mas é preciso ter o máximo cuidado na hora de iniciar o uso dessas medicações, colocando sempre um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário a redução gradual. [...] Quando não for possível a suspensão total, é importante repensar a relação do usuário com o “remédio”, com o médico que o prescreve e com a equipe de Saúde (BRASIL, 2013, p. 162).

Nesse gráfico o total de respostas foram de 19 entrevistados, sendo que 1 dos participantes, como alegou-se anteriormente, não faz uso ainda de medicação. Apesar dos elevados números de comprimidos usados a tentativa de parada é equivalente, no entanto como abordado já, ao se fazer uma parada brusca na utilização dos benzodiazepínicos o paciente pode apresentar crises de abstinência.

É importante frisar quanto ao uso abusivo dos benzodiazepínicos, Bernick (1999) relata que:

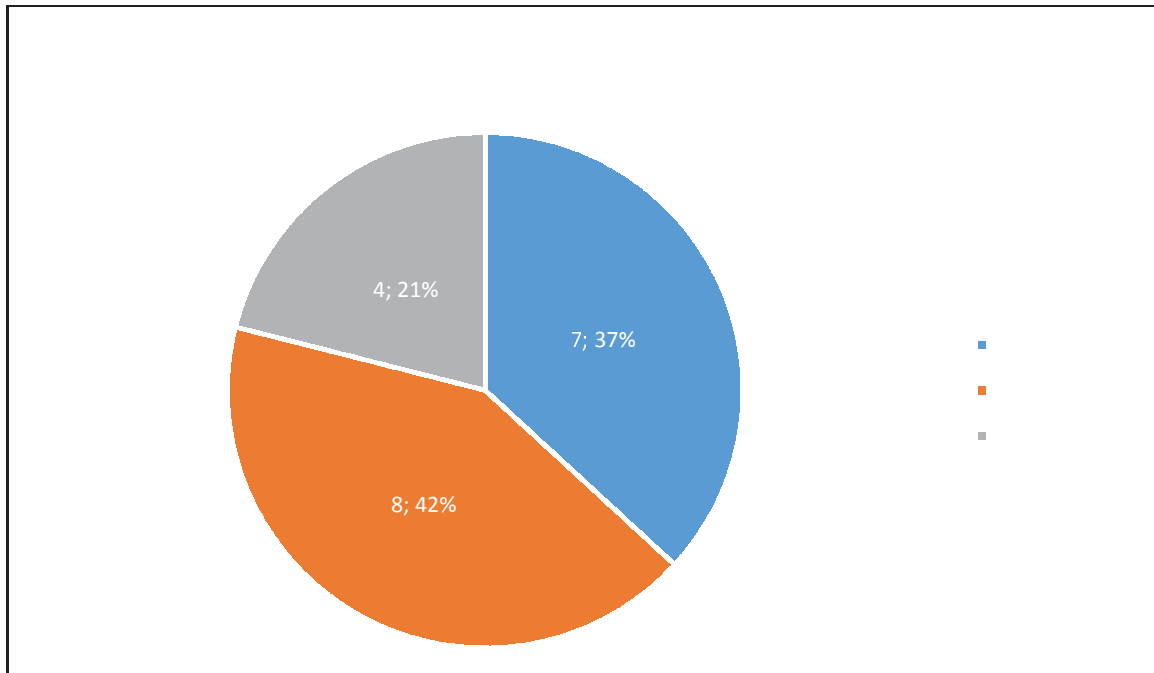
Devido as suas propriedades, sobretudo segurança e rápido início de ação, os BZDs podem ser usados de forma indevida ou abusiva. Do mesmo modo que existem as prescrições equivocadas (para o paciente errado ou por um período de tempo inadequado), existe também um problema de abuso, de pequenas proporções, mas bem definido: o uso ilegal de BZDs por pessoas para as quais eles não foram prescritos (BERNIK, 1999, p. 21).

Não pode-se esquecer que os benefícios advindo do uso de tais medicações superam tais problemas, porém o hábito do uso exagerado de tais medicações também é relatado por Bernick (1999):

O “hábito” ou dependência comportamental – no sentido de busca ativa de droga para induzir euforia, em contraste com o alívio do sintoma – é observado em apenas em uma pequena minoria das pessoas. Os BZDs são usados em excesso quase que somente por pessoas com histórico de uso excessivo também de outras drogas (Du Ponte, 1988; Woods et al., 1997). Esse é o caso, principalmente, dos indivíduos dependentes de opiáceos (Dark, et al., 1995; Perera, et al., 1987; Ball et al, 1986). (BERNIK, 1999, p. 22).

No gráfico 9 é analisado as informações que os entrevistados alegam receber ou não, sendo a seguinte questão: quando iniciou o uso dessa medicação, seu médico explicou os risco e benefícios desse fármaco?

Gráfico 9. Informações recebidas



Fonte: (MACERI, 2014).

Com os dados coletados através dos participantes, nota-se que 37% das pessoas relataram receber as informações, que 42% das pessoas relatam não receberem as informações e que 21% das pessoas relatam não lembrarem de receber as informações.

Com base nessas informações fica claro a proximidade dos resultados coletados, os usuários do serviço de saúde mental na unidade básica de saúde afirmam que só recebem a receita médica com tais medicação após 5 minutos de atendimento clínico pelo profissional médico do posto e que durante essa consulta não são informados corretamente e nem de forma adequada, iniciam a medicação sem ter conhecimento dos benefícios e risco do uso abusivo e indiscriminado do fármaco. Já os que relataram receber as informações corretamente e que conseguem perceber seus sinais/sintomas durante seu tratamento medicamentoso fazem acompanhamento médico com o profissional na saúde mental localizado atualmente no Jonas Ramos, esses mesmos entrevistados relatam perceberem a forma totalmente diferenciada no atendimento, desde a recepção até o acompanhamento médico durante seu tratamento ocorrido no ambulatório. Porém os entrevistados que relataram não se lembrarem das informações recebidas de tais medicações, mesmo sendo de ingestão contínua. Deve-se lembrar também que os médicos são colocados

em situações complicadas quanto as condições de trabalho e de estrutura do serviço, Bernik (1999) relata quanto a respeito da opinião pública:

Precisamos considerar também como as reações da opinião pública e as consequentes diretrizes e restrições das prescrições poderiam inibir o tratamento do que chamamos distúrbios “subsindrômicos”. Os médicos, particularmente os clínicos gerais, são frequentemente colocados em uma posição difícil quando tratam de pacientes com distúrbios particulares de ansiedade ou depressão que não atendem aos critérios rigorosos de classificação internacional das doenças. Esses são problemas diários reais para aqueles que sofrem deles, problemas que têm de ser tratados por seus clínicos (BERNIK, 1999, p. 24).

Situações como essas devem ser levadas em consideração durante os atendimentos prestados, em circunstâncias como essas não existe culpado ou inocente, e sim uma mão de via dupla onde o paciente não pergunta e o médico não responde. Bernik (1999), apresenta um ponto de vista muito interessante relacionado ao papel dos benzodiazepínicos:

Durante quarenta anos, os BZDs exerceram um importante papel na farmacoterapia da maioria dos distúrbios da ansiedade. As avaliações de seus benefícios e riscos pela medicina embasada em evidências permitirão o estabelecimento de diretrizes de um modo mais racional, para terapia ansiolítica efetiva para aquele que dela precisem. (BERNIK, 1999, p. 25).

As questões 10, 11 e 12 da entrevista foram discursivas, sendo assim, será relatado as respostas recebidas por alguns dos participantes da pesquisa. Tais questionamentos são voltados para o histórico da enfermidade, melhoras com o uso da medicação e outros atendimentos realizados pelos pacientes.

A pergunta número 10 era composta com o seguinte enunciado: breve histórico da sua enfermidade e a quanto tempo faz uso da medicação. Dos 20 entrevistados será descrito 5.

Indivíduo 1: “Faz quinze anos. Começou a usar porque tinha crises, ficava ‘fora’, tinha raiva, não sentia vontade de sair de casa, diz que até hoje passa mal. Diz sempre ter sido rejeitada pela família que não recebia carinho e afeto de seus pais, foi agredida pela irmã por não cuidar direito de seu pai com câncer, ela nega e diz que faz tudo para ele”.

Na perspectiva do indivíduo 1 citado acima, fica evidente que durante anos seu sofrimento não é percebido como patologia, as questões familiares interferem significativamente na vida social, ocupacional e tantos outros aspectos de suma importância para uma saúde mental e bem-estar. É perceptível que qualquer pessoa que passa durante anos se sentido usado, diminuído e humilhado se não tiver uma grande capacidade de resiliência acaba por vir a adoecer, e como tem sido analisado no decorrer dessas páginas inicia-se a utilização de fármacos como método terapêutico esquecendo-se de buscar novas intervenções.

Quando fala-se em sofrimento o caderno de atenção à saúde número 34 (2013), ressalta:

Sufrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer. Sendo assim, partindo desta perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. [...] Sendo assim, torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente (BRASIL, 2013, p. 32).

Indivíduo 2: “Sempre se sentiu irritada e com vontade de ficar isolada, faz seis anos que iniciou o uso do remédio, porém quanto mais aumentava a dose menos efeito fazia. Durante essa época parou e retornou o uso várias vezes. Diz ter muitas brigas com seu marido e isso contribuiu para sua piora”.

As questões discutidas no indivíduo 1 vão de encontro com o indivíduo 2, pois o mesmo sofre por problemas familiares, a diferença entre ambos relatos é que no caso do primeiro entrevistado, indivíduo 1, em nenhum momento relata ter parado o uso da medicação, no entanto, o indivíduo 2 faz paradas, porém retoma o uso quando sente necessidade, deve-se levar em conta que é um dado importante descrito e as seguinte hipóteses podem ser levantadas: Será que o indivíduo 2 não sofre de crises de abstinência e por isso retoma o uso do benzodiazepínico? Será que durante as consultas médicas o indivíduo 2 relata esses dados? A partir desse pequeno relato inúmeras suposições podem ser levantadas, e novamente pode-se fazer uso das informações disponíveis no guia prático de matriciamento em saúde mental (2011), quanto a importância do projeto terapêutico singular:

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social (BRASIL, 2011, p. 21).

Indivíduo 3: “Diz que desde que se lembra faz uso de medicação, quando mais nova tinha epilepsia, depois de controlar diz que surgiu a depressão. Relata que faz quarenta e oito anos que faz uso de remédios, conta que sem não consegue dormir e vê fantasmas em seu quarto. Em 2000 tentou suicídio e desde então nunca mais foi a mesma e percebe que suas ideações suicidas retornaram igual a outra vez”.

Percebe-se através do discurso do indivíduo 3 que o mesmo não se lembra do início da medicação e pode ser considerado um dado importante, sendo assim, quando a medicação passou ser parte de sua vida a ponto de não recordar os motivos? Nesse ínterim gostaria de ressaltar os dados relatados quanto as ideações suicidas e a situação da tentativa de suicídio de medicamento, abordado por Sucar (2011):

Nesta situação, ocorre por parte voluntária do paciente a ingestão de grandes quantidades de medicamentos, que na sua maioria são psicofármacos. Essa classe de medicamentos comumente apresenta um índice terapêutico bastante alto. Geralmente, só são letais quando associados com álcool e outros medicamentos, em função de as interações medicamentosas terem papel decisivo nas alterações do perfil farmacológico dos medicamentos associados (SUCAR, 2011, p. 171).

Indivíduo 4: “Se sentia doente por causa de tudo. Faz uns quarenta anos que toma essa medicação. As ajudas recebidas a deixaram mais no fundo do poço. Desistiu de tudo, se sente doente. Muita raiva, não consegue se conter, acredita quebrar os objetos quando pensa”.

Com base nos relatos acima pode-se considerar a existência de mais alguma patologia, até onde as queixas são normais e patológicas? Em falas como essa, o serviço de saúde mental na atenção primária tem papel fundamental na resolução dos conflitos e queixas da população, e nem sempre as pessoas estão bem ou felizes, e isso não quer dizer que exista alguma doença, porém deve-se lembrar que a linha entre saúde e doença é tênue.

Bock (2011), em seu *Psicologia* vem corroborando com tal afirmação:

O indivíduo apresenta um sintoma ou vários: ele vê o diabo; tem um medo intenso de sair de casa ou de ir da sala para o banheiro sozinho; não consegue dormir à noite; não articula com lógica um raciocínio sobre determinado assunto; tem intermináveis monólogos com figuras ou objetos imaginários, utilizando frases desconexas; ouve vozes que o aconselham e o apavoram; ora está extremamente eufórico e, no momento seguinte, fica muito deprimido e se recusa ao contato com os outros (BOCK, 2011, p. 461).

Indivíduo 5: “Começou a fazer uso da medicação com trinta anos, hoje tem oitenta e três, fazem mais de cinquenta anos que faz uso do remédio, porém nunca pensou em parar. Diziam que era calmante, pois estava passando por sérios problemas financeiros e conjugais.”

Fica evidente o crescente número de novos usuários de benzodiazepínicos e como as relações de passado, presente e futuro podem interferir positivamente ou negativamente no acompanhamento farmacológico do paciente. Cordioli (2011), apresenta a depressão como um dos efeitos colaterais, e o manejo durante o uso dos benzodiazepínicos.

A depressão pode ser o efeito colateral de uma número de substâncias [...] Deve-se destacar, ainda, que os BZDs, os ADTs, outros antidepressivos com efeito sedativo e os antipsicóticos potentes produzem alguns efeitos colaterais semelhantes aos sintomas de depressão [...]. O uso crônico de BZDs, associado ou não ao uso de álcool, pode levar ao aparecimento de um quadro de depressão em indivíduo predispostos (CORDIOLI, 2011, p. 571).

Por mais variados que os motivos possam ser, o paciente necessita de uma correta avaliação médica, em muitos casos os entrevistados relatam que nunca tinham percebido os sintomas de seu quadro clínico até apresentarem a primeira crise. Nesse contexto ainda, Cordioli (2011) descreve ser de fundamental importância reconhecer os sintomas apresentados.

É fundamental reconhecer quando o sintoma referido pelo paciente é um efeito colateral de um medicamento ou uma manifestação de um transtorno do humor orgânico (depressão secundária a uma doença física). Reduzir a dose ou trocar de produto, se for um quadro depressivo secundário a um medicamento. Tratar a doença física, se for ela a causa. Cabe salientar que há doenças nas quais, mesmo com tratamento adequado, a síndrome depressiva se mantém (p. ex., Parkinson, AVC). Nesses casos, está indicado o uso de um antidepressivo (CORDIOLI, 2011, p. 571).

A partir desses resultados deve-se lembrar que em determinados casos faz-se necessário tal interação medicamentosa para alcançar o efeito terapêutico, assim como relata Sucar apud Sougey (2011):

Interação medicamentosa continua sendo um tema pouco tratado, de escassa literatura e submerso em mares pouco navegáveis. Tratando-se dos psicofármacos, o desconhecimento é ainda maior. As intrincadas reações orgânicas provocadas pelos medicamentos e resultantes de inúmeros processos biológicos fazem das interações um campo de conhecimento bastante complexo e muitas vezes inacessível ao médico ou ao profissional da saúde na sua prática clínica (SUCAR apud SOUGEY, 2011, p. 14-15).

Nesse contexto pode-se levantar as seguintes hipóteses: será que todos os entrevistados passaram por uma correta avaliação médica? Será que somente diagnósticos de ansiedade ou depressão são o suficiente para terapia farmacológica ou estamos esquecendo do apoio de outros profissionais no atendimento aos usuários do serviço prestado pela unidade básica de saúde?

Assim como Benevides (2005) confirma em seu artigo Psicologia e SUS, quanto as interfaces da Psicologia com o Sistema Único de Saúde:

Especialmente quando queremos pensar as interfaces da Psicologia com o Sistema Único de Saúde (SUS) urge que problematizemos o que podemos, o que queremos e, principalmente, como fazemos para contribuir na construção de um outro mundo possível, de uma outra saúde possível e, digo logo, de uma saúde pública possível (BENEVIDES, 2005, p. 21).

A pergunta número 11 foi composta pelo seguinte enunciado: quais melhorias notou com início da medicação? Assim como analisado anteriormente, esse enunciado foi respondido de forma descritiva, nessa situação também será relatado 5 das 20 respostas e realizarei breve discussão das respostas obtidas.

Indivíduo 1: “A medicação demora dois dias para fazer efeito, consegue dormir e se sente mais calma. No entanto faz uso também de fluoxetina e citalopram.”

Indivíduo 2: “Não percebeu melhora, pois medicação não faz o efeito esperado.”

Os dados acima apresentam informações opostas, sendo que o indivíduo 1 apesar da demora confirma o benefícios, como a calma, e o indivíduo 2 diz não fazer efeito. Deve-se lembrar que cada organismo apresenta uma maneira de absorver as

medicações, alguns necessitam de maior dosagem para obter os mesmos efeitos de outros que fazem uso em dosagem menor.

Quanto a absorção medicamentosa, Sucar (2011) descreve:

A absorção é antecedida pela fase de desintegração do medicamento, em seguida, pela dissolução e, por último, pela fase de solubilidade. Essa etapa do processo absorptivo depende diretamente das características físico-químicas de composição dos medicamento (SUCAR, 2011, p. 68)

Indivíduo 3: “Consegue dormir e não vê fantasmas ou vultos durante a noite, porém não sabe dizer quais as melhoras pois faz uso de medicação a muitos anos.”

Em situações como a descrita acima, deve-se rever as medicações e realizar o acompanhamento mais próximo do paciente e se necessário encaminhar a serviços especializados na área da saúde, como por exemplo CAPS 2, pois fica claro que a dosagem não está surtindo efeito nas queixas descritas como discutido anteriormente. Sabe-se que a atenção primária ainda não está devidamente capacitada e preparada para tratar e acompanhar pacientes com transtornos mais severos, ainda existe muito estigma relacionado a essas questões.

O guia prático de matriciamento em saúde mental (2011), apresenta três elementos que contribuem para a existência e permanência do estigma, sendo eles:

- ◆ignorância – por exemplo, falta ou conhecimento inadequado sobre os transtornos mentais;
- ◆preconceito – crenças e atitudes negativas direcionadas às pessoas estigmatizadas, incluindo pensamentos negativos e também emoções negativas como raiva, hostilidade e repugnância;
- ◆discriminação – comportamentos evitativos e de rejeição direcionados às pessoas estigmatizadas (BRASIL, 2011, p. 161-162).

Indivíduo 4: “Não passou bem, queimação no estômago.”

Indivíduo 5: “Diz sentir-se mais tranquila e bem após o uso do remédio e consegue dormir bem.”

É importante frisar que nesse caso também ocorre respostas opostas, como no caso do indivíduo 4 que diz não passar bem, e do indivíduo 5, que diz sentir-se tranquilo. No primeiro indivíduo descrito acima fica óbvio que a medicação que tem usado está apresentando possíveis efeitos colaterais necessitando também nessa situação um retorno ao serviço e acompanhamento da equipe na unidade básica de

saúde para averiguação dos sintomas apresentados, e no outro caso sugere-se somente manutenção e acompanhamento correto a cada retorno médico para renovação da receita.

É notório o fato da importância da entrevista com o paciente, como discutido no artigo Ângelo (2004):

O domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica o profissional habilidoso (Sullivan, 1983), sendo um atributo fundamental e insubstituível do profissional de saúde. A habilidade do entrevistador, de início, revela-se pelas perguntas que formula, por aquelas que evita formular e pela decisão de quando e como falar ou apenas se calar e ouvir. O profissional que conduz a entrevista deve também estabelecer uma relação empática e ao mesmo tempo útil do ponto de vista humano, além de saber acolher e ouvir o sofrimento do indivíduo, escutando o doente em suas dificuldades e idiosincrasias (maneira própria de ver, sentir e reagir de cada um). Além de paciência, respeito e empatia, o profissional necessita de uma certa têmpera (moderação, equilíbrio) e habilidade para estabelecer limites aos pacientes invasivos ou agressivos, e assim proteger-se e proteger o conteúdo da entrevista (ÂNGELO, 2004, p. 4).

A última parte a ser analisada e não menos importante é a continuidade da entrevista realizada, sendo o seguinte enunciado: além do uso da medicação, também faz outro tipo de acompanhamento por exemplo, como o médico da unidade básica ou psicólogo(a)? e quais benefícios observou? Também nessa etapa será redigido 5 respostas das 20 colhidas e analisadas.

Indivíduo 1: “Sempre fez acompanhamento com o médico da UBS, porém irá iniciar no G.T de depressão na saúde mental.”

Indivíduo 2: “os únicos acompanhamentos feitos foram com os médicos da UBS e iniciou grupo dos pais na saúde mental e isso tem ajudado na sua relação com os filhos.”

Indivíduo 3: “Sempre fez acompanhamento com o médico da UBS, após com Dr. Nilson e aconselhamentos na saúde mental, diz que se sentiu melhor, mais calma.”

Indivíduo 4: “Não encontrou benefícios com a médica psiquiátrica não tratou bem. Iniciou na saúde mental e sentiu-se bem.”

Durante a transcrição dos relatos obtidos pelos participantes foram deixados as quatro falas no mesmo grupo de análise, pois ambos relatam a mesma situação, que após iniciarem o acompanhamento no ambulatório de saúde mental localizado

atualmente nas dependências do Jonas Ramos sentiram-se melhor, mais calmos e aliviados em seu sofrimento. Nesse sentido, percebe-se a força do grupo terapêutico, que problemas diferentes com diagnósticos iguais acabam por surgir questionamentos internos quanto a seu sofrimento, o poder do acolhimento no grupo, as forças que são trocadas, as experiências compartilhadas, ajudam e impulsionam na melhora significativa de seus sintomas, bem como a manutenção necessária para dar continuidade aos benefícios advindos com esse trabalho, é nesse sentido que o trabalho de conclusão de curso pretende buscar, o quão importante é o indivíduo reconhecer e conhecer seu sofrimento e buscar novas formas de resolvê-lo e que esse trabalho deve ser valorizado e não diminuído pelas equipes das unidades básicas de saúde, se cada profissional disponibilizar-se a participar e promover tais grupos, muito do que é vivido na saúde de nosso município hoje seria amenizado ou até extinto. Pois deve-se lembrar que nem todo frequentador assíduo dos serviços oferecidos nos postos de saúde realmente carrega consigo uma doença com fundo orgânico, em muitos casos são somatizações de sofrimento mental que carrega a muito tempo.

Sendo assim o guia prático de matriciamento em saúde mental (2011), vem corroborar as informações acima descritas:

O grupo, como um verdadeiro “ego grupal”, por ter uma identidade, é capaz de “emprestar” estruturas mentais com funções egoicas, auxiliando na reestruturação dos indivíduos que o compõem, para além da ação individual de cada um (BRASIL, 2011, p. 55).

Indivíduo 5: “Só realiza o acompanhamento com o médico do posto, nunca pensou em fazer terapia e não soube relatar os benefícios do tratamento.”

Em contrapartida tem-se o relato do indivíduo 5, que somente faz uso dos serviços médicos na unidade básica de saúde, o papel do médico não deve ser menosprezado ou diminuído, ele também tem papel importante e fundamental no acompanhamento de seus pacientes, porém nem sempre a medicação é o personagem principal na melhora dos sintomas e em diversas situações ele só mascara os sofrimentos mais profundos da alma humana, que em muitos momentos nem temos conhecimento de tais aspectos.

É nesse ponto que a comunicação profissional-paciente é de suma importância para troca de informações, como aponta o guia prático de matriciamento em saúde mental (2011):

Embora parcialmente negligenciada, a comunicação é fundamental para os profissionais da saúde, que empregam de 85 a 90% de seu tempo se comunicando. A efetividade da comunicação na saúde tem implicações na adesão ao tratamento, no prognóstico de afecções, na satisfação do paciente, nas denúncias de má-prática e na satisfação do profissional. Na saúde mental na atenção primária destacam-se estudos britânicos que mostram que a capacidade de um médico generalista compreender e cuidar de transtornos mentais depende mais do seu estilo de comunicação do que de seu conhecimento de psiquiatria (BRASIL, 2011, p. 177).

E com todos os dados expostos e analisados pode-se chegar à seguinte conclusão, que nem todo benzodiazepínico é vilão nessa história de abuso, tolerância, dependência e sim um aglomerado de fatores que levam a tais resultados como pouca instrução por parte dos utilizadores dos serviços de saúde, comunicação entre equipe de saúde e usuários, fraca divulgação dos serviços de saúde mental no município e insuficiente ou nenhum interesse em buscar outras intervenções na busca da melhora na qualidade de vida do cidadão.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar as pesquisas para o trabalho de conclusão de curso, tinha-se em mente realizar pesquisa bibliográfica como a campo sobre os efeitos dos psicofármacos nos casos crônico, porém no decorrer dos estudos e leituras realizadas para elaboração de tal material pode-se perceber os benefícios advindos do uso de tais medicações, e seu risco de dependência equivale aos benefício alcançados, deixando os riscos em segundo plano.

Como abordado, a história da loucura foi o divisor de águas e marco importante para a reforma psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos dessa época eram verdadeiros depósitos de uma sociedade doente, pouco instruída e preconceituosa, sendo que os profissionais que deveriam cuidar desses enfermos não obtinham as instruções adequadas quanto as reais necessidades dessa parcela da população, hoje considerado morredouros, nada mais do que um local onde as pessoas eram levadas para morrer, os hospitais psiquiátricos eram locais frios, sujos e com métodos nada ortodoxos no cuidado ao doente mental, foi a partir de Pinel e sua percepção quanto a importância do cuidado e da busca pela humanização do atendimento ao paciente com transtorno que se iniciou a verdadeira revolução no cuidado, bem como a aprimoração dos estudos e na busca incessante de técnicas que pudessem melhorar a qualidade de vida desse indivíduo.

Atualmente todo termo que possa ser pejorativo ao indivíduo acometido por determinado transtorno mental deve ser evitado, no entanto, na antiguidade o comportamento desajustado foi usado como forma de identificar e diagnosticar os normais dos anormais, muito da ideia que toda doença mental vem de causa física fez surgir o cuidado organicista da patologia, já o modelo psicológico vem contra a essa forma de entender o sofrimento do ser humano acreditando que diversos fatores como ambiente, genético, fisiológico e de criação possuem relevância no quadro atual do indivíduo em sofrimento.

Surgindo assim a antipsiquiatria, essa corrente era composta por assistentes sociais, psicólogos e médicos que eram contra ao método usado por psiquiatras no trato ao paciente, sendo que vários desses profissionais não sabiam distinguir os são dos doentes e tal indagação foi confirmada por David Rosenhan em 1932, ao solicitar que um grupo de pessoas fingissem sofrer de alguma doença mental e que repetissem

o vocabulário dos pacientes internados, com isso ficou comprovado a ineficiência na avaliação diagnóstica que eram realizadas nos hospitais da época.

Na atualidade, a doença mental atendida na saúde pública não difere muito dos estudos realizados no passado, pode-se notar que os profissionais de saúde ainda tem medo e dificuldade em recepcionar o paciente com algum tipo de transtorno mais severo, sendo que em muitos casos o paciente é taxado por boa parcela desses funcionários. Através da experiência adquirida na saúde durante sete anos foi possível notar essa mudança no atendimento e nas dificuldades encontradas hoje para a implantação do novo modo de atendimento em saúde mental. Como citado anteriormente os pacientes diagnosticados com depressão, ansiedade ou algum outro tipo de transtorno eram encaminhados ao ambulatório de saúde mental para iniciarem o tratamento, ou darem continuidade após alta de internação e de CAPS, porém vale ressaltar que o atendimento ofertado pelo profissional médico era o mesmo que ocorria no posto de saúde do bairro, no entanto, uma boa parcela da população acreditava ser atendido por um psiquiatra, sendo que na verdade esse profissional era clínico geral.

Após a elaboração do guia de matriciamento no ano de 2011, foi preconizado pelo Ministério de Saúde a implantação do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), o acompanhamento e tratamento de pacientes pela atenção primária a saúde. E foi a partir dessa nova maneira de ver o indivíduo em toda a sua integralidade que percebeu-se a necessidade de realizar tais estudos a respeito desse tema, abordando questões que envolviam usuários de benzodiazepínicos e essa nova forma de atendimento aos casos leves e moderados da saúde mental. Com base no resultados colhido durante o período de aplicação das entrevistas ficou evidente a necessidade de regredir o atendimento prestado ao usuário de benzodiazepínico, pois em muitas situações a quantidade de anos e de medicação usada, assim como das queixas apresentadas fez com que muitos clínicos se negassem a prestar o atendimento médico, corroborando assim, a falta de instrução, estigma, pouco ou nenhum interesse em dedicar alguns minutos de seu tempo para escutar e acolher seu paciente. Porém, vale ressaltar que a relação paciente-profissional tem papel quase que fundamental nos resultados obtidos, e é nesse momento que o Psicólogo deve vir como apoio a ambas as partes para acompanhamento, esclarecimento e acolhimento do profissional médico bem como do usuário do serviço ofertado.

Acredita-se que tais pesquisas realizadas a respeito desse tema não terminem por aqui, o Psicólogo necessita ter papel fundamental no acompanhamento e tratamento do paciente, como abordado nas análises de dados, o acolhimento que é realizado no posto de saúde tanto como no ambulatório de saúde mental são as portas de entrada do usuário ao serviço, é na criação desse *rapport* que o sucesso ou fracasso do atendimento prestado que os resultados irão se espelhar, os grupos terapêuticos surgem como ferramenta importante para o desabafo de todos os envolvidos e por último quando necessário a intervenção médica/medicamentosa. Fica evidente que estudos mais aprofundados com a população caçadoreense, que fazem uso de benzodiazepínicos, são necessários, pois esse grupo deixou claro que em muitas situações iniciam a medicação sem nenhum outro tipo de intervenção, bem como a administração por conta própria quando acham necessário, poucos entrevistados que fazem ou fizeram parte dos grupos terapêuticos contém um visão mais crítica quanto ao uso indiscriminado das medicações e conseguem notar os benefícios conseguidos através da psicoterapia realizada. No entanto, vale ressaltar que assim como o usuário consegue perceber a importância do profissional psicólogo no cuidado ao paciente com sofrimento, todos os outros profissionais, assim como a administração deve reconhecer a necessidade da implantação e reconhecimento, desse profissional.

REFERÊNCIAS

_____. **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução. Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **O Livro da Psicologia**. Tradução: Clara M. Hermeto e Ana Luisa Martins. São Paulo: Globo, 2012.

AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Vol 1. Nº 1. Publicado em 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>>. Acessado em 03 Mai. 2014.

ÂNGELO, Márcio Sant. **Psicopatologia e Semiologia Geral**. Disponível em: <<http://www.fatecc.com.br/ead-moodle/pospsicopedagogia/psicopatologiageral.pdf>> . Acesso em 23 Ago 2014.

BENEVIDES, Regina. **A Psicologia e o Sistema Único de Saúde**: Quais interfaces? Publicado em *Psicologia & Sociedade*, mai/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004>. Acessado em 14 out 2014.

BERNIK, Márcio Antonini. **Benzodiazepínicos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

BOCK, Ana Mercês Bahia; ODAIR, Furtado; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias**: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. **Automedicação**. Elaborada em nov. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/255_automedicacao.html>. Acesso em 19 mar. 2014.

BRASIL. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Organizadora: Dulce Helena Chiaverini. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. **Plano Estadual de Saúde Mental 2005-2006**. Atualizado em jun 2005. Disponível em: <
[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Plano EstSMental20052006%20revis%C3%A3o%202.doc](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Plano_EstSMental20052006%20revis%C3%A3o%202.doc)>. Acessado em 03 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: Cadernos de Saúde**, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BORGES, Francisca Maria Oliveira. **O Nascer da Reforma Psiquiátrica**. Publicado em 29 Mai 2013. Disponível em: <
<http://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatica>>. Acessado em 30 Abr. 2014.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1967.

CHERUBINI, Karina Gomes. **Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: Da Antiguidade Clássica a Philippe Pinel**. Publicado em 10 Ago. 2006. Disponível em: <
<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12432-12433-1-PB.pdf>>. Acessado em 03 Mai. 2014.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à Psicologia**. Trad: Lenke Peres. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana. **Philippe Pinel e os Primórdios da Medicina Mental**. Tradução: Joice A. Galli. Publicado em Set. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300014&script=sci_arttext>. Acessado em 03 Mai. 2014.

FISCHER, Augusto. **Métodos de Pesquisa** (apostila). Caçador-SC: UnC, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva S. A., 2002.

FOUCAULT, Michael. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: Análise sob a Perspectiva da Desinstitucionalização**. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Doutorado em Serviço Social. Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>. Acessado em 01 set. 2014.

MARCONIS, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. **Compêndio de Psicopatologia & Semiologia Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A Trajetória da Família do Portador de Sofrimento Psíquico**. Ver. Esc. Enferm. USP 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200006>. Acessado em 03 mai. 2014.

MYERS, David. **Introdução à Psicologia Geral**. Trad: A. B. Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1999.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos**. Elaboração Final: 13 de fev. de 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

NETO, João Leite Ferreira. **Psicologia e Saúde Mental**: Três Momentos de uma História. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, Jan/Dez 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf>>. Acessado em 17 set 2014.

NETO, Mario Rodrigues Louzã, et al. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

ROGERS, Carl R. **Psicoterapia e Consulta Psicológica**. Trad: Manuel José do Carmo Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia J.; SUSSMAN, Norman. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia Científica: A Construção do Conhecimento**. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.

SUCAR, Douglas Dogol. **Fundamentos de Interações Medicamentosas dos Psicofármacos com outros Medicamentos da Clínica Médica**. São Paulo: Leitura Médica, 2011. 3ª ed.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde**. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Tradução: Melissa Tieko Muramoto. Barueri: Manole, 2010.