



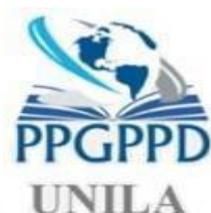
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
(UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E
POLÍTICA (ILAESP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**ANÁLISE DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UM
MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL NO PERÍODO PRÉ-
PANDÊMICO (2018-2019) E PANDÊMICO (2020-2021) DA COVID-19: UMA
CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

GEICIELY CAVANHA TOMIM

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu
2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
(UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E
POLÍTICA (ILAESP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**ANÁLISE DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UM
MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL NOS PERÍODOS PRÉ-
PANDÊMICO (2018-2019) E PANDÊMICO (2020-2021) DA COVID-19: UMA
CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

GEICIELY CAVANHA TOMIM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda

Coorientador: Prof. Dr. Robson Zazula

Foz do Iguaçu
2022

GEICIELY CAVANHA TOMIM

ANÁLISE DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UM MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL NOS PERÍODOS PRÉ-PANDÊMICO (2018-2019) E PANDÊMICO (2020-2021) DA COVID-19: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA DE DEFESA

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda
UNILA

Coorientador: Prof. Dr. Robson Zazula
UNILA

Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
UNIOESTE – *Campus* Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu-PR, 3 de junho de 2022.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

T657a

Tomim, Geiciely Cavanha.

Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos em um município da tríplice fronteira internacional nos períodos pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2021) da COVID-19: uma contribuição para a construção de política de saúde mental / Geiciely Cavanha Tomim. - Foz do Iguaçu, 2022.

178 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Walfrido Kühl Svoboda.

Coorientador: Robson Zazula.

1. Política de saúde - Tríplice Fronteira (Argentina, Brasil e Paraguai). 2. Saúde mental. 3. Assistência farmacêutica. 4. Psicotrópicos. I. Svoboda, Walfrido Kühl. II. Zazula, Robson. III. Título.

CDU 616.89(816.2)

“Se a base da saúde mental de um povo encontra-se na existência de relações humanizadoras, de vínculos coletivos nos quais e pelos quais se afirma a humanidade pessoal de cada um e não se nega a realidade de ninguém, então a construção de uma sociedade nova ou, pelo menos, melhor e mais justa, não é somente um problema econômico e político; é também, e por princípio, um problema de saúde mental”.

(Martín-Baró, L. Guerra e saúde mental. In: I. Martín-Baró, Crítica e libertação na psicologia: Estudos Psicossociais. Trad. F. Lacerda Júnior, Vozes, 2017, p. 267)

En tiempo de Pandemia:

Como duele la felicidad,
tus manos tibias acariciando mi cuerpo,
y miles de manos iguales masacrando otros cuerpos.
Como hierde el sabor exquisito de la comida,
el incontrolable placer que recorre mi garganta,
y el sabor amargo del hambre en tantas personas iguales.
Punza en el alma el aroma fresco de sábanas limpias,
del café calentito, a cada mañana,
y el olor fétido de todas las alboradas de otros rincones de mundo.
Como lastima la felicidad,
ella se abre espacio, empuja, nace diariamente, constantemente,
siempre explotando y rasga la carne,
trayendo consigo la visión real del sufrimiento, hambre, soledad
Siempre trayendo consigo la visión real de que ya no estás conmigo.

Em tempos de Pandemia:

Como dói a felicidade,
tuas mãos quentes acariciando meu corpo,
e milhares de mãos iguais massacrando outros corpos.
Como fere o gosto requintado da comida,
o incontrolável prazer que percorre minha garganta,
e o gosto amargo da fome em tantas pessoas iguais.
Perfura a alma o cheiro fresco de lençóis limpos
de café quente, cada manhã,
e o cheiro fétido de todas as auroras de outros cantos do mundo.
Como machuca a felicidade,
ela abre espaço, empurra, nasce diariamente, constantemente,
sempre explodindo e rasgando a carne,
trazendo consigo a visão real de sofrimento, fome, solidão
Sempre trazendo consigo a visão real de que você não está mais comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu resiliência e coragem para persistir durante toda esta jornada.

Aos meus avós, símbolos de amor e força, Antônio Cavanha (*In memoriam*) e Maria Elvira de Jesus Cavanha, Antônio Tomim (*in memoriam*) e Eva Ferreira Tomim, minha eterna gratidão, vocês deixaram o legado de honestidade e perseverança. Eu sinto muito que durante esse processo de estudo em intercorrência de uma Pandemia, assim como milhares de pessoas no mundo, eu também vivi a perda e o luto.

Aos meus pais, Verônica Aparecida Cavanha Tomim e Valdir Tomim, por incentivarem meus estudos desde criança, ensinando-me que o conhecimento e o estudo são a nossa maior herança. Sou extremamente grata por tudo, meus espelhos.

A minha irmã Gisele Cavanha Tomim, minha companheira de vida, exemplo de garra e coragem, o qual não cessa em apoiar meus projetos de vida e acreditou nas minhas escolhas, foi também quem me apresentou o Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana.

Aos amigos e demais familiares, por partilharem alegrias e tristezas, estando ao meu lado em mais essa etapa da minha vida e por compreenderem a minha ausência.

A Gladis Dalcin, psicóloga na Atenção Primária de Foz do Iguaçu- PR, que foi minha preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família e consequentemente tornou-se amiga e colega de profissão, entre trocas de experiências sobre o trabalho em saúde mental, surgiu ideias, críticas e indagações que foram norteadoras para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos meus orientadores científicos dessa dissertação. Ao orientador Professor Doutor Walfrido Kühn Svoboda e ao coorientador Professor Doutor Robson Zazula, a minha eterna gratidão pelo acompanhamento nesse processo, por todo conhecimento compartilhado, pelos incentivos e desafios enfrentados, principalmente pelo comprometimento, ética e sensibilidade pelas questões das Políticas Públicas e Saúde Mental.

Ao Professor Doutor Oscar Kenji Nihei deixo um agradecimento muito especial por ser tão compreensivo e ter dedicado um tempo extra para explicar em detalhes sobre a estatística, que desde a graduação foi a minha maior fragilidade, com certeza, contribuiu com o seu senso crítico e clareza em decisões sempre difíceis de tomar neste tipo de investigação, o seu apoio e solidariedade incondicional tornaram a concretização deste trabalho menos árdua.

A Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu- PR, em especial aos funcionários: André Da Silva Britto do Departamento Tecnologia da Informação, Flavia A. B. Rastelli Hartog supervisora da Assistência Farmacêutica e Guaracy Lopes Anesi atuante na coordenação do CAPS AD, minha eterna gratidão pela receptividade e colaboração com a pesquisa.

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de forma direta ou indiretamente contribuíram para o seu desenvolvimento e concretização deste trabalho.

TOMIM, Geiciely Cavanha. **Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos em um município da tríplice fronteira internacional nos períodos pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2021) da COVID-19: uma contribuição para a construção de política de saúde mental.** Foz do Iguaçu, 2022. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O presente estudo justifica-se devido à dificuldade encontrada pelo Serviço de Saúde de um município da Tríplice Fronteira Internacional (Brasil, Paraguai e Argentina) em analisar com maior profundidade os dados relativos à dispensação de medicamentos psicotrópicos por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta pesquisa foi analisar a dispensação dos medicamentos psicotrópicos pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) do município de Foz do Iguaçu-PR, nos períodos pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2021) da COVID-19. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e longitudinal de série temporal, com base na análise de dados retrospectivos e secundários, relativos à dispensação de medicamentos psicotrópicos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Saúde (RP-Saúde) do Município de Foz do Iguaçu-PR, no período de 01/07/2018 a 30/06/2021, incluindo-se um período da pandemia de COVID-19. Foi possível responder a todos os objetivos propostos, com a quantificação da dispensação dos psicotrópicos entre 2018 a 2021, sendo os psicoanalépticos o grupo farmacológico com maior dispensação (135.979), e em relação à unidade de medicamento dispensados foram os antiepiléticos (12.146.960). Na análise individual dos fármacos, a maior dispensação foi de Fluoxetina com 68.441 (24,1%) e a maior quantidade de comprimidos dispensados foi de Carbamazepina com 6.774.296 (22,1%). Acrescenta-se que 80% das dispensações apresentavam ausência de registro de Classificação Internacional de Doenças (CID), os fármacos com maiores dispensações sem CID foram o Metilfenidato (97,8%), Diazepam (94,6%) e Clonazepam (93%). O mesmo ocorreu na análise das dispensações com Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), dentre os medicamentos analisados, mais de 75% apresentavam de registro de CIAP. Os medicamentos mais dispensados sem CIAP foram o Metilfenidato (99,2%), Diazepam (93,7%) e Clonazepam (93,2%). Em relação à pandemia, os grupos farmacológicos que mais aumentaram as dispensações de um período para outro foram os psicoanalépticos (5,8%), antiparkinsoniano (3,4%) e psicolépticos (2,9%). Durante a pandemia houve aumento na dispensação do antiparkinsoniano tanto no público masculino quanto no público feminino, 4,4% e 2,6%. Apesar das dispensações serem maiores para o sexo feminino, observou-se um aumento considerável para o sexo masculino. Assim, percebe-se a necessidade de conscientização da população e dos profissionais para o uso racional de medicamentos, bem como efetivar as políticas que garantem o uso racional destes medicamentos para preservar a saúde da população e a redução de gastos públicos. Estes resultados poderão subsidiar o planejamento de ações e a implementação de políticas de saúde voltadas à saúde mental e desenvolvimento de: (1) programas específicos que visem a sensibilização dos profissionais de saúde e da população para o uso racional de medicamentos; (2) projetos que utilizem práticas não medicamentosas que contribuam para a melhoria na qualidade de vida; (3) Política(s) Pública(s) de Saúde Mental.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde Mental. Assistência Farmacêutica. Medicamentos Psicotrópicos.

TOMIM, Geiciely Cavanha. **Analysis of the dispensing of psychotropic drugs in a municipality on the triple international border during pre-pandemic (2018-2019) and pandemic (2020-2021) periods of COVID-19: contributions to the construction of a health policy.** Foz do Iguacu, 2022. Thesis (Master's degree in Public Policies and Development) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguacu, 2022.

ABSTRACT

The present study is justified due to the difficulty encountered by the Health Service of a municipality in the Triple International Border (Brazil, Paraguay, and Argentina) in analyzing in greater depth the data on the dispensation of psychotropic medications by users of the Brazilian Unified Health System (SUS). The objective of this research was to analyze the dispensation of psychotropic drugs by the Pharmaceutical Assistance Sector to the Public Health Services Network (SUS Network) of the municipality of Foz do Iguacu-PR, in the pre-pandemic (2018-2019) and pandemic (2020-2021) periods of COVID-19. This is an observational, descriptive and longitudinal study of time series, based on the analysis of retrospective and secondary data, regarding the dispensation of psychotropic drugs from the Municipal Medicines List (REMUME). The data were obtained from the Health Information System (RP-Saúde) of the Municipality of Foz do Iguacu-PR, in the period from 01/07/2018 to 30/06/2021, including a period of the COVID-19 pandemic. It was possible to answer all the proposed objectives, with the quantification of the dispensation of psychotropic drugs between 2018 and 2021, being the psychoanaleptics the pharmacological group with the highest dispensation (135,979), and in relation to the unit of drug dispensed were the antiepileptics (12,146,960). In the individual analysis of the drugs, the largest dispensation was of Fluoxetine with 68,441 (24.1%) and the largest quantity of tablets dispensed was of Carbamazepine with 6,774,296 (22.1%). It is added that 80% of the dispensations presented absence of International Classification of Diseases (ICD) record, the drugs with greater dispensations without ICD were the Methylphenidate (97.8%), Diazepam (94.6%) and Clonazepam (93%). The same occurred in the analysis of dispensations with the International Classification for Primary Care (ICPC), among the analyzed drugs, more than 75% presented ICPC registration. The most dispensed drugs without ICPC were Methylphenidate (99.2%), Diazepam (93.7%) and Clonazepam (93.2%). In relation to the pandemic, the pharmacological groups that most increased dispensing from one period to another were psychoanaleptics (5.8%), antiparkinsonian (3.4%) and psycholeptics (2.9%). During the pandemic there was an increase in the dispensation of the antiparkinsonian in both male and female audiences, 4.4% and 2.6%. Although the dispensations were greater for females, there was a considerable increase for males. Thus, the need to raise awareness of the population and professionals for the rational use of medicines is perceived, as well as to implement policies that ensure the rational use of these medicines to preserve the health of the population and reduce public spending. These results may subsidize the planning of actions and implementation of health policies focused on mental health and development of: (1) specific programs aimed at raising awareness of health professionals and the population for the rational use of medicines; (2) projects that use non-drug practices that contribute to the improvement in quality of life; (3) Public Policy(ies) of Mental Health.

Keywords: Public Policies. Mental health. Pharmaceutical care. Psychotropic Medicines.

LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 1 – Níveis de Prevenção em Saúde	59
Figura 2 – Ciclo de retroalimentação das patologias de saúde mental, guiado pelo modelo centrado na doença	64
Figura 3 – Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF)	87
Figura 4 – Localização do município de Foz do Iguaçu-PR	101
Figura 5 – Distribuição territorial do município de Foz do Iguaçu-PR em Bairros e Regiões	102
Figura 6 – Distribuição territorial do município de Foz do Iguaçu-PR em Distritos Sanitários	103
Figura 7 – Análise temporal da dispensação de antiepiléticos e antiparkinsoniano, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021.....	113
Figura 8 – Análise temporal da dispensação de psicodépticos, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021	114
Figura 9 – Análise temporal da dispensação de psicoanalépticos, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021	115

LISTA DE QUADROS

	Pg.
Quadro 1 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Foz do Iguaçu-PR, 2018-2021	28
Quadro 2 - Relação Municipal de Medicamentos comprimidos Essenciais (REMUME) que estão contemplados no Programa de Saúde Mental do município de Foz do Iguaçu-PR	105

LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1 - Dispensação total de psicotrópicos entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu-PR	97
Tabela 2 - Dispensações de psicotrópicos com ou sem CID entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu-PR	99
Tabela 3 - Dispensações de psicotrópicos com ou sem CIAP entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu-PR	101
Tabela 4 - Dispensação Total de psicotrópicos em relação aos períodos antes da pandemia (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021)	104
Tabela 5 - Dispensação total de psicotrópicos em comparativo entre o sexo masculino e feminino	106
Tabela 6 - Dispensação de psicotrópicos entre o sexo feminino e masculino em relação aos períodos antes da pandemia (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021)	108
Tabela 7 - Dispensação de unidade de medicamentos psicotrópicos entre o sexo feminino e masculino em relação aos períodos antes da pandemia (2019-2020) e durante a pandemia (2020-2021)	110
Tabela 8 - Análise temporal de cada medicamento por trimestre	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária de Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CF	Constituição Federal
COAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease of 2019</i>
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

IRSN	Inibidores da Recaptação de Serotonina-Norepinefrina
LPHG	Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P4	Prevenção Quaternária
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PICs	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REME	Relação Estadual de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RP	Reforma Psiquiátrica
SESA-PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SNC	Sistema Nervoso Central
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SRQ	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns

UNILA Universidade Federal da Integração Latino-Americana

WONCA *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	xii
1.2 OBJETIVO(S):	13
1.2.1 Objetivo Geral:	13
1.2.2 Objetivos Específicos:	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 CAPÍTULO 1: A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	14
2.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Nova Concepção das Redes de Cuidado	14
2.1.2 Tendências Atuais das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil – As “Mazelas” Decorrentes da Falta de Investimentos Públicos após a Implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil	23
2.1.3 O Planejamento Estratégico Situacional (PES) como Ferramenta para Implementação de Políticas de Saúde Mental	27
2.2 CAPÍTULO 2: CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL E OS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	31
2.2.1 Conceito de Saúde Mental: O Normal e o Patológico	31
2.2.2 Os Transtornos Mentais: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e Classificação Internacional de Doenças (CID-11)	36
2.2.3 Transtornos Mentais Comuns (TMC)	40
2.2.4 Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)	43
2.2.5 Medicamentos Psicotrópicos	45
2.2.6 Os Níveis de Prevenção em Saúde e a Importância da Prevenção Quaternária no Âmbito da Saúde Mental	50
2.2.7 A Banalização da Prescrição de Psicotrópicos	58
2.2.8 Sobre Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade	63
2.2.9 O Impacto da Pandemia da COVID-19 na Saúde Mental	66
2.2.10 O Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF) e a Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS)	72
2.2.10.1 A Dispensação de Psicotrópicos no Brasil	80
2.2.10.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica (AF)	83
3 METODOLOGIA	88
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	88
3.2 LOCAL DE ESTUDO	88
3.3 FONTE DE DADOS	92
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	94
3.4.1. Análise Temporal	94
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	95
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	133

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento social de lutas que iniciou em 1978, pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país em busca por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental. Neste sentido, a expressão de serviços substitutivos é adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que modificam os tratamentos clássicos em hospitais psiquiátricos, com novas possibilidades de cuidado. Ou seja, é uma forma de oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis ao sujeito (GARCIA; REIS, 2018). Embora essas ações tenham sido implementadas no manejo dos pacientes de saúde mental, este processo de mudanças da RP ainda é lento. Não existe uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda, além da falta de reflexão das práticas executadas e seus referenciais teóricos adotados.

Considera-se que poucas pessoas em todo o mundo têm acesso a serviços de saúde mental de qualidade. Em países de baixa e média renda, mais de 75% das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias não recebem tratamento para sua condição. Além disso, o estigma, a discriminação, a legislação punitiva e as violações dos direitos humanos continuam generalizados. Desta forma, compreende-se que a saúde mental é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, sendo que no mundo quase 1 bilhão de pessoas vivem com um transtorno mental, 3 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso nocivo do álcool e uma pessoa comete suicídio a cada 40 segundos. Atualmente, bilhões de pessoas em todo o mundo foram afetadas pela pandemia do COVID-19 (acrônimo para *Coronavirus Disease of 2019* [Doença por Coronavírus de 2019]), que está tendo mais repercussões na saúde mental das pessoas. Vale ressaltar que os países gastam, em média, apenas 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Apesar de alguns aumentos nos últimos anos, a assistência internacional ao desenvolvimento para a saúde mental nunca ultrapassou 1% de toda a assistência ao desenvolvimento para a saúde. Isso ocorre apesar do fato de que para cada U\$1,00 investido na ampliação do tratamento para transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, há um retorno de U\$5,00 em termos de melhoria da saúde e produtividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

Dessa maneira, salienta-se que a RP não se expressa em uma estratégia de redução de custo, pelo contrário, necessita da expansão de investimentos, para que os governos priorizem o aprimoramento dos cuidados em saúde mental. A lógica não é simplesmente suprimir a assistência psiquiátrica asilar, mas incorporar investimentos públicos em outros

modos de assistência (ANDREOLI *et al.*, 2007). Desta forma, nota-se a necessidade de se estabelecer política(s) pública(s) no âmbito da saúde mental em vários municípios brasileiros, tendo em vista os indicadores epidemiológicos, ou a falta destes, e as inúmeras dificuldades encontradas para atender os usuários do SUS portadores de transtornos mentais de forma efetiva e resolutiva. No entanto, esta realidade não é diferente no município de Foz do Iguaçu-PR, que faz fronteira com o Paraguai e a Argentina e que traz consigo algumas questões de ordem sócio-político-econômico-religioso-culturais que devem ser levadas em consideração, quando da elaboração de uma política de saúde mental, visto a complexidade e os impactos destas questões sobre os serviços de saúde do SUS deste município. Acrescenta-se que ainda são poucos os estudos publicados sobre a epidemiologia e a rede de saúde mental em Foz do Iguaçu-PR.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, 15% da população consome mais de 90% da produção farmacêutica; além disso, entre 50% a 70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa, sendo que cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados, são usados de modo inadequado em nosso país (BRASIL, 2007).

Deste modo, outro ponto que integra o processo da RP é a disseminação dos fármacos psicotrópicos, que se caracterizam por serem medicamentos que modificam as funções fisiológicas e psicológicas do Sistema Nervoso Central (SNC), o uso desses medicamentos é significativamente importante para o tratamento de transtornos mentais. No entanto, os medicamentos psicotrópicos também apresentam diversos efeitos colaterais, como: boca seca, cefaleia, alterações motoras e de humor, sonolência, discinesia tardia, hipotermia, entre outros. Além disso, o uso prolongado pode causar dependência química, ocasionando a busca compulsiva pelo uso de psicotrópicos e alterando a subjetividade do indivíduo e sua vida social (FARIAS *et al.*, 2016).

Atualmente, visualiza-se uma ampliação do número de receitas médicas prescritas pelos médicos, aumento na dispensação de psicotrópicos e também a procura de usuários pelo serviço de saúde mental em todo o mundo. Na Nova Zelândia, em 2016 foram prescritos pelo menos um medicamento psicotrópico para 26.175 indivíduos, sendo 2,36% para jovens neozelandeses, considerando um aumento de 65,03% em relação a 2008 (BARCZYK *et al.*, 2020). Na Austrália, no período de 2019 a 2020, foram preenchidas 40,7 milhões de prescrições para medicamentos relacionados à saúde mental, o qual equivale a 1.596,5 prescrições por 1.000 habitantes, os quais foram dispensados a 4,4 milhões de pacientes (17,2% dos australianos) (AUSTRÁLIA, 2021). No Brasil, o uso de medicamentos

antidepressivos aumentou em 15,79% durante o mesmo período. Dos pacientes que iniciaram o uso de medicamentos psicotrópicos, 7,2% iniciaram a ingestão durante a pandemia, sendo que o uso de ansiolíticos apresentou maior índice (22,66%) (BRASIL, 2020). O mesmo ocorre com o levantamento do Conselho Federal de Farmácias que quase 100 milhões de caixas de medicamentos controlados foram vendidos em 2020, representando um salto de 17% na comparação com o ano de 2019 (CFF, 2020).

O domínio da ação da medicina pode alcançar desde os transtornos mentais até as situações individuais do cotidiano das pessoas. Além disso, pode gerar uma confusão entre o que é uma tristeza normal com um transtorno depressivo. Deste modo, os sujeitos inseridos em um mundo consumista, ditado por padrões sociais e culturais, acabam desenvolvendo algum tipo de adoecimento mental, levando ao uso de medicamentos. (WINOGRAD, 2010)

Vale ressaltar, a maioria dos tratamentos medicamentosos não combatem a causa dos agravos e atuam para atenuar os sintomas, onde no campo da saúde mental tal realidade é mais evidente, já que problematizar a existência é doloroso para muitas pessoas (BEZERRA, 2018). Aliado a este fenômeno, como resultado da inter-relação entre a automedicação, prescrição excessiva e aspectos culturais, na busca incessante pela felicidade plena, muitos pacientes buscam nas medicações uma cura padronizada para todos os males da alma (PELEGRINI, 2003).

Não se pode negligenciar que a problemática do uso crescente de substâncias psicotrópicas esteja também associada a práticas inadequadas, referentes tanto à prescrição (elaboração da receita médica) quanto à dispensação (entrega do medicamento ao paciente) (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004). Assim, o consumo crescente de psicotrópicos pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza a humanidade nas últimas décadas. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o estresse, a introdução de novas drogas no mercado e a pressão da propaganda crescente por parte da indústria farmacêutica e/ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos, podem ter contribuído para o aumento da procura por esse tipo de medicação (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Neste contexto, o presente estudo justifica-se devido à dificuldade encontrada pelo Serviço de Saúde de um município da Tríplice Fronteira Internacional (Brasil, Paraguai e Argentina) em analisar com maior profundidade os dados relativos à dispensação de medicamentos psicotrópicos por parte dos usuários do SUS e também a ausência de outras pesquisas científicas realizadas em regiões fronteiriças. Desta forma, o objetivo desta

pesquisa foi analisar a dispensação dos medicamentos psicotrópicos pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) do município de Foz do Iguaçu-PR, nos períodos pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2021) da COVID-19.

1.2 OBJETIVO(S):

1.2.1 Objetivo Geral:

Analisar a dispensação dos medicamentos psicotrópicos pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) do município de Foz do Iguaçu-PR, nos períodos pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2021) da COVID-19.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar e quantificar os medicamentos psicotrópicos dispensados para os usuários do SUS de Foz do Iguaçu-PR entre 2018-2021;
- Analisar as dispensações dos medicamentos psicotrópicos utilizados pelos usuários com transtornos mentais do SUS de Foz do Iguaçu-PR, de modo a verificar a presença ou ausência de CID e CIAP entre 2018-2021;
- Analisar a quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizados pelos usuários do SUS de Foz do Iguaçu-PR antes (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021) de COVID-19;
- Analisar a dispensação de medicamentos psicotrópicos para os usuários com transtornos mentais do SUS de Foz do Iguaçu-PR em relação ao sexo durante a pesquisa entre 2018-2021;
- Analisar a variação e tendência temporal da quantidade de dispensação dos medicamentos psicotrópicos para os usuários com transtornos mentais do SUS de Foz do Iguaçu-PR entre 2018-2021;
- Contribuir na construção de Política(s) Pública(s) de Saúde Mental com base nos resultados encontrados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CAPÍTULO 1: A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Nova Concepção das Redes de Cuidado

As diversas maneiras de compreender o adoecimento psíquico, assumiram, em cada período histórico, uma significação específica relacionada à ordem social vigente. A loucura não era considerada uma doença sujeita a um diagnóstico, tratamento e cura, mas sim, considerada um erro passível de correção. Por isso, a forma de lidar ao considerados “anormais” pautou-se por um longo período em internações em manicômios baseados num modelo de atendimento discriminatório (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Ao longo de um processo histórico, obteve-se mudanças significativas na medicina e de um conjunto de definições, normas e conceitos que contribuíram na modificação do conceito de loucura para adquirir a compreensão de doença mental (BATISTA, 2014).

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diversas origens, o qual refletem em diferentes contextos (BRASIL, 2005). De acordo com Amarante (2007), a RP pode ser caracterizada como um processo que abrange quatro dimensões principais: (1) teórico-conceitual; (2) técnico-assistencial; (3) jurídico-política e (4) sociocultural.

A respeito da dimensão teórico-conceitual pontua-se a construção de novo paradigma no campo das ciências sociais, em que aborda a ruptura do modelo biomédico e psiquiátrico tradicional. Ressalta-se que “o Modelo Biomédico se define pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (CUTOLO, 2006, p.16). Sendo assim, a medicina focava apenas na relação causa-efeito imediata, de maneira reducionista e biológica, não considerando o contexto social e emocional em que as condições do adoecimento poderiam ocorrer (BARROS, 2002). Portanto, a dimensão teórico-conceitual possui como objetivo construir a desinstitucionalização, defendendo novas formas de tratar, acolher e cuidar o sujeito e pontuando as práticas profissionais necessárias, para transformar os serviços, dispositivos e sujeitos envolvidos neste processo (MELO, 2013).

Relacionada na dimensão teórico-conceitual, anteriormente citada, existe a dimensão técnico-assistencial, em que nesta dimensão se concentra a construção de

serviços substitutivos ao manicômio. Já a dimensão jurídico-política, trata-se de uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade. E por último, a dimensão sociocultural, que está intimamente ligada às ações e estratégias de caráter cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomial (AMARANTE, 1995).

Diante disso, contextualiza-se que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento foi influenciado pela antipsiquiatria na Inglaterra e pela psiquiatria democrática italiana, que ocasionou um modelo de transformação, gerando maiores transformações ideológicas, propiciando novos conceitos e objetivos na atenção em saúde mental. Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação (BASAGLIA, 1985, p.29).

A antipsiquiatria surgiu na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *urderground* (misticismo, pacifismo, psicodelismo, movimento *hippie*) da contracultura, abordando a inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, principalmente com a esquizofrenia. As referências culturais são diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, as obras de Michel Foucault e algumas correntes da sociologia e da psiquiatria norte-americana, considerando também, a psicanálise e o marxismo. O hospital psiquiátrico para a antipsiquiatria, reproduzia a estrutura social e as características patogênicas da própria família, sugerindo um outro lugar para a loucura. Com isso, a antipsiquiatria trouxe contribuições significativas para a desconstrução do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE; GIOVANELLA, 2002).

A psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença, com isso o manicômio concretizou a exclusão. Assim, Franco Basaglia assumiu o Hospital Provincial de Gorizia, na Itália, em 1961. Este mesmo profissional escreveu o livro "A instituição Negada" e iniciou a chamada "aventura em psiquiatria", com referências nas experiências da psicoterapia institucional e nas comunidades terapêuticas. Considerava que o doente não é só um doente, mas um homem com todas as suas necessidades. Sendo assim, reconheceu que a liberdade é o primeiro passo para a cura do doente (BASAGLIA, 1985).

Conseqüentemente, ocorreu o Movimento Psiquiatria Democrática o que levou à aprovação pelo parlamento italiano da Lei 180 (Lei Basaglia), no ano de 1978, que previa

a extinção dos manicômios na Itália. O projeto de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução, o qual aborda a desinstitucionalização como um entendimento da instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo de práticas e saberes, produzindo novas formas de perceber, entender e relacionar com os fenômenos sociais e históricos. Contudo, a experiência italiana de reforma psiquiátrica foi apontada como modelo de inspiração para o processo brasileiro (AMARANTE, 1995).

Desta forma, ressalta-se que o psiquiatra Franco Basaglia, na década de 1960 revolucionou as abordagens de terapia no tratamento de pacientes em cidades italianas. Ao invés de utilizar as práticas tradicionais, que até então, eram fortes medicações, vigilâncias ininterruptas, camisas de força e eletrochoque, reinseriu estes sujeitos no contexto social, provocando o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos. Nessa condição, iniciou mais tarde, a produção de um pensamento crítico sobre a natureza e a função das práticas médicas e psiquiátricas-psicológicas (AMARANTE; NUNES, 2018).

Sendo assim, a RP surgiu no Brasil no final da década de 1970, em um contexto que demonstrava a crise do modelo de cuidado, centrado no hospital psiquiátrico e se verificava o surgimento dos movimentos sociais (SILVA; FONSECA, 2005). Neste quadro brasileiro acontecia o combate ao Estado autoritário, emergindo as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Consequentemente, surgiram as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento desta reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios (TENÓRIO, 2002).

Entretanto, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais, alguns residentes do Centro Psiquiátrico II no Rio de Janeiro e egressos de internações psiquiátricas, lutavam por reivindicações trabalhistas com discursos humanitários. Consequentemente, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018). Ocorreu a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que era um órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor Saúde Mental.

Em 1978, chegou Franco Basaglia ao Brasil, onde visitou o Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais. Este comparou o hospital a um campo de concentração, no qual os sujeitos perdiam suas liberdades e as capacidades de ação devido às vivências torturantes os pacientes vivenciavam o processo de anulação do eu. A situação despertou atenção também da imprensa, que realizou o documentário “Em nome da Razão”, bem como outras diversas reportagens que ocasionaram a visibilidade sobre a situação da saúde mental do país (ARENDDT, 2007).

Posteriormente, ocorreram outros eventos de grande relevância para a estruturação das novas propostas na saúde mental, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em 1987, em Bauru, São Paulo. Neste congresso houve a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a inclusão dos usuários e seus familiares nas discussões acerca da política. Criou-se o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e a partir do Congresso de Bauru se instituiu o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (FIGUEIREDO, 2019).

Contudo, a crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde.

O movimento da reforma sanitária que provocou a criação do SUS e o movimento da Reforma Psiquiátrica que culminou na criação de uma rede substitutiva para a assistência em saúde mental. São reconhecidamente dois movimentos distintos. O primeiro é um movimento voltado à reorganização da assistência à saúde em geral, enquanto que o segundo dá maior ênfase à assistência em saúde mental. Entretanto, eles se entrelaçam e, em muitos momentos, fazem reivindicações semelhantes na área de saúde, tendo inclusive atores comuns envolvidos no processo de construção de suas propostas (MOURA; LUZIO, 2013, p.73)

O Movimento Sanitário no Brasil, que influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica, suas ideias, propostas e princípios na luta pela saúde pública. Consequentemente criaram-se novas maneiras de intervenções e estratégias para a construção de um novo modelo de assistência, denominado de Atenção Psicossocial. Este foca a reprodução social do sujeito e tem a pretensão de ser integral, territorializado, inter e transdisciplinar, voltada ao sujeito e sua realidade sociocultural, centrada na interlocução e no livre trânsito do usuário em seu território (SILVA *et al.*, 2012).

Na década de 1980, houve algumas mudanças nas Políticas Públicas, dentre elas, a mudança do foco da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este passou da priorização

do comportamento de indivíduos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis, o que resultou no conceito de promoção de saúde que consiste na capacitação de pessoas com o objetivo de aumentar a autonomia e melhorar a saúde. A nova ordem jurídica firmada na Constituição Federal define o Brasil como um Estado Democrático de Direito, proclamando a saúde como direito de todos e dever do estado, bem como estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social (BRASIL, 2017).

A proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde foi aprovada na Constituição de 1988, seção II, art. 196, capítulo 1: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A implantação do SUS foi realizada de maneira gradual, primeiro o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde; e pôr fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que dispôs sobre a fundação do SUS. A criação do SUS, o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil, representou uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos, tendo como importante princípio a universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Deste modo, compreende-se a criação do SUS em diálogo com a Reforma Psiquiátrica. Ambos permitiram a construção de uma rede de dispositivos de assistência à Saúde Mental na Saúde Pública (HEIDRICH, 2007).

Nesse sentido, a superação de manicômios não seria apenas a luta de profissionais da área de saúde ou de portadores de algum tipo de sofrimento mental, mas um fenômeno complexo e atual que coloca os princípios e propostas de Luta Antimanicomial na vanguarda das lutas por transformações sociais profundas. Nestes termos, falar de saúde mental é falar de saúde coletiva e de saúde integral. É falar de qualidade de vida e de promoção de saúde; trata-se de questionar não apenas a existência de hospitais psiquiátricos ou a criação de dispositivos substitutivos aos hospitais, mas de buscar a superação de uma cultura manicomial, marcada pela fragmentação de ações ditas “especializadas”, pela expropriação do sujeito e de sua condição de existência, pela segregação do diferente. É questionar uma cultura que, assentando-se na desigualdade de classes, é instrumentalizada por interesses de produção meramente lucrativos de exploração econômica do sofrimento humano (MOURA; LUZIO, 2013, p. 72).

Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional, propôs um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. Este modelo intensificou ainda mais os debates sobre a questão antimanicomial, provocando polêmicas entre diversos setores e grupos sociais. Nos anos 1990, a Constituição Federal remeteu a regulamentação do SUS com a aprovação de leis complementares e ordinárias. Desde então foram aprovadas pelo Congresso Nacional as seguintes leis sobre o tema: (1) Lei nº 8.080 de 19/09/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e (2) Lei nº 8.142 de 28/12/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2011).

O movimento pela RP também obteve seus grandes avanços políticos e estratégicos, um marco que colaborou para a responsabilização do Estado, refere-se a assinatura da Declaração de Caracas em 1990, que significou o comprometimento dos países da América Latina, em promover a reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Foram aprovadas as Portarias GM/MS nº 189/1991 e nº 224/1992 do Ministério da Saúde, que originaram a possibilidade, inexistente até então, para o SUS financiar programas de assistência externa ao hospital psiquiátrico para as pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares (MIRANDA, 2019).

A partir do ano de 1992, por meio dos movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado, conseguiu-se aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que as políticas do Ministério da Saúde para a saúde mental ganham contornos mais definidos, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em construção no Brasil (FILHO *et al.*, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde aderiu em 1994 à Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de estruturar os sistemas municipais visando reordenar e promover a transformação do modelo biomédico tradicional de atenção e racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais. Tal fato possibilitou que as ações de saúde mental pudessem ser realizadas no território, produzindo, assim, um novo olhar para a saúde mental.

Em 06 de abril de 2001, é promulgada a Lei Federal nº 10.216, que trata essencialmente dos direitos dos portadores de doenças mentais e de uma reorientação do modelo assistencial. Houve o redirecionamento do atendimento para serviços de base

comunitária, o qual só sujeitos em situação de crise aguda deveriam ser internados em um hospital psiquiátrico, todos os outros deveriam receber um tratamento alternativo, permanecendo com suas famílias (NASCIMENTO, 2016).

Em fevereiro de 2002 foi instituída a Portaria GM/MS nº 336/2002 que assegurava a Implantação da Rede de Atendimento Psicossocial, tendo como referência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico, capaz de funcionar como articulador entre os serviços de saúde e estreitando a parceria com os demais serviços da rede de atendimento (BRASIL, 2002). Além do CAPS, passou a existir uma rede de serviços diversificados tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), todos estes fazendo parte das ações baseadas na Lei nº 10.216/01.

Para isso, desde 2003, o Ministério da Saúde por meio do documento “*Saúde Mental e Atenção Básica¹: o vínculo e diálogo necessários*” passou a priorizar o apoio matricial como a forma de organização das ações de saúde mental junto à APS. Isso aconteceu com a Portaria GM/MS nº 154/2003 que criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Já, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Os NASF-AB são implantados no Brasil desde 2008, a fim de qualificar e ampliar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta fundamental desses núcleos visa à corresponsabilização das ações e o compartilhamento de decisões e condutas, para aumentar a resolubilidade dos casos na atenção primária à saúde e reduzir os encaminhamentos a serviços de atenção especializada, com maior longitudinalidade e integração dos profissionais no cuidado. O NASF-AB trabalha com a metodologia do Apoio Matricial (conhecido, na prática, como matriciamento), que propõe a construção de uma relação horizontal entre os profissionais, buscando reverter, assim, a lógica dominante da verticalidade da especialização que realiza procedimentos de forma isolada, fragmentada e não integrada com a equipe da atenção primária à saúde (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017, p.02)

Os princípios norteadores são: intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, noção de território, desinstitucionalização, interdisciplinaridade, promoção de cidadania e construção de autonomia. A criação de uma rede de cuidados

¹ Atenção Básica é o mesmo que Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo a última considerada, por muitos profissionais de saúde e autores da Saúde Coletiva, o termo mais correto, por ser utilizado mundialmente.

passou a se articular no território com as parcerias intersetoriais e intervenções transversais de outras políticas públicas (CAMPOS *et al.*, 2011).

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12/11), que possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS. Os objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3/2017, são objetivos específicos da RAPS (BRASIL, 2017):

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
- Prevenir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas.
- Reduzir danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas.
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2017).

Desta forma, a RAPS é dividida por diferentes componentes (Quadro 1).

Quadro 1 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Foz do Iguaçu-PR, 2018-2021

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de Atenção Básica para Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório)
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Centro de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPS AD
	CAPS AD III
	CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
	Sala de Estabilização
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto
	Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos solidários e iniciativas de trabalho e Renda.

FONTE: Adaptado de Garcia; Reis (2018).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica é um movimento de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental, o qual a expressão de serviços substitutivos é adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que modificam os tratamentos clássicos em hospitais psiquiátricos, em novas possibilidades de cuidado (GARCIA; REIS, 2018). Ou seja, é uma forma de oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis ao sujeito. Neste caso, tratar e reabilitar são conceitos indissociáveis. Esse novo olhar altera o modo de tratamento de fatores agravantes de forma radical, em que transforma as relações de poderes de uma estrutura vertical para um horizontal, modificando o tratamento puramente farmacológico em um tratamento voltado às práticas sociais e participativas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Esse caminho é a superação das limitações de uma visão fragmentada de sujeito e a construção de um modelo novo e não reducionista para realizar as práticas na área de saúde. Primeiramente, deve estar claro, que cada sujeito é dotado de sua singularidade, o qual compõe sua identidade no mundo, considerando sua história de vida, sua cultura, seus valores, funcionamento familiar, e seu trabalho a ser desenvolvido na sociedade. Quando algum desses papéis não estão sendo exercidos de forma satisfatória para o sujeito, pode vir o adoecimento ou o sofrimento. Cabe ao profissional de saúde ter a capacidade de compreender tal situação, respeitar os princípios e valores do usuário para assim encontrar uma forma sensata de intervir e ajudar o usuário (BRASIL, 2013).

2.1.2 Tendências Atuais das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil – As “Mazelas” Decorrentes da Falta de Investimentos Públicos após a Implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ao longo dos anos, a luta antimanicomial tem recorrido aos serviços substitutivos para designar os serviços que substituem o serviço hospitalocêntrico, ou seja, que substitui uma lógica de cuidado centrada na figura do hospital psiquiátrico. No ano de 2011 foi emitida pelo MS a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por: (1) Atenção Primária de Saúde; (2) Atenção Psicossocial Especializada; (3) Atenção de Urgência e Emergência; (4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (5) Atenção Hospitalar; (6) Estratégias de Desinstitucionalização; (6) Reabilitação Psicossocial. Cada um desses componentes, por sua vez, detém um conjunto específico de pontos de atenção e linhas de cuidado (DELGADO *et al.*, 2007).

Antes mesmo da emissão da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, já acontecia no Brasil a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e a implantação de 891 serviços substitutivos. No entanto, no final de 2017 foi emitida pelo MS a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 que deu uma nova formatação ao componente hospitalar da RAPS, gerando bastante polêmica entre os defensores da RP. O componente hospitalar da RAPS, além dos Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais (LPHG), passou a considerar também o próprio hospital psiquiátrico, ofertando os dois serviços. Tal fato salientou uma contradição no que rege a abordagem da RP, pois a ideia inicial era reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos para ir fortalecendo o processo da substituição da rede comunitária. Cabe ressaltar que o internamento é um direito que deve ser garantido quando necessário, mas

a proposição é que a lógica assistencial entenda o internamento como um recurso para o cuidado, e não como seu eixo central. Além disso, no ano de 2019, com o novo governo Jair Bolsonaro no poder, foi lançada a Nota Técnica nº 11/2019 intitulada "Nova *Saúde Mental*" e publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Esta nota propôs o declínio do caráter substitutivo dos serviços de saúde mental, por meio da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; o financiamento para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, o qual, até então, não eram considerados como formas adequadas de tratamento e também a conversão de serviços Álcool e Drogas (AD) em instituições com a permissão de internar adolescentes no tratamento da dependência química. Tais propostas abordam a contramão do disposto nas diretrizes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, realizada em 2010 e também um retrocesso no que foi alcançado nas últimas décadas de Luta Antimanicomial, desde a homologação da Lei nº 10.216/2001 (FERNANDES *et al.*, 2020).

No entanto, percebe-se que a realidade da saúde mental conquistou grandes avanços, tais como a aprovação de uma ampla legislação voltada para os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como ampla divulgação de ações e estratégias que a política de saúde mental vem desenvolvendo nos serviços e dispositivos substitutivos ao manicômio em várias regiões dos país. No entanto, ainda são necessárias muitas ações e estratégias de mobilização social e política que possam concretizar este processo no país (FILHO *et al.*, 2015).

Ainda que o movimento da RP venha sofrendo alguns ataques no decorrer de seu processo, em dezembro de 2020, foi apresentado pelo MS ao Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) uma planilha com propostas de revogação de diversas Portarias editadas entre 1991 a 2014, que estabeleceram políticas pública em saúde mental. Entre as mudanças sugeridas pelo governo federal estavam o fim do Programa de Volta para Casa, das equipes de Consultório na Rua e o Serviço Residencial Terapêutico. Todos estão ligados ao programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS (BRASIL, 2021).

Verifica-se que devido a repercussão negativa, o MS criou um Grupo de Trabalho (GT) para rever os serviços e revogar as Portarias. No entanto, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Antônio Geraldo da Silva, negou que a entidade apoie o "revogaço" proposto pelo governo. Na Nota, a ABP reconhece que a RP de 2001 prioriza o *tratamento na comunidade e regulariza as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, respeitando os direitos humanos e a cidadania*" (2021). A ABP acrescentou

ainda que “o modelo assistencial proposto priorizou corretamente o tratamento na comunidade” (2021). Entretanto, por questões ideológicas, excluíram os ambulatórios especializados da RAPS, que deixaram de ser financiados pelo governo e, conseqüentemente, foram fechados. “O resultado levou à desassistência de base comunitária em saúde mental no país, já que os ambulatórios eram extremamente resolutivos, e capazes de realizar grande volume de atendimentos” (BRASIL, 2021). Logo, vivencia-se um momento de grande precariedade, falta de investimento e desgaste das políticas públicas e sociais.

A Reforma Psiquiátrica não se expressa em uma estratégia de redução de custo, pelo contrário, necessita da expansão de investimentos, para que os governos priorizem o aprimoramento dos cuidados em saúde mental. A lógica não é simplesmente suprimir a assistência psiquiátrica asilar, mas incorporar investimentos públicos em outros modos de assistência. Nesse ponto, também se ressalta o quanto os investimentos realizados têm proporcionado aos cuidados necessários à população com sofrimento mental no Brasil (ANDREOLI *et al.*, 2007).

Em relação a esse contexto, considera-se que a implementação do sistema depende do apoio financeiro, com isso é importante considerar que as questões de adoecimento mental são diferentes de outras áreas da saúde:

[...] não são transmissíveis por vírus ou bactérias, não são identificáveis por radiografia, ou exame de sangue e não afetam, portanto, de modo claro, a taxa de mortalidade da população. As terapêuticas custam caro porque dependem fundamentalmente de pessoas que cuidam de pessoas, por um prazo, em geral, indeterminado. Ou seja, é uma área da saúde para a qual o conceito “cura” não faz qualquer sentido, e o resultados terapêuticos, portanto, não podem ser apresentados sem uma boa dose de elementos subjetivos e qualitativos de análise (FONSECA, 2007, p.38).

Acrescenta-se, não se trata de tentar corrigir um “defeito”, como um deficiente físico que se submete a uma cirurgia plástica ou um analfabeto que corrige sua educação (GOFFMAN, 2004). O autor Fonseca (2007) também argumenta, a respeito da visibilidade que a saúde mental apresenta para a gestão política, que os gestores são orientados dentro de um mandato de quatro anos e a saúde mental é uma área de investimento de baixa rentabilidade para os políticos. “Diz-se que efetuamos 15.000 operações de catarata, ou aplicamos 1 milhão de vacinas, mas não se pode dizer “realizamos 200 reabilitações psicossociais” (FONSECA, 2007, p.39). Com base nesse argumento, verifica-se a dificuldade de assegurar os financiamentos necessários para a assistência em saúde

mental em nosso país.

No Brasil, muitos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda não funcionam 24 horas e muitos dos que existem estão superlotados e/ou fechados aos finais de semana, principalmente nas regiões interiores (VASCONCELOS, 2010). Conseqüentemente, desencadeia as dificuldades de acesso do usuário e da prestação de atendimento nas situações de crises dos pacientes. Entende-se que na perspectiva de integralidade, a situação está muito difusa no país, sendo que as instituições públicas não estão conseguindo atuar na complexidade da área. Além disso, em relação às cidades de pequeno e médio porte, nas quais o número de médicos psiquiatras disponíveis é baixo, sendo menor ainda o número de profissionais que se dispõem a trabalhar na atenção psicossocial, o que dificulta os plantões desses profissionais nos CAPS (VASCONCELOS, 2012).

Outro ponto que integra o processo da RP é a disseminação do recurso de psicotrópicos nos tratamentos terapêuticos, o que pode ser corroborado pelo aumento significativo nos gastos de recursos federais destinados aos pagamentos de medicações. Em 2002 foram gastos aproximadamente R\$35,8 milhões em medicamentos psicotrópicos, ao passo que em 2009 esse valor foi para R\$263,4 milhões, valores excessivamente altos que se aproximam do custeio federal para toda a rede CAPS no período considerado (BRASIL, 2008). Houve ampliação do número de receitas prescritas pelos médicos e também a procura de usuários pelo serviço, os quais identificam uma boa consulta ou bom tratamento em base da prescrição dos medicamentos.

Desta forma, o crescimento no uso de medicamentos psicotrópicos aborda a cronicidade de alguns usuários, que necessitam retornar constantemente ao sistema em busca do remédio. De modo geral, a medicalização é o que transforma culturalmente as populações e é o que provoca uma diminuição da capacidade de enfrentamento das dores e doenças. A ação especializada do profissional de saúde, ao invés de promover a autonomia do doente, *“destrói a autonomia, reivindicando a submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo”* (TESSER, 2012, p.67).

O uso de medicamentos psicotrópicos (medicações que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), afetando a cognição, o humor e o comportamento) produziu um processo de diferenciação nos pacientes psiquiátricos, pois não precisa mais ser reclusos em asilos, pela possibilidade de usar a medicação em serviços extra-hospitalares. Apesar que o sujeito tenha deixado de ser recluso no asilo, pode perseverar um estado de invalidez permanente, em uma exclusão social “aberta”. Por esta razão, ressalta-se também que um dos maiores

desafios da RP é a superação do estigma “louco” como algo perigoso. Ao se continuar com essa ideologia, colabora-se para a perpetuação da exclusão social, dificuldade de inserção na comunidade e no mercado de trabalho, na construção de relações afetivas, entre outros. Além disso, a exclusão pode ser realizada pela própria família, na intenção de proteger seus membros do risco e da discriminação (PERRUSI, 2010). Diante disso, Basaglia (2005, p.123) defende que *“uma comunidade que se pretenda terapêutica deve levar em conta essa realidade dúplice – a doença e a estigmatização – a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente como era antes”*

Sobre os retrocessos, identifica-se que é *“Impossível voltar atrás”*, pois em uma sociedade democrática não devem existir espaços para instituições que discriminam o diferente. Necessita-se reconhecer as mudanças propostas, a saúde mental e os avanços importantes realizados na legislação brasileira e internacional, sendo que este fator não isento problematizar que as normativas e gestões públicas atuais tem ofertado a exclusão e fortalecido a marginalidade (CORREIA; PASSOS, 2017). A construção de uma nova noção científica em torno do tema possibilitaria a redefinição do que são as diferenças e do que é sofrimento, *“sem necessariamente fazer uso do viés do desvio, da incapacidade, da anormalidade, da periculosidade, da incompetência”* (VECHI, 2004, p.494). Em consequência, sucederia em uma nova definição do que é a normalização terapêutica, que poderia ajudar a construir um novo lugar social para o louco e a inclusão passaria necessariamente pelo conceito de saúde mental.

2.1.3 O Planejamento Estratégico Situacional (PES) como Ferramenta para Implementação de Políticas de Saúde Mental

Historicamente, no âmbito dos serviços de Saúde Mental não eram utilizados recursos de planejamento focados nos processos de trabalho e organização da atenção. Mas, a partir das mudanças no modelo da atenção, com a Reforma Psiquiátrica e a proposta dos serviços substitutivos, vem sendo necessário a aproximação das diretrizes e instrumentos de planejamento estratégico e outras ferramentas de gestão no campo da Saúde Mental (AMARANTE, 1992).

O Planejamento Estratégico faz parte de uma concepção política do processo social, flexível e sujeita às revisões de acordo com o contexto, busca-se a modificação do sistema com base no conhecimento da realidade. Portanto, a estratégia é uma análise e propósito

para o futuro, integrando-se o econômico e o político social com o objetivo de efetivação dos planos de ações. Em relação ao Planejamento Estratégico em Saúde, pode-se identificar três vertentes: (1) pensamento estratégico de Mario Testa; (2) o planejamento situacional de Carlos Matus; (3) a administração estratégica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Saúde para todos no ano 2000 (TONINI; KANTORSKI, 2007).

O **Pensamento Estratégico** de Mário Testa, aborda sobre a distribuição do poder como estratégia de ação política. O conceito de diagnóstico de saúde integra os fatos e informações, posteriormente os apresenta de maneira para analisar a situação de saúde de uma determinada população para revelar as desigualdades e determinações incidentes em situações referidas. Deste modo, o autor divide em três tipos de diagnóstico de saúde: **(1) o administrativo**, referente ao crescimento e a produtividade, mais relacionado aos dados epidemiológicos, quantitativos, úteis para comparar, prever e revelar a realidade da saúde; **(2) o estratégico**, relativo ao crescimento ao propósito de mudança; realiza a interpretação social da epidemiologia, buscando a compreensão dos processos de saúde-doença; **(3) o ideológico**, relacionado ao propósito de legitimação, procura uma proposta aceitável pela a maioria da sociedade (FRANCHINI, 2006).

O **Planejamento Situacional** de Carlos Matus, contribuiu como modelo de processamento de problemas e soluções, sendo apoiado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa. Em sua concepção, as ações devem ser planejadas levando em conta seu caráter situacional, em que são avaliados os recursos disponíveis, humanos, financeiros, estruturais ou políticos (BONFIM, 2011). Cada adversidade, referidos como nós críticos, devem propiciar a avaliação e reavaliação, considerando a realidade mutável e que uma ação pode transformá-la. Portanto, o planejamento não é só ciência e técnica, mas faz parte da arte de governar, gerenciar, implementar e avaliar (MATUS, 1997).

A ideia de Matus foi apresentada como uma conformação do planejamento de direção estratégica para a administração pública e considera-se que o processo de planejamento ocorre em quatro momentos: **(1) explicativo**, em que ocorre a seleção dos problemas, assim aborda-se a identificação dos problemas de saúde e dos possíveis fatores relacionados em suas causas; **(2) normativo**, que é a elaboração do plano, definição de prioridades de intervenção e de implementação de soluções; **(3) estratégico**, análise de viabilidade, cujo momento define-se as ações necessárias para a solução dos problemas priorizados e dos responsáveis pelo desenvolvimento de ações, e por fim; **(4) tático-operacional**, o qual é a definição dos instrumentos de avaliação para monitoramento das ações e resultados esperados, também aborda-se nesse momento as correções que

se inserem para otimizarem os recursos disponíveis para o alcance dos objetivos estratégicos (BONFIM, 2011).

A terceira vertente é da Escola de Saúde Pública de Medellín, a qual foi desenvolvida para implementar a meta “Saúde Para Todos” (SPT/2000) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). A proposta tem como estratégia a Atenção Primária em Saúde (APS) direcionada à diminuição das desigualdades de acesso ao sistema de saúde. Portanto, esse estudo sugere estratégias regionais que utilizem os espaços-população, entendidos para além do espaço geográfico, em que se inclui o complexo social, econômico, cultural, epidemiológico e político. Portanto, nesse enfoque, o planejamento é capaz de influenciar as características de mudança social (TONINI; KANTORSKI, 2007).

As três vertentes pontuam alguns elementos comuns, como a ruptura com a normatividade, admitindo a impraticabilidade de manter um plano igual e pré-determinado para os processos sociais. No Brasil, na área da saúde em relação a Reforma Psiquiátrica, as vertentes mais utilizadas são baseadas nos pensamentos de Mário Testa e Carlos Matus, em que contribuíram para a realização de instâncias de compartilhamento de poder como gerências regionalizadas, formação de colegiados, conselhos, conferências, fóruns, entre outros, com a pretensão de funcionar como espaços deliberativos de discussão e distribuição de responsabilidades. Visto, que as mudanças necessárias não surgem de modo espontâneo, sendo necessário serem construídas conforme a realidade de cada momento, tendo a necessidade de serem constantemente reavaliadas, para que novas estratégias sejam formuladas (FRANCHINI, 2006).

O planejamento em saúde mental é um sistema flexível de referências teóricas e práticas que não requerem uma única verdade, cujo objetivo é estabelecer o contato com a realidade vivida, em um processo de conhecimento e modificação, transformando as situações encontradas. Por isso, é importante constantemente analisar as propostas e estratégias utilizadas para efetivar e consolidar o modelo de atenção em saúde mental de qualidade e com a participação e controle social, tendo como objetivo transformar as formas de lidar com o transtorno mental e de produzir novas possibilidades de vida, tratamento e relações sociais (AMARANTE; GIOVANELLA, 2002).

As ferramentas de planejamento e de avaliação propiciam caminhos para repensar nas metas que estão sendo alcançadas, com quais estratégias e quais direções serão necessárias para o objetivo proposto, averiguando o acompanhamento avaliativo das mudanças esperadas nos serviços. Esse processo ajuda na proposta de

desinstitucionalização que recaem no caráter de serviços substitutivos, analisando a realidade na prática. Pois, os novos serviços que constituem a rede de Saúde Mental, com o objetivo de superar o modelo manicomial, apresentam em suas consolidações, mais desafios em torno dos processos e metas. Visto que, apesar de apresentar indicadores de resultados satisfatórios no quesito de evitar os casos progressivos de hospitalização, reduzir índices de reinternação ou até mesmo evitar primeiras internações, ainda no cotidiano os profissionais têm convivido com problemas de diferentes ordens, de âmbito estrutural e de processos de trabalho, resultando em desgaste com múltiplos fatores, acarretando em desgastes no que é vivido e proposto (SANTOS-FILHO, 2008).

Ainda que, a demanda de saúde mental não se determina em apenas minimizar a internação ou controlar sintomas, mas envolve também as questões sociais, emocionais, financeiras e pessoais. Essa atenção integral fica muitas vezes desassistidas por causa das diversas dificuldades vivenciadas pelos pacientes, familiares, profissionais e sociedade em geral, em relação a escassez de recursos, inadequação da prática profissional, estigmatização e preconceito, a violação dos direitos dos doentes e até mesmo o acesso aos serviços que compõem a rede substitutiva de cuidado em saúde mental. Devido a essas questões, muitos questionamentos têm sido abordados em relação à proposta da desinstitucionalização, já que ainda não foi devidamente consolidada com o modelo proposto de atenção, em que gera uma enorme demanda aos insuficientes serviços (CARDOSO; GALERA, 2011).

Portanto, a implementação de políticas de saúde mental deve ser uma prioridade de saúde pública no país, nos estados e municípios, analisando as necessidades, realidades e perfis epidemiológicos de cada localidade, inserindo-os nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. O planejamento é uma ferramenta fundamental para averiguar as necessidades identificadas, favorecendo a reorganização do modelo assistencial em saúde mental. Contudo, entende-se que o desenvolvimento de um sistema de saúde que implique na atenção e resolubilidade dos agravos em saúde mental, pressupõe um planejamento, execução e a avaliação local, adequada a demanda específica de cada região articulada pelo nível central (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Vale ressaltar, que para realizar o planejamento em saúde mental é necessária uma interlocução direta com a Assistência Farmacêutica da estrutura governamental envolvida, pois a mesma é responsável direta pelo gerenciamento de todos os medicamentos que se façam necessários para atender as demandas da população. Já que a medicação excessiva de psicotrópicos e o seu uso irracional, traz malefícios e consequências à saúde,

sendo necessário refletir sobre como está a estrutura da Rede de Saúde Mental e suas potencialidades, analisando os recursos terapêuticos disponíveis, para propor alternativas não apenas medicamentosas para a população.

2.2 CAPÍTULO 2: CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL E OS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

2.2.1 Conceito de Saúde Mental: O Normal e o Patológico

A saúde mental tem em seu conceito a complexidade e historicidade influenciada por contextos sociopolíticos, pela evolução das práticas em saúde e reorganização dos serviços. As nomeações e definições em seu trajeto histórico da psicopatologia foram, ao longo da história: loucura, alienação mental, doença mental e, finalmente, saúde mental (ALARCON, 2005).

Ao longo do século XIX, os loucos, que antes viviam em asilos, foram libertados de suas correntes. Entretanto, este “ato libertador” ocasionou o aprisionamento do louco à psiquiatria e à doença mental, de forma que o cérebro e predisposição genética passaram a ser responsáveis pela etiologia (FILHO; COELHO; PERES, 1999). O método anatomopatológico é a base da psiquiatria, que parte dos sinais e sintomas observados na doença para sua identificação e diagnóstico, sendo o estudo da semiologia a busca por lesões e/ou disfunções cerebrais correspondentes. Com isso, compreende-se que a doença mental trouxe algumas considerações importantes na construção do saber psicopatológico (AGUIAR, 2004). Contudo, evidencia-se a gradual transformação do insensato no alienado e posteriormente, em doente mental, bem como, a mudança relacionada ao *status* conferido ao psiquiatra como médico especialista pela doença mental.

O conceito de normalidade em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença/transtorno mental. Os próprios termos levantam discussão. No século XIX, usava-se o termo “alienação”, oriundo do direito; no século XX, passou-se a usar o termo “doença mental”; e, nas últimas décadas, com os sistemas diagnósticos de Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ganhando protagonismo, passou-se a usar o termo “transtorno mental” (DALGALARRONDO, 2019).

Em 1946, a OMS definiu saúde de maneira inovadora, positivista e ambiciosa para a época, introduzindo, além dos aspectos físicos, aqueles psicológicos e sociais. Deste modo, a saúde foi conceituada como: *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”* (OMS/WHO, 1946, p.01). O controle administrativo da saúde dos sujeitos pretendido pela OMS seria impraticável, caso ela não criasse sua própria definição. Essa definição propiciou a prática higienista *“doravante recuperada e travestida de uma ambição sociopolítica-médica de regulamentar a vida dos indivíduos”* (CANGUILHEM, 2005, p.42).

Deste modo, essa definição da OMS foi recebendo diversas críticas, por considerar que esse proposto não aborda as limitações humanas e ambientais, no qual seria impossível atingir o completo bem-estar. Outros autores sustentam ainda que a definição teria possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde. Com isso, surgiram algumas discussões sobre o novo paradigma de saúde, abordando a esta como uma produção social, fundamentadas nas abordagens da medicina preventiva e da saúde integrativa em busca da expansão do conceito em educação em saúde (GAINO *et al.*, 2018).

Conforme as novas propostas do Sistema de Saúde Brasileiro, o conceito de saúde foi revisado e inspirado por experiências internacionais envolvendo as políticas de saúde, como discutido principalmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O cenário jurídico moderno aponta que a saúde está interligada com outros direitos, tais como o saneamento, a moradia, a educação, o bem-estar social, a seguridade social, o acesso a serviços médicos, e o ambiente equilibrado (BRAUNER; CIGNACH, 2013). Sendo assim, o conceito de saúde passou a ser compreendido de maneira mais complexa, considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2000).

Denota-se o caráter holístico da saúde, ultrapassando a noção simplista de ausência de enfermidade física, para introduzir no campo psicossocial. Desta forma, a OMS define saúde mental como *“um estado de bem-estar, no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade”* (OMS, 2002). Esse fundamento deriva da promoção de saúde e exige a ação multissetorial.

Percebe-se que a noção de saúde mental está relacionada a dois aspectos importantes na Reforma Psiquiátrica: (1) ligados à subjetividade do sujeito, resumido em um afastamento da figura médica da doença e (2) a demarcação de um campo de práticas

e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENÓRIO, 2002). Neste enfoque, entende-se na doença as suas manifestações e, posteriormente, compreende-se a saúde de modo mais complexo, incluindo os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Por isso, revisa-se que a loucura é mais que um diagnóstico, pois esses sujeitos podem ter qualidade de vida, autonomia, vida social, trabalho bem como ser capazes de desenvolver potencialidades (ALMEIDA FILHO, 2011).

Atualmente, o campo da saúde mental pode ser compreendido como problemático, constituído por discursos normalizadores e adaptacionistas, que produz estratégias de identificação, correção e adaptação dos sujeitos à norma, tentando enquadrá-los em normais. Nesse sentido, ao propor estratégias de adaptação ou apenas de enquadramento por diagnóstico pouco explicativos, reintegra à lógica da norma previamente estabelecida. Assim, torna-se patologizante por enquadrar, por meio de uma patologia, aqueles que deviam dessa norma postulada pela sociedade. Esta compreensão segue a evolução do campo da medicina, com o desenvolvimento biológico e das neurociências para o aprofundamento dos fatores biológicos dos transtornos mentais. As críticas ainda são contra um modelo de desenvolvimento que transformou a subjetividade em um processo de individuação e subordinou a vida nas exigências de uma razão tecnológica, o qual converte o sujeito como objeto de si próprio (FERNANDES, 1999).

O discurso hegemônico da psiquiatria contemporânea está fundamentado sobre os princípios que negam a realidade psíquica, buscando no organismo biológico, físico e orgânico as justificativas racionais para a aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica. Compreende-se que as definições de saúde mental são objeto de diversos saberes, mas que ainda prevalece o discurso psiquiátrico, em que limita compreender a dimensão de saúde mental para além do sintoma, como bem-estar, qualidade de vida e social (FREITAS, 2004).

A delimitação do conceito de saúde mental sofre críticas em razão da tentativa de estabelecer um padrão universal, omitindo a cultura e as peculiaridades de cada sociedade, que podem servir de instrumento para se conceder tratamento psicológico aos indivíduos, e o estabelecimento de um modelo de normalidade pode acarretar no estigma e segregação social. Isso significa que a norma não define um padrão cultural geral. Para Foucault (1975, p.7): *“Se parece tão difícil definir a doença e a saúde psicológicas, não é porque se tenta em vão aplicar-lhe maciçamente conceitos destinados igualmente à medicina somática?”*

A Patologia se refere às alterações/ disfunções dos processos biológicos ou psicológicos, os sintomas são manifestações objetivas da patologia, conforme o olhar

médico e os sintomas são a experiência subjetiva da enfermidade. Assim, a enfermidade é a forma de perceber, expressar, pensar e lidar com o processo de adoecimento. Neste contexto, entende-se que a enfermidade é conformada por fatores culturais, que governam a percepção, rotulação e explicação da experiência do desconforto, processos que entrelaçam nos complexos familiares, culturais e sociais. Logo, esclarece-se que a fronteira entre o normal e o patológico é estabelecida pela cultura, na perspectiva moral e nos processos sociais de normalização. Neste contexto, a saúde deve ter um conceito em aberto, no sentido que os signos, significados e práticas mostram diversas variedades, sendo difícil unificar esse padrão de normalidade (FILHO; COELHO; PERES, 1999)

O conceito de saúde confunde-se com o conceito de frequência, pois existe uma aproximação de saúde e normalidade, por meio da construção dos instrumentos construídos para medição e atribuição dos parâmetros científicos. Compreende-se que as respostas que têm mais frequências são consideradas o padrão de normalidade, ao passo que o anormal está nas bordas da curva de normalidade. Em outras palavras, o que é diferente e discordante são considerados patológicos, o que nem sempre é necessariamente verdade (CANGUILHEM, 2009). O conceito de normal é duplo, de um lado se refere a média estatística e de outro transforma-se num conceito valorativo ligado ao que é considerado desejável em um determinado momento histórico de uma determinada sociedade (CAPONI, 2003).

Existem diversos critérios de normalidade e anormalidade, dependendo das opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional que trata. Assim, aborda-se: a *“normalidade como ausência de doença”*, em que o sujeito não tem nenhum transtorno mental, por meio de uma visão reducionista; a *“Normalidade ideal”* também vista como utópica, pois depende de critérios socioculturais e ideológicos; a *“normalidade estatística”*, em que identifica norma e frequência conforme a estatística da população em geral, ou seja, norma passa a ser aquilo que se observa com mais frequência; a *“normalidade como bem-estar”*, muito criticada por ser vasta, imprecisa e também utópica; a *“normalidade funcional”* assenta-se sobre os aspectos funcionais, o que considera patológico a partir do momento disfuncional, que provoca sofrimento para si próprio e para seu grupo social; a *“normalidade como processo”* que pontua sobre o desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e reestruturações ao longo do tempo; a *“normalidade subjetiva”*, que envolve a percepção de subjetividade do próprio indivíduo sobre sua saúde; a *“normalidade como liberdade”*, caracterizada pela orientação fenomenológica que conceitua a doença mental como perda da liberdade existencial, sendo que a saúde mental transitada em graus

distintos de liberdade sobre o mundo e, por fim a “*normalidade operacional*”, define o normal e patológico, em busca de trabalhar com tais conceitos (DALGALARRONDO, 2019).

Dada a multiplicidade de conceitos e temas, a definição de Saúde Mental é complicada, pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico, envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela. Portanto: “*tratar de saúde psicológica requer compreender o humano como totalidade: biológica, psicológica e sociologicamente, em todas as condições que lhe possam oferecer bem-estar físico, psicológico e social*” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p.356).

A saúde psicológica não é relacionada unicamente ao estudo e tratamento de doenças psicológicas, mas também um estado mental sadio, de sanidade e existência de desordem psicológica. A saúde envolve muitos conhecimentos, cuja delimitação de fronteiras é dificultosa e recebe críticas, e qualquer caracterização assume o risco de ser reducionista. Assim, achatam as possibilidades de existência humana e social (AMARANTE, 2007).

Para a psicanálise não há estruturas absolutamente normais ou patológicas, pois é impossível uma condição humana sem algum grau de desconforto. O entendimento psicanalítico se opõe à ideia de normalidade plena, pois é um autoengano arrogante e excludente distinguir os sadios dos doentes (FELÍCIO; PESSINI, 2009). Como a normalidade correlaciona-se a uma porcentagem majoritária de comportamentos ou óticas, como um ideal coletivo, a minoria fica à mercê de ser silenciada, inclusive com o auxílio da força, por aqueles que defendem o ideal predominante (BERGERET, 1988).

É necessário conectar o conceito de saúde com a vida cotidiana, incluindo a existência de um sujeito considerando seus erros, fracassos, privações, desejos, angústia, crises existenciais, desafios e contradições. A saúde mental está diretamente relacionada com a capacidade interpretativa, de elaboração e simbolização do psiquismo, ligada também à capacidade de fazer laços sociais. Quando se aborda conceitos de saúde mental que aprisionam o sujeito nos grilhões do reducionismo biológico ou nos determinantes sociais, acabam por julgá-lo irresponsável. Por sua vez, a impossibilidade de responder é deixar os outros decidirem por seus atos, a tutela, a submissão a outrem, pois “*por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis*” (LACAN, 1998, p.873).

2.2.2 Os Transtornos Mentais: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e Classificação Internacional de Doenças (CID-11)

A palavra transtorno tem por característica um comportamento que expressa contrariedade ou decepção, marcadas por atitudes que apontam desarranjo ou desordem neurológica. Em alguns casos, o termo refere-se também a qualquer perturbação da saúde (FERREIRA, 1999). Transtornos mentais (doenças mentais, transtornos psiquiátricos ou psíquicos, entre outras nomenclaturas) são condições de anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva. Geralmente um transtorno representa um significativo impacto na vida do sujeito, provocando sintomas como desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória. Dentre os fatores causadores, a genética, a química cerebral (problemas hormonais ou uso de substâncias tóxicas que afetam o cérebro) e o estilo de vida são tidos como os principais desencadeadores destes transtornos (DALGALARRONDO, 2008).

Doenças em outras partes do corpo podem afetar a mente e de forma semelhante, os transtornos ou doenças mentais podem também desencadear outras doenças orgânicas, produzindo sintomas somáticos. Uma doença ou transtorno mental pode ser tratada por meio de intervenção medicamentosa, ou diversas formas de psicoterapia. O diagnóstico envolve o exame do estado mental e seu histórico clínico, podendo também ser utilizados testes psicológicos, exames neurológicos, imagem e físicos (FERNANDES *et al.*, 2015).

Os transtornos mentais costumam ser diagnosticados por meio de entrevistas clínicas, orientadas e interpretadas por critérios nosológicos estabelecidos por convenções internacionais e manuais estatísticos de diagnóstico. O diálogo e a relação do profissional com o paciente constituem como a principal ferramenta de avaliação de transtornos mentais. A anamnese dirigida desempenha um importante papel para a construção diagnóstica, que é o início básico da avaliação (OMS, 2007; APA, 2000). Também pode ser realizado alguns exames complementares, bem como a investigação de marcadores biológicos que ainda têm importância diagnóstica modesta em psiquiatria (AMORIM, 2000).

Quando se refere-se à saúde mental, é importante, além do treinamento diagnóstico, o desenvolvimento de determinadas habilidades de comunicação e reconhecimento de outros tipos de intervenções psicossociais efetivas. Necessita-se o emprego dos recursos de saúde, com o correto diagnóstico dos transtornos mentais, para evitar encaminhamentos equivocados a especialistas, realização de exames desnecessários e, sobretudo, a prescrição inapropriada de psicofármacos (AZEVEDO-MARQUES, 2009). É necessário um

componente factual adequado para distinguir transtornos de muitas outras condições mentais que não são consideradas negativas, como a ignorância, falta de habilidade e de talento, pouca inteligência, o analfabetismo, a criminalidade, a má educação, a loucura e a fraqueza moral (CAMPBELL, 1979).

Para Dalgarrondo (2019), é fundamental e mais útil que os transtornos sejam definidos segundo sistemas internacionais de diagnóstico e classificação, estabelecidos por grupos de pesquisadores e profissionais experientes. Assim é utilizado a *International Classification of Disorder (ICD)* ou Classificação Internacional de Doenças (CID) e o *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM)* ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com vocabulário e construtos compreendidos e utilizados de forma estável pelos profissionais e pesquisadores. Dessa forma, o conhecimento pode progredir no mundo todo de maneira mais uniformizada.

Desde a primeira edição (1883), o Manual de Psiquiatria apresentava o intuito de Emil Kraepelin, psiquiatra alemão que foi considerado um grande sistematizador da psicopatologia descritiva no período entre o fim do século XIX e início do século XX. Durante 30 anos houve oito edições do seu Manual de psiquiatria, sendo que todas apresentaram alterações nosológicas. Na perspectiva de Kraepelin era necessário sistematizar e classificar as patologias psiquiátricas de uma maneira que servissem como referência para a formação dos profissionais (DUNKER, 2014).

Em 1948, a OMS incluiu pela primeira vez uma sessão destinada aos Transtornos Mentais na sexta edição de seu sistema de Classificação Internacional de Doenças – CID-6. As novas edições do Manual apresentavam ajustes, novos grupos de patologias, diagnósticos mais precisos, fundamentados nas descobertas científicas no campo da neurologia, das doenças cerebrais, da estatística médica, bem como estudos sobre herança (CAPONI, 2012). Desde o ano de 2019 está em vigência a 11ª edição do CID (OMS, 2019). No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1952) publicou a primeira edição do “*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*” (DSM-1), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV) e 2001 (DSM-IV-TR), foram revistas, modificadas e ampliadas (GOMES DE MATOS *et al.*, 2005). Atualmente, está em vigência a quinta edição do referido manual (DSM-5), publicada em 2013 (APA, 2013).

Até a Segunda Guerra Mundial, a psicanálise e a psiquiatria colaboraram entre si, apresentando progressos na identificação e avaliação da psicopatologia. No período entre os anos de 1900-1950, a psicanálise fundamentou a classificação norte-americana das

doenças mentais, principalmente, com base nos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica (QUINET, 2001). No entanto, a partir da década de 80, com a publicação do DSM-3, promoveu-se o posicionamento para a desinstitucionalização dos pacientes crônicos, movido pela luta antimanicomial, com a reformulação das políticas de saúde mental, na ascensão dos 79 tratamentos farmacológicos e na crítica à psicanálise por inspirar a prática diagnóstica da psiquiatria (DUNKER, 2011).

O DSM-3 (1980) foi considerado o marco na história da psiquiatria moderna, por apresentar novas categorias diagnósticas. A neurose de angústia foi subdividida em transtorno de pânico, com e sem agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada; a fobia social tornou-se uma entidade nosológica própria; a psicose maníaco-depressiva passou a ser denominado de transtorno do humor bipolar, com ou sem sintomas psicóticos (GOMES DE MATOS *et al.*, 2005). O termo neurose, deixou de ser usado, para não suscitar questões etiológicas, a palavra histeria desapareceu do texto. Pelo mesmo motivo, a expressão doença mental foi substituída por transtorno mental. A psicanálise passou a ser desconsiderada no contexto da psiquiatria moderna, devido a justificativa de buscar-se a ciência em comprovações (RESENDE; CALAZANS, 2013).

No entanto, tanto a CID, quanto o DSM surgiram a partir das necessidades da sociedade. A análise dos comportamentos impulsiona o diagnóstico dos transtornos mentais, pontuando o modelo biomédico de diagnóstico em observar, descrever e caracterizar as enfermidades que possuem os sinais e sintomas comuns. Os comportamentos perturbadores seriam então considerados como indicadores de doença mental. Sob o olhar da ciência psiquiátrica atribui uma causa orgânica a esses comportamentos, difundido a possibilidade de se alcançar um bem-estar medicamentosamente (ARAUJO; NETO, 2014).

Pontua-se que a CID-11 é instrumento padrão de diagnósticos para a obtenção de dados epidemiológicos de morbidade, mortalidade, e gerenciamento de saúde para fins clínicos (OMS, 2019). Além disso, ressalta-se que os objetivos da OMS com a utilização da CID são de identificar as populações vulneráveis, auxiliar na monitorização de epidemias e ameaças à saúde pública, facilitar o acesso a serviços de saúde adequados, facilitar a pesquisa para tratamentos mais eficazes; e, conseqüentemente, embasar as orientações para os cuidados, padrões e boas práticas clínicas (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

O DSM-5 é a mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA, publicado em 18 de maio de 2013. Apresentando mais de 300 categorias, com 947 páginas, organizado em três sessões (CAPONI, 2014). De acordo com

a APA (2013), a seção I apresenta as orientações para o uso clínico e forense. A seção II descreve os critérios e códigos diagnósticos dos transtornos. Por fim, na seção III estão os instrumentos para as avaliações dos sintomas, os critérios sobre a formulação cultural dos transtornos, o modelo alternativo para os transtornos de personalidade e uma descrição das condições clínicas para estudos posteriores (APA, 2013).

Neste atual Manual também se acrescenta uma lista de questões sociais que passam a ser consideradas como patologia, por exemplo: problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio, problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, entre outros. A exclusão da noção de sofrimento passa a ser somada à disseminação gerada pela recusa em pensar os sintomas no quadro como uma forma de vida. Acrescenta que muitas renovações constatadas são questionadas por muitos psiquiatras, por não se configurarem como descobertas científicas, mas redefinições dos nomes dos sintomas e definições operacionais de síndromes (DUNKER, 2014).

O DSM-5 instaura um retorno das explicações orgânicas para os transtornos mentais, favorecendo processos medicalizantes que buscam erradicar o sofrimento e mal-estar das sociedades atuais, ao mesmo tempo em que preconiza sintomas físicos e critérios diagnósticos não somente no contexto clínico, mas também em outras áreas, como a jurídica e a escolar (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015). Nessa perspectiva, ressalta-se que o correto diagnóstico dos transtornos mentais representa um componente essencial para o estabelecimento de um tratamento eficaz. Consequentemente, o aumento dos diagnósticos psiquiátricos aliados às novas opções farmacológicas difundidas cotidianamente pela indústria farmacêutica tem contribuído para o aumento da utilização dos psicofármacos (DUNKER; NETO, 2011). Consequentemente, deve ser tratado – via medicação – para a não perturbação da ordem pública. Essa patologização da existência revela o novo imperativo da psiquiatria estatística atual: todos transtornados. E se o tratamento privilegiado se torna farmacológico, que grande negócio para a indústria farmacêutica.

Desta maneira, compreende-se que existem muitos estigmas em relação aos transtornos mentais, nos quais problemas cotidianos se tornaram situações que são necessários a medicalização para melhor adaptação do sujeito na sociedade moderna. Ainda se compreende que a lógica do DSM é pautada no desvio de uma norma social,

como já foi visto em primeiras versões algumas situações visto como transtornos como a homossexualidade, e que hoje não se caracteriza mais como doença (RESENDE, 2015).

Cabe ressaltar, que o uso adequado dos manuais de apoio ao diagnóstico é de suma importância para os profissionais, não podendo desconsiderar os avanços científicos significativos na prática clínica e no estudo epidemiológico.

2.2.3 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

O conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC) desenvolveu-se na década de 1970, por meio de pesquisas sobre adoecimento mental no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Essa expressão TMC foi criada por Goldberg e Huxley em 1992, para designar sintomas tais como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga e queixas somáticas, mas não incluem transtornos psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade (LUDERMIR, 2008). Apesar de existir um sofrimento psíquico, não configuram em categorias nosológicas da Classificação Internacional de Doenças (CID), ou dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (RODRIGUES *et al.*, 2014). A diferença é que os transtornos mentais classificados por manuais diagnósticos citados acima são eminentemente sindrômicos, se baseiam em coleções de sintomas, enquanto o TMC se baseia na relação entre os sintomas individuais (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Dessa forma, o Caderno nº 34 de Saúde Mental do Ministério da Saúde de 2013, estrutura-se como planejamento da atenção à Saúde Mental o agrupamento de alguns transtornos psiquiátricos, o qual essa divisão em categorias facilita a criação de propostas e orientações gerais para as intervenções e medidas terapêuticas adequadas. Assim, identifica-se os **TMC** como aqueles caracterizados por englobar quadros mais leves, como os depressivos, ansiosos e somatoformes, além de abranger múltiplos sintomas. **Os transtornos mentais severos e persistentes**, abrange grande parte dos sujeitos com transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses). Os transtornos nestes indivíduos possuem em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional e o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais. **Os transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas**, que englobam o abuso e a dependência de substâncias psicoativas (drogas) que alteram o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental ou psiquismo. Incluem o uso de substâncias que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC)

como: álcool; benzodiazepínicos; opiáceos; inalantes; psicoestimulantes; (anfetaminas e cocaína/*crack*) e alucinógenos (maconha, LSD e êxtase) (BRASIL, 2013).

As **alterações na saúde mental**, que se manifestam **na infância e/ou na adolescência**, apresentam um grupo heterogêneo de transtornos. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas com alteração do funcionamento psicossocial. Neste grupo é importante ter em mente que intervenções básicas que promovam o desenvolvimento físico e psicológico saudável da criança e do adolescente podem contribuir para minimizar os seus efeitos. Por fim, os sintomas relacionados às **alterações da saúde mental nos idosos**, o qual englobam as demências e distúrbios transitórios orgânicos cerebrais comuns na população de faixa etária mais elevada e têm como característica comum deterioração e/ou a perda progressiva das capacidades intelectuais e do funcionamento psicossocial (BRASIL, 2013).

No entanto, os TMC apresentam sintomas proeminentes que podem gerar uma incapacidade funcional comparável ou pior do que os quadros crônicos estabelecidos (MARAGNO *et al.*, 2006). Consequentemente, pode gerar a diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas, acarretando também encargos econômicos na sociedade, por comprometer o desempenho do indivíduo nas atividades diárias, constituindo causa importante de afastamento do trabalho, demanda nos serviços de saúde, prejuízos econômicos e possibilidade de desenvolver-se os transtornos mais graves. Além disso, pode impactar significativamente nos resultados das comorbidades de doenças médicas como os problemas cardíacos, diabetes, entre outros. Por isso, é considerado como um dos problemas de saúde pública em todo o mundo (MURCHO; PACHECO; NEVES DE JESUS, 2016).

Como forma de rastreamento psiquiátrico, na década de 1970, a OMS realizou o *Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental*, que visava a validar métodos de baixo custo e fácil aplicação. Desta forma, testou-se em oito países o instrumento o SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*) proposto por Harding *et al.* (1980) Assim, O SRQ está recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios citados (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Portanto, o SRQ-20 (versão em que são utilizadas as 20 questões para rastreamento de transtornos não-psicóticos) vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não-psicóticos em adultos (≥ 18 anos). As respostas são do tipo sim/não, a cada uma das questões, leva-se em consideração os últimos 30 dias.

Cada resposta afirmativa vale 1 (um) ponto para compor o escore final somando todos os pontos. Os pontos obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno mental comum. Os valores podem variar de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Quanto maior for o somatório das questões, mais alta é a probabilidade de se ter um TMC (SILVA; CAVALCANTE, 2015).

Salienta-se que o SRQ-20 pode ser aplicado por entrevistadores leigos, a partir de treinamento rápido e por se tratar de um instrumento de rastreamento e não de diagnóstico, a determinação do ponto de corte para detecção de casos, precisa ser feita por meio da comparação com o padrão, que seria a entrevista psiquiátrica padronizada (LIMA *et al.*, 2008).

Por outro lado, os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica (AB) observam que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, relacionada tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização). Alguns estudos realizados no Brasil e no mundo identificam uma série de características individuais associadas a essa forma de sofrimento, observa-se que as mulheres têm duas vezes mais chance de apresentar essa forma de sofrimento do que os homens. Essa diferença está mais provavelmente relacionada à diferença de gênero (papéis sociais da mulher e do homem) do que à diferença biológica de sexo, pois os homens têm muito mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres. Outros pontos também considerados como desencadeadores para o TMC são os fatores estruturais como: cor da pele, renda, escolaridade e trabalho, fatores conjunturais, perdas de vínculos importantes, contexto social, violências, baixa autoestima, sentimento de humilhação (BRASIL, 2013).

O mesmo observa-se em estudos que têm apontado uma variação de prevalência de 7% a 26% para os TMC. No Brasil, investigações revelam que sua prevalência tem se associado com o aumento da idade e é maior em mulheres, negros, pessoas separadas ou viúvas, com baixas escolaridade e renda. Os TMC podem estar associados às características demográficas, condições de vida, estrutura ocupacional e estressores ocupacionais (CARLOTTO; BARCINSKI; FONSECA, 2015). Desta maneira, visualiza-se em dados de uma prevalência de TMC entre 7% e 30%, no mundo, e também revelam que cerca de 1/3 dos dias perdidos de trabalho, taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos nas funções sociais e físicas das pessoas estão relacionados a existência de transtornos mentais (MONTEIRO; ORFANÓ; CASTRO, 2021).

No entanto, alguns estudos apontam que no Brasil existem poucos estudos realizados para investigar a prevalência dos TMC em populações assistidas, considerando-

se a importância do assunto a organização e planejamento de serviços de saúde mental (KASPPER; SCHERMANN, 2014). Pois, os TMC implicam na qualidade de vida dos pacientes, por mais que não se classifiquem nos diagnósticos dos manuais, não diminui o grau de sofrimento do indivíduo, assim como na sua necessidade de atendimento e acolhimento. Às vezes, o não reconhecimento dessa situação pelos profissionais, pode gerar na implicação de gastos com encaminhamentos e exames desnecessários. Além de direcionar muitas vezes o tratamento na perspectiva medicalizante, devido a manifestação do sofrimento sem associar com as variáveis sociodemográficas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

2.2.4 Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)

Na Atenção Primária até meados de 1970, a maior parte dos dados eram classificados de acordo com o CID, o qual permitia comparar com os dados de diferentes países. Mas, dificultava a codificação de muitos sintomas e condições não relacionadas a doenças, pois destinava-se originalmente a estatísticas de morbidades e a sua estrutura baseava-se em doenças. Diante desse conflito, o Comitê de Classificação da *WONCA* (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners*) criou a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIPS) sendo publicada pela primeira vez em 1975. Embora já tivesse previsto uma divisão de classificação de alguns sintomas não diagnosticados, ainda obedecia a estrutura do CID e continuava limitadora (WONC, 2009).

Desta maneira, ainda era necessário criar uma nova classificação dos motivos da consulta do paciente e seus problemas, assim em 1978 em uma Conferência a OMS reconheceu que uma política de atenção primária constitui o passo principal em direção à saúde para todos até o ano 2000. Consequentemente, tanto a *WONCA* como a OMS reconheceram que só seria possível construir sistemas de cuidados primários adequados, permitindo a avaliação e implementação das respectivas prioridades, se os profissionais de atenção primária tivessem acesso às informações certas. Sendo assim, conduziu-se ao desenvolvimento de novos sistemas de classificação (GUSSO, 2020).

Posteriormente, ainda em 1978, a OMS nomeou aquele que passou a ser conhecido por Grupo de Trabalho da OMS, responsável pelo desenvolvimento de uma Classificação Internacional de Motivos da Consulta em Atenção Primária (WHO, 2009). Os membros

deste grupo, em sua maioria também membros do Comitê de Classificação da WONCA, desenvolveram uma Classificação de Motivos da Consulta (CMC) mais tarde conhecida como Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) ou *ICPC* do inglês *International Classification of Primary Care* (LANDSBERG *et al.*, 2012).

Dessa forma, a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) propiciou novos horizontes no mundo das classificações, pois os profissionais de saúde tinham meios de classificar, usando apenas uma classificação, três elementos importantes de uma consulta: os motivos que levaram à marcação da consulta (MC), os diagnósticos ou problemas, e os procedimentos. A ligação entre esses elementos permite a categorização desde o início da consulta até sua conclusão (SAMPAIO *et al.*, 2012). Assim, a CIAP tem recebido reconhecimento progressivamente maior em nível mundial como uma classificação apropriada para medicina de família e comunidade e atenção primária, e vem sendo usada intensamente em algumas partes do mundo, em especial na Europa e na Austrália (GUSSO, 2009).

No entanto, ressalta-se que a CIAP não se trata de uma de uma alternativa de Classificação Internacional de Doenças (CID), mas sim, como uma ferramenta que permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde, mas principalmente os motivos da consulta e as intervenções acordadas seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) concebida por Lawrence Weed na década de 60 do século passado. O SOAP é o registro clínico orientado para o Problema, sendo constituído pela Lista de Problemas, Base de Dados das Pessoas e pelas notas de evolução "SOAP", sendo a forma de registro mais adequada para utilização na Atenção Básica. Assim, no SOAP o preenchimento da CIAP é obrigatório para todos os profissionais de nível superior e pode ser incluído mais de uma CIAP com informações complementares (TELESSAÚDE, 2014).

Portanto, com a CIAP evita-se diagnósticos precipitados e intervenções inadequadas, em especial quando há um sofrimento ou uma enfermidade, mas não uma doença que seja detectável em exame laboratorial ou de imagem. Pois, em AP o diagnóstico etiológico não é o mais importante, e a CIAP tem como principal critério de sistematização a pessoa incluindo o contexto social (Capítulo Z), e não a doença (ARAÚJO; NEVES, 2014). Assim, a ESF tem sido responsável pela reestruturação da APS no Brasil, e o uso da CIAP permite conhecer melhor a demanda dos pacientes e o trabalho realizado,

contribuindo no planejamento das ações nas unidades de saúde e também das atividades voltadas para o desenvolvimento profissional contínuo (GUSSO, 2009).

Contudo, ressalta-se que a CIAP e a CID são complementares, um não substitui o outro, já que para os médicos o preenchimento obrigatório é do CID, mas ao preencher o CIAP aparece lista de CID relacionados e para os demais profissionais é obrigatório o CIAP (LANDSBERG *et al.*, 2012).

2.2.5 Medicamentos Psicotrópicos

A palavra psicotrópica é formada por duas palavras: psico e trópico. Psico, tem origem grega e refere-se sobre o âmbito psíquico do indivíduo, e trópico significa a atração por algo. Diante disso, compreende-se que o psicotrópico é atração pelo psiquismo, o qual modifica a maneira de sentir, pensar e comportar (CARLINI *et al.*, 1989). Desta maneira, os medicamentos psicotrópicos ou psicofármacos, são as medicações que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), afetando a cognição, o humor e o comportamento. Podem ser prescritas por diversas especialidades médicas, em especial pela psiquiatria e pela neurologia (GOULART, 2006).

A história da psicofarmacologia moderna se inicia na década de 1940, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com o propósito específico de tratar os transtornos psiquiátricos. Em 1949, surge o primeiro relato de tratamento da mania e doença bipolar com o Carbonato de Lítio, realizado por John Cade, um médico australiano que introduziu Lítio para a prática de psiquiatria e observou os efeitos da medicação. Desde então, permaneceu como um dos medicamentos mais eficazes para o transtorno bipolar, proporcionando um salto para uma maior investigação e descoberta de tratamentos biomédicos (SCAVONE; GORENSTEIN, 1999).

A partir da década de 1950, o ramo farmacêutico, principalmente na área da psiquiatria, ampliou seus horizontes de atuação com a chamada “Revolução psicofarmacológica” (BIRMAN, 1978). “Os psicofármacos ganharam espaço no tratamento na saúde mental nos últimos trinta anos, renunciando à psicanálise e rompendo com o diálogo até então existente entre a psicologia e a medicina” (LUZIO; SANTOS, 2012, p.02).

Assim, até o final da década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imipramina), antidepressivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos

(meprobamato e clordiazepóxido) e antimania (Lítio) (SCAVONE; GORENSTEIN, 1999, p.65).

Somente mais tarde no ano de 1988 surgiu o Prozac (Fluoxetina), da classe dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), quando os resultados no tratamento da depressão tiveram grande relevância para sociedade. O uso dos ISRS e o aumento de sua disponibilidade na fenda sináptica trouxeram grande alívio aos sintomas depressivos (SCAVONE; GORENSTEIN, 1999).

Acrescenta-se sobre os medicamentos, a classificação Anatômico Terapêutico Químico (*Anatomical Therapeutic Chemical - ATC*) em conjunto com a Dose Diária Definida (*Defined Daily Dose - DDD*), que formam o Sistema ATC/DDD, o qual passou a ser reconhecida pela *World Health Organization Collaborating Centre For Drug Statistics Methodology*, como um padrão internacional de classificação e código internacional que facilita os estudos internacionais sobre a utilização do medicamento (VIDOTTI *et al.*, 2000).

No sistema de classificação ATC, os fármacos estão divididos em diferentes grupos em conformidade com o órgão ou sistema sobre o qual atuam, e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Marcas diferentes compartilham o mesmo código se tiverem a mesma substância ativa e as mesmas indicações. Cada código ATC de nível inferior representa uma substância usada farmaceuticamente, ou uma combinação de substâncias, em uma única indicação (ou uso). Isso significa que um medicamento pode ter mais de um código.

Nesse sistema, medicamentos são classificados em grupos em cinco níveis diferentes. O primeiro nível do código indica o grupo anatômico principal e consiste em uma letra, existem quatorze grupos principais: (1) **UMA**: trato alimentar e metabolismo; (2) **B**: sangue e órgãos formadores de sangue; (3) **C**: sistema cardiovascular, (4) **D**: dermatológicos; (5) **G**: Sistema gênito-urinário e hormônios sexuais; (6) **H**: preparações hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais e insulinas; (7) **J**: Anti-infecciosos para uso sistêmico; (8) **eu**: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores; (9) **M**: Sistema musculoesquelético; (10) **N**: Sistema Nervoso; (11) **P**: produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes; (12) **R**: sistema respiratório; (13) **S**: órgãos sensoriais e (14) **V**: vários. Os níveis 2º, 3º e 4º são frequentemente usados para identificar subgrupos farmacológicos quando isso é considerado mais apropriado do que subgrupos terapêuticos ou químicos. Por fim, o 4ª nível indica a substância química (WHO, 2021).

De acordo com a ATC, os psicotrópicos são classificados em: **Antiepiléptico N03** (antiepilépticos); **Antiparkinsonianos N04** (agentes anticolinérgicos, agentes

dopaminérgicos); **Psicolépticos N05** (antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos), **Psicoanalépticos N06** (antidepressivos, psicoestimulantes, agentes usados para o Transtorno do *Déficit* de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e nootrópicos; psicolépticos e psicoanalépticos em combinação; medicamentos anti-demência); e **outras drogas do sistema nervoso N07** (que não podem ser classificadas nos 2º níveis anteriores no grupo N da ATC) (WHO, 2021).

Os **medicamentos antiepilépticos** são utilizados para diminuir a excitabilidade da membrana, em que aumenta a inibição pós-sináptica ou alteram a sincronização das redes neurais para diminuir a excitabilidade da membrana, sendo eficazes no tratamento da epilepsia para impedir ataques ou reduzir sua gravidade. Encontra-se neste grupo de medicamentos a Fenitoína, o Fenobarbital, a Carbamazepina, Ácido Valpróico, entre outros (MORENO *et al.*, 2004). Os efeitos colaterais são diversos, como: lentificação das respostas motoras e psicomotoras, déficit de atenção, comprometimento da memória, aumento de peso, fadiga, sonolência, tontura, entre outros (MEADOR; LORING, 2016).

Os **antiparkinsonianos** são medicamentos que exercem efeitos bloqueando a transmissão colinérgica central da acetilcolina, assim esse nível diminui, possibilitando restaurar o equilíbrio entre a dopamina e acetilcolina. Em relação aos anticolinérgicos, o principal representante é o Biperideno que possui a farmacodinâmica antiparkinsoniano e corretor das síndromes extrapiramidais, mas produz efeitos cardiovasculares e respiratórios (LACRIMANTE *et al.*, 2014).

O grupo de **medicamentos psicolépticos** diminuem a atividade mental do SNC, que passa a funcionar mais lentamente e controlando comportamentos agitados, deprimindo as tensões emocionais, diminuindo a vigília, produzindo um relaxamento e tranquilização do tônus psíquico (BRITO, 2021). Esse grupo é dividido em antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos/sedativos (WHO, 2021).

As **medicações antipsicóticas** foram introduzidas a partir da década de 1950 para tratar a psicose aguda de qualquer causa e para controlar transtornos psicóticos crônicos, como esquizofrenia. Os antipsicóticos são divididos em dois grupos, como de primeira e segunda geração, ou melhor, típicos e atípicos (SCHATZBERG, 2009).

Os **antipsicóticos típicos** (tradicionais ou primeira geração) tem a ação de bloquear os receptores dopaminérgicos D2, indicado para casos agudos e que apresenta a necessidade de sedação, ou seja, são utilizados no momento que predominam os sintomas produtivos, um fármaco conhecido é o Clorpromazina e o Haloperidol (BRASIL, 2010). Já os **antipsicóticos atípicos** bloqueiam os receptores dopaminérgicos D2 e os receptores

serotoninérgicos 5HT_{2A}, apresenta a capacidade de promover a ação antipsicótica sem que produza efeitos colaterais como: acatisia, distonias, parkinsonismo, entre outros efeitos negativos. Alguns fármacos representantes são a Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Olanzapina (TEXEIRA; ROCHA, 2006).

Acredita-se que nos transtornos de esquizofrenia existe uma desregulação nos circuitos de dopamina, constituídos de excesso de atividade dopaminérgica na via mesolímbica e hipoatividade na via mesocortical. A hiperatividade dopaminérgica mesolímbica seria responsável pelos sintomas positivos da esquizofrenia, como ideias delirantes e alucinações. Já a hipoatividade mesocortical seria responsável pelos sintomas negativos, como embotamento afetivo, pobreza de discurso e hipobulia (SCHATZBERG, 2009). Além disso, muitos antipsicóticos podem ser administrados por via intramuscular ou endovenosa, eliminando o efeito da primeira passagem, resultando em concentrações maiores. Enquanto os injetáveis de curta ação são recomendados no tratamento de episódios de agitação psicomotora, os de longa ação são indicados no caso de paciente com histórico de baixa adesão ao tratamento (GOLAN *et al.*, 2014).

Os **ansiolíticos** são medicações utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade, com o objetivo de reduzir sintomas e/ou intensidades das crises por meio da depressão do SNC. Até poucos anos atrás, a única alternativa para tratamento de ansiedade eram os Benzodiazepínicos (BZD). Atualmente, medicina ampliou, passando a contar também com os Ansiolíticos Benzodiazepínicos (BZP), as Azapironas, Inibidores de Recaptação de Serotonérgicos (IRS) (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

A ação ansiolítica dos BZD é decorrente de sua ligação com receptores próprios (receptores BZD ou ômega), localizados no complexo receptor BZD / receptor GABA_A / canal de cloro, facilitando a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA) e, conseqüentemente, a hiperpolarização celular pelo aumento do influxo de Cl⁻. Os fármacos benzodiazepínicos com função ansiolítica disponíveis são Diazepam, Lorazepam (também usado como sedativo-hipnótico), Bromazepam e Alprazolam (RANG; DALE, 2016).

Existem também ansiolíticos conhecidos como as Azapironas, que atuam como agonista parcial nos auto-receptores 5-HT_{1A} (*feedback* negativo). Estes agem na inibição da despolarização dos neurônios serotoninérgicos e diminuição da síntese e liberação de serotonina (5-HT), sendo o fármaco mais conhecido o Buspirona. Já os Ansiolíticos Inibidores de Recaptação da Serotonina-Norepinefrina (IRSNs) inibem a recaptação da

serotonina e da noradrenalina, como a Venlafaxina (BRUNTON; GOODMAN; GILMAN, 2012).

Outras alternativas terapêuticas são os β -bloqueadores, que tem como ação terapêutica um mecanismo de retroalimentação, inicialmente reduzindo a influência da percepção dos sintomas somáticos periféricos. Os anti-histamínicos, como a Hidroxizina, usados para sintomas mais sensíveis como a irritabilidade, apreensão, contatos sociais. Por fim, os remédios fitoterápicos, que abrange uma lista com a eficácia das plantas, como: o Kawa-Kawa (*Piper methysticum*), Valeriana (*Valeriana officinalis*), Camomila (*Matricaria recutita*), Maracujá (*Passiflora edulis*), Erva de São João (*Hypericum perforatum*), dentre outros (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

Os **Psicoanalépticos** são medicamentos que estimulam o sistema nervoso central e a vigilância, diminuem a fadiga momentânea e estimulam o humor (BRITO, 2021). Os **antidepressivos** modernos foram descobertos no final da década de 1950, por meio da observação de portadores de tuberculose que apresentavam elevação prolongada de humor quando tratados com Iproniazida (Marsilid), um Inibidor da Monoaminoxidase (IMAO) considerado agente antituberculoso. As observações biológicas e farmacológicas mostraram que os IMAOs eram antidepressivos e de que a monoaminoxidase degradava a noradrenalina e a serotonina (5-HT). O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão foi designado como tricíclicos (ADT), tendo a Imipramina e a Amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos IMAOs, com aparecimento também nos anos 1960, sendo a Iproniazida o primeiro fármaco. Em 1987, a agência reguladora de medicamentos e alimentos, *Food and Drug Administration* (FDA), dos Estados Unidos, aprovou o primeiro fármaco (Fluoxetina) do grupo dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) (SCHATZBERG, 2009).

Os ISRSs representam uma classe quimicamente diversa de agentes, cuja principal ação consiste na inibição do transportador de serotonina (SERT) que gera acúmulo deste neurotransmissor na fenda sináptica, aumentando, assim, a sua disponibilidade. Alguns fármacos ISRS conhecidos são: Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Paroxetina, Fluvoxamina e Escitalopram. Paralelamente, os Inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSN) ligam-se aos transportadores de serotonina (SERT) e de norepinefrina (NET), de forma reversível e com pouca afinidade. Alguns medicamentos dessa classe são: Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina, Levomilnaciprana e Milnaciprana (STAHL, 2019).

Os principais antidepressivos tricíclicos (ADTs) em comercialização são: Imipramina, Desipramina, Amitriptilina, Doxepina, Nortriptilina, Protriptilina, Clomipramina e

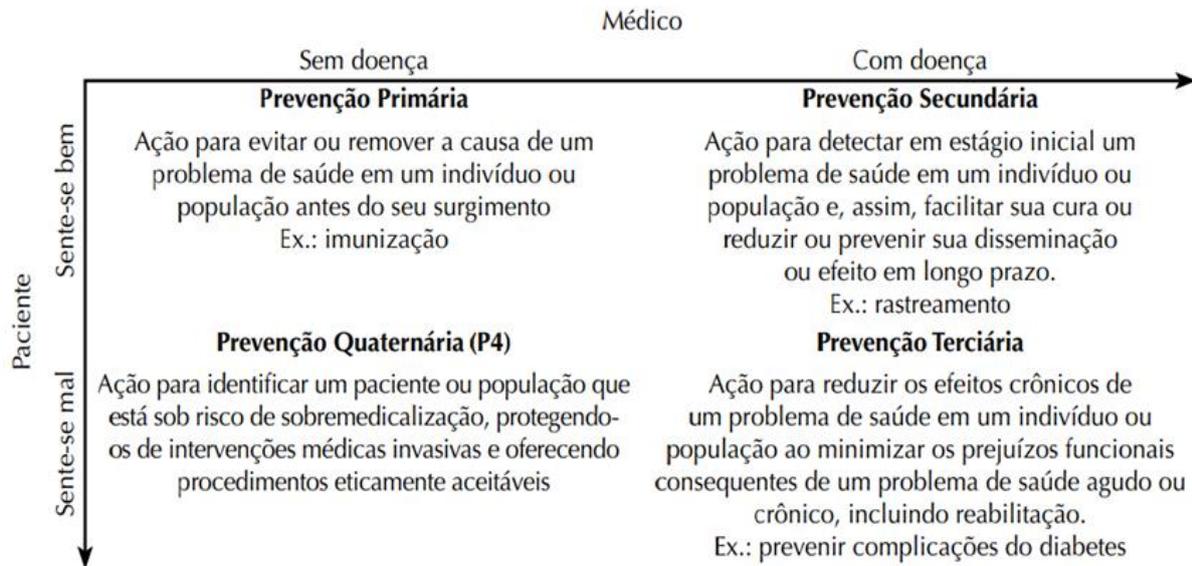
Trimipramina. Estes ainda são utilizados nos pacientes que não respondem aos antidepressivos de uso mais comum, como os ISRSs ou os IRSNs. Existem também os antidepressivos moduladores dos receptores 5-HT₂, os tetracíclicos e unicyclicos, os inibidores da monoaminoxidase e os melatoninérgicos. No entanto, os mais prescritos são os ISRS, devido à baixa taxa de efeitos colaterais, em comparação aos demais grupos de medicamentos antidepressivos (STAHL, 2014).

Contudo, o consumo destes medicamentos psicotrópicos pode acarretar alterações no comportamento, como também levar a dependência psíquica e/ou física, resultando muitas vezes em complicações sociais e pessoais graves. Sendo assim, faz-se necessária a análise de seus fatores determinantes e acompanhamento adequado com o profissional especializado (ARAÚJO *et al.*, 2012).

2.2.6 Os Níveis de Prevenção em Saúde e a Importância da Prevenção Quaternária no Âmbito da Saúde Mental

O conceito de prevenção quaternária (P4) foi proposto no contexto dos três níveis de prevenção de Leavel e Clark (1976), que classificava a Prevenção em Primária, Secundária e Terciária, tendo como objetivo organizar a prevenção de forma cronológica, linear e técnica, visando prevenir eventos mórbidos futuros com ações no presente, baseada no saber médico-científico. Deste modo, o Dr. Marc Jamouille, Médico de Família e Comunidade belga no final da década de 1980, pretendeu sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstico quanto terapêutica, para evitar danos iatrogênicos e propondo medidas eticamente aceitáveis para proteger os indivíduos de novas intervenções médicas inapropriadas (ALMEIDA, 2005; TESSER, 2012). Portanto, a P4 foi oficializada pela *World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* em 2003 (NORMAN; TESSER, 2009).

Na Figura 1 podemos verificar os 4 Níveis de Prevenção propostos por Tesser (2017)



Fonte: adaptado de Jamouille¹⁸.

Figura 1 - Níveis de Prevenção em Saúde (TESSER, 2017)

De acordo com a leitura do Dr. Jamouille sobre os níveis de prevenção, a **prevenção primária** ocorre em um contexto entre o médico e o paciente, na ação preventiva realizada na ausência de enfermidade e doença, para evitar a ocorrência de que o adoecimento ocorra. Na **prevenção secundária**, a doença está presente no plano biológico, mas ainda não é sentida pelo indivíduo acometido, assim a ação preventiva objetiva-se por meio de métodos de rastreamento, possibilita-se a chance de descoberta precoce e aumento de cura em um estágio inicial da doença. Já na **prevenção terciária**, o indivíduo já se sente doente e percebe a enfermidade com um comprometimento funcional, nesse sentido, a conduta consiste na reabilitação do paciente para retornar o reencontro de uma posição útil para a sociedade e com a máxima utilização da sua capacidade restante. Por fim, na **prevenção quaternária**, o paciente é sintomático (*illness* presente), mas não existe a presença de doença (*disease*) (DEPALLENS *et al.*, 2020).

A prevenção quaternária se fundamenta em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o de precaução (versão prática do *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar). Assim, providencia-se que a conduta médica seja realizada com o máximo de qualidade (cientificamente e medicamente aceitáveis) com o mínimo de intervenção possível. Nesse sentido, se inclui uma das formas mais importantes de se evitar a medicalização excessiva, alinhando três ferramentas para

o cuidado clínico: (1) Abordagem centrada na pessoa; (2) medicina baseada em evidências e centramento do cuidado na atenção primária à saúde e (3) longitudinalidade (NORMAN; TESSER, 2009).

Considera-se na abordagem centrada na pessoa, que existe um sujeito que vive o drama de sua existência, com sua subjetividade e uma bagagem cultural marcada na sua vida. Por isso, existe a necessidade de ouvir as queixas e refletir sobre as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. Na medicina baseada em evidências, usa-se os conhecimentos da biomedicina que tenham o melhor grau de comprovação de sua eficácia pela ciência aliada ao contexto do paciente e por fim, a longitudinalidade com o exercício do conceito de *watchful waiting* (“observação assistida”), em que é o acompanhamento do usuário ao longo do tempo, na qual se espera uma relação terapêutica que envolva a responsabilidade por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do usuário, particularmente importante para a ESF, médicos e comunidade (NORMAN; TESSER, 2009).

No entanto, a P4 é inserida em todos os níveis de prevenção, mas com suas particularidades, visando a melhor qualidade de vida do paciente. Salienta-se que a prevenção primária e a prevenção quaternária têm em comum a relação contrária à medicalização, limitando-a, reduzindo-a e evitando danos iatrogênicos. A iatrogenia clínica, foi definida por Illich (1975) como danos causados pela intervenção médica no indivíduo, que ganhou dimensão coletiva e populacional (TESSER, 2020). Ressalta-se que algumas práticas médicas comuns que levam a ocorrências iatrogênicas como: rastreamento excessivo, solicitação de exames complementares e tratamentos farmacológicos dos fatores de risco. Essas situações ocorrem principalmente ao errôneo entendimento de que os fatores de risco são fatores causais da doença, assim, pressupõe que sua ausência elimina a possibilidade de adoecimento e com isso muitos profissionais medicalizam tais situações (SILVA; SALAME, 2020).

Por outro lado, visualiza-se que a Prevenção Primária tem realizado cada vez mais ações preventivas, desde uma simples medida de pressão arterial até exames mais incômodos como o Papanicolau. Algumas ações ocorrem por campanhas conhecidas por meses coloridos, como o “Outubro Rosa” do câncer de mama, o “Novembro Azul” do câncer de próstata, o “Julho Amarelo” das hepatites virais, “Setembro Amarelo” da prevenção ao suicídio, entre outras. Mas, os profissionais têm identificado riscos e limitações das ações preventivas, mostrando que nem todas elas são éticas ou cientificamente justificáveis. Diante disso, observa-se que a indústria farmacêutica, aliada a médicos e grupos de pacientes, utiliza-se da mídia para criar doenças e doentes, em uma forma de

medicalização chamada de *disease mongering* ou “promoção da doença” (MODESTO, 2019).

As estratégias envolvidas nesse processo e alguns exemplos são: (1) classificar transtornos comuns da vida como problemas médicos, como a calvície; (2) fazer sintomas leves parecerem indícios de doenças graves, como na síndrome do cólon irritável; (3) apresentar problemas pessoais ou sociais como problemas médicos, como entender a timidez como fobia social; (4) transformar fatores de risco em enfermidades, como se faz com a osteoporose; e (5) adaptar indicadores de prevalência para aumentar o tamanho de um problema médico, maximizando o público-alvo de intervenções, como ocorre com a disfunção erétil (MODESTO, 2019, p.09).

O sobrediagnóstico ocorre quando indivíduos têm um diagnóstico corretamente confirmado de uma doença, mas não tem sintomas nem teriam sua vida ameaçada pela doença no futuro, mas são tratadas (sobreatadas) porque são indistinguíveis das pessoas diagnosticadas que adoeceram. Essa situação ocorre em grandes proporções nos rastreamentos, gerando o paradoxo da população: pessoas sobrediagnosticadas e sobreatadas. Assim, consideram-se que foram salvas pelo rastreamento, mas que na verdade, podem ter sido prejudicadas. Desta forma, considera-se que o sobrediagnóstico é um relevante problema de saúde pública, pois os danos são interpretados como benefícios (compensados pela cura da doença/risco, que na verdade é quimérica), ocorre iatrogenia/gastos dos marcados e outros tratamentos, impactos relevantes na saúde mental e na subjetividade da pessoa e familiares (ansiedade, depressão, medo de recidiva, etc.). O efeito disso no imaginário social é uma onda crescente de crenças cegas na necessidade de exames e tratamentos preventivos (TESSER; NORMAN, 2019).

A sobremedicalização é um caso particular da medicalização e tem alta prevalência nos cuidados clínicos. Pode ser entendida como uma medicalização excessiva, mais prejudicial do que benéfica. Geralmente, desconectam as queixas e os sintomas dos pacientes dos contextos social, existencial, moral, espiritual, econômico, cultural, familiar e psicológico, interpretando-os com base no saber biológico do corpo ou doença (ou seja, patologias, síndromes e disfunções (TESSER; NORMAN, 2021).

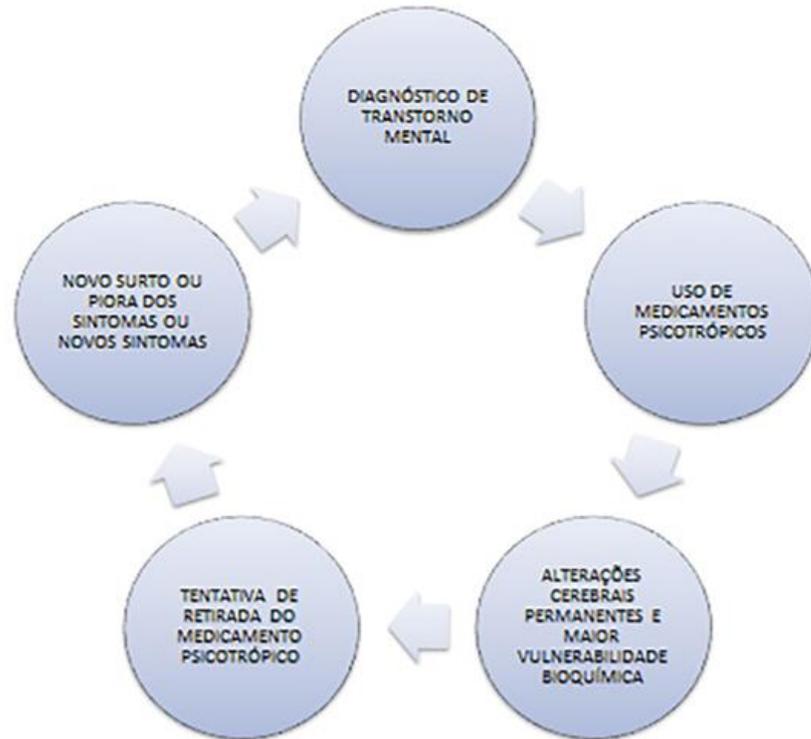
Essa é a finalidade da P4, prática que visa poupar as pessoas de sobremedicalização e procedimentos desnecessários (MODESTO, 2019). Por isso, considera-se que quanto mais tenha a P4, menor será a medicalização desnecessária e em geral derivadas das ações de profissionais e instituições. Pois, a medicalização tende a reduzir a autonomia e competência das pessoas e coletividades para gerir

autonomamente parte das situações de sofrimento, adoecimento, dor, nascimento e morte, gerando uma iatrogenia clínica (TESSER, 2020).

O processo de medicalização tende a estender a abordagem biomédica, com uma tradição autoritária, controladora e culpabilizadora. No entanto, a geração de dependência produzida pela medicalização tende a dificultar a ampliação da autonomia e da participação. A dependência crescente facilita a projeção de cada vez mais poderes para intervenção e intervenção em situações ou problemas nos saberes e tecnologias dos profissionais. Diante disso, quanto mais a medicalização menor a autonomia e mais difícil a prevenção e o empoderamento e ao contrário, se ocorrer mais prevenção e menor medicalização, o pelo menos mais fácil evitar a medicação e resistir a ela (TESSER, 2020). Visto, que no período da pandemia por COVID-19, vivenciou-se ausências de terapias eficazes para a infecção do vírus e isso permitiu ocorrer um empirismo exacerbado por tentativa e erro para encontrar soluções a todo custo, como foi a aplicabilidade de medicamentos *off-label*, uma situação que em uso indiscriminado oferece riscos individuais e sonhos de grandes lucros com pouco investimento para a *Big Pharma*, e denotando-se a necessidade da intervenção da P4 (RIBEIRO, 2021).

Em relação aos casos clínicos de questões de saúde mental, também se apresenta um desafio para os profissionais da Atenção Primária à Saúde, já que ocorre um modelo centrado na doença e um tratamento por medicamentos, que trazem algumas interpretações como: (a) o paciente pensar que tem uma disfunção cerebral; (b) excluir outros modelos explanatórios; (c) induzir a uma passividade, visto que trata-se de “causa orgânica”; (d) reforço do quadro de saúde mental, tanto por profissionais como pela família/pessoas ao redor do paciente; (e) entre outros fatores que tendem a contribuir para a cronicidade dos quadros de sofrimento mental (PULHIEZ; NORMAN, 2021).

Na **Figura 2** pode ser verificado o ciclo de retroalimentação das patologias de saúde mental, guiado pelo modelo centrado na doença (PULHIEZ; NORMAN, 2021).



Fonte: Pulhiez; Norman (2021).

Figura 2 – Ciclo de retroalimentação das patologias em saúde mental, guiado pelo modelo centrado na doença

O entendimento é de que classificações diagnósticas mascaram a expressividade do sofrimento e suas bases psicológicas, sociais, espirituais e culturais, podendo inviabilizar a expressão das inúmeras possibilidades do ser (PULHIEZ; NORMAN, 2021). Deste modo, observa-se uma conduta médica voltada para abordagem ontológica em detrimento de uma abordagem mais dinâmica e contextualizada. Por exemplo, a falta de Dopamina na esquizofrenia ou a falta de Serotonina na depressão, supondo-se que os tratamentos com psicotrpicos visam repor as faltas que estão no cérebro, esquecendo-se que esses medicamentos apresentam diversos efeitos por todo o corpo, muitas vezes prejudiciais, e ainda simplifica o problema apenas como uma ‘reposição química hormonal’, o qual na verdade, ainda se sabe pouco a respeito das interações entre as condições psicossociais e os processos bioquímicos (receptores e vias neurais) envolvidos nos transtornos mentais. Por isso, as formulações diagnósticas devem ser utilizadas em abordagem dinâmica, que possibilita ressignificar os processos que afetam a saúde mental das pessoas (NORMAN; TESSER, 2015).

Os psicotrópicos modificam as muitas expressões, independentemente de diagnóstico ou etiologia. Portanto, os problemas de saúde mental demonstram que a P4 necessita de um olhar para além do paradigma da medicina baseada em evidência (MBE), ao contrário do que sugerem alguns autores. A prevenção quaternária requer uma reflexão científica sobre as bases conceituais e históricas da psiquiatria que favoreça a desmedicalização do cuidado em saúde mental, deve-se fundamentar em uma abordagem fenomenológica (modelo explanatório semiológico) diante dos sintomas e da realidade única de cada indivíduo. Dessa forma, pretende-se evitar os danos iatrogênicos decorrentes da rotulação, que tem o potencial tanto de estigmatizar como hipermedicalizar o cuidado em saúde mental (PULHIEZ; NORMAN, 2021).

Ao reduzir as tendências medicalizantes do cuidado médico e profissional, a P4 tende, por consequência, a facilitar a abertura de espaços e a valorização da parceria horizontalizada para diálogos entre profissionais e usuários, famílias e comunidades, porque isso é necessário à consecução da P4, o compartilhamento de decisões e a relativização crítica do ideário biomédico e suas técnicas, a consideração de seus limites, perigos e danos (TESSER, 2020).

Uma pesquisa realizada por Pereira, Souza e Cardoso (2021) propõe discutir fatores que se relacionam a esse fenômeno e trazer estratégias no escopo da relação médico-pessoa para evitar a prescrição excessiva de antidepressivos. Desta forma, pontua-se a necessidade da relação de parceria entre o médico e paciente para que ocorra um compartilhamento de decisão como primeiro passo e as divergências devem ser discutidas até que ocorra um entendimento mútuo, identificando que o cuidado terapêutico será uma longa caminhada. Portanto, deve compartilhar o diagnóstico, para que tenha um acordo no plano de cuidado, mas acrescenta-se que o diagnóstico também uma tomada de decisão que deve ser compartilhada, para entender o que é tristeza do que é depressão, por isso a longitudinalidade é um atributo essencial que deve ser explorado, pois necessita-se conhecer o paciente para afirmar do que se trata. No entanto, adiar um diagnóstico não significa adiar um plano de cuidado, antes de dar nome ao sofrimento, existem outras maneiras de cuidar, além dos medicamentos. Nesse sentido, o paciente também é responsabilizado sobre o seu próprio cuidado, em um papel ativo, como em optar em práticas de exercícios físicos, cuidados com alimentação, cuidados com a saúde mental como medicações e inserções em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), além de possibilitar explorar as potencialidades sociais e comunitárias, como a

prescrição social, arte terapia e práticas corporais como a dança. (PEREIRA, SOUZA, CARDOSO, 2021).

Sendo assim, a P4 pode envolver o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), que em 1972 a OMS criou o Departamento de Medicina Tradicional para encorajar os países membros a utilizarem abordagens mais naturais, seguras e custo-efetivas. Assim, foi observado que ao utilizar as Medicinas Tradicionais, complementares e integrativas foram alcançados mais indicadores positivos na saúde. As PICs estimulam o autocuidado, além de contribuírem na redução de excessos da biomedicina e consequente sobremedicalização do sofrimento humano. Por exemplo, para dor lombar crônica existem efeitos benéficos do yoga, acupuntura, osteopatia, hipnose, *Tai Chi Chuan*, massagens terapêuticas e terapia de exercícios. Há evidências convergentes e positivas de segurança e eficácia do tratamento complementar com auriculoterapia para problemas osteomusculares (incluindo lombalgia) e dores, insônia, sintomas mentais comuns (ansiedade) e situações crônicas (obesidade) (TESSER; NORMAN, 2021).

Contudo, na prática a prevenção quaternária necessita-se do posicionamento do médico em reconhecer, escutar e auxiliar o paciente na incerteza, mas também reconhecer o seu sofrimento e ir ao encontro com todos os meios disponíveis. Para isso, faz se necessário o conhecimento e o controle mental e afetivo do médico, de forma que possa dominar a sua própria incompletude, a sua relação com o paciente, a sua comunicação e empatia. Além disso, o conhecimento e a ciência real, desmascarada de manipulações e baseada em uma clínica que se apoia em provas (JAMOULLE; GOMES, 2014).

No estudo realizado por Souza e outros colaboradores (2021) realizado com os profissionais da saúde da APS, constatou-se que o conceito de P4 foi reconhecido pelos profissionais e a compreensão sobre a importância da sua aplicabilidade na prática clínica da APS. Considerando-se que sua inserção nos serviços públicos promove melhorias que interferem positivamente na saúde da população, além de permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas em outros níveis. Para o desenvolvimento da P4, acreditam que uma possibilidade é o compartilhamento de saber e se a discussão de problemas relacionados à saúde individual ou coletiva, buscando a resolutividade de maneira interdisciplinar. Em relação às PICs, os profissionais reconheceram que a sua utilização pode facilitar o desenvolvimento da P4, pois além de promover o autocuidado, favorece a participação e o envolvimento do indivíduo no seu processo de cura. As PICs, ainda, foram consideradas pelos profissionais como terapias desmedicalizadoras, já que sua utilização na prática não traz malefícios e pode ser indicada para diversos problemas relacionados à

saúde. No entanto, os profissionais também pontuaram a falta de conhecimento sobre a P4 tanto pela gestão como pela população e isso consequentemente afeta sua aplicabilidade, pois existe uma interferência cultural na valorização da medicalização (SOUZA *et al.*, 2021).

Por fim, apesar do reconhecimento das potencialidades da prevenção quaternária, faz-se necessário fortalecer estratégias que possibilitem o desenvolvimento de políticas públicas para fomentar e gerenciar alianças estratégicas com tomadores de decisão, profissionais de saúde e cidadãos, para fomentar a redução de diagnósticos e tratamentos excessivos, contribuindo com a qualidade do cuidado (MACIEL; SANTOS; PRADO, 2020). É fundamental a conscientização da sociedade e dos profissionais sobre esses excessos e de (re)posicionamento da indústria, do mercado e da mídia sobre o significado de “estar saudável” (SCHOPF *et al.*, 2022).

2.2.7 A Banalização da Prescrição de Psicotrópicos

É importante ressaltar que a RP, não apresenta uma incompatibilidade com o uso de psicotrópicos no tratamento do sofrimento psíquico. Com base nas conjunturas da luta esta era a possibilidade de tratar os pacientes sem trancá-los e sobretudo, criar novas abordagens terapêuticas como formas de tratamento. Assim, o tratamento medicamentoso teria uma função complementar nesse processo. Essa nova assistência, permitiu a inserção de novas terapias, entretanto, com predomínio de tratamentos medicamentosos, devido a influência da biomedicina nas práticas clínicas dos profissionais de saúde mental, diminuindo os efeitos de uma psiquiatria comunitária na própria dinâmica da assistência psiquiatria regida pela RP. Não há incompatibilidade entre a nova assistência psiquiátrica e a medicina classificatória do DSM-5, uma vez que a transformação do sofrimento psíquico em “transtornos”, tornando-o passível de ser reduzido à dor psíquica, já ocorre do ponto de vista nosológico (PERUSSI, 2015).

Os transtornos de saúde mental afetam uma em cada dez pessoas em todo o mundo. Avalia-se que cerca de 700 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais e neurológicas, representando cerca de 13% do total de enfermidades do mundo, e aproximadamente um terço das enfermidades não contagiosas. De acordo com a OMS, em seu “Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020”, 90 milhões de pessoas terão algum distúrbio pelo excesso ou vício de psicotrópicos no período 2013-2020 e 350 milhões deverão sofrer de algum transtorno depressivo (SANTOS; NESTOR, 2018).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 15% da população consome mais de 90% da produção farmacêutica; além disso, entre 50% a 70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa, sendo que cerca 50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados, são usados de modo inadequado em nosso país (BRASIL, 2007).

Se o campo da saúde mental é hegemônico por valores vinculados à biomedicina, no caso, o campo é perpassado pelos valores da psiquiatria clínica, ocorre a naturalização ou a biologização do processo saúde-doença, tendo como consequência uma série de práticas e crenças a respeito da dor e do sofrimento. A “captura” do sofrimento psíquico pela biomedicina tem como grande mediador o uso e o tratamento por psicotrópicos. É a crença na eficácia do tratamento medicamentoso que gera a legitimidade da naturalização do sofrimento. O resultado é sua medicalização. O efeito paradoxal desse processo é a submissão do sofrimento à dor. Ao obter essa redução, consegue-se a sua naturalização (PERRUSI, 2015, p.12).

Ainda que é inquestionável a necessidade da disponibilização do tratamento e do uso de medicamentos no tratamento da saúde mental, observa-se que os psicotrópicos contribuíram na minimização de algumas formas de sofrimentos decorrentes de transtornos mentais como a psicose e também o quanto esses fármacos colaboraram para a significativa diminuição do número de internações psiquiátricas e o tempo de permanência nos hospitais. No entanto, visualiza-se ao longo do século XX e início do século XXI, uma tendência crescente de medicalização do mal-estar psíquico em suas mais variadas formas (WINOGRAD, 2010).

Nos Estados Unidos entre 2001 e 2005, a prescrição de psicofármacos aumentou em torno de 75%. No Brasil, estima-se que cerca de 2,5 milhões de crianças estejam tomando antidepressivos; entre 2002 e 2006, a produção brasileira de Ritalina – droga prescrita para o Transtorno do *Déficit* de Atenção com Hiperatividade (TDAH) – cresceu 465%. Quanto aos antidepressivos, um estudo realizado pelo Centro de Pesquisa de Pediatria Farmacêutica da Universidade de Londres sugeriu um aumento de seu uso por crianças em nove países pesquisados, inclusive o Brasil, entre 2000 e 2002 (WINOGRAD, 2010, p.524).

Na Nova Zelândia, em 2016 foram prescritos pelo menos um medicamento psicotrópico para 26.175 indivíduos, sendo 2,36% entre jovens neozelandeses, considerando um aumento de 65,03% em relação a 2008. A taxa de prescrição para jovens em 2016 e o aumento percentual desde 2008 para cada classe de medicamentos foram os

seguintes: antidepressivos: 1,07%, aumento de 78,33%; antipsicóticos: 0,37%, aumento de 105,60%; ansiolíticos: 0,15%, aumento de 50%; e sedativos e hipnóticos: 0,22%, aumento de 37,50%. Os estimulantes foram prescritos para 1,06% da população, um aumento de 41,33% desde 2011 (BARCZYK *et al.*, 2020).

Em estudo realizado em um hospital psiquiátrico no México, os antidepressivos obtiveram uma porcentagem de 74,7%, seguido dos antipsicóticos (66,6%) e psicoestimulantes (29,7%). Os medicamentos mais utilizados foram a Imipramina (49,4%); Fluoxetina (21,7%); Risperidona (13,5%) e Carbamazepina (80%) (ASSEFF *et al.*, 2010).

Por isso, destaca-se a importância de que o uso ocorra de forma racional e que exista o acompanhamento dos pacientes por um profissional de saúde capacitado. O uso inadequado de medicamentos contribui para o aumentando risco de morbidade e mortalidade, além da elevação dos custos com a saúde (VIEIRA, 2007). Ainda, cabe ressaltar que o uso inadequado dos psicotrópicos pode provocar tolerância, dependência bem como outras reações adversas extremamente danosas aos sujeitos, deixando clara a necessidade de intervenção (NOTO *et al.*, 2002).

A configuração hierárquica da Rede de Serviços de Atenção à Saúde Mental foi organizada com base nos princípios de territorialidade, determinando que o vínculo primário do usuário acontece junto às equipes onde é cadastrado. Deste modo, a criação da ESF vem da direção da superação da tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na promoção da saúde, bem como a priorização da aproximação do profissional de saúde com o usuário. O acesso aos serviços de apoio matricial, bem como a regulação local dos encaminhamentos a níveis assistenciais especializados passam, impreterivelmente, pela avaliação dos profissionais da ESF. A maior parte dos casos não se constitui de transtornos graves e persistentes, podendo ser manejados nos serviços de APS, conforme proposto pela OMS em seu último relatório sobre saúde mental (BRASIL, 2009).

Deste modo, compreende-se o caráter eminentemente de apoio de serviços e recursos em saúde mental como os CAPS, NASF e equipes de matriciamento, uma vez que os NASF não constituem porta de entrada do sistema de saúde e o acesso direto aos CAPS apresenta indicações e bastante específicas. Por conseguinte, a demanda por tais serviços é determinada pelas características locais de cada território sob responsabilidade da ESF. No caso do tratamento ofertado, indica-se uma possibilidade de reorientação da medicalização e a reconstrução da autonomia (TABORDA, 2013).

No entanto, devido a formação dos profissionais de saúde ainda estarem atreladas ao modelo hospitalocêntrico e a tradição pautada no autoritarismo biomédico, denota-se consequências desastrosas devido às dificuldades relacionais médico paciente e manutenção da velha prática do modelo de prescrição pautado na medicalização. Deste modo, para melhorar a atenção biomédica e abrir espaço para o reconhecimento, é necessário o estudo e o uso de outras terapêuticas e racionalidades médicas. Tal estudo visa a reconstrução da clínica e a abertura do ambiente da APS para o enriquecimento e a ampliação das práticas em saúde, facilitando o desenvolvimento de ações de maior eficácia terapêutica e promotoras de autonomia e restringindo ao máximo a medicalização (TESSER, 2012).

Destaca-se a necessidade de uma construção de uma prática clínica menos medicalizante na rede básica e no ESF, por meio de ações que capacitem os profissionais no sentido de aumentar as habilidades diagnósticas e prescrições corretas de psicotrópicos, uma vez que, boa parte de usuários de psicotrópicos não tem diagnósticos e avaliações de acompanhamento. Consequentemente, tem-se encaminhamentos equivocados a especialistas, realização de exames desnecessários, falta de exames específicos e, sobretudo, a prescrição inapropriada de psicofármacos (TABORDA, 2013).

Entretanto, se constata um aumento na utilização de psicotrópicos, de forma generalizada, nas últimas décadas. Este crescimento pode ser atribuído ao aumento de diagnósticos de transtornos mentais na população, a introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico e as novas indicações terapêuticas dos fármacos existentes (XAVIER *et al.*, 2014). Também pode estar relacionado com a desinformação do sujeito com o seu próprio tratamento, retratando uma das principais barreiras à atenção em saúde mental de qualidade, bem como a comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Em muitos casos, aparece a dificuldade das equipes em estabelecer um diálogo que seja compreensível pelo seu público, o que seria um esclarecimento do conhecimento especializado para uma forma mais acessível de explicação (CAMPOS *et al.*, 2011).

O fim de uma consulta não pode significar apenas uma receita para medicalização, mas deve estar dentro de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente, em seu sofrimento, nas suas condições psicoexistenciais, em seus desafios terapêuticos e possibilidades de outras intervenções. Tais fatos propiciam uma reconstrução da clínica e abertura do ambiente da atenção primária para o enriquecimento e ampliação das práticas em saúde, desenvolvendo ações com maior eficácia terapêuticas e promotora de autonomia, restringindo ao máximo a medicalização. Os psicotrópicos, quando bem

administrados, podem ser facilitadores relevantes no processo de cuidado com o usuário. Entretanto, estes devem ser prescritos por um curto ou médio prazo, pois o adoecer psíquico foi, em algum momento, construído em sua vida e não nasceu adoecido (ALFENA, 2015).

Com a transformação da sociedade, desencadeou-se novas maneiras de sofrer com novas expressões psicopatológicas. Compreende-se que por meio do sofrimento psíquico vincula-se o psíquico e social, uma vez que a socialização moderna induz a uma apreensão subjetiva e individualizada do mundo. O individualismo contemporâneo apresenta valores relacionados com autonomia, desempenho, empreendedorismo, responsabilidade, adaptação, iniciativa dentre outros. Quando ocorre, o sofrimento passa a ser entendido como um sintoma de fracasso, incapacidade e inadaptação e, por esta razão, compreende-se que a sociedade exige uma adaptação permanente e constantes mudanças. Conseqüentemente, o fracasso ou sucesso torna-se uma responsabilidade individual, e as medicações psicotrópicas passam a ser uma técnica adequada para a satisfação da necessidade em cessar o sofrimento, devido a urgência do indivíduo em retornar às suas funções e papéis sociais com bom funcionamento (PERRUSI, 2015).

A medicalização pode ser entendida como suporte e tratamento da autonomia, pois não se limitaria apenas na eliminação da dor psíquica. Passa a ser mais utilizado para a energização do desempenho profissional, adaptação social e até como forma de adquirir um bem estar corporal e emocional. Com isso, a busca pela medicação psicotrópica torna-se uma forma de felicidade química, tornando necessária a existência humana e também parte do consumo no mercado capitalista (EHRENBBER, 2005).

Além disso, apesar de ser o sujeito que relata o seu sofrimento, e não o corpo biológico, é entendido muitas vezes apenas a dor. O profissional procura sinais, sintomas de um corpo doente, e não o sofrimento, o significado existencial produzido pelo sujeito. Assim, segue-se a lógica que só existiria a dor física. Com isso, a incorporação do sofrimento com a dor gera a transformação do sofrimento psíquico em dor psíquica, ou seja, uma forma variante da dor física. No entanto, a dor psíquica remete mais ao sujeito do que ao corpo biológico propriamente dito. Desta maneira, para a neuropsiquiatria, a depressão seria um distúrbio na captura de serotonina, ou seja, seria um problema biológico. Isso desencadeia o entendimento que a angústia do deprimido é consequência do distúrbio da serotonina e não de seu sofrimento existencial. Isso faz o indivíduo sentir uma dor psíquica, mas com o sentido ampliado como emergência de um problema biomolecular. Sendo assim, o psicotrópico torna-se fundamental, pois se o sofrimento é dor e tem causalidade biológica,

o medicamento passa atuar de forma mais eficaz do que uma escuta profunda dos significados do sofrer. Ainda que inegavelmente eficientes, por diminuírem as por diminuírem ou eliminarem os sintomas (dor) de maneira rápida, os medicamentos podem não ser efetivos no sofrimento existencial, por não trabalhar a causa do sintoma (PERUSSI, 2015).

2.2.8 Sobre Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade

Na sociedade contemporânea observa-se um movimento de medicalização em diversas direções, em que aponta todo e qualquer tipo de mal-estar pode ser tratado por meio do uso de medicamentos. Segundo Pelegrini (2003, p.37), “*se encontra nas medicações uma cura padronizada para todos os males da alma [...]*”, do que em relação às patologias mentais propriamente ditas, fato que merece cada vez mais atenção dada sua importância e consequências à saúde da população. Com isso, compreende-se que a medicalização pode ser descrita como um processo no qual os problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas da medicina, definindo-os em transtornos, doenças ou distúrbios (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). O uso de medicamentos para lidar com os problemas da vida não constitui apenas em um processo individual, mas também em um fenômeno coletivo próprio da sociedade, no qual se estabelecem os padrões de normalidade (CAPONI, 2009).

A psicopatologia da “pós-modernidade” caracteriza-se por um funcionamento psíquico de fracasso na realização e na glorificação do “Eu” e na estetização da existência. O sujeito não está mais apto a exercer o fascínio da estetização da existência e passa a ser considerado um perdedor, segundo os valores dessa visão de mundo. Surge, então, a droga, como solução viável (BIRMAN, 2011).

Deste modo, compreende-se que o psicotrópico tem sido utilizado para o tratamento do sofrimento, fenômeno este que pode ser explicado como cansaço, fraqueza, aflições, privações materiais, entre outros sentimentos, fortemente ligado com os problemas sociais. O uso do medicamento para solução de conflitos relacionados à pobreza material, opressão, insatisfações e dificuldades na vida cotidiana evidencia a dificuldade de se lidar com o humano para além do corpo físico, juntamente com a tendência a ignorar os sentidos ou outros significados que não são os biológicos (SILVEIRA, 2000).

Na atualidade existe uma busca incessante pela satisfação imediata de suas

necessidades, em decorrência do desenvolvimento tecnológico, a rapidez de disseminação de informações e a cultura impregnada do imediatismo que tem predominado o meio social (MAIA; ALBUQUERQUE, 2000). Assim, entende-se a medicação como o método mais rápido em sanar estes sintomas, mas nem sempre o mais recomendado ou eficaz para obter rendimentos melhores nas atividades cotidianas (FERRAZZA, 2009). Além disso, as próprias cobranças cotidianas por maior produtividade e rendimento em um mercado de trabalho altamente competitivo, aliados à busca constante pelo prazer e a necessidade de mostrar felicidade a todo momento, contribuem para o aumento abusivo dos psicotrópicos: “[...] permanecer no estado de prazer e alegria, ao preço de se eliminar parte da experiência humana. É como se, socialmente, não se reconhecesse mais a dor e a frustração como constitutivos do percurso [...]” (MAIA; ALBUQUERQUE, p.83, 2000). Em decorrência desse fato, aumenta-se a auto cobrança, a patologização dos sujeitos, no qual a dor e a frustração deixam de ser reveladores dos limites inerentes à existência humana. Passa-se a ideia de que a imagem ideal de pleno prazer está disponível para todos que se esforçam, cujo plano não é efetivado por causa de problemas individuais do sujeito (BARBOSA, 2020).

A situação apresentada pode ocasionar muitas consequências suprimindo o sofrimento, uma vez que o bem-estar pleno se encontra ao alcance de todos na forma de “pílulas mágicas”, capazes de eliminar os problemas e aumentar a produtividade. Embora os medicamentos tratem apenas os sintomas, não atuando especificamente na causa dos problemas, ainda há a percepção de que muitos sujeitos preferem utilizar os remédios, em vez de falar sobre o seu sofrimento. Além disso, ignoram-se o fato de que com alguns medicamentos psicotrópicos diminuem a sua eficácia ao longo do tempo, por meio da criação de tolerância com a medicação, e que pode levar a necessidade de dosagens cada vez maiores deste medicamento e induzindo até a automedicação (TAVARES, HASHIMOTO, 2010).

O próprio ato do paciente receber a receita médica e utilizar a medicação, pode promover a desresponsabilização e despolitização do sujeito em relação a seu sofrimento psíquico. A medicação é vista como uma solucionadora do sofrimento, que o sujeito parece fazer questão de desconhecer. As soluções para a promoção da saúde são materializadas e transformadas em diversos objetos consumíveis, como seguros de vida, alimentos específicos e medicamentos. A sociedade atual transforma a saúde em bens de consumo e também transforma o medicamento em símbolo de saúde (LEFÈVRE, 1991).

Mesmo com incansáveis esforços em menosprezar o sofrimento psíquico e os sentimentos de dor, ressalta-se que a dor e o sofrimento são inerentes à própria existência

humana e revestem-se de múltiplas variáveis, que não devem ser minimizados ao enquadramento de uma categoria (AZEVEDO-MARQUES, 2009). Segundo Huxley, (2005, p.35), “[...] parece imperdoável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os “paraísos artificiais”, isto é, a busca do auto transcendência por meio das drogas ou umas férias químicas de si mesmo. A vida apresenta dolorosa, exigindo movimento, sobrecarregada de responsabilidades, que tendem a gerar mais e mais ansiedade, desgaste e alterações psíquicas nunca experimentadas anteriormente. Estas alterações podem acarretar esgotamento físico e mental, facilitando o desencadeamento de processos patológicos (HAN, 2017).

Visualiza-se uma sociedade dominada pela analgesia, em que parece racional fugir da dor a qualquer preço, ao invés de enfrentá-la. Parece razoável suprimir a dor, mesmo que isso suprima a fantasia, a liberdade ou a consciência. É uma reprodução do modo de viver na sociedade contemporânea de consumo, na qual todos os desejos, sonhos, projetos, paixões se materializam e são oferecidos pelo mercado como produtos que podem ser comprados e consumidos (LEFÈVRE, 1991).

No entanto, é importante considerar que o sofrimento é orientado pelo sentido dado pelo sujeito em sua experiência da dor e do adoecimento. Se compreende que essa dor é vivida e se constitui em sofrimento se estiver integrada em uma cultura. Em outras palavras, a dor só pode vir a ser um sofrimento apenas por meio do olhar do próprio sujeito. Atualmente é o olhar do profissional que mais determina a relação do paciente com a sua experiência. Por isso, a medicalização da linguagem, da resposta à dor e aos sintomas está em vias de determinar condições sociais que paralisam ou diminuem a capacidade de reagir autonomamente frente à dor ou ao sofrimento (ILLICH, 1975).

A reflexão sobre consequência da nova atitude cultural aborda como os sujeitos desejam que o sofrimento psíquico deixe de ser uma questão subjetiva e passe a ser visto/vivenciado como um problema médico. As pessoas não se posicionam como protagonistas de seus adoecimentos, ocasionando uma desistência na difícil tarefa de mudar e de responsabilizar-se. Assim, opta-se pelos tratamentos medicamentosos, cuja principal característica é a maior rapidez e menor gasto econômico possível para ter alívio da dor. Além disso, as psicoterapias podem ser vistas como algo desconfortável, em especial quanto a suas propostas clínicas, uma vez que na contemporaneidade exige-se rapidez, garantia e eficiência. Contudo, é importante salientar que o sofrimento humano é permeado por questões de existência: desamparo, falta de sentido, vazios, crises existenciais dentre outros (CALLIGARIS, 2000).

2.2.9 O Impacto da Pandemia da COVID-19 na Saúde Mental

No início de dezembro de 2019, foi identificado um vírus que até o momento era desconhecido, na cidade de Wuhan na China (AHMED *et al.*, 2020). A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), é uma doença altamente infecciosa com um longo período de incubação causado pelo vírus SARS-CoV-2. A gravidade do COVID-19 havia sido subestimada até que a Comissão Nacional de Saúde a classificou oficialmente como uma doença infecciosa tipo B e tomou medidas de combate à doença em 20 de janeiro de 2020 (LI *et al.* 2020). Desta forma, a OMS anunciou uma pandemia causada pela COVID-19, o qual foi registrada em mais de 180 países (SCHMIDT *et al.*, 2020).

A transmissão do vírus SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe de um indivíduo infectado para uma pessoa livre da infecção, por meio do contato com superfícies e objetos contaminados, onde o vírus pode permanecer viável por até 72 horas, ou por via fecal-oral. Acrescenta-se ainda que a transmissão do SARS-CoV-2 é agravada pelo elevado tempo médio de incubação, de aproximadamente 5 a 6 dias e devido às pessoas sem sintomas, chamadas de assintomáticas, ou pessoas que estão contaminadas, mas ainda não apresentaram os sintomas, chamadas de pré-sintomáticas, que podem transmitir a doença (AQUINO *et al.*, 2020). Os principais sintomas são: febre, cansaço, tosse seca e outros menos comuns como: a perda de paladar e/ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos, tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios, tonturas (OMS, 2020).

Em função da inexistência de medicação específica, as medidas iniciais de saúde pública foram decisivas no controle da pandemia, a OMS recomendou a adoção de intervenções não farmacológicas, como o distanciamento social, com objetivo de diminuir o contato físico entre pessoas e o risco de transmissão da COVID-19, de modo a promover o achatamento da curva de crescimento dos casos. Além disso, acrescenta-se o uso de máscaras, aumento na higienização e medidas de proteção obrigatórias em espaços públicos (ventilação e proibição de aglomerações de pessoas) (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O distanciamento social tem como objetivo reduzir as interações sociais, que podem incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Alguns exemplos de medidas que foram adotadas com essa finalidade incluem: (a) o fechamento de escolas e locais de trabalho, (b) a suspensão de alguns tipos de comércio e (c) o

cancelamento de eventos para evitar aglomeração de pessoas. No entanto, em relação a quarentena pode ser aplicada no nível individual ou grupal, obrigatória ou opcional, mantendo os sujeitos nos próprios domicílios ou com acesso a instituições especialmente designadas para este fim, de modo a promover a restrição do movimento de sujeitos expostos a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectados ou ainda porque estão no período de incubação. Acrescenta-se ainda sobre o isolamento social, o qual é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. Para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa (AQUINO *et al.*, 2020).

Uma pesquisa foi realizada com uma amostra de adultos brasileiros durante o início da pandemia abordando a temática sobre o distanciamento social. Como resultado, obteve-se uma amostra de 45.161 indivíduos avaliados, o qual aponta-se que a maior parte da população brasileira aderiu ao distanciamento social, saindo apenas para estabelecimentos considerados essenciais (FARO *et al.*, 2020). No entanto, apesar do distanciamento social ser uma medida eficaz para a prevenção e controle da COVID-19, pode provocar a vivência de situações desagradáveis impactando a saúde mental da população, levando a um aumento nos sintomas ansiosos e depressivos que podem perdurar mesmo após o fim do surto (BROOKS *et al.*, 2020).

Na China, onde a pandemia originou-se, foi realizado um estudo que incluiu 1210 entrevistados de 194 cidades do país. No total, 53,8% dos participantes classificaram o impacto psicológico do surto como moderado ou grave; 16,5% referiam sintomas depressivos moderados a graves; 28,8% relataram sintomas de ansiedade moderados a graves; e 8,1% relataram níveis de estresse moderados a graves. Dessa forma, visualiza-se que mais da metade dos entrevistados classificou o impacto psicológico como moderado a grave, e cerca de um terço relatou ansiedade moderada a grave. (WANG *et al.*, 2020).

Nos Estados Unidos, em um total de 5.470 entrevistados, 40,9% relataram uma condição de saúde mental ou comportamental adversa, incluindo aqueles que relataram sintomas de transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo (30,9%), aqueles com sintomas de TSRD relacionados ao COVID-19 (26,3%), aqueles que relataram ter iniciado ou aumentado o uso de substâncias para lidar com o estresse ou emoções relacionadas ao COVID-19 (13,3%), e aqueles que referiram ter considerado seriamente suicídio nos últimos 30 dias (10,7%) (CZEISLER *et al.*, 2020).

Outra pesquisa realizada nos EUA, com o objetivo de comparar as prevalências de

transtornos de ansiedade e transtornos depressivos em amostras nacionais, no período antes (2019) e durante (2020) a pandemia, Todos os participantes preencheram o Questionário de Saúde do Paciente-2 para transtorno depressivo e o rastreamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada-2 para transtornos de ansiedade. Resultando que os indivíduos manifestaram três vezes mais de chances de apresentar os transtornos citados, com mais de um em cada três indivíduos apresentando um ou ambos os transtornos (TWENGE; THOMAS, 2020).

No Brasil, um estudo realizado pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) avaliou 1.460 indivíduos de todas as regiões do país, com o instrumento de um questionário *on-line* com mais de 200 perguntas, em dois momentos específicos, de 20 a 25 de março e de 15 a 20 de abril em 2020. A prevalência de pessoas com estresse agudo na primeira coleta de dados foi de 6,9% contra 9,7%, na segunda. Para depressão, os números saltaram de 4,2% para 8,0%. Por último, no caso de crise aguda de ansiedade, percebe-se sair de 8,7% na primeira coleta para 14,9%, na segunda coleta (STULTS-KOLEHMAINEN; FILGUEIRAS; BLACUTT, 2021).

Outro estudo realizado no Brasil, desenvolvido por iniciativa da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coletaram os dados entre 24 de abril e 24 de maio de 2020 com questionário aplicado via *web* a adultos e idosos, coletando informações sobre condições de vida, saúde e comportamento. Obteve-se de 45.161 brasileiros respondentes, verificou-se que, durante a pandemia, 40,4% se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, e 52,6% frequentemente ansiosos ou nervosos; 43,5% relataram início de problemas de sono, e 48,0% problema de sono preexistente agravado (BARROS *et al.*, 2020).

A insônia é considerada um problema de saúde relacionada à sobrecarga emocional, uma pesquisa *online* com objetivo de explorar as dificuldades de sono encontradas durante a pandemia na população grega, utilizou como instrumentos a Escala de Insônia de Atenas (AIS), a escala de Intolerância à Incerteza (IUS), a Escala de Solidão de Jong Gierveld (JGLS) e a Escala de Depressão do Questionário de Saúde do Paciente-2 (PHQ-2). Com a participação de 2.427 participantes, detectou-se em 37,6% dos participantes apresentavam escores elevados de insônia, as principais causas que contribuíram com essa alteração do sono foram solidão, medo da infecção do vírus e a presença de algum diagnóstico de transtorno mental (VOITSIDIS *et al.*, 2020).

Devido à sobrecarga de trabalho em relação aos profissionais de saúde, foi

desenvolvido estudo de caráter transversal por pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e da Faculdade de Saúde Pública (FSP), com a utilização de questionário online em junho de 2020 atingindo todas as regiões do Brasil. Em relação aos participantes, 76% eram mulheres e 53,8% médicos(as), entre outras profissões como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros. Destes, 55,7% estavam atuando “na linha de frente” (cuidados com pacientes com COVID-19) e 9,2% profissionais já tinham sido infectados pelo vírus. Na análise de 4.384 participantes, 41,4% deles apresentaram novas queixas de insônia ou piora desse quadro durante a pandemia. O estudo também observou um aumento de 13% no número de tratamentos medicamentosos para insônia entre os profissionais. Os dados mostraram que, durante a pandemia, a ansiedade prevalecia em 44,2% dos entrevistados e *Burnout* em 21% deles (DRAGER; GENTA, 2020).

Pesquisa realizada com 1.563 participantes membros da equipe médica na China, denota como resultado que 36,1% dos profissionais apresentavam sintomas de insônia durante o surto da COVID-19, associados a sintomas de estresse, ansiedade e depressão (ZHANG *et al.*, 2020). Outro estudo, de método transversal, entre 268 médicos de diferentes especialidades, confirmou que a COVID-19 apresenta alterações na qualidade de sono dos profissionais, sendo que 68,3% estavam com insônia e 93,7% apresentavam estresse (ABDULAH; MUSA, 2020).

Desta forma, compreende-se que o distanciamento social pode afetar a saúde mental da população mundial, devido às alterações na rotina dos indivíduos (fechamento de lugares, *home office*, impossibilidade de reunir-se com grande número de pessoas), diminuição de exercícios físico e má alimentação, alterações na qualidade de sono, preocupações financeiras, perdas e lutos não elaborados, aumento de violências domésticas e utilização de drogas e medicamentos, isolamento, incertezas e instabilidade das mídias sociais e posicionamento do governo. Em que, devido essas mudanças facilita o desencadeamento de sintomas como: estresse, irritabilidade, medo, raiva, insônia, depressão, experiências traumáticas associadas a infecção e/ou morte de pessoas (VIGO *et al.*, 2020).

Em relação ao sedentarismo, inatividade física e maus hábitos alimentares, são associados com baixa saúde física e mental, o que pode aumentar os níveis de ansiedade e depressão (WERNECK *et al.*, 2020). Em uma pesquisa com 1.613 adultos brasileiros, 79,4% relataram que tiveram algum impacto em suas atividades físicas e muitos tiveram que interromper ou diminuir a frequência de suas práticas, apresentando ter maior

prevalência de sintomas emocionais (MARTINEZ *et al.*, 2020). Esses fatores, podem também modificar o sistema imunológico, provocando consequências na população e, conseqüentemente, danos na saúde mental (GUIMARÃES; SANTOS; SANCTOS, 2020).

Acrescenta-se que a pandemia impactou negativamente a vida financeira de muitos trabalhadores, devido à diminuição de rendas, instabilidade de empregos e grande número de demissões (CASTRO-DE-ARAÚJO; MACHADO, 2020). Um estudo em relação ao impacto econômico no período pandêmico na região sul do Brasil, denota que 44,6% dos participantes referiram-se ter tido perdas econômicas, essa porcentagem refere-se às diferentes categorias profissionais desde servidores públicos até trabalhadores informais (DUARTE *et al.*, 2020).

Esse fato, também se associa ao machismo estrutural, com a possibilidade de desestabilização emocional de muitos homens considerados provedores no ambiente familiar, influenciando ter comportamentos violentos no lar com a família e principalmente com a mulher, denotando um aumento das violências. Além disso, ressalta-se a mudança do funcionamento das atividades de creches e escolas, as quais crianças e adolescentes passam a estarem em casa, acarretando, principalmente para as mulheres, no acúmulo de tarefas de cuidado, da casa, filhos e até enfermos (CAMPOS; TCHALEKIAN; PAI, 2020).

Além dos fatores sociais, o boletim diário da OMS COVID-19 até o dia 17 de dezembro de 2021, contabiliza 5.305.991 em relação ao número de óbitos de pessoas no mundo e em relação ao Brasil contabiliza 617.647 óbitos e 22.207.358 casos de coronavírus desde o início da pandemia (Brasil, 2021). De acordo com os critérios de segurança do COVID-19, os rituais funerários que colaboram nos processos de despedida e elaboração de luto foram proibidos ou restritos para evitar a possibilidade de aumentar contágios do vírus. Dessa forma, não havendo rituais de despedidas e velórios, colabora negativamente na elaboração do luto, incompreensão do sentido de perder um ente querido, impedindo a resignificação da situação e afetando questões emocionais desse processo considerado natural, aumentando a probabilidade de torna-se patológico (CREPALDI *et al.*, 2020).

Contudo, compreende-se que os transtornos mentais surgem pela influência de múltiplos fatores subjetivos, sendo considerados biopsicossociais e não significa a simples ausência de um transtorno mental (GALDERISI *et al.*, 2015). Ainda se ressalta que algumas pesquisas já pontuam as sequelas da COVID-19 com efeitos generalizados em diferentes órgãos, demonstrando uma disfunção do sistema imunológico e que provavelmente também poderá afetar as questões neuropsiquiátricas significativas pós-infecção (VIGO *et*

al., 2020).

Desta maneira, o impacto da pandemia na saúde mental é uma consequência esperada, nessa situação já evidencia o aumento do uso de psicotrópicos como mediador do sofrimento (ALVES *et al.*, 2021). Em comparação do primeiro trimestre de 2020 (período anterior e início de primeiros casos de infecção por COVID-19 no Brasil) e 2021 (vigência da pandemia), observa-se aumento considerável na venda de vários psicotrópicos: Bupropiona (137%), Amitriptilina (41,5%), Escitalopram (37,9%) e Trazodona (17,4%), do benzodiazepínico Bromazepam (120%) e do hipnótico Zopiclona (29,3%) (BRASIL, 2021).

Uma pesquisa realizada com objetivo avaliar a dispensação de medicamentos benzodiazepínicos em uma drogaria no ano de 2019 e comparar com o ano de 2020 no município de Uberaba – MG, aponta que as caixas vendidas de Clonazepam passou de 164 caixas em 2019 para 266 caixas vendidas em 2020 (aumento de aproximadamente 183%), já o Alprazolam teve 164 caixas vendidas em 2019 e foi para 199 caixas vendidas em 2020 (aumento de aproximadamente 21%) e por último está o Clobazam que passou de 50 caixas vendidas em 2019 para 56 caixas em 2020 (aumento de aproximadamente 10%). Esses tipos de medicações são conhecidos comumente como ansiolíticas, hipnóticas e anticonvulsivantes, para tratamento de ansiedade, insônia e estresse, visto que esses sintomas aumentam com a situação pandêmica vivenciada pela população em geral (MACHADO, 2020).

Acrescenta-se o levantamento realizado pela Consultoria IQVIA, considerada líder no uso de informação, tecnologia e análises avançadas na área de saúde sobre vendas de psicotrópicos, o qual foi solicitado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) no Brasil, entre janeiro a julho de 2020 em comparação com o mesmo período de 2019. Em que, apresentou um acréscimo de 14% nas vendas de antidepressivos e estabilizadores de humor, a quantidade de unidades vendidas mudou de 56,3 milhões em 2019, para 64,1 milhões em 2020. Em relação aos anticonvulsivantes, o aumento foi 13%, as vendas em 2019 eram de 46,2 milhões e passaram para 52,1 milhões em 2020. Outro ponto importante, foi o aumento do consumo de fitoterápicos, o qual apresentou um aumento de 59% nas vendas, ressalta-se que são medicações que não necessitam de controle de prescrições médicas (CFF, 2020). Ressalta-se que a predominância do aumento é nos estados no Norte e Nordeste do Brasil, locais onde é mais precárias as condições de acesso aos serviços de saúde e as condições socioeconômicas, além de grandes índices epidemiológicas sobre a disseminação do vírus COVID-19 (AMÉRICO, 2021).

O aumento do consumo não foi apenas em psicotrópicos, mas também em relação

a outras substâncias lícitas e ilícitas. De acordo com a OMS, substâncias lícitas são comercializadas de forma legal, podendo ser controladas por algumas restrições, como alguns medicamentos só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica, nessa classificação encontramos álcool, cigarros, remédios, entre outros. Já as substâncias ilícitas são drogas comercializadas sem autorização legal, como maconha em alguns países, cocaína, *crack*, entre outros (COBUCCI, 2021).

Segundo os dados do MS, os hospitais credenciados pelo SUS em relação aos atendimentos com dependentes químicos, em 2020 tiveram um aumento de 54% em comparação a 2019. Os dados do Brasil mostram aumento nos consumos de 17.2% de maconha; 7.4% de cocaína e 12.7% de benzodiazepínicos. Com relação ao consumo de álcool, o aumento foi de 13,1%, um pouco abaixo da média mundial de 13,5% (HOSSRI, 2021).

Segundo o relatório mundial sobre drogas de 2021, aproximadamente 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo no último ano, enquanto mais de 36 milhões sofreram de transtornos associados ao uso de drogas (UNODC, 2021). Na China, estudo com mais de 1000 chineses aponta o aumento de consumo de álcool entre 21 a 40 anos (AHMED *et al.*, 2020). No Canadá, uma pesquisa com adolescentes canadenses entre 14 a 18 anos, constatou um aumento em substâncias como maconha e uso de *vapers* (DUMAS *et al.*, 2020). E nos EUA, mortes por *overdose* aumentaram 28,5% ao longo de um ano durante a pandemia de COVID-19 (BBC NEWS, 2021).

Portanto, compreende-se que o impacto da pandemia em relação a saúde mental é grande, relacionando-se a diversos fatores como o isolamento social, incertezas futuras, mudanças socioeconômicas, entre outros, que tem desencadeado alterações no consumo de medicamentos psicotrópicos e outras drogas (GALLONI; FREITAS; VIEIRA, 2021).

2.2.10 O Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF) e a Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS)

A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, cujo uso pode ser determinante para melhores ou piores resultados. Neste sentido, torna-se necessário que a Assistência Farmacêutica (AF) seja vista de maneira integral. Conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS), pela sua complexidade e características, necessita de uma AF estruturada e de profissionais qualificados para suporte técnico nas ações de saúde e no alcance de bons resultados (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Diante disso, ressalta-se a importância de estabelecer políticas públicas, já que são como um guia para a solução de problemas públicos. Sendo assim, um compromisso oficial expresso em documento escrito, em que consta um conjunto de diretrizes, objetivos, intenções e decisões de caráter geral e em relação a um determinado tema em questão (SARAVIA; FERRAREZI, 2006). Funcionando como um guia para direcionar o planejamento e a elaboração de estratégias, a AF é um plano de ação, programas e projetos, para sua efetiva implementação (SECCHI, 2016).

Sendo assim, a AF é entendida como *“o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde”* (SANTOS, 1996), que foi iniciado como uma política pública regulamentada em 25 de junho de 1971, por meio do Decreto nº 68.806, com a criação da Central de Medicamentos (CEME). Esta possuía como propósito o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, representando um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde (PORTELA *et al.*, 2010).

Analisa-se que durante o período de existência da CEME foram detectados diversos conflitos relacionados com o acesso da população aos medicamentos produzidos, entre eles: a pouca utilização da Relação Nacional de medicamentos essenciais (RENAME) pelos prescritores, desperdícios de medicamentos decorrentes principalmente do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, dificuldades de logística com grandes perdas de medicamentos por prazo de validade vencido, além de insuficiência de recursos financeiros (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Com o passar dos anos, ocorreram mudanças de princípios que foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal em 1988. No Art. 6º, estabeleceu a saúde como direito social e no Art. 23º o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Desta forma, o Art. 196º determina que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988, p.154).

Desta forma, com a regulamentação da Constituição Federal foi elaborado a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que regulamenta o SUS com objetivo de estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo (i.e., federal, estadual e municipal), assegurando em seu Art. 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990).

Portanto, ocorreu a descentralização municipal, em que possibilitou a criação de uma gestão local, que incluía a participação de todos os atores envolvidos, sejam trabalhadores, prestadores de serviços, gestores e usuários. Ocasionalmente ainda o surgimento de um novo formato organizativo para os serviços sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com um olhar para o usuário de maneira integral, visualizando o acesso com equidade, no qual cada sujeito passa a ser atendido conforme suas necessidades, culturas e modos de adoecer específicos com oportunidades diferenciadas (FERREIRA, 2011).

Em decorrência de significativas mudanças ocorreu a extinção da CEME, em que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, empenhou-se para a concretização dos objetivos da saúde. As seguintes Políticas Farmacêuticas foram estabelecidas: (1) Política Nacional de Medicamentos e (2) Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em outubro de 1998, o seu desenvolvimento ocorreu devido diversos fatores, entre os principais, destacam-se: problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos; problemas na qualidade dos medicamentos; uso irracional dos medicamentos; desarticulação da AF; e, a desorganização dos serviços farmacêuticos. Por esta razão, tornou-se uma política norteadora de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Desta maneira, a PNM pontua como diretrizes gerais: (1) Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); (2) Regulamentação sanitária de medicamentos; (3) Reorientação da AF; (3) Promoção do uso racional de medicamentos; (4) Desenvolvimento científico e tecnológico; (5) Promoção da produção de medicamentos; (6) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; (7) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Deste modo, a PNM sensibilizou também uma nova definição da AF:

[...] um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

No contexto da PNM, aborda-se o Uso Racional de Medicamentos, o qual os pacientes devem receber os medicamentos adequados a suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes com base nos requisitos subjetivos, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível. No entanto, quando se tem um uso irracional de medicamentos induz aos desperdícios de recursos, gerando desigualdade de acesso, prejudicando de maneira significativa a qualidade de vida das pessoas. Além disso, estabeleceu a RENAME como a base para a organização de listas estaduais e municipais, tornando possível o processo de descentralização da gestão. A PNM é, portanto, meio fundamental para orientar a prescrição, a dispensação e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do SUS (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

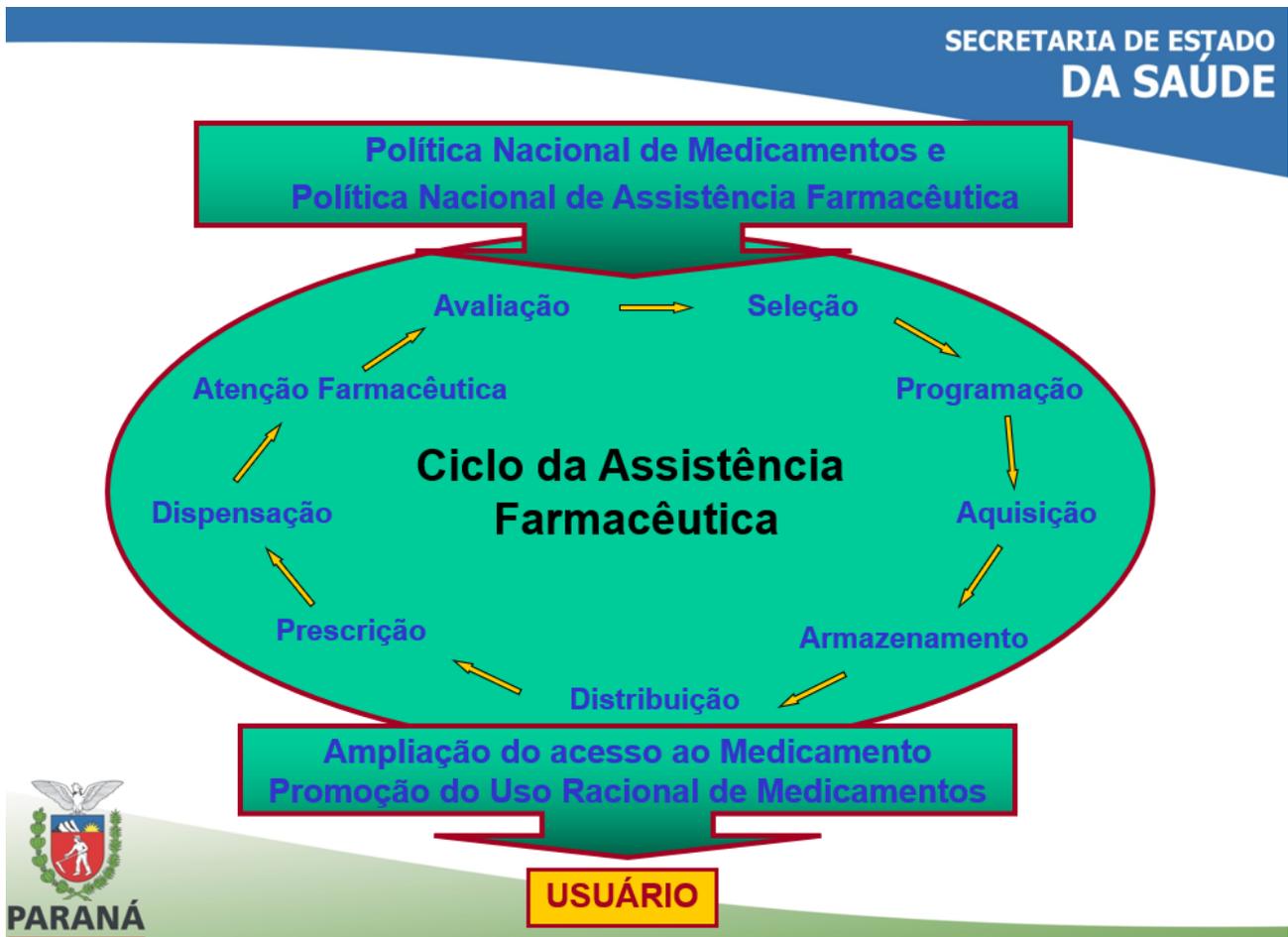
Ocorreu um novo movimento para a AF com a evolução da política de medicamentos que, aprovou por meio da Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, no dia 06 de maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Esta foi aprovada em um conceito de maior amplitude, na perspectiva de integralidade das ações, como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras. Isto garantiu a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Diante disso, a AF é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, fica estabelecido que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pela promoção e estruturação da AF. A garantia do acesso da população aos medicamentos, cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006).

O Ciclo de AF é composto pelas seguintes etapas: (1) Seleção; (2) Programação; (3) Aquisição; (4) Armazenamento; (5) Distribuição; (6) Prescrição; (7) Dispensação; (8)

Atenção Farmacêutica; (9) Avaliação. Neste Ciclo o resultado de uma etapa é o ponto de partida para outra, como é possível ser visualizado na Figura 3.



Fonte: Central de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) / Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR, 2011).

Figura 3 - Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF)

O Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF) tem seu início com a **seleção** dos medicamentos necessários para o estabelecimento da relação de medicamentos a serem escolhidos. O processo deve ser realizado por uma Comissão/Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica, com o objetivo de estabelecer a Relação Estadual de Medicamentos (REME). Desta forma, ficarão definidos os medicamentos a serem disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para todos os níveis de Atenção à Saúde (APS, média ou Alta Complexidade). Além disso, tal procedimento visa assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de

racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas (CORADI, 2012).

A **programação**, tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. Portanto, é realizada com em uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), estabelecida e consensuada na etapa de seleção (MARIN; CASTRO; SANTOS, 2003). Com a RENAME é possível garantir o acesso da população aos medicamentos mais seguros e eficazes, voltados ao tratamento das doenças mais prevalentes e disponibilizados em quantidade adequada. Assim, os recursos para garantir a aquisição desses medicamentos estão regulamentados na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, em que define os recursos para a compra desses produtos (ALANO; LEGUIZAMONN; VARGAS, 2017).

A **aquisição** consiste em um conjunto de procedimentos que efetiva o processo de compra dos medicamentos, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento. Por isso, deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado). Em seguida vem o **armazenamento**, caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque (BRASIL, 2004).

A **distribuição** dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle. É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos. Ainda, como forma de apoio, é utilizada a **prescrição** dos medicamentos, na elaboração da receita médica, como forma de controle e cuidado. Nessa etapa inclui-se a importância da **atenção farmacêutica** para garantir a entrega do medicamento ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso e seu acondicionamento, contribuindo como um dos elementos fundamentais para o uso racional da medicação (CORADI, 2012).

Desta forma, compreende-se que a **Atenção Farmacêutica**² é incluída como um novo modelo, centrado no paciente, em que aborda um conjunto de ações realizadas por profissionais farmacêuticos para orientar e acompanhar o paciente quanto ao uso adequado da medicação. Nessa perspectiva, inclui-se os serviços para garantir uma terapia segura e efetiva, incluindo os mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência (BRODIE; PARISH; POSTON, 1980).

Também é importante destacar que a AF e a Atenção Farmacêutica são distintas em suas definições, mas complementares. A AF é um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais, enquanto a Atenção Farmacêutica é um modelo de prática e as atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde (OMS, 2002). Portanto, o conceito de atenção farmacêutica é “[...] a *provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes*” (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* RENOVATO, 2002, p.52).

Na visão da OMS, a Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional, em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993). Com isso, a OMS considera o benefício da atenção farmacêutica e recomenda a sua extensão a toda comunidade reconhecendo a importância do papel do profissional farmacêutico junto à equipe de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde. Portanto, ao farmacêutico moderno é essencial ter conhecimento, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e com a comunidade. Desta forma, este profissional contribui para a melhoria da qualidade de vida, em especial, no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos (MARIN, 2002).

Em contrapartida, a gestão da AF, constitui-se em um dos maiores desafios do governo, devido ao alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos, tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais. Além disso, há a baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos do Ciclo da AF, aumento crescente da demanda de medicamentos da população, escassez, má gestão dos recursos públicos. Por isso, o conhecimento epidemiológico das patologias

² A Atenção Farmacêutica é uma etapa da Assistência Farmacêutica (AF).

que acometem a população é muito importante para a AF, pois favorece a seleção dos medicamentos custo efetivos ao perfil populacional atendido (TREVISAN, 2015).

Diante disso, os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na APS, começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, por meio de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Além disso, acrescenta-se a possibilidade de os gestores municipais gerarem informações sobre a utilização correta dos medicamentos junto aos usuários da rede, promovendo a implantação do serviço de AF centrada no acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão do tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados ao contexto. Tornando necessário desenvolver modelos que atendam a demanda infinitamente crescente, e ao mesmo tempo, não desumanize o serviço (OLIVEIRA, 2014).

Desta maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente. Neste contexto, há também a necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as unidades de saúde que dispensam o medicamento, de maneira a se comprometer não só com as atividades relacionadas ao processo de programação e aquisição, como também com a relação existente entre o usuário e o uso racional dos medicamentos. Os atendimentos realizados pelo serviço farmacêutico que ainda estão relacionados ao modelo curativo, centrado na consulta médica, apenas atendem essas demandas. O controle informatizado como ferramenta no contexto de atendimento centrado na gestão, ao melhorar a eficiência, pode também ter impactos negativos no serviço de saúde, pois as alterações de ordem tecnológica, quando não acompanhadas por mudanças de ordem operacional, estendem para precarização da qualidade do atendimento (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Entretanto, a Atenção Farmacêutica exige também uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento; nela, o profissional teria que estabelecer uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com o sucesso de sua farmacoterapia. Desta maneira, o farmacêutico deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático, relacionadas com a aquisição de medicamentos, para se ocupar também do usuário (AMARAL, 2008).

2.2.10.1 A Dispensação de Psicotrópicos no Brasil

No Brasil, a regulamentação técnica sobre prescrição e dispensação dos medicamentos controlados devem estar de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), o qual é a principal legislação nacional sobre o comércio de medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL, 1998). De acordo com esta Portaria, deve-se atender as classificações das substâncias, em relação a dosagem, posologia e quantidade máxima prevista para o tratamento dentro dos períodos permitidos, assim se define as substâncias nas seguintes listas:

Lista A

Lista A1 composta pelo grupo de substâncias entorpecentes;

Lista A2 composta por substâncias entorpecentes de concentrações especiais;

Lista A3 composta por substâncias psicotrópicas. Limite de prescrição de 5 ampolas para injetáveis e para demais apresentações quantidade para 30 dias de tratamento de acordo com o regime posológico.

Lista B

Lista B1 composta por substâncias psicotrópicas, prescrição de até 05 ampolas e a dispensação para demais apresentações é para 60 dias de tratamento de acordo com regime posológico;

Lista B2 composta por substâncias anorexígenas, até 30 dias de tratamento, excetuando-se a sibutramina que pode ser liberado o tratamento para até 60 dias;

Lista C

Lista C1 composta por substâncias sujeitas a controle especial, no máximo até 05 ampolas, e nas demais apresentações o tratamento é para 60 dias de acordo com o regime posológico. Exceto substâncias presentes em medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes que o limite para prescrição é de para até 6 meses de tratamento de acordo com o regime posológico;

Lista C2 substâncias retinóicas até 05 ampolas e demais apresentações tratamento para 30 dias;

Lista C3 o limite máximo de prescrição é para 30 dias de tratamento, lista C5 os anabolizantes com limite de até 05 ampolas e nas demais apresentações quantidade suficiente para 60 dias de tratamento (MACHADO, 2020, p.08).

Em relação à prescrição dos medicamentos controlados, considera-se um procedimento que exige extremo cuidado do profissional com o paciente. Por isso, a OMS propõe seis etapas básicas no ato da prescrição: definição do problema, especificação dos objetivos terapêuticos, seleção do tratamento mais eficaz e seguro para o paciente, prescrição adequada, incluindo medidas medicamentosas e não-medicamentosas, informação sobre a terapêutica do paciente e monitoração do tratamento proposto (FERRARI *et al.*, 2013).

Além disso, existe um documento padronizado destinado a notificação da prescrição do medicamento sendo: (a) entorpecentes na cor amarela; (b) psicotrópicos na cor azul e

(c) retinóides de uso sistêmico e imunossupressores na cor branca. As receitas também devem ser preenchidas em duas vias, uma para a retenção da farmácia e a segunda para orientação ao paciente. Ressalta-se que para a aquisição de medicamentos contendo substâncias das listas A, B1, C1 e C5, o prescritor deve preencher uma justificativa datada e assinada contendo o CID ou diagnóstico e posologia (RAPKIEWICZ; GROBE, 2015).

De acordo com a Resolução CFF nº 357/2001, art. 37, a dispensação do medicamento só pode ser realizada pela farmácia ou drogaria se a receita estiver com todos os itens de acordo com a legislação, ressalta-se que a dispensação deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos, responsável em verificar a receita, notificar a dispensação e orientar o paciente, sendo proibida a delegação dessa atividade a outros funcionários do estabelecimento (CFF, 2021).

A Notificação de Receita é um documento que deve acompanhar a receita para a dispensação de determinados medicamentos à base das substâncias de controle especial constantes nas listas A, B e C2 e C3, devendo ser retida pela farmácia ou drogaria no ato da dispensação (Portaria nº 344/1998, art. 35). Estas notificações possuem validade em todo o território nacional, independente do estado em que tenham sido emitidas, no entanto, deve ser apresentada à Autoridade Sanitária local dentro de no máximo 72 (setenta e duas) horas para averiguação e visto (CRF-MG, 2019).

O Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), monitora as movimentações de entrada (compras e transferências) e saída (vendas, transformações, transferências e perdas) de medicamentos comercializados em farmácias e drogarias privadas do país, particularmente os medicamentos sujeitos à Portaria nº 344/1998 (como os entorpecentes e os psicotrópicos) e os antimicrobianos. O SNGPC substituiu de forma gradual, entre 2007 e 2008, a escrituração tradicional, em que as informações ficavam apenas na empresa, pela escrituração obrigatoriamente eletrônica, com transmissão dos dados para a Anvisa. Desta forma, o monitoramento dos hábitos de prescrição e consumo desses medicamentos no país possibilita contribuir com decisões regulatórias e ações educativas a serem promovidas pelos entes que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2020).

Em nível nacional, além do SNGPC, o MS desenvolveu, em 2009, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, denominado de Hórus, como possível recurso para aperfeiçoar a gestão da distribuição, do consumo e da oferta de medicamentos na rede de atenção do SUS (COSTA; NASCIMENTO, 2012). O Hórus permite, entre outras funcionalidades, o controle de estoque, a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos e

dispensados, o agendamento das dispensações, o conhecimento do perfil de consumo, o acompanhamento do uso dos medicamentos e ainda a geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área. O Hórus é fornecido gratuitamente aos municípios e estados a partir da manifestação espontânea do gestor de saúde local (BRASIL, 2018).

Sendo assim, salienta-se a importância de inquéritos de base populacional que abrangem informações sobre o uso de medicamentos psicotrópicos no Brasil pois, apenas o setor privado de saúde possui um sistema informatizado obrigatório para o registro e controle da movimentação destes medicamentos, denominado SNGPC. No SUS ainda não existe a obrigatoriedade do registro eletrônico destes medicamentos, apesar de já existir, desde 2009, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus. Deste modo, os inquéritos populacionais tornam-se essenciais como ferramentas estratégicas para identificação do padrão de uso desses medicamentos pelos diferentes segmentos da população (ANVISA, 2018).

Acrescenta-se que no dia 24 de março de 2020, foi publicado no diário oficial a resolução RDC nº 357, que devido a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2), de caráter temporário, com o objetivo de aumentar as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e também a entrega remota em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, definida por programa público específico (BRASIL, 2020)

A dispensação dos medicamentos a entrega remota, tanto nos serviços públicos ou privados, deve continuar prestando a atenção farmacêutica, mesmo que maneira remota, juntamente com o medicamento ser entregue um cartão com o endereço do estabelecimento, contendo a recomendação ao paciente para que entre em contato com o profissional em caso de dúvidas relacionadas ao uso do medicamento. O estabelecimento dispensador deve continuar realizando o controle e monitoramento das dispensações e registrar no Formulário de Registro de Entrega em Domicílio, coletando as informações e assinaturas necessárias. Acrescenta-se que manteve a vedação de compra e venda dos medicamentos de controle especial por meio da internet (BRASIL, 2020).

Considera-se que terminada a vigência da RDC nº 357/2020, voltam a ser aplicadas as regras sobre quantidades máximas por prescrição previstas na Portaria SVS/MS nº 344/1998 e nas Resoluções da Diretoria Colegiada RDC nº 11/2011, RDC nº 50/2014 e

RDC nº 191/2017. Também voltarão a ser aplicadas as regras que proíbem a entrega em domicílio, previstas na Portaria SVS/MS nº 344/1998 e na RDC nº 44/2009 (BRASIL, 2020).

Contudo, devido a pandemia da COVID-19, houve muitas modificações nas legislações com propósito de reduzir o contágio, com a diminuição do contato social e em relação ao tratamento medicamentoso, alterando as receitas médicas e atualizando as listas de medicamentos de controle especial (SOUSA *et al.*, 2021).

2.2.10.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica (AF)

O financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o **Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado** (BRASIL, 2007).

O **Componente Básico** é para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da APS em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde, pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

O **Componente Estratégico** é para financiamento de ações de AF dos seguintes programas de saúde estratégicos: (a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; (b) antirretrovirais do programa DST/ Aids; (c) sangue e hemoderivados; e (d) imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (VIEIRA, 2010).

O **Componente Especializado** é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; até novembro de 2009, este componente era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. No entanto, com a publicação da Portaria GM/MS nº 981/2009, que altera a Portaria GM/MS nº 204/2007, passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Este componente é caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível

ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Alguns medicamentos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse federal às secretarias estaduais de saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos; e, por fim, há medicamentos sob a responsabilidade exclusiva dos estados, Distrito Federal e municípios (VIEIRA, 2010, p.151).

Entretanto, o Componente Básico da AF (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária à Saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. É composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte financeira fixa consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF em APS, transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da parte fixa, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da política de AF vigente.

Já a parte financeira variável do componente básico consiste em valores *per capita* destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição, e Combate ao Tabagismo. Os recursos poderão ser executados pelo próprio Ministério da Saúde ou descentralizados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nesses programas.

Na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), o planejamento, a formulação, a implementação e a gestão da política de assistência farmacêutica são competências da Coordenação de Assistência Farmacêutica (COAF). O planejamento, a execução e o acompanhamento das atividades relacionadas a programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos são competências do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR). O Ministério da Saúde é responsável pelo Financiamento Tripartite dos medicamentos e insumos do Componente Básico de AF (CBAF); Financiamento, aquisição centralizada e distribuição à SESA de insulinas NPH e

Regular; Financiamento, aquisição centralizada e distribuição à SESA de contraceptivos e insumos do Programa da Saúde da Mulher. Já a SESA-PR pelo Financiamento Tripartite dos medicamentos e insumos do CBAF; Recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios de insulinas NPH (Protamina Neutra de Hagedorn) e regular e de contraceptivos e insumos do Programa da Saúde da Mulher. E as Secretarias Municipais da Saúde pelo Financiamento Tripartite dos medicamentos e insumos do CBAF; Recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação medicamentos do CBAF, de insulinas NPH e Regular e de contraceptivos e insumos do Programa da Saúde da Mulher (PARANÁ, 2020).

Em relação à saúde mental, com a finalidade de atender de forma mais efetiva as necessidades desses usuários, foi implantado, por meio da Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental na rede pública. A abordagem farmacológica dos transtornos mentais envolve o uso de psicofármacos, medicamentos que alteram a atividade mental, aliviando os sintomas dos transtornos psiquiátricos, e ajudando na reintegração do indivíduo ao meio familiar e social. A OMS recomendou que os medicamentos psicotrópicos fossem incluídos na lista de medicamentos essenciais. No que se refere à disponibilidade, os medicamentos para a saúde mental são aqueles constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2012), totalizando um número de 29 denominações genéricas de fármacos em 67 apresentações farmacêuticas. Entre as classes farmacológicas encontram-se os anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor, antiparkinsonianos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnosedativos. Esta seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia, terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2012).

O repasse do incentivo às SES seria feito mediante cumprimento de alguns requisitos estabelecidos pela Portaria, entre eles: (1) apresentação de consolidado atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental, implantados nos municípios do estado; (2) estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços e (3) resolução aprovada na CIB e encaminhada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, contendo a relação dos municípios que possuíssem serviços ambulatoriais de saúde mental. Sendo assim, No Brasil, como a realidade de cada município pode ser diferente em relação aos transtornos mentais (tipos, números de casos, etc.) cabe a cada local determinar a sua própria REMUME, porém com base na RENAME (BOGER *et al.*, 2017).

Os recursos financeiros destinados a cada estado foram estabelecidos na mesma Portaria, sendo 80% de financiamento federal e, no mínimo, 20% de contrapartida estadual. A coordenação e a implementação do programa ficaram sob responsabilidade dos gestores estaduais, com aprovação dos critérios de seleção e distribuição pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os medicamentos a serem disponibilizados deveriam ser selecionados com base no grupo farmacológico que atua sobre o sistema nervoso central, constante da RENAME vigente, devendo ser priorizado o acesso dos pacientes atendidos no nível ambulatorial, para os quais a falta de medicamentos poderia levar à hospitalização.

O incentivo para aquisição de medicamentos para o Programa de Saúde Mental foi instituído pela Portaria MS/SPS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. Como se dispunham de poucos dados confiáveis para estabelecer o valor do incentivo, o mesmo foi definido com base em dados de distribuição disponíveis no Ministério da Saúde. Ao longo do tempo, a ausência de qualquer atualização da Portaria levou a uma defasagem financeira em relação à necessidade, de forma que, atualmente, vários estados e municípios implementam substancialmente esses recursos (BRASIL, 1999).

Considerando, que a atenção à saúde mental vem sendo implementada dentro da estratégia de “desospitalização” estabelecida pelo Programa Nacional de Saúde Mental, A partir da Lei nº 10.216, de junho de 2001, que trata da reforma psiquiátrica brasileira, houve a incorporação de avanços nos serviços e assistência aos usuários de transtornos mentais, com destaque para ações mais humanizadas e de respeito aos direitos dos doentes. Neste cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram incorporados na política de Saúde Mental por meio da Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental (ALENCAR; CAVALCANTE, 2012). Tais dispositivos possibilitaram a reorganização da rede de assistência, visando, inclusive, atender à demanda de pessoas que sofrem com transtornos mentais, estabelecendo que os medicamentos essenciais para a saúde mental devam estar disponíveis onde existam serviços para atendimento a estes pacientes, desde a APS até a rede hospitalar (BIZ *et al.*, 2018). Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira também exigiu modificações na assistência farmacêutica, compreendida como um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, incluindo atividades de pesquisa, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012).

O profissional farmacêutico tem papel imprescindível por conhecer os medicamentos, inclusive os psicofármacos, desde a sua origem na obtenção do princípio ativo, sejam de origem natural ou sintética, com ou sem modificações moleculares, passando pela purificação da substância, estudos farmacológicos e toxicológicos. Ao desenvolver o da melhor forma a assistência farmacêutica, objetivando a otimização de sua veiculação orgânica e indo até aspectos de controle de qualidade da formulação final, conservação e armazenamento. Além dessa orientação para o uso racional de psicotrópicos, o farmacêutico pode colaborar com a terapêutica em Saúde Mental, por meio da realização de análises laboratoriais em fluidos biológicos, como plasma, soro ou saliva, com a finalidade de monitorização terapêutica. Para estimar-se a importância de tal contribuição, deve-se considerar que muitos psicotrópicos têm essa faixa terapêutica muito estreita, por vezes na ordem de microgramas por mililitros de sangue. Assim, relacionando-se o valor obtido com tal dosagem a peculiaridades cinéticas do paciente, é possível propor eventual ajuste posológico otimizando a terapêutica (PACHÊCO; MARIZ, 2006).

No entanto, o CONASS junto às instâncias responsáveis pelo Programa de Saúde Mental e pela AF do Ministério da Saúde, pontua a necessidade de reavaliar esta área, não contemplada na Portaria GM/MS nº 2084/2006, que trata da AF na APS. Atualmente, a responsabilidade pelo gerenciamento dos recursos financeiros é do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do MS, o que favorece a incorporação dos medicamentos para a saúde mental na AF para a APS, conforme reiteradamente solicitado pelo CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Discussões nesse sentido estão em andamento, com a finalidade de superar a fragmentação e estabelecer diretrizes para a AF na área de saúde mental.

Compreende-se que a utilização de medicamentos psicotrópicos é um dos recursos entre outros para o tratamento de transtornos mentais e que seu uso faz sentido quando está inserido em um contexto. A partir do momento, que o usuário compreende e se responsabiliza pelo seu uso da medicação, passará a não somente demandar a troca de receitas, mas também se implicar diante de seu sofrimento. As medicações são necessárias, mas seu uso deve ser racional, não desacreditando de seu potencial, mas também não sendo uma panaceia (BRASIL, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e longitudinal de série temporal, com base na análise de dados retrospectivos e secundários, relativos à dispensação de medicamentos psicotrópicos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Saúde RP-Saúde utilizado pelo Município de Foz do Iguaçu-PR, referente ao período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2021, incluindo-se um período da pandemia de COVID-19.

As pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador (GIL, 2008). Em relação ao tempo, as pesquisas descritivas visam encontrar uma associação da doença ou agravo com horários, periodicidade, dentre outras variáveis. Em relação ao espaço, visa encontrar uma associação com distribuição geográfica. Por fim, em relação às peculiaridades individuais visa encontrar associações com fatores como sexo, idade, etnia, condições socioeconômicas, dentre outros (HOCHMAN *et al.*, 2005).

Por sua vez, estudos retrospectivos são baseados em dados de períodos passados, ou seja, são utilizados os dados que já existem dos indivíduos, os quais foram registrados anteriormente no sistema utilizado no município em registro de prontuário. Denominam-se dados secundários aqueles que são selecionados para estabelecer conclusões a partir dos estudos primários com um resumo ou sistematização dos dados encontrados (FONTELLES *et al.*, 2009).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Foz do Iguaçu, situado na região oeste do estado do Paraná, Brasil (Figura 4). No entanto, apesar de estar separada geograficamente pelo rio Paraná, fazendo divisa com Paraguai, e pelo rio Iguaçu, fazendo divisa com Argentina, possui ligação terrestre com esses países, respectivamente, por meio da Ponte da Amizade e da Ponte Presidente Tancredo, facilitando sobremaneira a circulação de pessoas e mercadorias nesta região de Tríplice Fronteira Internacional (Brasil, Paraguai,

Argentina).

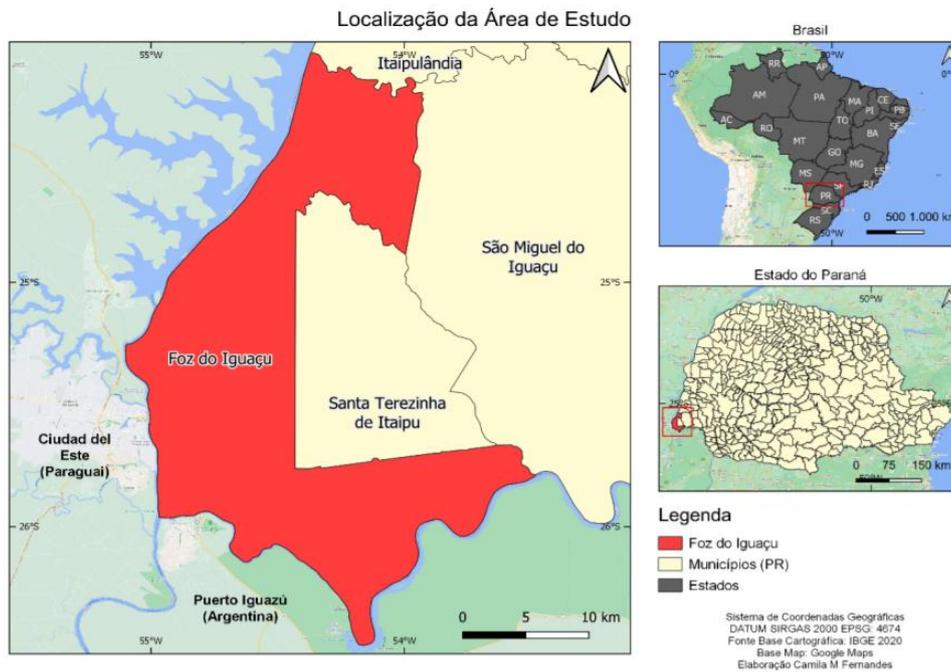
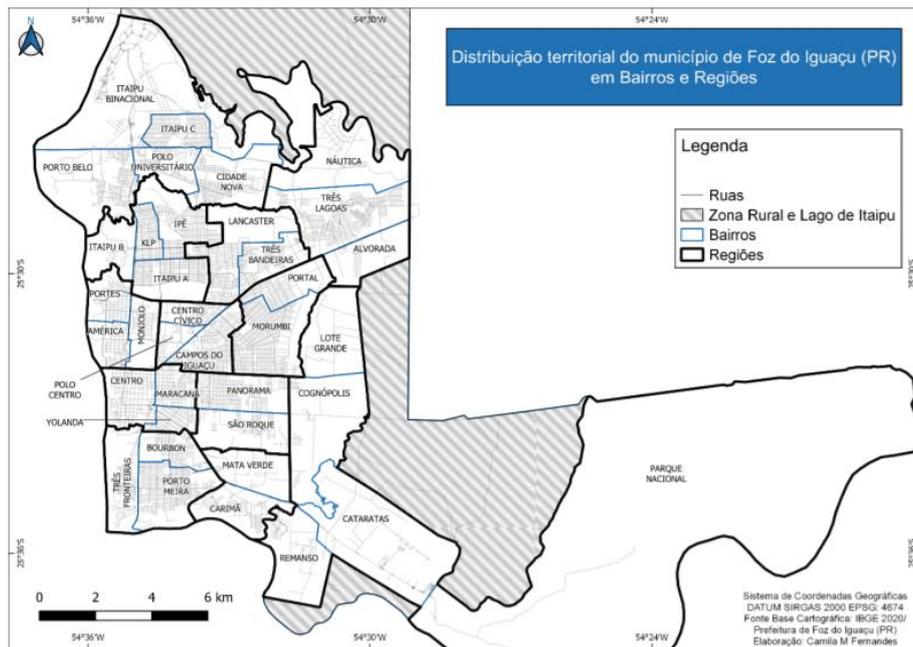


Figura 4 – Localização do município de Foz do Iguaçu, na Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), no estado do Paraná e no Brasil, 2022.

O município de Foz do Iguaçu-PR tem uma área de aproximadamente 618,1 km² e possui um bioma de Mata Atlântica (IBGE, 2020), e é um destino turístico conhecido internacionalmente devido às Cataratas do Iguaçu e à Usina Hidrelétrica Itaipu. A sua população em 2010, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), era de 256.088 habitantes e a população estimada em 2021 foi de 257.971 habitantes (IBGE, 2021). Além disso, encontram-se no município indivíduos de aproximadamente 80 diferentes etnias (REISDORFER, 2017).

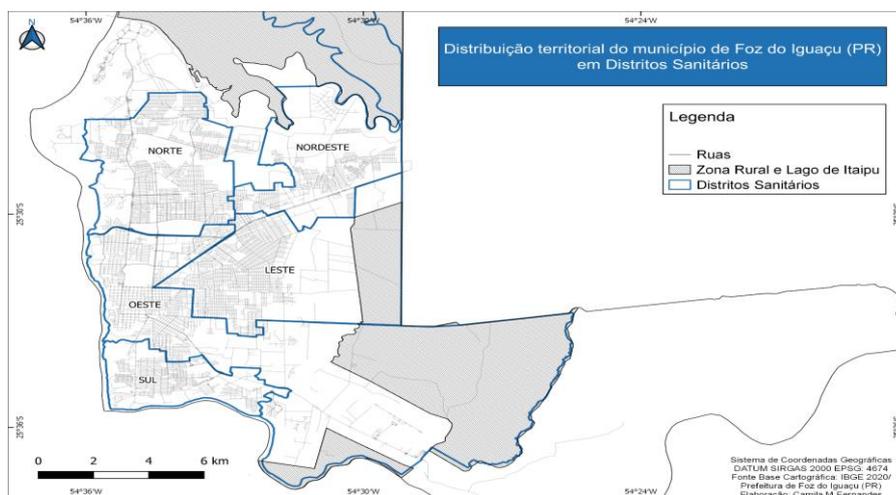
De acordo com a Lei Complementar nº 303/18, publicada no Diário Oficial do município de Foz do Iguaçu em 21 de dezembro de 2018, o município passou a contar com 37 bairros, divididos entre 12 regiões. Conforme Art. 5º, a delimitação dos bairros deve orientar a determinação de unidade territorial mínima para fins de pesquisa no município, com objetivo de possibilitar a estruturação de dados e indicadores em áreas compatíveis e possibilitar comparações temporais (FOZ DO IGUAÇU, 2018) (Figura 5).



Fonte: IBGE (2020); Fernandes (2020).

Figura 5 – Distribuição territorial segundo bairros e regiões do município de Foz do Iguaçu-PR, 2021.

No entanto, o sistema de saúde municipal utiliza diferentes medidas de abrangência territorial, estipuladas por meio do Decreto nº 22.166 de 14 de maio de 2013 e alteradas posteriormente pelo Decreto nº 27.712, de 2 de dezembro de 2019. Nesta medida de segregação espacial, o território municipal é dividido em 5 distritos sanitários (norte, noroeste, oeste, leste e sul) e estes são compostos por um total de 29 áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (FOZ DO IGUAÇU, 2013, 2019) (Figura 6).



Fonte: IBGE (2020); Fernandes (2020).

Figura 6 – Distribuição territorial segundo Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu-PR, 2021.

De acordo com o Protocolo Municipal nº 62.352/21 (FOZ DO IGUAÇU, 2021), em relação a organização dos serviços de saúde pública e mental, o município de Foz do Iguaçu-PR possui:

- **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** constituída por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o CAPS AD para o atendimento da dependência de álcool e drogas, o CAPS II voltado para atendimento às pessoas maiores de 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes, e o CAPS Infantil (CAPS I) voltado para o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Também possui o Ambulatório de Psiquiatria e o Centro Especializado em Reabilitação (CER IV). Contando com um total de 12 psicólogos ligados a esses equipamentos;
- **Atenção Primária à Saúde (APS):** constituída por 29 Unidades Básicas de Saúde, mais a Unidade de Saúde Padre Ítalo Paternoster, que funciona 24 horas, como referência de atendimento para crianças com sintomas de doenças respiratórias;
- **Atenção de Urgência e Emergência:** conta-se com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro;
- **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** constituída pela Unidade de Acolhimento Adulto, a Unidade de Acolhimento Infantil e uma Comunidade Terapêutica;
- **Atenção Hospitalar:** constituído pelos leitos de psiquiatria do Hospital Municipal e também do Serviço Hospitalar de Referência Psiquiatra, quando realizado o contato pela Central de Leitos do Estado.

No período de 2018 a 2021, o município de Foz do Iguaçu-PR possuía 21 equipamentos de saúde que realizavam a dispensação de medicamentos psicotrópicos: 19 Farmácias da Rede SUS e 02 UPAS (FOZ DO IGUAÇU, 2021).

3.3 FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio dos Relatórios de Controle dos Medicamentos Psicotrópicos, de acesso público, do setor de Farmácia, disponíveis no Sistema de Informação de Saúde RP-Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR. O RP-Saúde foi implantado no município no ano de 2018, substituindo o Saúde-FOZ que foi utilizado por mais de 10 anos pela Secretaria Municipal de Saúde, e o novo sistema proporcionou diversas funções, como: controle em tempo real do fluxo nas UBS, controle exato do estoque de medicamentos e almoxarifado, possibilidade dos dados técnicos produzidos pelo sistema serem utilizados para aperfeiçoamento dos protocolos de atendimento da saúde, além de ser mais transparente e eficaz por ofertar informações detalhadas sobre os atendimentos à população.

Os relatórios foram obtidos do período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2021, incluindo um período da pandemia de COVID-19, sendo relacionados apenas os medicamentos do programa de saúde mental, inseridos na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (REMUME).

No Quadro 2, encontram-se listados, com suas respectivas formas de apresentação, todos os medicamentos/princípios ativos psicotrópicos (comprimidos/cápsulas) da REMUME que estão contemplados no Programa de Saúde Mental do município de Foz do Iguaçu-PR e que constituem os objetos de estudo da presente pesquisa.

Quadro 2 - Medicamentos/Princípios Ativos (comprimidos/cápsulas) que constam na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (REMUME) utilizados pelo Programa de Saúde Mental de Foz do Iguaçu-PR (2020)

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	MEDICAMENTO	COMPRIMIDO / CÁPSULA
N03 Antiepilético	N03AG01	Ácido Valpróico	250 mg cáp**
	N03AF01	Carbamazepina	200 mg comp*
	N03AE01	Clonazepam	2 mg comp*
	N03AB02	Fenitoína	100 mg comp*
	N03AA02	Fenobarbital	100 mg comp*
N04 Antiparkinsoniano	N04AA02	Biperideno, cloridrato	2 mg comp*

N05 Psicolépticos	N05AN	Carbonato de Lítio	300 mg comp*
	N05AA01	Clorpromazina, cloridrato	100 mg comp*
	N05AA01	Clorpromazina, cloridrato	25 mg comp*
	N05BA01	Diazepam	10 mg comp*
	N05BA01	Diazepam	5 mg comp*
	N05AD01	Haloperidol	1 mg comp*
	N05AD01	Haloperidol	5 mg comp*
	N05AA02	Levomepromazina, maleato	100 mg comp*
	N05AX08	Risperidona	1 mg comp *
	N05AX08	Risperidona	2 mg comp *
N06 Psicoanalépticos	N06AA04	Clomipramina, cloridrato	25 mg comp
	N06AB03	Fluoxetina, cloridrato	20 mg cáp**
	N06AA02	Imipramina, cloridrato	25 mg comp*
	N06BA04	Metilfenidato, cloridrato	10 mg comp *
	N06AA10	Nortriptilina, cloridrato	25 mg cáp**

Legenda: (*) comp = comprimido; (**) cáp = cápsula (psiquiatria infantil).

Fonte: Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (REMUME) (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

As medicações utilizadas em Saúde Mental apresentam certas peculiaridades, apesar de serem classificadas em grupos psicotrópicos, a prescrição médica não se restringe ao uso da substância a um diagnóstico nosológico, ou seja, apenas ao nome da doença que consta no CID 11 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 11ª revisão) ou DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª revisão). Desta forma, no presente estudo os psicofármacos (Grupo N) foram classificados de acordo com a Classificação Anatômica, Terapêutica e Química (ATC) da Organização Mundial da Saúde. Nesse sistema ATC, os medicamentos são dispostos em diferentes grupos de acordo com seus sítios de ação e suas características terapêuticas e químicas. Os Grupos ATC e os respectivos 17 medicamentos/princípios ativos incluídos no presente estudo foram: (1) N03 - Antiepilépticos: Ácido Valpróico; Carbamazepina; Clonazepam; Fenitoína; Fenobarbital; (2) N04 - Antiparkinsoniano: Biperideno; (3) N05 - Psicolépticos: Carbonato de Lítio; Clorpromazina; Diazepam; Haloperidol; Levomepromazina; Risperidona; (4) N06 - Psicoanalépticos: Clomipramina; Fluoxetina; Imipramina; Metilfenidato; Nortriptilina.

Além disso, por meio dos Relatórios de Controle dos Medicamentos Psicotrópicos do município de Foz do Iguaçu-PR, para cada dispensação, foram obtidas informações do usuário a que o medicamento/princípio ativo foi destinado, que foram: sexo, mês e ano da

dispensação, quantidade de comprimidos, tipo de CID, registro do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Excel[®] (versão 2019). Em seguida, os dados sobre as medicações psicotrópicas foram processados por meio de estatística descritiva sendo representados por meio do número absoluto, percentual e média aritmética, calculados utilizando-se o programa Microsoft Excel[®]. Dentre as possibilidades de estratificação dos dados, houve ainda a classificação e análise dos dados acerca dos medicamentos dispensados segundo: (1) sexo; (2) grupos farmacológicos, com ou sem CID e CIAP; (3) período total da análise (julho de 2018 a junho de 2021); (4) período pré-pandêmico da COVID-19 (julho de 2018 a dezembro de 2019); e (5) período pandêmico de COVID-19 (janeiro de 2020 a junho de 2021). A diferença observada da quantidade de dispensação de medicamentos do período pré-pandêmico de COVID-19 em comparação ao período pandêmico foi representado na forma de variação percentual considerando-se como referência ou valor de base a quantidade antes da pandemia, i.e., quando a quantidade durante a pandemia foi inferior ao período antes da pandemia a variação percentual foi negativa, quando a quantidade durante a pandemia foi superior ao período antes da pandemia a variação percentual foi positiva.

3.4.1. Análise Temporal

Considerando-se o período total de análise (julho de 2018 a junho de 2021), calculou-se a quantidade total de dispensações de cada medicamento/princípio ativo por trimestre, e para a análise temporal, foram consideradas um total de 12 trimestres no período, portanto, 12 pontos temporais. A unidade territorial de análise foi o município de Foz do Iguaçu-PR. Para cada medicamento/princípio ativo analisado, um gráfico temporal foi gerado, utilizando-se o Programa *Minitab* 18 (MINITAB, EUA, 2017), baseado na quantidade de dispensações trimestrais representado por linha contínua e um modelo de equação linear que melhor ajustou os dados foi representado por uma linha pontilhada.

Para a obtenção da significância da tendência temporal foi aplicado o teste de *Prais Winstein*, que consiste no procedimento de regressão linear generalizada dos dados temporais, utilizando-se o Programa *SPSS Statistics* (IBM CORPORATION, EUA, 2021). Adotou-se o grau de significância $p < 0,05$, onde coeficientes positivos e significativos

indicaram tendência ascendente, coeficientes negativos e significativos indicaram tendência descendente, e coeficientes não significativos indicaram tendência estacionária. Além da significância, para cada análise de tendência temporal, foi informado o respectivo coeficiente de determinação (R^2), que representa o percentual de variação da resposta explicado pelo modelo temporal, e o coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado), que representa o percentual da variação da resposta explicado pelo modelo, ajustado pelo número de preditores.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário União Das Américas - Uniamérica sob o parecer de nº 5.337.991 (CAAE: 54841321.6.0000.9607), sendo respeitados todos os critérios exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza as pesquisas com seres humanos.

Para a obtenção das informações documentais, foi solicitada autorização da Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR por meio do Protocolo Digital nº 61.794/2021, em que foi autorizado, pela Secretária Municipal de Saúde, o acesso aos relatórios de controle das dispensações dos medicamentos psicotrópicos.

4. RESULTADOS

A partir dos dados contidos na Tabela de Classificação da REMUME, na Tabela 2 visualiza-se que entre julho de 2018 a junho de 2021, que o grupo de medicamentos com maior dispensação foram os psicoanalépticos, com 135.979 indicações em receitas, seguido pelos antiepilépticos, com 71.925, os psicolépticos com 60.967 e pelos antiparkinsoniano com 14.762.

No entanto, quando analisada as unidades de medicamentos (comprimidos), os mais dispensados foram os antiepilépticos com 12.146.960 unidades, seguido pelos psicoanalépticos, com 11.533.890, os psicolépticos com 5.569.540 e os antiparkinsoniano com 1.470.803. Em relação à média de unidades de medicamento por dispensação, os antiepilépticos apresentaram maior média (168,9 unidades/dispensação), seguido por antiparkinsonianos, com média de 99,6 unidades/dispensação (Tabela 1).

Dentre o grupo farmacológico ATC dos antiepilépticos: o Clonazepam apresentou a maior dispensação com 24.237 (33,7% do total de medicamentos antiepilépticos), seguido pela Carbamazepina com 19.482 (27,1%) e o Ácido Valpróico com 13.226 (18,4%). No entanto, em relação às unidades de medicamentos, a Carbamazepina apresenta a maior dispensação, com 6.774.296 comprimidos (55,8% do total de comprimidos de medicamentos antiepilépticos), seguido pelo Ácido Valpróico com 2.233.012 (18,4%) (Tabela 1).

O único medicamento antiparkinsoniano disponível foi o Biperideno, com o total de 14.762 dispensações. Em relação às unidades de medicamentos (comprimidos), foram dispensados 1.470.803 comprimidos, uma média de 99,6 unidades de medicamento por dispensação (Tabela 1).

Já no grupo dos psicolépticos, o fármaco Haloperidol apresentou a maior dispensação com 14.770 (24,2%), seguida pela Clorpromazina com 14.557 (23,9%) e o Diazepam com 12.870 (21,1%). Em relação às unidades de medicamentos dispensados o Haloperidol apresentou a maior quantidade com 1.517.721 comprimidos (27,3%), seguido da Clorpromazina 1.367.971 comprimidos (24,6%) e o Carbonato de Lítio 925.880 comprimidos (16,6%). As maiores médias de unidades de medicamentos por dispensação foram: Carbonato de Lítio (119,5 unidades/dispensação); Haloperidol (102,8 unidades/dispensação) e Levomepromazina (99,4 unidades/dispensação) (Tabela 1).

No grupo farmacológico dos Psicoanalépticos, o fármaco Fluoxetina apresentou a maior quantidade de dispensações, com 68.441 (50,3%); seguido pela Amitriptilina com

46.541 (34,2%) e Imipramina com 9.681 (7,1%). Em relação às unidades de medicamentos (comprimidos), os fármacos que apresentaram maior quantidade foram a Fluoxetina com 5.243.077 (45,5%), Amitriptilina com 3.994.184 (34,6%) e Imipramina com 1.096.144 (9,5%). Em relação à média de unidades de medicamento por dispensação, as maiores media foram da Clomipramina com 133 (unidades por dispensação), Imipramina com 113,2 e Nortriptilina com 104,1% (Tabela 1).

Em relação à análise individual de fármacos, o maior número de dispensação foi a Fluoxetina, com dispensação 68.441 dispensações (24.1% do total geral de medicamentos dispensados), e a maior quantidade de comprimidos dispensados foi de carbamazepina, com 6.774.296 unidades (cerca de 22,1% do total geral de comprimidos dispensados) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dispensação total de psicotrópicos entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu-PR

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	MEDICAMENTOS DISPENSADOS N (%)	UNIDADES DE MEDICAMENTO (COMPRIMIDOS / CÁPSULAS) N (%)	UNIDADES DE MEDICAMENTO (COMPRIMIDOS / CÁPSULAS) POR DISPENSAÇÃO (MÉDIA)
N03 Antiepiléticos	Clonazepam	N03AE01	24.237 (33,7)	1.552.188 (12,8)	64,0
	Carbamazepina	N03AF01	19.482 (27,1)	6.774.296 (55,8)	347,7
	Ácido Valpróico	N03AG01	13.226 (18,4)	2.233.012 (18,4)	168,8
	Fenobarbital	N03AA02	8.789 (12,2)	798.969 (6,6)	90,9
	Fenitoína	N03AB02	6.191 (8,6)	788.495 (6,5)	127,4
	Total			71.925 (100,0)	12.146.960 (100,0)
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	N04AA02	14.762 (100,0)	1.470.803 (100,0)	99,6
N05 Psicolépticos	Haloperidol	N05AD01	14.770 (24,2)	1.517.721 (27,3)	102,8
	Clorpromazina	N05AA01	14.557 (23,9)	1.367.971 (24,6)	94,0
	Diazepam	N05BA01	12.870 (21,1)	740.838 (13,3)	57,6
	Carbonato de Lítio	N05AN01	7.747 (12,7)	925.880 (16,6)	119,5
	Risperidona	N05AX08	6.571 (10,8)	574.701 (10,3)	87,5
	Levomepromazina	N05AA02	4.452 (7,3)	442.429 (7,6)	99,4
Total			60.967 (100,0)	5.569.540 (100,0)	91,4
N06 Psicoanalépticos	Fluoxetina	N06AB03	68.441 (50,3)	5.243.077 (45,5)	76,6
	Amitriptilina	N06AA09	46.541 (34,2)	3.994.184 (34,6)	85,8
	Imipramina	N06AA02	9.681 (7,1)	1.096.144 (9,5)	113,2
	Nortriptilina	N06AA10	5.886 (4,3)	612.880 (5,3)	104,1
	Clomipramina	N06AA04	2.842 (2,1)	378.008 (3,3)	133,0
	Metilfenidato	N06BA04	2.588 (1,9)	209.597 (1,8)	81,0
Total			135.979 (100,0)	11.533.890 (100,0)	84,8

Fonte: A autora (2022).

Conforme Tabela 2, mais de 80,0% das dispensações ocorreram sem CID, principalmente dentre os medicamentos antiepiléticos, com 86,6% das dispensações sem CID (62.274 dispensações), seguido pelos psicoléticos com 84,4% (52.444 dispensações sem CID) e o antiparkinsoniano, com 82,9% (12.235 dispensações sem CID).

No grupo farmacológico dos antiepiléticos, o fármaco mais dispensado sem CID foi o Clonazepam (93,0% sem CID), seguido da Carbamazepina (83,6% sem CID).

No grupo farmacológico dos psicoléticos, o fármaco Diazepam foi o medicamento mais dispensado sem CID (94,6%), seguido pela Risperidona (87,7%), e a Levomepromazina (83,2%).

Em relação aos psicoanaléticos, o fármaco com maior dispensação sem CID foi o Metilfenidato (97,8% sem CID), seguido pela Imipramina (84,3%) e a Amitriptilina (82,7%).

No geral, o medicamento que apresentou mais dispensações sem CID foi o Metilfenidato (97,8%), seguido pelo Diazepam (94,6%) e o Clonazepam 22.545 (93,0%). Já em relação aos fármacos com CID, a maior quantidade de dispensações com CID foi da Nortriptilina (25,1% com CID), seguido pelo Haloperidol (21,6%) e a Clomipramina (19,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dispensações de psicotrópicos com e sem Classificação Internacional de Doenças (CID) entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu-PR

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	DISPENSAÇÕES		
			Com CID N (%)	Sem CID N (%)	TOTAL N (%)
N03 Antiepilético	Fenobarbital	N03AA02	1.651 (18,8)	7.138 (81,2)	8.789 (100,0)
	Carbamazepina	N03AF01	3.198 (16,4)	16.284 (83,6)	19.482 (100,0)
	Fenitoína	N03AB02	1.005 (16,2)	5.186 (83,8)	6.191 (100,0)
	Ácido Valpróico	N03AG01	2.105 (15,9)	11.121 (84,1)	13.226 (100,0)
	Clonazepam	N03AE01	1.692 (7,0)	22.545 (93,0)	24.237 (100,0)
	Total			9.651 (13,4)	62.274 (86,6)
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	N04AA02	2.527 (17,1)	12.235 (82,9)	14.762 (100,0)
N05 Psicolépticos	Haloperidol	N05AD01	3.411 (21,6)	12.359 (78,4)	15.770 (100,0)
	Carbonato de Lítio	N05AN01	1.357 (17,5)	6.390 (82,5)	7.747 (100,0)
	Clorpromazina	N05AA01	2.502 (17,2)	12.055 (82,8)	14.557 (100,0)
	Levomepromazina	N05AA02	748 (16,8)	3.704 (83,2)	4.452 (100,0)
	Risperidona	N05AX08	811 (12,3)	5.760 (87,7)	6.571 (100,0)
	Diazepam	N05BA01	694 (5,4)	12.176 (94,6)	12.870 (100,0)
	Total			9.523 (15,4)	52.444 (84,4)
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	N06AA10	1.479 (25,1)	4.407 (74,9)	5.886 (100,0)
	Clomipramina	N06AA04	557 (19,6)	2.285 (80,4)	2.842 (100,0)
	Fluoxetina	N06AB03	12.846 (18,8)	55.595 (81,2)	68.441 (100,0)
	Amitriptilina	N06AA09	8.035 (17,3)	38.506 (82,7)	46.541 (100,0)
	Imipramina	N06AA02	1.522 (15,7)	8.160 (84,3)	9.682 (100,0)
	Metilfenidato	N06BA04	56 (2,2)	2.532 (97,8)	2.588 (100,0)
	Total			24.495 (18,0)	111.485 (82,0)

Fonte: A autora (2022).

Conforme Tabela 3, dentre os medicamentos analisados, mais de 75,0% dos medicamentos foram dispensados sem CIAP. Em relação ao grupo farmacológico com maior dispensação sem CIAP, destaca-se os Antiepilético (82,9% sem CIAP), psicolépticos (81,7% sem CIAP) e os psicoanalépticos (76,3% sem CIAP).

Em relação as dispensações sem CIAP no grupo dos antiepiléticos, a maior foi do Clonazepam (93,2%), ácido Valpróico (79,2%) e Carbamazepina (77,9%) e a Fenitoína 4.825 (77,9%). Em relação aos psicolépticos, os fármacos com maiores dispensações sem CIAP foram o Diazepam (93,7%), Risperidona (85,0%) e o carbonato de Lítio (78,9%). Entre os medicamentos psicoanalépticos, os fármacos com maiores dispensações sem CIAP, destaca-se o Metilfenidato (99,2%), Imipramina (78,8%) e Amitriptilina (77,9%) (Tabela 4). Em relação aos psicoanalépticos, os medicamentos com maiores dispensações sem CIAP foram Metilfenilato (99,2%) e a Imipramina (78,8%) (Tabela 3).

Considerando todas as categorias de grupos farmacológicos, os medicamentos com maior percentual de dispensações sem CIAP foram o Metilfenidato (99,2%), Diazepam (93,7%) e Clonazepam (93,2%). Já em relação às dispensações com CIAP, as maiores foram de Nortriptilina (33,8%), Clomipramina (29,5%) e Fenobarbital (25,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dispensações de psicotrópicos com ou sem Classificação Internacional de Atenção Primária - CIAP entre julho de 2018 a junho de 2021 em Foz do Iguaçu- PR

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	DISPENSAÇÕES		
			Com CIAP N (%)	Sem CIAP N (%)	TOTAL N (%)
N03 Antiepiléticos	Fenobarbital	N03AA02	2.218 (25,2)	6.571 (74,8)	8.789 (100,0)
	Carbamazepina	N03AF01	4.308 (22,1)	15.174 (77,9)	19.482 (100,0)
	Fenitoína	N03AB02	1.366 (22,1)	4.825 (77,9)	6.191 (100,0)
	Ácido Valpróico	N03AG01	2.753 (20,8)	10.473 (79,2)	13.226 (100,0)
	Clonazepam	N03AE01	1.660 (6,8)	22.577 (93,2)	24.237 (100,0)
	Total			12.305 (17,1)	59.620 (82,9)
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	N04AA02	3.525 (23,9)	11.237 (76,1)	14.762 (100,0)
N05 Psicolépticos	Haloperidol	N05AD01	3.411 (23,1)	11.359 (76,9)	14.770 (100,0)
	Clorpromazina	N05AA01	3.328 (22,9)	11.229 (77,1)	14.557 (100,0)
	Levomepromazina	N05AA02	990 (22,2)	3.462 (77,8)	4.452 (100,0)
	Carbonato de Lítio	N05AN01	1.634 (21,1)	6.113 (78,9)	7.747 (100,0)
	Risperidona	N05AX08	987 (15,0)	5.584 (85,0)	6.571 (100,0)
	Diazepam	N05BA01	808 (6,3)	12.062 (93,7)	12.870 (100,0)
Total			11.158 (18,3)	49.809 (81,7)	60.967 (100,0)
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	N06AA10	1.992 (33,8)	3.894 (66,2)	5.886 (100,0)
	Clomipramina	N06AA04	837 (29,5)	2.005 (70,5)	2.842 (100,0)
	Fluoxetina	N06AB03	17.015 (24,9)	51.426 (75,1)	68.441 (100,0)
	Amitriptilina	N06AA09	10.285 (22,1)	36.256 (77,9)	46.541 (100,0)
	Imipramina	N06AA02	2.049 (21,2)	7.632 (78,8)	9.681 (100,0)
	Metilfenidato	N06BA04	20 (0,8)	2.568 (99,2)	2.588 (100,0)
Total			32.198 (23,7)	103.781 (76,3)	135.979 (100,0)

Fonte: A autora (2022).

Na Tabela 4, visualiza-se o total das dispensações e comprimidos antes da pandemia (entre 2018 e 2019) e durante a pandemia (entre 2020 e 2021). O grupo farmacológico que mais aumentou as dispensações de um período para outro foi o psicoanalépticos (5,8%), seguido pelos antiparkinsonianos (3,4%) e os psicolépticos (2,9%). No entanto, em relação aos antiepilépticos ocorreu uma diminuição de -0,3%. Além disso, observa-se uma diferença entre o total de dispensação dos medicamentos em relação ao total de unidades de comprimidos dispensados, considerando-se que nem sempre o número de comprimidos acompanha o número de dispensações (prescrições dispensadas).

Em relação aos antiepilépticos, o Ácido Valpróico apresentou um aumento de 7,4% nas dispensações, quando comparado o período antes da pandemia e durante a pandemia. Da mesma forma, ocorreu aumento no total de unidades de medicamentos dispensados, com variação de 15,6%. Houve também aumento na dispensação do Clonazepam, de 4%, e 7,6% no total de medicamentos. A Fenitoína e Fenobarbital apresentaram uma diminuição tanto na dispensação quanto no total de unidades de comprimidos. A carbamazepina, por outro lado, apesar de ter a dispensação diminuída em -8,6%, apresentou um aumento de 211,7% no total de unidades de medicamentos (comprimidos). O Biperideno, pertencente ao grupo Antiparkinsoniano, apresentou um aumento de 3,4% em relação ao total de dispensações, e com aumento do total de comprimidos (5,3%), comparando-se os períodos durante e antes da pandemia (Tabela 4).

Em relação aos psicolépticos, a Risperidona apresentou uma variação de +10,7% em relação ao total de dispensações antes e durante a pandemia e 1,0% no total de unidades de medicamentos (comprimidos). O Clorpromazina apresentou aumento de 8,7% em ambas análises. No entanto, o Levomepromazina apresentou aumento na dispensação (prescrição) de 3,2% e diminuição do total de unidades de medicamento (-0,6%). Situação semelhante à observada com o Diazepam, em que aumentou 2,3% no total de dispensações e diminuiu -1,3% no total de unidades de medicamentos (comprimidos). Por fim, o Haloperidol aumentou 0,7% no total de dispensações e 0,9% no total de unidades de medicamentos. Em outra direção, o Carbonato de Lítio, diminuiu -7,6% no total de dispensações e -3,9% no total de unidades de medicamentos (comprimidos) (Tabela 4).

Quanto ao grupo dos psicoanalépticos, a Nortriptilina apresentou aumento de 102,8% no total de dispensações, de 1.944, antes da pandemia, para 3.942, durante a pandemia. O total de unidades deste medicamento apresentou aumento de 79,8%. Outro medicamento que apresentou aumento de dispensações foi a Clomipramina, de 65,9%, de 1.069 antes da pandemia para 1.773 durante a pandemia, e a fluoxetina passou de 32.859

para 35.582 (8,3%) e no total de unidades de medicamentos um aumento de 6,8% (Tabela 4).

A Amitriptilina apresentou uma diminuição de 2,7% do total de dispensações, de 23.586 antes da pandemia para 22.955 durante a pandemia. O total de unidades de medicamento (comprimidos) diminuiu 7,8%. O mesmo ocorreu com a Imipramina, que apresentou 5,1% de diminuição no total de dispensações e diminuição de 6,6% no total de unidades de medicamentos. O Metilfenidato foi o fármaco psicoanalépticos que mais diminuiu durante a pandemia, reduzindo 33%, passando de 1.550 dispensações para 1.038. Resultado semelhante foi observado na dispensação do total de Unidades de Medicamentos de 125.275 para 84.322 (-32,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Dispensação total de psicotrópicos em relação aos períodos antes da pandemia (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021), Foz do Iguaçu-PR

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	TOTAL DISPENSAÇÕES			TOTAL UNIDADES DE MEDICAMENTO (COMPRIMIDOS/CÁPSULAS)		
			Antes Pandemia 2018-2019 (N)	Durante Pandemia 2020-2021 (N)	Variação (%)	Antes Pandemia 2018-2019 (N)	Durante Pandemia 2020-2021 (N)	Variação (%)
N03 Antiepiléticos	Ácido Valpróico	N03AG01	6378	6848	7,4	1.035.885	1.197.127	15,6
	Clonazepam	N03AE01	11.879	12.358	4,0	747.782	804.406	7,6
	Fenitoína	N03AB02	3.121	3.070	-1,6	399.964	388.531	-2,9
	Fenobarbital	N03AA02	4.461	4.328	-3,0	408.932	390.037	-4,6
	Carbamazepina	N03AF01	10.178	9.304	-8,6	1.645.586	5.128.710	211,7
	Total			36.017	35.908	-0,3	4.238.155	7.908.811
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	N04AA02	7.257	7.505	3,4	716.531	754.272	5,3
N05 Psicolépticos	Risperidona	N05AX08	3.118	3.453	10,7	285.950	288.751	1,0
	Clorpromazina	N05AA01	6.976	7.581	8,7	655.592	712.379	8,7
	Levomepromazina	N05AA02	2.191	2.261	3,2	221.856	220.573	-0,6
	Diazepam	N05BA01	6.363	6.507	2,3	372.773	368.065	-1,3
	Haloperidol	N05AD01	7.358	7.412	0,7	755.556	762.165	0,9
	Carbonato de Lítio	N05AN01	4.026	3.722	-7,6	472.124	453.756	-3,9
Total			30.032	30.936	2,9	2.763.851	2.805.689	1,5
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	N06AA10	1.944	3.942	102,8	219.060	393.820	79,8
	Clomipramina	N06AA04	1.069	1.773	65,9	164.164	213.844	30,3
	Fluoxetina	N06AB03	32.859	35.582	8,3	2.535.373	2.707.704	6,8
	Amitriptilina	N06AA09	23.586	22.955	-2,7	2.078.056	1.916.128	-7,8
	Imipramina	N06AA02	4.966	4.715	-5,1	566.678	529.466	-6,6
	Metilfenidato	N06BA04	1.550	1.038	-33,0	125.275	84.322	-32,7
Total			65.974	70.005	5,8	5.688.606	5.845.284	2,7

Fonte: A autora (2022).

Quando se comparou as dispensações de medicamentos psicotrópicos entre homens e mulheres, observa-se diferenças em relação a alguns deles. Entre os medicamentos antiepilépticos, o Clonazepam apresentou a proporção de 2,7 dispensações entre mulheres para cada dispensação entre os homens. O Ácido Valpróico apresentou a proporção de 1,1 dispensação para mulheres para cada homem. O Fenobarbital apresentou a proporção igual entre as dispensações em ambos os sexos, não apresentando diferenças entre os sexos. Por outro lado, a Fenitoína apresentou a proporção de 1,5 dispensação em homens para cada mulher. A carbamazepina apresentou 1,1 dispensação masculina para cada dispensação feminina. Quanto aos antiparkinsonianos, o Biperideno apresentou 1,2 dispensação masculina para cada dispensação feminina (Tabela 5).

Quanto aos psicoféuticos, o Carbonato de Lítio apresentou uma proporção de 2,4 dispensações em mulheres para cada dispensação no público masculino. O Diazepam apresentou 1,5 dispensação entre mulheres para cada dispensação em homens. A Clorpromazina não apresentou diferenças nas proporções das dispensações entre homens e mulheres. Já, o Haloperidol e a Levomepromazina apresentaram 1,1 dispensações em homens para cada dispensação entre mulheres. A Risperidona apresentou 2,1 dispensações no público masculino para cada dispensação no público feminino (Tabela 5).

Em relação aos Psicoanaléuticos, a Nortriptilina apresentou a proporção de 3,2 dispensações no público feminino para cada dispensação no público masculino. A Fluoxetina apresentou 3,1 dispensações no público feminino para cada dispensação no público masculino. A Amitriptilina apresentou 2,9 dispensações no público feminino para cada dispensação no público masculino. A Clomipramina apresentou 2,0 dispensações no público feminino para cada dispensação no público masculino. A Imipramina apresentou 1,3 feminino dispensação para cada dispensação entre homens. Por fim, o Metilfenidato apresentou 4,6 dispensações no público masculino para cada dispensação no público feminino (Tabela 5).

Tabela 5 – Dispensação total de psicotrópicos entre o sexo masculino e feminino, 2018-2021, Foz do Iguaçu-PR

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	CÓDIGO DO MEDICAMENTO (ATC)	TOTAL DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS (N)		RAZÃO		TOTAL DE UNIDADES DE MEDICAMENTO (COMPRIMIDOS/CÁPSULAS) (N)		RAZÃO	
			Feminino (F)	Masculino (M)	F/M	M/F	Feminino (F)	Masculino (M)	F/M	M/F
N03 Antiepiléptico	Clonazepam	N03AE01	17.633	6.603	2,7	0,4	1.120.622	431.506	2,6	0,4
	Ácido Valpróico	N03AG01	6.876	6.350	1,1	0,9	1.114.885	1.118.127	1,0	1,0
	Fenobarbital	N03AA02	4.306	4.483	1,0	1,0	389.251	409.718	1,0	1,1
	Carbamazepina	N03AF01	9.160	10.322	0,9	1,1	1.457.182	5.317.114	0,3	3,6
	Fenitoína	N03AB02	2.442	3.749	0,7	1,5	301.716	486.779	0,6	1,6
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	N04AA02	6.777	7.985	0,8	1,2	658.581	812.222	0,8	1,2
N05 Psicolépticos	Carbonato de Lítio	N05AN01	5497	2.250	2,4	0,4	650.454	275.426	2,4	0,4
	Diazepam	N05BA01	7.625	5.245	1,5	0,7	422.916	317.922	1,3	0,8
	Clorpromazina	N05AA01	7.413	7.144	1,0	1,0	656.433	711.538	0,9	1,1
	Haloperidol	N05AD01	6.981	7.789	0,9	1,1	681.604	836.117	0,8	1,2
	Levomepromazina	N05AA02	2.151	2.301	0,9	1,1	177.942	264.487	0,7	1,5
	Risperidona	N05AX08	2.114	4.457	0,5	2,1	168.175	406.526	0,4	2,4
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	N06AA10	4.498	1.388	3,2	0,3	456.790	156.090	2,9	0,3
	Fluoxetina	N06AB03	51.707	16.733	3,1	0,3	3.977.685	1.265.364	3,1	0,3
	Amitriptilina	N06AA09	34.582	11.959	2,9	0,3	2.919.753	1.074.431	2,7	0,4
	Clomipramina	N06AA04	1.883	959	2,0	0,5	240.028	133.980	1,8	0,6
	Imipramina	N06AA02	5.545	4.136	1,3	0,7	623.152	472.992	1,3	0,8
	Metilfenidato	N06BA04	461	2.127	0,2	4,6	37.511	172.086	0,2	4,6

Fonte: A autora (2022).

Na Tabela 6 apresenta-se a quantidade de dispensações realizadas por sexo, comparando-se o período antes (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia. Entre os antiepilépticos, aumentou a dispensação do Ácido Valpróico em 8,8% e do Clonazepam em 1,8%, no público feminino. No entanto, houve redução das dispensas no público feminino do Fenobarbital (-0,7%), Fenitoína (-1,1%) e a Carbamazepina (-6,8%). Em relação aos homens, houve aumento da dispensação do Clonazepam em 10,2% e do Ácido Valpróico em 6,1%, quando comparado ao período antes da pandemia. Em contrapartida, houve redução na dispensação da Fenitoína, Fenobarbital e Carbamazepina, respectivamente em -2,0%, -5,1% e -10,1% (Tabela 6).

Na categoria de Antiparkinsoniano, houve aumento na dispensação do Biperideno, tanto no público masculino quanto no público feminino, 4,4% e 2,6%, respectivamente (Tabela 6).

Quanto aos Psicolépticos, entre mulheres observou-se aumento da dispensação do Risperidona (37,0%), Clorpromazina (10,7%) e Haloperidol (0,8%) e redução da Levomepromazina (-0,1%), Diazepam (-0,4%) e Carbonato de Lítio (-6,1%). Entre os homens, houve aumento na dispensação da Clorpromazina (6,6%), Levomepromazina (6,4%), Diazepam (6,3%), Haloperidol (0,6%), Risperidona (0,2%). No público masculino, entre os medicamentos psicolépticos houve redução da dispensação apenas do Carbonato de Lítio de (-10,9%) (Tabela 6).

Quanto aos Psicoanalépticos, houve aumento da dispensação da Nortriptilina em 100,3%, Clomipramina em 67,1%, Fluoxetina em 8,1%, ao passo que houve reduções nas dispensações da Amitriptilina em -1,7%, Imipramina em -3,8% e Metilfenidato em -21,3% no público feminino. Em relação ao sexo masculino, os fármacos que aumentaram a dispensação foram: Nortriptilina em 111,2%, Clomipramina em 63,5% e a Fluoxetina em 9,0%. No entanto, houve redução da dispensação de Amitriptilina (-5,4%), Imipramina (-6,7%) e Metilfenidato (-35,4%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Dispensações de psicotrópicos entre o sexo feminino e masculino em relação aos períodos antes da pandemia (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021), Foz do Iguaçu-PR.

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	DISPENSACIONES DE PSICOTRÓPICOS POR SEXO							
	FÁRMACOS	FEMININO			FÁRMACOS	MASCULINO		
		ANTES DA PANDEMIA (2018-2019) (N)	DURANTE A PANDEMIA (2020-2021) (N)	VARIAÇÃO (%)		ANTES DA PANDEMIA (2018-2019) (N)	DURANTE A PANDEMIA (2020-2021) (N)	VARIAÇÃO (%)
N03 Antiepilépticos	Ácido Valpróico	3.293	3.583	8,8	Clonazepam	3.141	3.462	10,2
	Clonazepam	8.737	8.896	1,8	Ácido Valpróico	3.081	3.269	6,1
	Fenobarbital	2.161	2.145	-0,7	Fenitoína	1.893	1.856	-2,0
	Fenitoína	1.228	1.214	-1,1	Fenobarbital	2.300	2.183	-5,1
	Carbamazepina	4.742	4.418	-6,8	Carbamazepina	5.436	4.886	-10,1
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	3.315	3.462	4,4	Biperideno	3.942	4.043	2,6
N05 Psicolépticos	Risperidona	892	1.222	37,0	Clorpromazina	3.458	3.686	6,6
	Clorpromazina	3.518	3.895	10,7	Levomepromazina	1.115	1.186	6,4
	Haloperidol	3.476	3.505	0,8	Diazepam	2.542	2.703	6,3
	Levomepromazina	1.076	1.075	-0,1	Haloperidol	3.882	3.907	0,6
	Diazepam	3.821	3.804	-0,4	Risperidona	2.226	2.231	0,2
	Carbonato de Lítio	2.835	2.662	-6,1	Carbonato de Lítio	1.190	1.060	-10,9
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	1.498	3.000	100,3	Nortriptilina	446	942	111,2
	Clomipramina	705	1.178	67,1	Clomipramina	364	595	63,5
	Fluoxetina	24.853	26.854	8,1	Fluoxetina	8.005	8.728	9,0
	Amitriptilina	17.439	17.143	-1,7	Amitriptilina	6.147	5.812	-5,4
	Imipramina	2.827	2.719	-3,8	Imipramina	2.140	1.996	-6,7
	Metilfenidato	258	203	-21,3	Metilfenidato	1.292	835	-35,4

Fonte: A autora (2022).

Na Tabela 7 apresenta a quantidade de unidades de medicamentos (comprimidos/cápsulas) segundo sexo, comparando o período antes (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia. Em relação ao sexo feminino, no grupo farmacológico dos Antiepiléticos, houve um aumento da quantidade de unidades de Carbamazepina (45,6%), Ácido Valpróico (16,9%) e Clonazepam (5,0%) e redução da Fenitoína (-0,5%) e Fenobarbital (-3,7%). Em relação ao sexo masculino, os medicamentos que aumentam a quantidade das unidades foram: a Carbamazepina (392,8%), o Clonazepam (14,5%) e o Ácido Valpróico (14,4%) e os que apresentaram redução foram a Fenitoína (-4,3%) e o Fenobarbital (-5,4%) (Tabela 7).

Quanto ao Biperideno, medicamento antiparkinsoniano, houve aumento da quantidade das unidades (comprimidos), tanto no público masculino quanto no feminino (4,6% e 6,1%, respectivamente) (Tabela 7).

Em relação aos Psicolépticos, os medicamentos que aumentaram a quantidade de unidades para no sexo feminino foram a Clorpromazina (11,6%) e a Risperidona (8,1%). Enquanto houve uma diminuição da quantidade da Levomepromazina (-1,1%), Carbonato de Lítio (-1,9%), Haloperidol (-1,9%) e Diazepam (-4,6%). Em relação ao sexo masculino, ocorreu o aumento da Clorpromazina (6,1%), Diazepam (3,4%) e Haloperidol (3,2%) e uma diminuição da Levomepromazina (-0,2%), Risperidona (-1,8%) e Carbonato de Lítio (-8,5%) (Tabela 7).

Quanto aos Psicoanalépticos, em relação ao sexo feminino ocorreu o aumento da quantidade de unidades da Nortriptilina (78,7%), Clomipramina (31,1%) e Fluoxetina (7,0%) e uma diminuição da Amitriptilina (-5,9%), Imipramina (-6,6%) e Metilfenidato -25,6%. Já no sexo masculino também houve aumento da Nortriptilina (82,9%), Clomipramina (28,7%) e Fluoxetina (6,0%) e uma diminuição da Imipramina (-6,6%), Amitriptilina (-12,8%) e Metilfenidato (-34,2%) (Tabela 7).

Tabela 7- Dispensação de unidades de medicamentos psicotrópicos entre o sexo feminino e masculino em relação aos períodos antes da pandemia (2019-2020) e durante a pandemia (2020-2021), Foz do Iguaçu- PR.

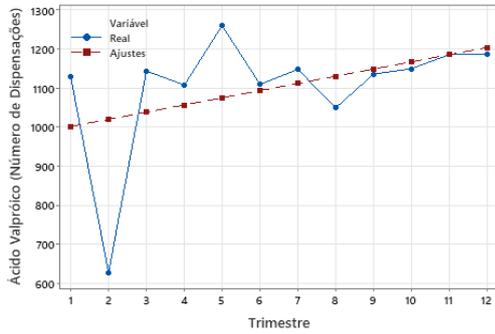
GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	UNIDADES DE MEDICAMENTO (COMPRIMIDOS/CÁPSULAS)							
	FÁRMACOS	FEMININO			FÁRMACOS	MASCULINO		
		ANTES DA PANDEMIA (2018-2019) (N)	DURANTE A PANDEMIA (2020-2021) (N)	VARIAÇÃO (%)		ANTES DA PANDEMIA (2018-2019) (N)	DURANTE A PANDEMIA (2020-2021) (N)	VARIAÇÃO (%)
N03 Antiepilético	Carbamazepina	486.676	708.506	45,6	Carbamazepina	896.910	4.420.204	392,8
	Ácido Valpróico	513.945	600.940	16,9	Clonazepam	201.178	230.328	14,5
	Clonazepam	546.544	574.078	5,0	Ácido Valpróico	521.490	596.637	14,4
	Fenitoína	151.236	150.480	-0,5	Fenitoína	248.728	238.051	-4,3
	Fenobarbital	198.340	190.911	-3,7	Fenobarbital	210.592	199.126	-5,4
N04 Antiparkinsoniano	Biperideno	319.541	339.040	6,1	Biperideno	396.990	415.232	4,6
N05 Psicolépticos	Clorpromazina	310.284	346.149	11,6	Clorpromazina	345.308	366.230	6,1
	Risperidona	80.803	87.372	8,1	Diazepam	156.339	161.583	3,4
	Levomepromazina	89.476	88.466	-1,1	Haloperidol	411.515	424.602	3,2
	Carbonato de Lítio	328.268	322.186	-1,9	Levomepromazina	132.380	132.107	-0,2
	Haloperidol	344.041	337.563	-1,9	Risperidona	205.147	201.379	-1,8
	Diazepam	216.434	206.482	-4,6	Carbonato de Lítio	143.856	131.570	-8,5
N06 Psicoanalépticos	Nortriptilina	163.880	292.910	78,7	Nortriptilina	55.180	100.910	82,9
	Clomipramina	105.584	138.444	31,1	Clomipramina	58.580	75.400	28,7
	Fluoxetina	1.921.130	2.056.555	7,0	Fluoxetina	614.215	651.149	6,0
	Amitriptilina	1.503.986	1.415.767	-5,9	Imipramina	244.552	228.440	-6,6
	Imipramina	322.126	301.026	-6,6	Amitriptilina	574.070	500.361	-12,8
	Metilfenidato	21.510	16.001	-25,6	Metilfenidato	103.765	68.321	-34,2

Fonte: A autora (2022).

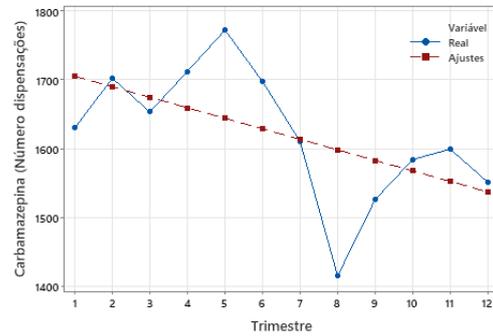
Por meio da análise temporal pode-se observar a variação da dispensação de cada fármaco no período analisado de 2018-2021, sendo dividido em 12 trimestres e separados por grupos farmacológicos (Figura 7 a 9). Para o grupo farmacológico dos antiepiléticos e antiparkinsonianos, nota-se um comportamento levemente crescente para o Ácido Valpróico, apesar de uma brusca queda no registro do segundo trimestre. Para a Carbamazepina e Fenobarbital nota-se um comportamento decrescente, alcançado seus menores valores de dispensação respectivamente no oitavo e décimo trimestre. Os fármacos Biperideno e Clonazepam apresentam um visível comportamento crescente e o fármaco Fenitoína mostra-se em um comportamento sem uma tendência de crescimento ou decrescimento com valores máximo no quinto trimestre e mínimo no décimo primeiro trimestre (Figura 7).

No grupo farmacológico dos psicodépticos, observou-se que os fármacos Clorpromazina, Risperidona, Levomepromazina e Haloperidol se mostram em um comportamento crescente ao longo do tempo, com valores mínimos em trimestres isolados. No entanto, para os fármacos Carbonato de Lítio e Diazepam, não se observou visualmente tendência ao longo dos trimestres, apresentando pontos de queda e de subida recorrentes (Figura 8). Em relação aos psicoanalépticos, para os fármacos Clomipramina, Fluoxetina e Nortriptilina nota-se um comportamento crescente, ao passo que para os fármacos Imipramina e Metilfenidato observa-se um comportamento de queda e em relação a Amitriptilina um comportamento de estabilidade no período (Figura 9).

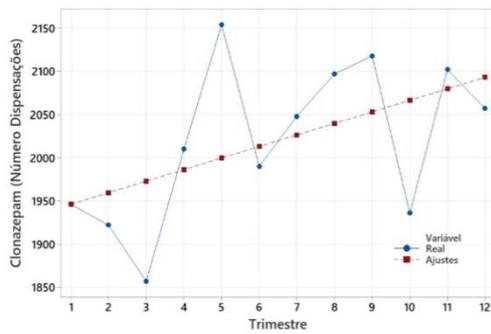
A)



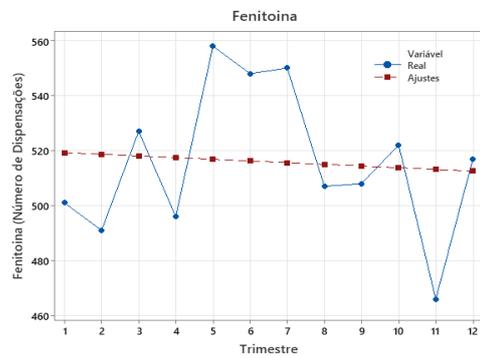
B)



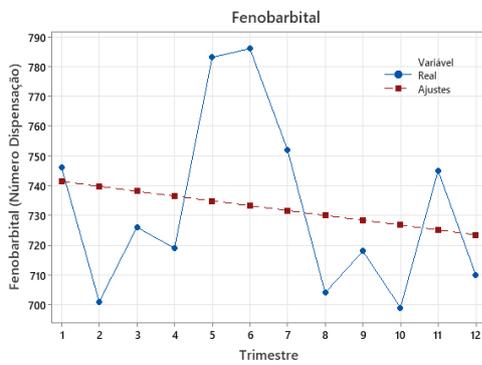
C)



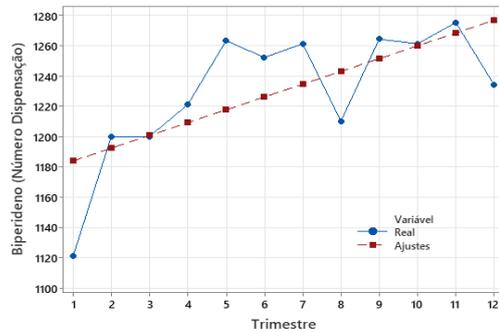
D)



E)



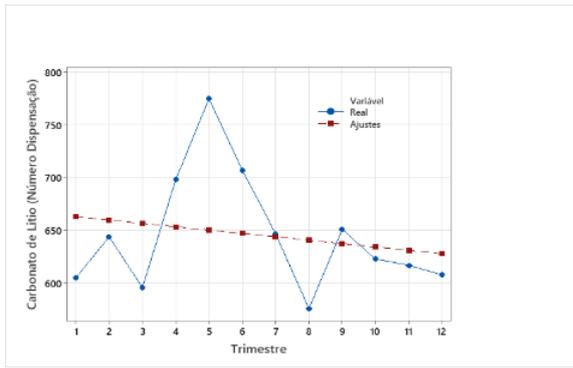
F)



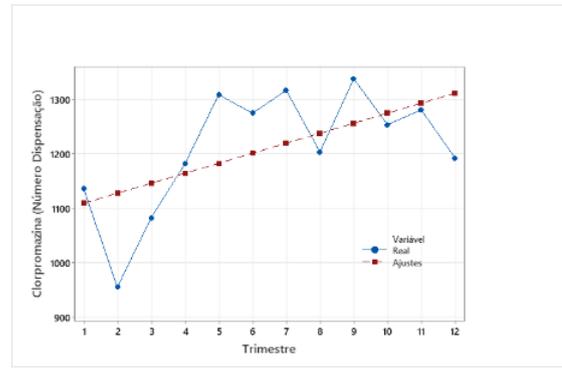
Fonte: A autora (2022).

Figura 7 - Análise temporal da dispensação de antiepiléticos e antiparkinsoniano, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021: (A) Ácido Valpróico; (B) Carbamazepina; (C) Clonazepam; (D) Fenitoína; (E) Fenobarbital; (F) Biperideno

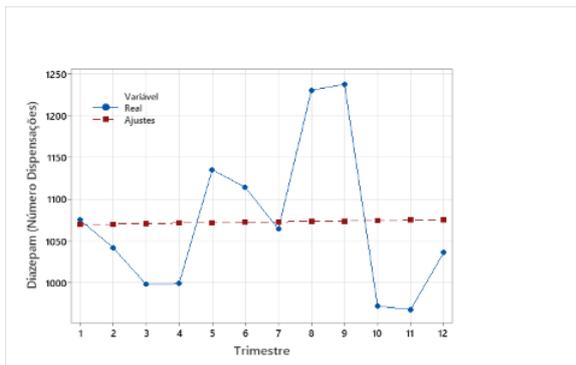
A)



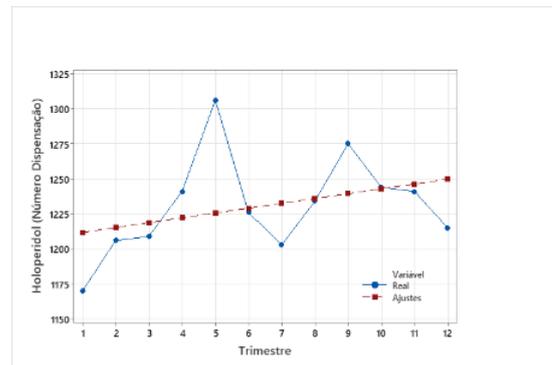
B)



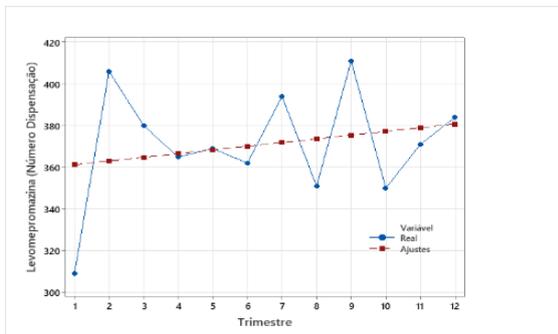
C)



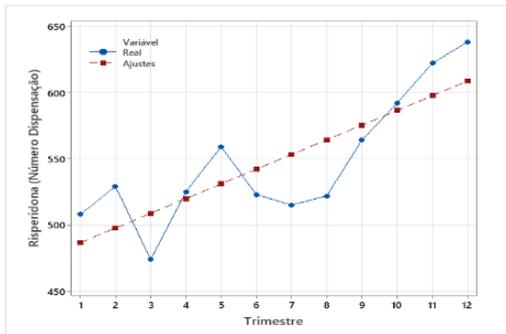
D)



E)



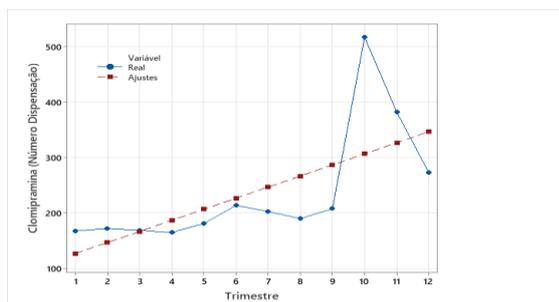
F)



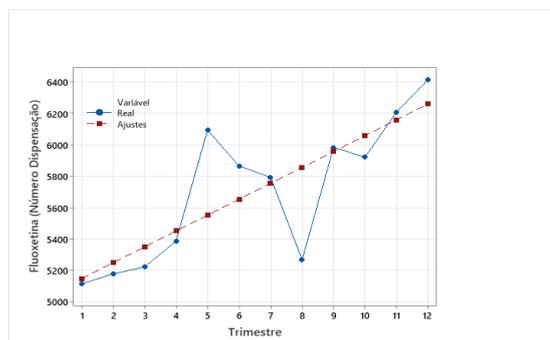
Fonte: A autora (2022).

Figura 8 - Análise temporal da dispensação de psicoféuticos, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021: (A) Carbonato de Lítio; (B) Clorpromazina; (C) Diazepam; (D) Haloperidol; (E) Levomepromazina; (F) Risperidona.

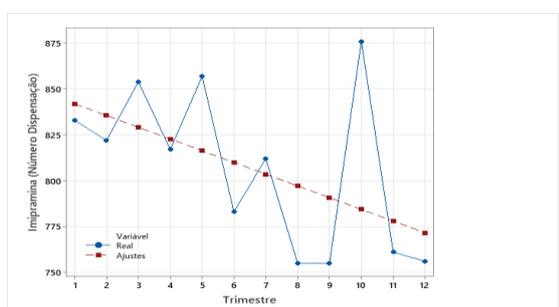
A)



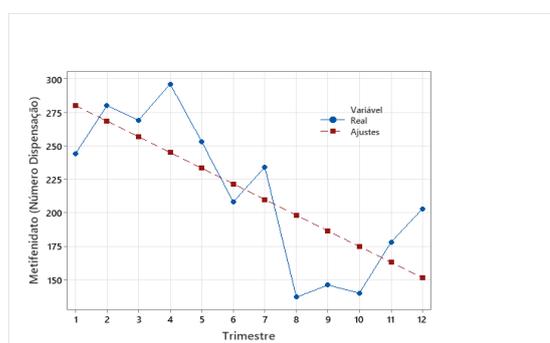
B)



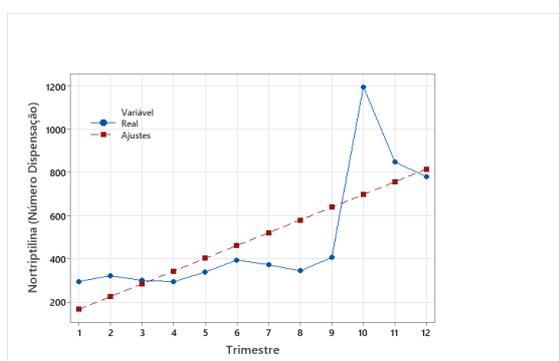
C)



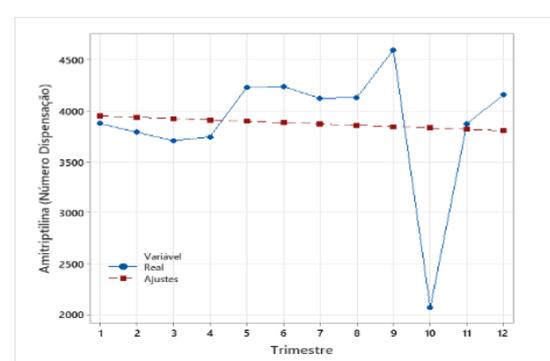
D)



E)



F)



Fonte: A autora (2022).

Figura 9 - Análise temporal da dispensação de psicoanalépticos, Foz do Iguaçu-PR, 2018 a 2021: (A) Clomipramina; (B) Fluoxetina; (C) Imipramina; (D) Metilfenidato; (E) Nortriptilina; (F) Imipramina

Por meio da análise de tendência temporal de Prais-Winsten, conforme apresentado na Tabela 8, observa-se que foi estatisticamente significativa a tendência descendente no indicador dos fármacos Imipramina e Metilfenidato, e tendência ascendente para Biperideno, Risperidona, Clomipramina, Fluoxetina e Nortriptilina. No entanto, não houve significância estatística ($p > 0,05$), e portanto, tendências consideradas estacionárias para os demais fármacos analisados (Tabela 8).

Tabela 8: Análise de tendência temporal de medicamentos psicotrópicos, 2018-2021, Foz do Iguaçu-PR.

GRUPO FARMACOLÓGICO (ATC)	FÁRMACOS	REGRESSÃO DE PRAIS-WINSTEN				TENDÊNCIA TEMPORAL
		Coefficiente	R ² (%)	R ² Aj (%)	p	
N03 Antiepiléticos	Ácido Valpróico	20,1	31,4	16,1	0,07	Estacionária
	Carbamazepina	-13,3	17,9	-0,3	0,19	Estacionária
	Clonazepam	13,5	31,1	15,7	0,07	Estacionária
	Fenitoína	-0,5	0,4	-21,7	0,85	Estacionária
	Fenobarbital	-1,9	3,5	-17,9	0,58	Estacionária
	Biperideno	8,5	47,5	35,9	0,02	Ascendente
N04 Antiparkinsoniano	Carbonato de Lítio	-2,4	1,5	-20,4	0,72	Estacionária
N05 Psicolépticos	Clorpromazina	16,6	24,7	8,0	0,12	Estacionária
	Diazepam	-0,3	0,00	-22,2	0,98	Estacionária
	Haloperidol	3,5	10,3	-9,6	0,33	Estacionária
	Levomepromazina	0,8	3,5	-18,0	0,58	Estacionária
	Risperidona	11,2	57,6	48,2	0,007	Ascendente
	Amitriptilina	-16,7	1,3	-20,6	0,74	Estacionária
N06 Psicoanalépticos	Clomipramina	19,7	42,6	29,8	0,03	Ascendente
	Fluoxetina	101,7	63,2	55,1	0,003	Ascendente
	Imipramina	-6,3	40,3	27,0	0,036	Descendente
	Metilfenidato	-10,2	40,0	26,7	0,037	Descendente
	Nortriptilina	58,0	49,2	37,9	0,016	Ascendente

Fonte: A autora (2022).

5 DISCUSSÃO

5.1 Dispensações de Psicotrópicos e outras questões reflexivas

Estudos semelhantes foram realizados sobre a dispensação de medicamentos em algumas localidades no Brasil, uma pesquisa realizada no município de Mafra - SC no período de 2009 a 2011, revelou que no ano de 2009, 20,9% da população do município fazia uso de algum medicamento psicotrópico, já em 2010 este número foi equivalente a 7,6%, voltando a se elevar no ano de 2011 para 36,8%. (GRUBER; MAZON, 2014). Já em outro estudo realizado em um município do sul do Estado de Santa Catarina, no período de 2011 a 2012, constatou a dispensação de 741.209 unidades farmacêuticas (comprimidos e frascos), destas, 205.549 unidades no ano de 2011 e 535.660 no ano de 2012, registrando-se um aumento de 44,54% de psicotrópicos dispensados (VALÉRIO; BECKER, 2014).

Na Austrália, no período de 2019 a 2020, foram preenchidas 40,7 milhões de prescrições para medicamentos relacionados à saúde mental, o qual equivale a 1.596,5 prescrições por 1.000 habitantes. Esses medicamentos foram dispensados a 4,4 milhões de pacientes (17,2% dos australianos). No entanto, ocorreu uma diminuição das prescrições para ansiolíticos e também hipnóticos/sedativos, mas aumentaram no mesmo período as prescrições de antipsicóticos; antidepressivos; e de Psicoestimulantes, agentes utilizados para TDAH (AUSTRÁLIA, 2021).

No entanto, constata-se que no Brasil, no período de 2018-2019, um total de vendas de medicamentos psicotrópicos de 75.448.491 e um total de 149.172.370 de apresentações vendidas (caixa ou frasco). Já no período pandêmico observa-se uma diminuição nas vendas psicotrópicos, 61.725.560) e no total de apresentações vendidas (130.897.585 caixas ou frasco). No período anterior a pandemia (2018-2019), o estado do Paraná estava em 4ª lugar com o total de vendas de medicamentos 4.278.849, mas durante a pandemia (2020-2021) passou para o 5ª lugar, com o total de vendas de 3.528.964 (ANVISA, 2022). Ressalta-se que esses dados ainda não contemplam as farmácias de manipulação e nem os dispensários e congêneres do SUS, não havendo possibilidade de dimensionar com precisão a amplitude do problema (ALVES *et al.*, 2021).

Outra pesquisa foi realizada no Brasil pelo Ministério da saúde (2020), por meio de um questionário on-line, o qual a primeira etapa ocorreu entre 23 de abril e 15 de maio de 2020 e a segunda etapa entre 22 de agosto e 6 de outubro de 2020. Sendo identificado que 29,33% dos brasileiros entrevistados procuraram ajuda profissional por questões relacionadas à saúde mental, sendo 20% em serviços particulares. Outros 34,2%

informaram que não procuraram ajuda, mas que gostariam de ter apoio psicológico principalmente para lidar com a ansiedade (78%) e o estresse (51,9%). Os resultados mostraram que 2,22% dos entrevistados começaram a ingerir álcool durante a pandemia e 16,6% revelaram aumento no consumo se comparado com o período anterior a pandemia. O uso de medicamentos antidepressivos aumentou em 15,79%. Desses, 7,2% alegaram que iniciaram a ingestão durante a pandemia. O uso de ansiolíticos foi o que apresentou maior índice (22,66%). Dados semelhantes foram identificados no levantamento do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que apontou que quase 100 milhões de caixas de medicamentos controlados foram vendidos em 2020, representando um salto de 17% na comparação com o ano anterior (CFF, 2020).

No presente estudo realizado em Foz do Iguaçu-PR observou-se uma maior dispensação no Clonazepam, seguido pela Carbamazepina, com a maior quantidade de comprimidos dispensados na classe farmacológica antiepilético, resultados semelhantes foram identificados no estudo de Cazarotti *et al.* (2019), que observou que o medicamento mais prescrito da lista “B1” foi o Clonazepam (46%) e da lista “C1” foi a carbamazepina (16,6%) (CAZAROTTI *et al.*, 2019). Outro estudo realizado no estado de Santa Catarina, constatou entre 2008 e 2013, houve um aumento de 58,6% no padrão de dispensação do Clonazepam (CARVALHO, 2014). O mesmo ocorreu no Sul Catarinense no período de janeiro a dezembro de 2012. O Clonazepam foi responsável por 39,93% do consumo, aumentando para 43,16% (VALÉRIO; BECKER, 2014).

O aumento de prescrição do Clonazepam também aumentou nos estudos realizados em diferentes períodos de pesquisa antes da pandemia e diversas localidades, como: Sorocaba-SP, Teresina-PI, Bambuí-MG e Lindoeste-PR (NALOTO *et al.*, 2016; MENDES, 2015; TOLEDO; CHAVES, 2018; BRESSON; LINARTEVICH, 2021). Nordon *et al.* (2009), Telles Filho *et al.* (2011), Rocha; Werlang (2013), Mezzari; Iser (2015), Borges *et al.* (2015), Silva *et al.* (2015), Silva *et al.* (2016), Braga *et al.* (2016), Schalleberger; Colet (2016) e Ramon *et al.* (2019), Lima; Faria (2021) também identificaram que o Clonazepam entre os benzodiazepínicos mais utilizados.

O Clonazepam pertence à classe farmacológica também conhecida como benzodiazepínicos. Eles se ligam em receptores específicos, potencializam os efeitos do GABA fisiológico no seu próprio receptor promovendo a inibição de várias funções do SNC, tendo assim uma ação anticonvulsivante, sedação leve, relaxamento muscular, efeito tranquilizante (CRUZ, 2016). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nos relatórios do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, o

Clonazepam figura como o antiepilético mais prescrito no Brasil, devido sua elevada eficácia terapêutica, a baixa toxicidade (ANVISA, 2020). São prescritos principalmente para tratamento de transtornos do sistema nervoso central como epilepsias, ansiedade, fobia social, insônia, transtorno afetivo bipolar, distúrbio do pânico, acatisia, devido à sua ação ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular (BALDONI *et al.*, 2020). Porém, também têm sido utilizadas para sintomas psiquiátricos difusos e comuns no cotidiano nos indivíduos, como: irritabilidade, humor depressivo, timidez excessiva, ansiedade social, insônia persistente, fadiga, entre outros (ZORZANELLI *et al.*, 2019). Em Foz do Iguaçu, entre 2018 e 2021, o Clonazepam apresentou 22.545 (93%) das dispensações sem CID e com 22.577 (93,2%) sem CIAP.

O uso prolongado de Clonazepam pode diminuir a capacidade cognitiva e alterar a capacidade psicomotora. Seus efeitos colaterais estão relacionados com a depressão do SNC, sendo os mais comuns: depressão, sonolência, tontura, diminuição da concentração, cefaleia, falta de coordenação muscular, diminuição da libido, dificuldade de ereção, conduta social inconveniente, hipotensão, depressão respiratória, náuseas, alteração do apetite, visão borrada, confusão, euforia, despersonalização, pesadelos (CRUZ, 2016). Apesar de sua segurança pelo alto índice terapêutico e baixo risco de toxicidade, ao ser usado por períodos prolongados pode gerar dependência química, com sinais de tolerância e crises de abstinência durante a retirada do medicamento (COSTA; TEIXEIRA; SILVA, 2020). A tolerância é a necessidade de aumento da dose para se ter o mesmo efeito. A abstinência é quando depois de algum tempo de uso da substância, a concentração diminui na corrente sanguínea e surgem alterações comportamentais mal adaptativas, com efeitos fisiológicos e cognitivos (DSM-5).

Outro medicamento que teve um número elevado de dispensação em Foz do Iguaçu foi a Carbamazepina, o que vai de encontro com resultados dos estudos de Forte (2007), Farias (2015), Santos *et al.* (2019), Silva *et al.* (2020). A Carbamazepina tem o mecanismo de ação de estabilizar a membrana do nervo hiperexcitado, inibe a descarga neuronal repetitiva e reduz a propagação sináptica dos impulsos excitatórios. A redução da liberação de glutamato e a estabilização das membranas neuronais podem ser consideradas responsáveis principalmente pelos efeitos antiepiléticos. Por sua vez, os efeitos depressivos no *turnover* (i.e., quantidade metabolizada) de dopamina e noradrenalina poderiam ser responsáveis pelas propriedades antimaníacas. O medicamento é indicado para o tratamento de crises epiléticas, esclerose múltipla, síndrome de abstinência do álcool, mania aguda e como estabilizador do humor na doença bipolar (psicose maníaco

depressiva), entre outros. Alguns efeitos colaterais são: tonturas, ataxia, sonolência, fadiga, cefaleia, diplopia e perturbações da acomodação visual, movimentos involuntários anormais (ARAUJO; SILVA; FREITAS, 2010). No entanto, nos estudos de Grassi e Castro (2016) apresentou o menor número de prescrição em relação a esse fármaco.

Em relação ao grupo dos Psicolépticos, também conhecidos como Antipsicóticos ou Neurolépticos, em Foz do Iguaçu, entre 2018 a 2021, o fármaco Haloperidol apresentou a maior dispensação, seguido pela Clorpromazina. O mesmo ocorreu no estudo de Melo (2015), em que o Haloperidol e a Clorpromazina lideraram a classe dos antipsicóticos na dispensação. Esses fármacos são classificados como de primeira geração, e atuam no bloqueio no receptor de dopamina (D2) (CORREL *et al.*, 2017), sendo utilizado para prevenir alucinações, delírios, agressividade, impulsividade e estados de excitação. É indicado para Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade, Psicoses, entre outros (SILVA, 2020). Entretanto, apresenta um aumento de risco para parkinsonismo, acatisia e distonia (SANTOS, 2016). Na pesquisa de Oliveira *et al.* (2021) a Clorpromazina (13,04%) e o Haloperidol (10,22%) estão entre os comprimidos mais dispensados em Belém.

Outro medicamento que teve elevado número de dispensações em Foz do Iguaçu-PR entre 2018 a 2021, foi a Fluoxetina, pertencente ao grupo farmacológico Psicoanalépticos, e também conhecida comumente como antidepressivo, seguida pela Amitriptilina. O mesmo ocorreu em uma pesquisa realizada no município de Campo Mourão-PR, no período antes da pandemia, nos anos de 2011, 2012 e 2013, em que o maior número de unidades dispensadas no ano de 2011 foi a Amitriptilina 25mg com 550.500 comprimidos (47,98%), seguida pela Fluoxetina 20 mg com 509.340 comprimidos (44%). Já, em 2012 a 2013 houve a prevalência da Fluoxetina 20mg, com 632.138 (46,42%) e 667.704 (48,74 %) comprimidos, respectivamente (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014). Na cidade de Capitão Leônidas Marques-PR, por meio da identificação do perfil municipal de dispensação de antidepressivos no período de janeiro de 2015 à dezembro de 2017, foi identificado que os fármacos mais dispensados foram Amitriptilina 25mg, correspondendo a 41,05% do total de antidepressivos dispensados, seguido pela a Fluoxetina com 32% (PERIN, FAGNANI, 2019).

No município de Caruaru-PE, constatou que em outubro a novembro de 2020 houve um consumo maior de Fluoxetina 20mg, especialmente quando comparado ao mês de janeiro do mesmo ano. Os meses subsequentes de 2020 evidenciaram o aumento do consumo da Fluoxetina quando comparado ao início do ano de 2019 (LIMA; OLIVEIRA; FILHO, 2020). Compreende-se que os antidepressivos tricíclicos atuam aumentando a

concentração sináptica de norepinefrina e/ou de adrenalina no SNC, ao bloquear a recaptação desses neurotransmissores pela membrana neuronal pré-sináptica. Os fármacos Amitriptilina, Nortriptilina e Clomipramina pertencem a essa classe farmacológica, sendo indicados no transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, psicose associada ao transtorno depressivo em estados de ansiedade associados com depressão e enxaqueca. Já a Fluoxetina, faz parte da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), que atuam por meio da inibição seletiva da recaptação da serotonina, resultando/em acúmulo desse neurotransmissor nas sinapses nervosas. Indicada para o tratamento de transtornos depressivos e de transtorno obsessivo compulsivo (BARROSO, 2016).

Na Espanha 78,1% da população faz uso de antidepressivos. Estudo aponta um aumento de 81,2% no consumo destes em relação de 2000 a 2010. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (IRSS) foram os medicamentos mais prescritos e os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN) os de maior crescimento na prescrição (386,8%) (VERDÚ *et al.*, 2014). Percebe-se semelhanças com estudo realizado no Reino Unido entre 2008 a 2018, que identificou que a taxa de prescrições passou de 254,3 para 471,2 por 100.000 pessoas-ano e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS ou SSRI) foram mais comumente prescritos (70% de todas as prescrições de antidepressivos) (CAO *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a Fluoxetina também foi um dos psicofármacos com maior prevalência de prescrição nos estudos de Ribeiro *et al.* (2014), Carvalho (2014), Bueno; Almeida; Rocha (2016), Schenkel; Colet (2016), Borges *et al.* (2015), Rocha; Werlang (2013), Braga *et al.* (2016), Santos *et al.* (2019). O alto índice de prescrição de Fluoxetina pode ser devido ao fato de sua classe de antidepressivo ser considerada mais segura, pois apresenta meia vida mais longa de 4 a 6 dias; e seu metabólito ativo, Norfluoxetina, tem uma meia vida de 7 a 9 dias, esse fator parece proteger contra os efeitos adversos, em caso de retirada do medicamento (PRIETSCH, 2015).

No presente estudo, durante o período pandêmico de 2020 a 2021, houve mudanças nos padrões de dispensações dos psicotrópicos no município de Foz do Iguaçu-PR, sendo observado uma diminuição no número total das dispensações nesse período. Diferentemente, o estudo realizado no município de São Sebastião da Bela Vista-MG identificou um aumento expressivo na dispensação de antidepressivos durante o mesmo

período analisado, havendo um total 2.696 medicamentos dispensados durante o segundo trimestre de 2021 (LIMA; FARIA, 2021).

Ressalta-se que Foz do Iguaçu-PR é uma cidade fronteira com Paraguai e Argentina, em que tanto “brasiguaios” (brasileiros que vivem no Paraguai) quanto brasileiros que vivem na Argentina e, também, muitos paraguaios e argentinos buscam atendimento junto aos serviços de saúde do SUS em Foz do Iguaçu-PR. Isto muito provavelmente se deve a dois fatores principais: (1) escassez de serviços públicos de saúde em quantidade e qualidade nestes dois países (Paraguai e Argentina); e (2) facilidade de acesso (acesso universal) a serviços públicos de saúde do SUS (Brasil). Entretanto, durante parte deste período as fronteiras permaneceram fechadas, diminuindo consideravelmente a movimentação de pessoas entre os países. Além disso, os Serviços de Saúde do SUS tiveram uma reorganização nos atendimentos, havendo um aumento nos desafios cotidianos das equipes estratégicas. No período, muitas Unidades Básicas de Saúde serviram como Sentinelas, muitas consultas de rotinas foram suspensas e toda atenção foi voltada para o cuidado do COVID-19. Foi incluído o uso de tecnologias de informação e comunicação, como *WhatsApp* e telefone, para a realização de tele consulta. Entretanto, nem todos os usuários possuíam acesso a esses meios de comunicação, diminuindo o acesso destes aos serviços de saúde do município. Ressalta-se ainda que as receitas de medicamentos controlados foram prolongadas para um novo tempo de duração das prescrições, podendo explicar o menor número de dispensações (prescrições) em relação às dispensações de unidades de medicamentos (comprimidos).

Por outro lado, observa-se que alguns fármacos aumentaram significativamente sua dispensação, ao passo que ocorreu redução na dispensação de outros medicamentos. A Nortriptilina apresentou aumento na dispensação de 102,8% e a Clomipramina apresentou aumento de 65,9%. Compreende-se que estes são antidepressivos tricíclicos e que pode justificar a diminuição de 2,7% da dispensação de Amitriptilina, por serem da mesma classe de fármacos (MORENO *et al.*, 1999). Além disso, em relação as dispensações aos fármacos com CID, houve maior dispensação de a Nortriptilina, com 1.479 (25,1%). O mesmo pode ser observado em relação às dispensações com CIAP, cujos medicamentos com maiores também foram Nortriptilina, com 1.992 (33,8%); Clomipramina, com 837 (29,5%).

O fármaco Carbonato de Lítio apresentou uma diminuição na dispensação em Foz do Iguaçu. O fármaco se caracteriza por ser um estabilizador de humor de primeira escolha no tratamento de transtornos de humor bipolar, apresentando efeito protetor contra crises

de depressão grave, mania e essencial na prevenção do suicídio. Salienta-se também que, independentemente da pandemia, no início de março de 2020 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) tornou pública uma denúncia da falta do Carbonato de Lítio e do Cloridrato de Imipramina no mercado, intitulado a situação como “calamitosa” devido aos impactos da descontinuação desses remédios de referência. Cobrou ainda uma explicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o esclarecimento realizado pelos laboratórios pelo ocorrido foi pela dificuldade de aquisição de matéria-prima junto ao fabricante de insumos (ABP, 2020).

Na falta de Carbonato de Lítio, o fármaco Ácido Valpróico foi considerado um efetivo nas convulsões generalizadas de todos os tipos (BARRETO; MASSABKI, 2010), também apresenta eficácia para tratamentos de transtornos de humor (TELESSAÚDE, UFRGS, 2020). Possivelmente em decorrência da falta de carbonato de Lítio, conforme apontado pela ABP no início de março de 2020, pode-se afirmar que o aumento na dispensação do Ácido Valpróico seja decorrente deste evento. Em Foz do Iguaçu-PR, o aumento de 7,4% nas dispensações, quando comparado o período antes da pandemia e durante a pandemia.

O consumo do Metilfenidato tem aumentado gradativamente a cada ano, pois seu uso não terapêutico cresce entre estudantes que visam potencializar seus estudos. Esse fármaco é um estimulante do SNC, seu modo de ação ocorre na inibição do transporte de dopamina e noradrenalina, por meio do bloqueio nas fendas sinápticas e aumentando a concentração dessas catecolaminas no cérebro (PINHEIRO *et al.*, 2016; LEITE, BALDINI, 2011; MARCON *et al.*, 2012). Sua prescrição é indicada para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que é uma disfunção comportamental que pode promover implicações motoras, comportamentais como falta de atenção, hiperatividade, impulsividade, cognitivas, sociais e até na área acadêmica, (SOUZA, 2018).

Na pesquisa de Hoffman *et al.* (2021), a quantidade de metilfenidato dispensado no ano de 2014 foi de 11.760 comprimidos, em 2015 foram 38.890, e em 2016 foram retirados 29.510 comprimidos. No Brasil, segundo os dados do Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgado em 2013, o consumo de metilfenidato aumentou 75% em crianças com idade de 6 a 16 anos, entre 2009 e 2011 (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O uso de Metilfenidato nos Estados Unidos correspondeu a 64% do consumo mundial. Na Dinamarca, estudo mostra que houve um aumento de quase quatro vezes nas prescrições de metilfenidato, especificamente para crianças e adolescentes (LIRA, 2015). Já em Lavras-MG o aumento do consumo de metilfenidato no Brasil não refletiu

significativamente o aumento da dispensação do mesmo na Farmácia Municipal (SOUZA; SILVA; MOREIRA, 2013). Em Foz do Iguaçu-PR, no período pandêmico (2020-2021) o Metilfenidato apresentou diminuição em sua dispensação.

Ressalta-se que devido a pandemia por COVID-19, as aulas presenciais foram suspensas como estratégia de segurança em março de 2020 e foram retomadas de maneira remota e on-line. Esse fato pode ter interferido na diminuição da dispensação do Metilfenidato, já que o uso da medicação é indicado quando se exige atenção. No estudo de Walylo *et al.* (2016) constatou uma diminuição da prescrição desse medicamento no período de férias escolares, o que pode estar relacionada em uma estratégia terapêutica adotada pelos médicos para amenizar as reações adversas do uso prolongado do fármaco.

Acrescenta-se que em Foz do Iguaçu-PR entre 2018 a 2021, o Metilfenidato foi o medicamento que apresentou maiores dispensações sem CID, cerca de 2.532 comprimidos (97,8%), e sem CIAP, cerca de 2.568 (99,2%). Entende-se que o diagnóstico de TDAH tem uma sintomatologia geral que facilmente encaixa-se em qualquer desvio de comportamento (FIGUEIRÔA; MARTINS, 2018). Por isso é dada a importância da inclusão de debates em relação aos diagnósticos de TDAH e o uso do Metilfenidato nas políticas públicas de saúde, seja no posicionamento da Política de Saúde Mental em relação ao Diagnóstico, seja na constante problematização da dispensa do medicamento à população via SUS (DOMITROVIC; CALIMAN, 2017).

Desta forma, no Município de Jequié-BA, foi realizado estudo no período de 2010 a junho de 2014, em que ressaltou a existência de falhas graves concernentes à completude das notificações de receita no que se refere a informações do paciente, do emitente, do prescritor, do medicamento e também na dispensação do medicamento Metilfenidato (PINHEIRO *et al.*, 2016). O mesmo ocorreu em Ponta Grossa-PR, que 88,9% das receitas de Metilfenidato avaliadas estavam em desconformidade com a legislação (WALYLO *et al.*, 2016). Na Colômbia, em pesquisa realizada no Hospital *San Juan de Dios de Marinilla*, observou-se a realização de diagnósticos inadequados, que podem ser observados para o consumo do fármaco (CABALLERO; SÁNCHEZ, 2020). Em Brasília, em pesquisa realizada na Faculdade Anhanguera com 400 alunos, constatou que 5,8% destes já haviam feito uso do Metilfenidato em algum momento, enquanto outro estudo com estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia, mostrou que 8,6% dos entrevistados afirmaram que já haviam utilizado o metilfenidato em algum momento da vida escolar. Sendo assim, considerando-se que a utilização indiscriminada de Metilfenidato, bem como outros psicoestimulantes podem ocasionar efeitos colaterais imediatos ou a longo prazo, torna-se

necessário que haja um maior controle da sua prescrição e dispensação, bem como uma atenção especial por parte das autoridades responsáveis para uma maior conscientização dos alunos a respeito dos riscos inerentes ao seu uso indiscriminado (ANTUNES; FREITAS; PIVA, 2021).

Assim como ocorre situações errôneas na prescrição de Metilfenidato, o mesmo ocorre na prescrição dos psicotrópicos em geral. Na presente pesquisa, não foram avaliados e especificados os tipos de diagnóstico por CID ou CIAP em relação aos fármacos dispensados entre 2018 a 2021. Apenas descrito a quantidade de dispensações em relação a presença ou não de algum registro de CID ou CIAP, assim ressalta-se que a maior parte dos medicamentos dispensados não continha um diagnóstico de referência para justificar o motivo da dispensação do medicamento. Também, observa-se que na literatura científica não foi encontrado nenhum estudo que realizou esta relação de dispensação com CID e/ou CIAP.

Talvez seja pelo fato da Portaria nº 344/98 colocar os seguintes pontos como preenchimento obrigatórios pelo prescritor, como: Nome completo do paciente; Endereço do paciente; Nome do medicamento/substância prescrita; Quantidade em algarismos arábicos e apresentação do medicamento/substância prescrita; Forma farmacêutica e concentração/unidade posológica do medicamento/substância prescrita e posologia; Assinatura e identificação do prescritor; Data da prescrição. Apenas para os medicamentos anabolizantes, regidos pela a Lei nº 9.965/2000, exige a prescrição com CID ou quando as prescrições das listas A, B1, C1 e C5 estão em quantidades do recomendado. Assim, o prescritor deve preencher uma justificativa datada e assinada contendo o CID ou diagnóstico e posologia. Por isso levanta-se a questão: Onde está a falha, no diagnóstico, na prescrição médica ou no registro do Banco de Dados das dispensações?

Um estudo realizado entre agosto a dezembro de 2017 entrevistou 12 médicos da saúde da família sobre o predomínio de consultas para repetição da prescrição de benzodiazepínicos (BZD). Os motivos da consulta foram por sintomas de ansiedade, insônia, sintomas depressivos e estresse. Além disso, os profissionais pontuaram que o uso de psicotrópicos máscaras um quadro psiquiátrico ou clínico não diagnosticado, o que torna o tratamento como sintomático, banalizando o uso do fármaco. Também constatou que o lançamento do CID não era compatível com o número de dispensações, ou seja, uma parte da população sem diagnóstico e com uso sintomático (VALLE, 2018). Em farmácias do SUS de Criciúma -SC, foi realizada a estimativa sobre a prevalência de uso crônico dos BZP para iniciar estratégias de redução do consumo prolongado de Diazepam e Clonazepam.

Identificou-se que 62,1% dos indivíduos começaram a usar o medicamento para insônia; 5,3% para ansiedade; 11,6% relataram uso para condições associadas de insônia e ansiedade (Ins/Ans); e 21,1% por outros motivos (PERUCH, 2018). O mesmo ocorreu no estudo de Fávero, Sato e Santiago (2017), quanto ao motivo do uso da medicação, sobressaindo-se a ansiedade (43,8%), a depressão (53,1%) e a insônia (62,5%).

Em análise realizada de outubro de 2017 a março de 2018 de uma drogaria da Estância Turística de Ouro Preto do Oeste, no estado de Rondônia, verificou que grande parte das receitas se tratava de notificação do Tipo C. Quanto à tipologia, 56,7% dos psicotrópicos foram prescritos pelo nome comercial. Com relação às especialidades prescritoras, observou-se que maioria se tratou de clínicos gerais, seguidos pelos psiquiatras. Ainda, os resultados demonstraram que 61,9% das receitas apresentaram algum tipo de irregularidade (SANTOS; CARDOSO; FERREIRA, 2018).

Já, no estudo de Ponte *et al.* (2020), a especialidade médica que mais prescreveu foi a clínica médica (35,9%), seguida pela psiquiatria (28,1%). Neste mesmo estudo, A principal irregularidade observada foi o nome do medicamento em desacordo com a denominação Comum Brasileira (DCB), em 73,38% das prescrições. O mesmo ocorreu no estudo de Cazarotti *et al.* (2019) realizado no município de Santa Inês-MA, no qual 78,35% dos medicamentos prescritos não estavam de acordo com a Denominação Comum Brasileira. Já no estudo de Grassi e Castro (2016) constatou erros nas prescrições, tais como medicamentos abreviados (63,42%). Contudo, entende-se que os erros presentes nas prescrições, interferem na qualidade da dispensação, prejuízos ao paciente e também na saúde pública (SILVA, 2009; FIRMO *et al.*, 2013).

No município de Sobral-CE, foi realizado o diagnóstico das intervenções em saúde digital na gestão, no sistema de vigilância em saúde e nas redes assistenciais do município, o qual constatou que apesar do investimento em saúde digital, a capacitação dos profissionais que utilizam o sistema é deficiente. Estes não passaram por treinamentos ou consideraram os mesmos insuficientes para desempenhar o trabalho utilizando todas as operacionalidades dos sistemas (FONTEBELE, 2021).

Por fim, o estudo de Santos, Bettoni e Silva (2020) propuseram um sistema uma estratégia simples e tecnológica para manter atualizado Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES), que contém as informações de pacientes com os mapeamentos entre os termos das fontes terminológicas CID e CIAP. Foi incorporada a sugestão de novos termos na codificação de SOFS ou de S-RES, num contexto mais amplo, de modo a possibilitar trabalhos futuros nestes mapeamentos para expansão para outros módulos importantes na

atenção primária (SANTOS; BETTONI; SILVA, 2020). Contudo, também se sugere uma atenção na integração das informações dos prontuários dos pacientes ao histórico de farmacoterapia da tecnologia de informática da farmácia aplicada à dispensação, reduzindo os danos aos pacientes no uso de psicofármacos (TRINDADE, 2021).

5.2 Padrões de Uso de Psicotrópicos: Existem Diferenças entre Homens e Mulheres?

Identifica-se a apresentação de resultados semelhantes aos do presente estudo, no qual a maioria dos psicotrópicos foram prescritos ao público feminino, uma questão de saúde pública no país observada no cotidiano dos serviços em diversas localidades brasileiras. No município de Bambuí-MG, 74,6% das prescrições ocorreram para sexo feminino (TOLEDO; CHAVES, 2018). Já, no município de Sobral-CE as mulheres apresentam 62,6% dos usuários (PONTE *et al.*, 2020). Na cidade de Água Doce-SC, o sexo feminino correspondeu a 71,15% do público que receberam medicamento psiquiátrico, sendo que 47,16% das prescrições consistiam de antidepressivos (BRAGA *et al.*, 2016). Estes resultados foram parecidos com estudo realizado em 3 CAPS na região sul do país, no qual se identificou a prevalência do feminino, com 63,9%, sendo que a maior parte dos usuários que utilizavam antidepressivos eram do sexo feminino, com 79% (KANTORSK *et al.*, 2011). Em um município do interior de São Paulo a amostra foi composta majoritariamente por mulheres (84,8%), sendo que 5,6% apresentaram diagnóstico de depressão (BORGES *et al.*, 2015). Entre 2018 e 2021 em Foz do Iguaçu-PR, que os fármacos mais dispensados para as mulheres em comparação aos homens foram os psicoanalépticos (antidepressivos), como a Nortriptilina; Fluoxetina e Amitriptilina. Na pesquisa de Fernandes (2019) em um estudo transversal de base populacional em relação aos dados do inquérito de Saúde de Campinas, o percentual de uso de antidepressivos foi significativamente maior no sexo feminino (44,3%) em comparação ao masculino (25,5%) (FERNANDES, 2019).

No presente estudo, os medicamentos Clonazepam e Carbonato de Lítio também apresentaram maiores dispensações para mulheres, em comparação ao masculino entre 2018 a 2021. Estudo realizado em Sorocaba-SP, constatou que a maioria das participantes mulheres apresentaram histórico familiar de transtorno mental, não realizava acompanhamento com psicólogo e fazia uso de outros psicotrópicos e o mais prescrito foi o Clonazepam (NALOTO *et al.*, 2016). O mesmo ocorreu no município de Lindoeste-PR, com maior dispensação de ansiolíticos e maior prevalência de pessoas do gênero feminino

(76,72%) com diagnóstico de transtornos ansiosos (BRESSON, LINARTEVICH, 2021). Em contrapartida, o estudo realizado no município de Ribeirão Preto-SP apontou que homens consumiram dose média mais elevada Carbonato de Lítio ($p < 0,001$) e Clonazepam ($p < 0,001$) (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Várias pesquisas realizadas afirmam que no sexo feminino é mais recorrente a sintomatologia de doenças e, conseqüentemente, buscam por ajuda profissional mais rapidamente (MARCON *et al.*, 2012; ROCHA; WERLANG, 2013). Existem as diferenças relacionadas às questões fisiológicas e patológicas entre os homens e mulheres e também as concepções construídas culturalmente e socialmente sobre as diferenças dos sexos e que desencadeiam vivências diferentes. A mulher assume diferentes papéis na sociedade, a cobrança de ser mãe, esposa, estar dentro dos padrões estéticos, sobrecarga do trabalho doméstico, responsabilidades e discriminações ocorridas no mercado de trabalho, muitas fazendo dupla jornada, em que podem contribuir com o seu adoecimento e conseqüentemente influenciar no fato de que psicotrópicos são mais dispensados ao sexo feminino (SANTOS *et al.*, 2019).

Por outro lado, os fármacos mais dispensados neste estudo para o sexo masculino entre 2018 a 2021 em Foz do Iguaçu-PR, foram: Metilfenidato, Risperidona, Fenitoína e Biperideno. Um estudo realizado na Austrália constatou que na infância o sexo masculino apresenta mais prescrições de psicotrópicos do que o sexo feminino, principalmente de antipsicóticos e para tratamento de TDAH (metilfenidato) (KARANGES *et al.*, 2014). Em Santos *et al.* (2019), as dispensações de anticonvulsivantes, antipsicóticos e antiparkinsonianos foi maior para homens (SANTOS *et al.*, 2019).

Na pesquisa de Rodrigues *et al.* (2021) constatou-se que entre 696 indivíduos, o uso não prescrito de Metilfenidato foi declarado por 4,3% da amostra do estudo. No entanto, houve uma maior frequência em estudantes do sexo masculino (9,2%). A maior prevalência de uso não prescrito do Metilfenidato em homens parece sugerir que esses estariam mais sujeitos à pressão social para a melhoria de desempenho, uma vez que este poderia estar mais associado aos atributos de masculinidade (RODRIGUES *et al.*, 2021). O fármaco Risperidona se enquadra na classe dos antipsicóticos, utilizada muitas vezes nas prescrições da infância e adolescência para sintomas psicóticos e outras situações. O estudo de Santos *et al.* (2015) observou que a dispensação de anticonvulsivantes, antipsicóticos e antiparkinsonianos foi maior para homens, mas não foi aprofundado sobre esse público.

Embora o uso de medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) melhore os sintomas da esquizofrenia e de outros transtornos, pode causar o aparecimento de efeitos adversos extrapiramidais. O Biperideno tem sido utilizado para redução desses sintomas, sendo este um fármaco pertence ao grupo Antiparkinsoniano e exercendo sua ação bloqueando a transmissão colinérgica central da acetilcolina e, em resposta, o nível de acetilcolina no cérebro diminui, restaurando o equilíbrio entre acetilcolina e dopamina. Uma pesquisa realizada no município de Curitiba-PR, constatou que dentre as 200 prescrições analisadas, 17 pacientes faziam uso concomitante de neurolépticos e do Biperideno, com o objetivo de promover a atenuação dos efeitos extrapiramidais (SANTOS; SATO; SANTIAGO, 2017). Já, no município de São João del Rei-MG, a mesma estratégia foi realizada, sendo que que 31,3% dos pacientes apresentaram efeitos extrapiramidais mesmo com o uso do Biperideno e 68,7% dos pacientes fizeram uso do Biperideno apresentaram melhora no quadro em relação aos efeitos colaterais (BONADIMAN; BONADIMAN; SILVA, 2013).

A Fenitoína é destinada ao tratamento de crises convulsivas, suas diversas classificações de convulsão e epilepsia. De acordo com a OMS (2020), 5% da população terá ao menos uma crise epiléptica na vida, mas ainda existe grande índice de desinformação da população (pacientes e profissionais). Estudo realizado no município de Belém-PA, apontou que entre os medicamentos mais dispensados estão a Fenitoína sódica 100mg e o Biperideno 2mg, Biperideno injetável (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No entanto, neste estudo realizado em Foz do Iguaçu-PR, observa-se que as dispensações realizadas no período pandêmico (2020-2021) constataram que apesar das dispensações serem prevalentes ao sexo feminino, houve um aumento significativo das dispensações nos últimos anos para o sexo masculino. Visualiza-se no CAIS-Mangabeira a amostra da pesquisa constatou 58% do sexo feminino e do masculino que perfizeram 42% (FARIAS, 2015). No estudo de Fávero, Sato e Santiago (2017) 56,35% feminino e 43,75% masculino. Nos registros de dados na Austrália entre 2019 a 2020, as mulheres apresentaram maior taxa de prescrições subsidiadas e sob copagamentos relacionadas à saúde mental do que os homens, mas ambos apresentaram um número semelhante de *scripts* por paciente (AUSTRÁLIA, 2021). Na Nova Zelândia também se observou que o número de prescrições foi dividido aproximadamente igualmente entre homens e mulheres, com mais homens recebendo prescrições estimulantes e mais mulheres recebendo prescrições antidepressivos (BARCZYK *et al.*, 2020).

Diante disso, observou-se entre 2018 a 2021, um aumento de dispensações tanto para o sexo masculino quanto para o feminino do Ácido Valpróico e redução do Carbonato

de Lítio para ambos, hipoteticamente pode estar relacionado com a falta do fármaco Carbonato de Lítio, como descrito anteriormente. Salienta-se o aumento do fármaco Biperideno da classe antiparkinsoniano Biperideno, que pode estar relacionado não só a diagnósticos de Parkinson, mas também em uso terapêutico para diminuir efeitos adversos de outros fármacos. Contudo, a pandemia pode ter interferido no aumento também dos antidepressivos Nortriptilina, em 111,2%, Clomipramina, em 63,5% e a Fluoxetina e também o Clonazepam para ambos os sexos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos dados foi possível responder a todos os objetivos propostos, enfatizando alguns aspectos importantes tais como: a quantificação da dispensação dos psicotrópicos entre 2018 a 2021, o qual verificou-se que a maior parte dos fármacos apresentavam a ausência de registro de CID ou CIAP. Nesse sentido, um treinamento profissional para os envolvidos no serviço e no cuidado dos usuários com transtornos mentais do SUS, pode ser fundamental para: (1) estabelecer diagnósticos mais precisos; (2) estabelecer condutas terapêuticas e acompanhamento adequado para cada caso, contribuindo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS); (3) padronizar prontuários com informações mais precisas que servirão de apoio às equipes multiprofissionais e interprofissionais, melhorando sobremaneira as ações tanto na referência quanto na contra referência.

Em relação à Pandemia de COVID-19, ocorreu uma diminuição do acesso ao cuidado à saúde mental, pois muitos serviços de saúde foram interrompidos e voltados sua atenção apenas ao COVID-19 por ser uma situação emergencial e de calamidade pública. Este fato pode ter interferido diretamente na análise da quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizados pelos usuários do SUS de Foz do Iguaçu-PR durante a Pandemia (2020-2021).

Acrescenta-se que apesar das dispensações serem maiores para o sexo feminino em análise geral, observou um aumento considerável para o sexo masculino. Assim, demonstra uma necessidade de conscientização da população e dos profissionais para o uso racional de medicamentos, bem como efetivar as políticas que garantem o uso racional destes medicamentos para preservar a saúde da população e da redução de gastos públicos. Com isso, abre-se espaço para rediscutir o posicionamento dos profissionais farmacêuticos na saúde, dando uma nova amplitude a dispensação e orientação aos usuários, não sendo apenas uma mudança operacional, mas a ativação no trabalho em equipe de maneira integrada, além de fortalecer a implantação de grupos preventivos, terapêuticos e outras técnicas para além da medicalização, já que a elaboração e desenvolvimento de propostas de desmedicalização são fundamentais na direção da atenção integral a saúde.

Por outro lado, salienta-se as limitações desse estudo, pois os dados analisados foram extraídos de registros quantitativos já compilados, que são registros inseridos por diferentes funcionários, o que pode ocasionar falhas na inserção de dados na plataforma,

tanto em relação a dispensação dos medicamentos quanto sobre o cadastro do usuário. Outro fato, é que qualquer falta de medicamento que tenha ocorrido durante o período analisado, não foi avaliada, pois esta informação não era registrada no sistema. Por isso, ressalta-se a importância do uso adequado dos sistemas integrados de informação para garantir controle e maior fidedignidade das informações, propiciando agilidade, conhecimento e eficiência na execução das atividades gerenciais e no conhecimento territorial.

Além disso, o estudo de análise de dispensação de medicamentos depende de vários fatores, como das políticas públicas de saúde, condições sociais e cultura local, por isso, os dados do presente trabalho devem ser interpretados com cautela para outras realidades, apesar de colaborarem com a literatura. Ainda que essa análise retrospectiva seja das dispensações de medicamentos, os dados podem estar superestimados, pois a retirada dos fármacos não significa necessariamente o consumo dos mesmos pelos pacientes. Outra limitação é que este estudo não avalia as dispensações de psicotrópicos para pacientes que não utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) no referido período, ou seja, pacientes atendidos pela iniciativa privada (consultórios, clínicas e hospitais particulares, bem como, planos e seguros de saúde).

Com os dados obtidos neste estudo aliados à ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional (PES) será possível, com a junção dos esforços dos diferentes atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS), implementar políticas de saúde voltadas à saúde mental no município de Foz do Iguaçu-PR com desenvolvimento de: (1) programas/estratégias específicas que visem a sensibilização dos profissionais de saúde e da população para o uso racional de medicamentos; (2) projetos que contemplem a utilização de práticas não medicamentosas, como as Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PICs), para melhorar tanto a abordagem terapêutica quanto a qualidade de vida destes pacientes; e (3) Política(s) Pública(s) de Saúde Mental condizente(s) com a realidade loco-regional em que se encontram.

REFERÊNCIAS

- ABDULAH, D.M; MUSA, D.H. Insomnia and stress of physicians during COVID-19 outbreak. **Sleep Med X**. v.2, p.100-117. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Brasília: ANVISA, 2020.
- AGUIAR, A.A. **A Psiquiatria no Divã: Entre as Ciências da vida e a medicalização da existência**. 1.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 166p., 2004.
- AHMED, M.Z. *et al.* Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems. **Asian J Psych**, v.129, p.198-205, jun. 2020.
- ALARCON, S. Da reforma psiquiátrica à luta pela “vida não-fascista”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.12, n.2, p.249-263, 2005.
- ALANO, M.G.; LEGUIZAMONN, B.M.D.; VARGAS, V.M. Revisão da farmacoterapia de pacientes do Programa Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um município de Santa Catarina, Brasil. **Revista Infarma: Ciências Farmacêuticas**, v.29, p.50-61, 2017.
- ALENCAR, T.O.S.; CAVALCANTE, E.A.B.; ALENCAR, B.R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.33, n.4, 2012.
- ALFENA, M.D. **Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária**. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro-RJ, 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 160p., 2011.
- ALMEIDA, L.M.D. Da prevenção primordial à prevenção quaternária: From primordial to quaternary prevention. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v.23, n.1, p.91-96, 2005.
- ALVES, M.A. *et al.* Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, p.1-5, 2021.
- ALVES DA SILVA, G. *et al.* Análise das Consequências Causadas pelo Uso Excessivo do Clonazepam em Clientes de uma Farmácia no Município de Santana do Ipanema-AL. **Revista Científica Multidisciplinar O Saber**. [S. l.], v.1, n.8, 2021. Disponível em: <https://revistacientificaosaber.com.br/ojs/envieeuartigo/index.php/rcmos/article/view/139>. Acesso em: 22 fev. 2022.
- ALVES, M.A. *et al.* Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, p.1-5, 2021.
- AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.1, n.1, p.61-77, 1994.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-494, 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 143p., 1995.

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

AMARANTE, P. **Rumo ao Fim dos Manicômios**. São Paulo: Mente e Cérebro, p.30-35, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 120p., 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, O.D.M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.2067-2074, 2018.

AMARAL, M.F.Z.J.; AMARAL, R.G.; PROVIN, M.P. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.5, n.1, 2008. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/4615>> Acesso em: 21 set. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)**. [1994]. Porto Alegre: Artmed, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)**. 4.ed. [2000]. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. 5.ed., Washington: APA, 2013.

AMÉRICO, T. **Venda de antidepressivos cresce 17% durante pandemia no Brasil**. CNN, 2021. Disponível em: < <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durante-pandemia-no-brasil/>>. Acesso em: 20, dezembro, 2021.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.22, n.3, p.106-115, 2000.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.40, n.4, p.471-479, 2004.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento

farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n.4, p.233-242, 2001.

ANDREOLI, S.B. *et al.* Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.29, n.1, p.43-46, 2007.

AQUINO, E. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. v.25, p.2423-2446, Jun. 2020.

ARAÚJO, A.L.A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p.611-617, 2008.

ARAÚJO, D.S.; SILVA, H.R.R.; FREITAS, R.M. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v.7, n.4, p.30-45, 2010.

ARAÚJO, C.L.L. *et al.* Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.11. n.1, p.45-54, 2012.

ARAÚJO, E.S; NEVES, S.F.P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.46-48, 2014.

ARAÚJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v.16, n.1, p.67-82, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso> Acessado em: 28 jun. 2021.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ASSEFF, I.L. *et al.* Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatria Infantil del Hospital General de Durango, México. **Boletín médico del Hospital Infantil de México, Cidade do México**, v.67, n.1, p.27-36, jan./fev., 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Carta Aberta à População - Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://abpbrasil.websiteseguro.com/portal/wp-content/uploads/2019/05/Carta_ABP_11.12.17.pdf> Acessado em: 16 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **ABP denuncia falta de medicamentos: carbonato de lítio e cloridrato de imipramina**, março de 2020. Disponível em <<https://www.abp.org.br/post/nota-falta-carbonato-litio-cloridrato-imipramina>> Acessado em abril de 2021.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. v.26, n.1, p.24-31, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000100008>>. Acessado em: 10 abr. 2022.

AZEVEDO-MARQUES, J.M. **Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2009.

BALDONI, A.D.O. *et al.* Elaboração e validação do protocolo de desprescrição do clonazepam em idosos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n.42, p.2105, 2020.

BARBOSA, C.G. **Habitar o Inóspito: A Condição Humana de Desabrigo a Partir de Martin Heidegger e Sigmund Freud**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências de Bauru. Universidade Estadual Paulista, 2020.

BARCZYK, A. Z., *et al.* Psychotropic Medication Prescription Rates and Trends for New Zealand Children and Adolescents 2008–2016. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, V. 30, N. 2, p. 87-96, 2020.

BARRETO, S.C.B; MASSABKI, S.P. Efeitos adversos no sistema nervoso central dos fármacos antiepiléticos em idosos. *Rev Bras Clin Med*; v.8, n.4, p 344-349, 2010.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. v.11, n.1, pp.67-84, 2002.

BARROS, A.D.B.M. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.29, n.4, 2020.

BARROSO, L.K.D. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrpicos pela rede pública municipal de saúde de Cuité. 2016. 70 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia), Curso de Bacharelado em Farmácia, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba – Brasil, 2016.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BASAGLIA, F. As Instituições da Violência. In: AMARANTE, P. (org.). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, p.91-149, 2005.

BATISTA, M.D.G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n.40, p.391-404, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Centro Gráfico Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acessado em: 16 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf > Acessado em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999**. Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**, Brasília: Editora do Ministério Saúde, 2000.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> > Acessado em: 16 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é Preciso: Uma Proposta de Método para Aplicação à Assistência Farmacêutica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 39 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Progestores. Livro 7: Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf> Acessado em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acessado em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 27. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 981/2009**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da Excepcionalidade às Linhas de Cuidado: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Série B. Textos Básicos de Saúde**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 533 de 28 de março de 2012**.

Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p.62, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso Racional de Medicamentos - Temas Selecionados**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 154p., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p.71, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013**. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 1**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 108 p., 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_sau de.pdf> Acessado em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS. v.7. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_7.pdf> Acessado em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 160p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acessado em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas

sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acessado em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria De Atenção Primária à Saúde**. Brasileiros Buscaram Suporte Profissional Durante A Pandemia. Disponível em: [https://Aps.Saude.Gov.Br/Noticia/10658#:~:Text=O%20uso%20de%20medicamentos%20antidepressivos,%C3%Adndice%20\(22%2C66%25\)](https://Aps.Saude.Gov.Br/Noticia/10658#:~:Text=O%20uso%20de%20medicamentos%20antidepressivos,%C3%Adndice%20(22%2C66%25)).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **8ª Conferência Nacional de Saúde: Quando o SUS Ganhou Forma**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencianacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> Acessado em: 1 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acessado em: 1 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Medicamentos controlados: prorrogação do prazo da RDC 357/2020**. 25 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/medicamentos-controlados-prorrogacao-do-prazo-da-rdc-357-2020>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO RDC Nº 357**. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de março de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>.

BRASIL. Agência Senado. **Após 20 anos, a reforma psiquiátrica ainda divide opiniões**. Senado Notícias, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatica-ainda-divide-opinioes>> Acessado em: 1 jun. 2021.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Paraná. Coordenação do Comitê do Ministério Público do Estado do Paraná de Enfrentamento às Drogas. **Relatório Mundial sobre Drogas 2020: Breves Considerações da Coordenação do Comitê do MPPR de Enfrentamento às Drogas**. Curitiba-PR. Junho, 2020.

BRASIL. **Consultar dados de vendas de medicamentos controlados, antimicrobianos e outros**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultardados-de-vendas-de-medicamentos-controlados-antimicrobianos-e-outros>. Acessado em 19 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratórios oficiais**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/laboratorios-oficiais>. Acessado em: 11 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasileiros buscaram suporte profissional durante a pandemia. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10658>. Acesso 14 set 2021

BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 15 set. 2021.

BRAUNER, M.C.C.; CIGNACHI, J.C.B. O direito à saúde e o papel do poder judiciário: uma perspectiva acerca das dimensões constitucionais e das tutelas coletivas. **JURIS - Revista da Faculdade de Direito**, [S. l.], v.16, p.29-48, 2013.

BERGERET, J. **A Personalidade Normal e Patológica**. Trad. Alceu Edir Fillmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BEZERRA, I.C. **Uso de Psicofármacos na Atenção Psicossocial: Sujeito, Autonomia e Corresponsabilização**. 1.ed. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE, 2018.

BIRMAN, J.A. **A Psiquiatria Como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.A.; COSTA, F.F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.41-72, 1994.

BIRMAN, J.A. **Mal-Estar na Atualidade**. A Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

BIZ, C.V.N.F. *et al.* A importância da atuação do profissional farmacêutico na saúde mental. **Semioses**, v.12, n.4, p.145-162, 2018.

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia**. 13.ed., São Paulo: Saraiva, 1999.

BOGER, B. *et al.* Medicamentos sujeitos a controle especial mais utilizados em Centros de Atenção Psicossocial em uma cidade do Paraná. **Visão Acadêmica**, v.18, n.4., 2017.

BONFIM, J.R.A. Os Dédalos da Política Brasileira de Medicamentos. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. (orgs.). **A Construção da Política de Medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BONFIM, D.L.R. Formulação de Políticas e Planejamento. In: GONDIM, R. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2.ed., Rio de Janeiro, 480p., 2011.

BONI, *et al.* O uso de drogas psiquiátricas: uma revisão integrativa. **Novas Tendências na Investigação Qualitativa**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v.8, p.880-889, 2021. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/492>. Acessado em: 22 fev. 2022.

BORGES, T.L., HEGADOREN, K.M., MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.195-201, 2015.

BORGES, T.L., *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.4, p.344-349, 2015.

BRAGA, D.C., *et al.* Uso de psicotrópicos em um município no meio oeste de Santa Catarina. **Journal of the Health Sciences Institute**. v.34, n.2, p.108-113, 2016.

Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. **Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil**. [S. l.], v.2, n.2, p.1-9. 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf> Acessado em: 20 de fev. 2021.

BRESSON, B.G; LINARTEVICH, F.V. Dispensação de Ansiolíticos Em Uma Farmácia Comercial no Município de Lindoeste no Paraná. **Revista Científica Multidisciplinar**. v.2, n.10, p.1-8, 2021.

BRITO, D. **Noções sobre Drogas Psicotrópicas**. In: CIÊNCIA, INOVAÇÃO E ÉTICA: Tecendo Redes e Conexões para a Sustentabilidade. Cleverson V. Andreoli [e] Patrícia Lupion Torres (organizadores). Curitiba: SENAR AR-PR, p.905-923, 2021.

BRODIE, D.C.; PARISH, P.A.; POSTON, J.W. Societal needs for drugs and drug related services. **Am. J. Pharmacy Education**. v.44, p.276-278, 1980.

BRUNTON, L.L. **GOODMAN & GILMAN: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12.ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

BROOKS, S.K., *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet Journal**, v.395, p.912-920, mar. 2020.

CALLIGARIS, C. Deprimentes antidepressivos. In: **Pulsional Revista de Psicanálise**. Ano XIII, n.13, 2000.

CAMPOS, R.O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4643-4652, 2011.

CAMPOS, B; TCHALEKIAN, B.; PAI, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de Sars-Cov-2/COVID-19 em São Paulo. **Psicologia e sociedade**, v.32, p.3224-3248, 2020.

CAMPBELL, E.J.M. The concept of disease. **British Medical Journal**, v.2, p.757-762, 1979.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária,

2009.

CAO, D.X.T. *et al.* Prescribing Trends of Antidepressants and Psychotropic Coprescription for Youths in UK Primary Care, 2000-2018. **Journal of Affective Disorders**. v.287, p.19-25, 2021.

CAPONI, S. **A Saúde Como Abertura ao Risco**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.3, p.55-77, 2003.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 529-549, 2009.

CAPONI, S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.29, p.327-338, 2009.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: Uma Genealogia da Psiquiatria Ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.741-763, 2014.

CARLINI, E.A. *et al.* II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus - 1989. São Paulo: **CEBRID/Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina**, 1990.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. 2.ed. Rio de Janeiro; Graal, 1978.

CASTRO-DE-ARAÚJO, L.F.S; MACHADO D.B. Impacto do COVID-19 na saúde mental em um país de baixa e média renda. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, p.2457-2460, abril 2020.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.3, p.687-691, 2011.

CARLOTTO, M.S.; BARCINSKI, M.; FONSECA, R. Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.1006-1026, nov. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 05 maio 2022.

CARVALHO, D.F.E. Perfil de Dispensação e Estratégias para Uso Racional de Psicotrópicos (monografia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2014.

COBUCCI, M.A. **UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência**. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos>

da-maconha-aponta-relatorio.html> Acessado em: 16 dez. 2021.

COSTA, A.C.R.; TEXEIRA, A.D.; SILVA, D.H.M. O Uso Indiscriminado de Clonazepam e a Importância da Assistência de Enfermagem. **Revista Saúde dos Vales**. v.1, n.1, 2020.

CAZAROTTI M.L.B; LIMA L.C; MIRANDA A.R; SOUSA E.O; BISPO F.C.L. Psicotrópicos: Prescrições Médicas Dispensados em uma Drogeria no Município de Santa Inés - MA. Revista Eletrônica Acervo Científico. [S. l.], v.2, e326, jan.2019. Disponível em: <<https://www.acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/326>> Acessado em: 20 fev. 2022.

CORADI, P.E.A. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica The importance of the pharmacist in the Pharmaceutical Service cycle. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.37, n.2, p.62-64, 2012.

CORREIA, R.V.; BARROS, S; COLVERO, A.D.L. Saúde Mental na Atenção Básica: Prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.6, 2011.

CORREIA, L.C.; PASSOS, R.G. (orgs.) **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: PDC Amarante. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. v.1, p.13-44, 2003.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução n.º 357/2001 que regulamenta as boas práticas farmacêuticas nesses estabelecimentos**. Diário Oficial da União, Brasília, DE 20 Abr. 2001. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA **Venda de antidepressivos cresce 17% durante pandemia no Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durantedepandemia-no-brasil/>. Acesso 14 set 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia. 2021**. Disponível em <<http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiquiatricos-cresce-na-pandemia>>. Acessado 19 de dezembro de 2021.

CLEMENTINO, F.S. **Avaliação da estrutura e processo de trabalho dos centros de atenção psicossocial**. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 139p., 2014.

CUTOLO, A.R.L. Modelo Biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.35, n.4, 2006.

CREPALDI, M.A. *et al*. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**. Campinas. v.37, p.2-12, 2020.

CRUZ, M.T.; CRUZ, E.L.T.; PAINTNER, J.R. Avaliação do Uso de Medicamentos Psicotrópicos pelos Pacientes da Farmácia Municipal de Terra Roxa D'Oeste. **Revista Thêma et Scientia**, v.5, n.1, p.131-137, jan/jun 2015.

CRUZ, M.D.L.N. CLONAZEPAM, UM CAMPEÃO DE VENDAS NO BRASIL. POR QUÊ? (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

CRF-MG. Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais. **Aspectos Técnicos e Legais para a Dispensação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial e Antimicrobianos**. 1.ed., 2019.

CZEISLER, M.E. *et al.* Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v.69, p.1049-1057, 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEPALLENS, M.A. *et al.* Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v.24, v.1, p.1-16, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190584>>. Acessado em: 04 mar. 2022.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, 2007.

DELGADO, P. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Depois de Caracas. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p.39-83, 2007.

DE SOUSA, R.T. **Lítio tem efeito protetor em portador de transtorno bipolar**. Site da USP, 2015. Disponível em: <<https://www5.usp.br/99306/litio-tem-efeito-protetor-em-portador-de-transtorno-bipolar/>>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

DI NUBILA, H.B.V.; BUCHALLA, C.M. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.2, p.324-335, 2008.

DUARTE M.Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, p.3401-3411, jun. 2020.

DUNKER, C.; NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.14, n.4, p.611-626, 2011.

DUNKER, C.I.L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a

psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, v.8, n.2, p.1-15, 2011.

DUNKER, C.I.L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **O Jornal de Psicanálise**, v.47, n.87, p.79-107, 2014.

DRAGER, L.; GENTA, P. Estudo brasileiro revela aumento de casos de insônia entre os profissionais de saúde na pandemia. **Sono [Internet]**. 2020 Abr-Jun. Disponível em: http://www.absono.com.br/assets/revista_sono_edicao_22_referencia_paginacao.pdf. Acessado em: 18 dez. 2021.

EHRENBERG, A. "La plainte sans fin: réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale". **Cahiers de Recherche Sociologique**, n.42, p.17-41, 2005.

ESTÉBAN, R.; SAUVAGNAT, F. **Fundamentos de Psicopatologia Psicanalítica**. Madrid: Editorial Síntesis, 2004.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de psicologia**. Campinas, v.37, p.1-14, 2020.

FARIAS, D.T.J. Análise da prescrição de psicotrópicos dispensados em um Centro de Atenção Integral à Saúde em João Pessoa - Paraíba (monografia) / João Pessoa: [s.n.], 2015.

FARIAS, M. *et al.* Uso de psicotrópicos no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**. v.12, n.4, p.6-10, 2016.

FEIER, A.L. Razão e desrazão: A história da loucura de Michel Foucault. **Ítaca**, n.26, Agosto, 2014.

FAVERO, R.V; SATO, D.M; SANTIAGO, M.R. Uso De Ansiolíticos: Abuso Ou Necessidade? **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.18, n.4, p. 98-106, Out.-Dez./2017

FELÍCIO, J.L.; PESSINI, L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**, v.17, n.2, 2009.

FERNANDES, M.I.A. Saúde mental: a clausura de um conceito. **Revista USP**, n.43, p.90-99, 1999.

FERNANDES, M.A. *et al.* Cuidados de enfermagem em saúde mental: relato de experiência em um serviço especializado. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.9, n.9, p.1046-1050, 2015.

FERNANDES, C.J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (ICARPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.36, n.4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>> Acessado em: 4 jun. 2021.

FERNANDES, C.M. **Perfil epidemiológico e distribuição espacial da gravidez na adolescência no município de Foz do Iguaçu (PR) no período de 2013 a 2019**. Estudo seccional de medidas repetidas. 2020. 84p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação

em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

FERRAZZA, D.A. **Medicalização do Social: Um Estudo Sobre a Prescrição de Psicofármacos na Rede Pública de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, São Paulo, 2009.

FERNANDES, E.S.C. **Uso De Medicamentos Psicotrópicos, Problemas Emocionais E Qualidade De Vida Relacionada À Saúde Em Estudo De Base Populacional**. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2019.

FERRARI, B.K.C. *et al.* Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.4, n.1, p.109-116, 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, M.J.Q. **Assistência Farmacêutica Pública: Uma Revisão de Literatura**. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2011.

FIGUEIREDO, A.C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista Psicologia Política**, v.19, n.44, p.78-87, 2019.

FILHO, A.D.J.A. *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem**, v.4, n.4, p.117-125, 2015.

FILHO, N.A.; COELHO, M.T.A.; PERES, M.F.T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n.43, p.100-125, 1999.

FIRMO, A.C.W. *et al.* Análise das prescrições médicas de psicotrópicos de uma farmácia comercial no município de Bacabal. **J Manag Prim Health Care**, v.4, n.1, p.10-18, 2013.

FONSECA, A.L.C. **Entre a Ficção e a Realidade: Financiamento versus Capacidade de Atendimento**. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.). *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FONSECA, G.L.M; GUIMARÃES, L.B.M; VASCONCELOS, M.E. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v.11, n.3, p.285-294, jul./set. 2008.

FONTELLES, M.J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v.23, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf

FORTE, E.B. **Perfil de Consumo dos Medicamentos Psicotrópicos na População de Caucaia**. Dissertação (mestrado). Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2007. Disponível

em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1203:perfil-do-consumo-dos-medicamentospsicotropicos-na-populaode-caucaia&id=32:esp.-assistnciafarmaceutica>

FORTE, E.B. Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia-CE. Monografia (Especialização em Atenção Farmacêutica) - Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2007.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.11, n.1, p.75-91, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1975

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2000.

FOZ DO IGUAÇU. **Decreto nº 22.166 de 14 de maio de 2013**. Dispõe sobre a Estrutura Administrativa relativa às unidades de terceiro nível hierárquico, subordinadas às diretorias, que passa a vigorar na forma do disposto neste decreto, bem como implantação do sistema de siglas da prefeitura municipal de Foz do Iguaçu, 2013. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a2/pr/f/foz-do-iguacu/decreto/2013/2216/22166/decreto-n-22166-2013-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-relativa-as-unidades-de-terceiro-nivel-hierarquico-subordinadas-as-diretorias-que-passa-a-vigorar-na-forma-do-disposto-neste-decreto-bem-como-a-implantacao-do-sistema-de-siglas-da-prefeitura-municipal-de-foz-do-iguacu>> Acessado em: 18 jun. 2021.

FOZ DO IGUAÇU. **Lei Complementar nº 303 de 20 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a criação, delimitação e denominação de Bairros no Município de Foz do Iguaçu e dá outras providências. Diário Oficial do Município, 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/pr/f/foz-do-iguacu/lei-complementar/2018/31/303/lei-complementar-n-303-2018-dispoe-sobre-a-criacao-delimitacao-e-denominacao-de-bairros-no-municipio-de-foz-do-iguacu-e-da-outras-providencias?q=303>> Acessado em: 14 ago. 2021.

FOZ DO IGUAÇU. **Decreto nº 27.712 de 2 de dezembro de 2019**. Altera dispositivos do Anexo do Decreto nº 22.166, de 14 de maio de 2013 e alterações, que trata da Estrutura Administrativa relativa às unidades de terceiro nível hierárquico. Diário Oficial do Município, 2019. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a2/pr/f/foz-do-iguacu/decreto/2019/2771/27712/decreto-n-27712-2019-altera-dispositivos-do-anexo-do-decreto-n-22166-de-14-de-maio-de-2013-e-alteracoes-que-trata-da-estrutura-administrativa-relativa-as-unidades-de-terceiro-nivel-hierarquico>> Acessado em: 30 ago. 2021.

FRANCHINI, B. **Contribuições do planejamento estratégico à política de saúde mental no município de Blumenau-SC**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GAINO, L.V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.108-116, 2018.

GALDERISI, S. *et al.* Toward a new definition of mental health. In **World Psychiatry**. v.14, p.231-233. 2015. Junho de 2015.

GALLONI, L.; DE FREITAS, L.R.; VIEIRA GONZAGA, R. Consumo de psicoativos lícitos durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Ciências Biomédicas**, [S. l.], v.2, n.1, p.e0442021 - 1/8, 2021. DOI: 10.46675/rbcbm.v2i1.44. Disponível em: <https://rbcbm.com.br/journal/index.php/rbcbm/article/view/44>. Acessado em: 21 dez. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GARCIA, T.P.; REIS, S.R. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial**. Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS/UFMA (Org.). São Luís: EDUFMA, 2018. Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOLAN, D.E. *et al.* **Farmacologia**. Editora Guanabara Koogan, 3.ed., 2014.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005. 230p.

GOMES DE MATOS, E. *et al.* A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.27, n.3, p.312-318. 2005.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v.24, n.2, pp.380-390, 2008.

GOODMAN; GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11.ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.

GOULART, R. **Estudo do Uso de Psicofármacos na Comunidade de Santo Antônio de Lisboa**. Dissertação (mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

GOUVEIA, G.C. **Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Recife: G.C. Gouveia, 2009.

GUSSO, G. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v.25, n.4, pp.1241-1250, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>>. Acessado em: 8 mar. 2022.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqu.** v.33, n.1, p.151-161, 2007.

GUERRA JUNIOR, A.A.; ACURCIO, F.A. **Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. In: Acurcio F.A. (org.) Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia. 1.ed. Belo Horizonte-MG: Coopmed; p.13-74, 2013.

GUIMARÃES, T.T.; SANTOS B.D.M.; SANCTOS T.M.R. Inatividade física, doenças crônicas, imunidade e covid-19. **Revista Brasileira Medicina Esporte**. Rio de Janeiro. v.26, n.5, p.378-381, set./out. 2020.

GRASSI, L.T.V.; CASTRO, J.E.D.S. Estudo do Consumo de Medicamentos Psicotrópicos no Município de Alto Araguaia-MT. **Revista SABERes** (serial on the internet). 2016. Disponível em: http://www.unijipa.edu.br/media/files/2/2_663.pdf. Acessado em: 19 fev. 2021.

GRUBER, J.; MAZON, L.M. A prevalência na utilização de medicamentos psicotrópicos no município de Mafra: um estudo retrospectivo. **Saúde E Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar**, v.3, n.1, p.44–50, 2014.

HAN, B.C. **A Sociedade do Cansaço**. Tradução de Enio Giachini. Petrópolis: Vozes, 2.ed., 2017.

HARDING, T.W. *et al.* “Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries.” **Psychological medicine**, v.10, n.02, p.231-241, 1980.

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: Análise sob a Perspectiva da Desinstitucionalização**. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J. Hosp. Pharm.** v.47, p.533-543, 1990.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira [online]**. v.20, suppl.2, p.2-9, Epub: 04 nov. 2005, ISSN 1678-2674, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>> Acessado em: 8 set. 2021.

HOSSRI, N. **O aumento do consumo de drogas na pandemia**. Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (UNIAD). Disponível em <https://www.uniad.org.br/artigos/2-alcool/o-aumento-do-consumo-de-drogas-na-pandemia/> 2021.

HUXLEY, A. **As Portas da Percepção – Céu e Inferno**. Editor: Via Optima. Edição/ Reimpressão. p.35, 2005.

ILLICH, I. **Nêmesis da Medicina: A Expropriação da Saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>> Acessado em: 14 mai. 2021.

JAMOULLE, M.; GOMES, L.F. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.9, n.31, p.186-191, 2014.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.10, n.35, p.1-3, 2015.

JUNIOR, C.R.A.L.; ROCHA, N.D.S. **O Consumo Excessivo dos Medicamentos Psicotrópicos pelos Usuários da Unidade Básica de Saúde Formosa no Município de Baixa Grande do Ribeiro-PI**, 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/20612>>. Acessado em: 20/02/2022.

KARANGES, E.A. *et al.* “Longitudinal Trends in the Dispensing of Psychotropic Medications in Australia from 2009–2012: Focus on Children, Adolescents and Prescriber Specialty.” **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v.48, n.10, pp.917–931, Oct. 2014.

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

KASPPER, L.S.; SCHERMANN, L.B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas, n.45, p.168-176, dez 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 07 mar. 2022.

KLEIN, A.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.e00158815, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf>> Acessado em: 14 mai. 2021.

LACAN, J. **A Ciência e a Verdade**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966), 1998.

LACRIMANTE, C.A. *et al.* **Estudo das interações medicamentosas dos antiparkinsonianos no centro de promoção e reabilitação em saúde e integração social - São Camilo**. II Simpósio de Assistência Farmacêutica. Centro Universitário São Camilo, 2014.

LANDSBERG, G.A.P. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3025-36, 2012.

LEFÈVRE, F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEI, L. *et al.* Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. **Med Sci Monit**, v.26, Abr. 2020.

LI, S. *et al.* The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, p.20-32, Mar. 2020.

LIMA, P.C.M. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.4, p.717-723, 2008.

LIMA, B.G; OLIVEIRA, B.K.I; FILHO, G.R.L.S. Análise do consumo de antidepressivos entre pacientes de uma Unidade de Saúde em Caruaru-PE. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.12, p.95016-95023, dec. 2020.

LIMA, D.A.G; FARIA, D.M.E. Transtorno de Ansiedade Generalizada e o Uso de Ansiolíticos Benzodiazepínicos no Tratamento Farmacológico: Perspectivas Pandêmicas. Trabalho de Conclusão de Curso. FACULDADE UNA DE POUSO ALEGRE. Pouso Alegre-MG, 2021.

LIRA, M.H.P. Estudos de utilização de medicamentos psicotrópicos no Brasil: uma revisão. Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, Cuité: CES, 2015.

LUCCHETTA, R.C.; MASTROIANNI, P.C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Revista Ciência Básica Aplicada**, v.33, n.2, p.165-169, 2012.

LUDERMIR, B.A. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.451-467, 2008.

LUZIO, A.C.P.S.; LUZIO, C.A.; SANTOS, K.Y.P. A Explosão do Consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2012.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; PRADO, N.M.B.L. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n.42, p.2571, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2571>. Acessado em: 12 mar. 2022.

MACHADO, R. **Aos Loucos, o Hospício**. In: MACHADO, R. *et al.* Danação da Norma. A Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, p.423-443, 1978.

MACHADO, B.M. **Avaliação da dispensação de benzodiazepínicos em uma drogaria em tempos de pandemia COVID-19 na cidade de Uberaba-MG**. Universidade de Uberaba (Trabalho de Conclusão de Curso em Graduação em Farmácia). Uberaba-MG, 2020.

MARCON, C. *et al.* Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. **Disciplinarum Scientia**, v.13, n.2, p.247-263, 2012.

MAIA, M.; ALBUQUERQUE, A. Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. IN: **Pulsional: Revista de Psicanálise**. Ano XIII, n.132, 2000.

- MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v.22, n.8, pp.1639-1648, 2006.
- MARIN, N. Educação farmacêutica nas Américas. **Olho Mágico**. v.9, n.1, p.41-43, 2002.
- MARIN, N. *et al.* **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 334p., 2003.
- MARTINEZ, E.Z. *et al.* Atividade física em períodos de distanciamento social devidos à COVID-19: um estudo transversal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.4157-4168, 2020.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3.ed. Brasília: IPEA, 1997.
- MEADOR, J.K.; LORING, W.D. Developmental effects of antiepileptic drugs and the need for improved regulations. **American Academy of Neurology**. v.86, n.3, p.297-306, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733155/>. Acessado em 29 dezembro de 2021.
- MELO, A.M.C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil / Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health**, v.4, n.9, p.84-95, 2013.
- MENDES, C.M.M. Estudo farmacoepidemiológico de uso e prescrição de benzodiazepínicos em Teresina. Tese - Universidade Federal do Ceará, Teresina, 2015. Disponível em: < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13932/1/2015_tese_cmmendes.pdf > Acessado em: 20 fev. 2022.
- MEZZARI, R.; ISER, B.P.M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. **Revista AMRIGS**, v.59, n.3, p.198-203, 2015.
- MILLANI, H.F.B.; VALENTE, M.L.L.C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.4, n.2, 2008.
- MIRANDA, S.A.B. **Política de Saúde Mental em Montes Claros: os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social (PPGDS), 2019.
- MORENO, R.A. *et al.* Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.3, p.37-43, outubro, 2004.
- MORENO, R.A.; MORENO, D.H.; SOARES, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. 1999, v.21, suppl 1, pp.24-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>>_Acessado em: 22 fev. 2022.
- MODESTO, A.A.D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n.41, p.1781, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/>

1781. Acessado em: 12 mar. 2022.

MORAIS JÚNIOR, I.P. Avaliação da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Nova Floresta. Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017. – Cuité: CES, 2017.

MOURA, D.N.C.D. *et al.* Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **SANARE**, v.15, n.02, p.136-144, 2016.

MOURA, H.R.; LUZIO, A.C. A Psicologia na Saúde Pública: Algumas Reflexões para a Atuação Profissional. In: EMIDIO, S.T.; HASHIMOTO, F. (Org). **A Psicologia e Seus Campos de Atuação: Demandas Contemporâneas**. São Paulo: Cultura Acadêmica, p.51-84, 2013.

MONTEIRO, M.A.M; ORFANÓ, S.I; CASTRO, D.V.I.R. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de restaurantes. **Research, Society and Development**, v.10, n.3, p.1-11, 2021.

MURCHO, N., PACHECO, E.; NEVES DE JESUS, S. Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.15, s/n, p.30-36, 2016.

NASCIMENTO, R.L. Reforma psiquiátrica brasileira. **SANARE**, v.15, n.02, p.136-144, 2016.

NALOTO, D.C.C; *et al.* Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. [S. l.], v.21, n.4, p.1267-1276, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267&lng=pt > Acesso em: 16 ago 2021.

NOAL, D.S.; PASSOS, M.F.D.; FREITAS, C.M. **Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19**. 23.ed., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.

NORDON, D.G., AKAMINE, K., NOVO, N.F., HÜBNER, C.K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.31, n.3, p.152-158, 2009.

NORMAN, A.H.; TESSER C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2012-2020, 2009.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.35, p.1-10, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1011>. Acessado em: 12 mar. 2022.

NOTO, A.R. *et al.* Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.24, n.2, p.68-

73, 2002.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, N.F. *et al.* Gestão da assistência farmacêutica do Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**, p.89-96, 2014.

OLIVEIRA, J.C.P. *et al.* Uso de Medicamentos Psicotrópicos e Ansiolíticos no Município de Guarai-TO Antes e Durante o Período da Pandemia COVID-19. **Business And Technology Journal**, n.31, v.2, p.595-608, 2021. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br>.

OLIVEIRA, D.F.R.J. *et al.* Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.2-15, 2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acessado em: 25/06/2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**, 1.ed., Lisboa, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acessado em: 25/06/2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A Importância da Farmacovigilância: Monitorização da Segurança dos Medicamentos**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Trabalhando Juntos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf> Acessado em: 25/06/2021.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Dia Mundial da Saúde Mental: uma oportunidade para impulsionar um aumento em larga escala do investimento em saúde mental**. Genebra; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>. Acessado em: 01/02/2022.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 24p., 2002 (a). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos. Relatório 2001-2002**. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, 46p., 2002 (b).

ONOCKO-CAMPOS, R.T. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: Uma Intervenção

Analisadora de Serviços em Saúde Mental. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, pp.1053-1062, 2006.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR). **Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Farmacia>> Acessado em: 01 jun. 2021.

PACHÊCO, W.B.; MARIZ, S.R. A assistência farmacêutica em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v.18, n.1/2, p.84-88, 2006.

PADILHA, M.D.P.; TOLEDO, D.M.E.C, ROSADA, M.T.C. Análise da Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos pela Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Mourão-PR. **Revista UNINGÁ Review**, v.20, n.2, p.06-14, 2014.

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

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, p.601-612, 2008.

PEREIRA, C.E.; COSTA-ROSA, C.A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.**, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012

PEREIRA, M.T.C.G.; SOUZA, F.A.M.; CARDOSO, F.M. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.16, n.43, p.2568, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2568>. Acessado em: 12 mar. 2022.

PERIN, F. L.; FAGNANI V. Uso de Antidepressivos no Município de Capitão Leônidas Marques-PR. **FAG Journal of Health**, v.1, n.4, p.44, 2019.

PERUCH, M.H. Perfil epidemiológico dos usuários e prevalência de uso crônico de benzodiazepínicos dispensados pelas farmácias públicas municipais de Criciúma-SC. Dissertação - Universidade Federal de Santa Catarina, Criciúma, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/190160/PFMC-P0018-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>> Acessado em: 24 mai. 2021.

PERRUSI, A. **A Lógica Asilar Acabou? Um Estudo sobre as Transformações na Psiquiatria Brasileira**. In: FONTES, B.A.S.M.; FONTE, E.M.M. (Orgs.). Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária UFPE, p.71-112, 2010.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e

individualidade contemporânea. **Tempo Social**, v.27, n.1, p.139-159, 2015.

PESSOTI, I. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: ed.34, 1996.

Portal ANVISA. Descontinuação de medicamentos. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/descontinuacao-de-medicamento>. Acessado em: 11 mai. 2020.

PRIETSCH, F.D.R. Estudo da Prescrição do Antidepressivo Fluoxetina no Tratamento para a Depressão na Cidade de Pelotas. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.12, n.2, p.52-71, 2015.

PONTE, M.N, *et al.* Análise das prescrições e notificações de psicotrópicos dispensados em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. **Ver Med UFC**, v.60, n.4, p.5-10, 2020.

PORTELA, A.S.; LEAL, A. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios / *Public policies for medicines: trajectory and challenges*. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.31, p.09-14, 2010.

PULHIEZ, G.C.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.16, n.43, p.2430, 2021. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2430>. Acessado em: 12 mar. 2022.

QUINET, A. **Psicanálise e Psiquiatria: Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RAPKIEWICZ, J.C.; GROBE, R. **Manual para a Dispensação de Medicamentos - Sujeitos a Controle Especial** - Centro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná - CIM/CRF-PR. 4ed., 2015.

RAMON, J.L. *et al.* Uso de psicotrópicos em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v.87, n.25, 2019.

RODRIGUES, L.D.A. *et al.* Uso não prescrito de metilfenidato por estudantes de uma universidade brasileira: fatores associados, conhecimentos, motivações e percepções. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v.29, n.4, p.463-473, 2021.

RIBEIRO, A.G. *et al.* Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1825-1833, 2014.

ROCHA, B.S., WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia de Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.3291-3300, 2012.

RANG, H.P; DALE, M.M. **Farmacologia Clínica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2016.

RANG, H.P. *et al.* **Farmacologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REISDORFER, T. Entre passado e presente: narrativas de multiculturalidade na fronteira.

Revista Tempo, Espaço, Linguagem, v.8, n.1, p.37-58, 2017.

RENOVATO, R.D. Implementação da atenção farmacêutica para pacientes com hipertensão e desordens cardiovasculares. **INFARMA**, v.14, n.7, 2002.

RESENDE, M.S.; CALAZANS, R. Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? **Analytica**, v.2, n.3, p.145-174, 2013.

RESENDE, M.S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, v.21, n.3, p.534-546, 2015.

RIBEIRO ANTUNES, J.M.G. Prevenção quaternária de medicamentos off-label na pandemia de covid. Revista INFAD de Psicologia. **Revista Internacional de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação**. [S. l.] , v.1, p.357-362, 2021. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2074>. Acesso em: 12 mar. 2022.

RIBEIRO, A.G. *et al.* Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1825-1833, 2014.

ROCHA, D.S.B; WERLANG, C.M. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3291-3300, 2013.

ROCHA, F.L.; HARA, C. **Psicofármacos na Prática Clínica**. 1.ed. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2017.

RODRIGUES, E.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2014, v.67, n.2, pp.296-301. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>>. Acessado em: 7 mar. 2022.

ROSA, G.A.D.W.; LABATE, C.R. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, 2005.

SCAVONE, C.; GORENSTEIN, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.21, n.1 p.64-73, 1999.

SCHATZBERG, A.F. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SCHALLEMBERGER, J.B., COLET, C.F. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v.38, n.2, p.63-70, 2016.

SCHMIDT, B. *et al.* Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**. Campinas. v.37, Mai. 2020.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.37, 2020.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery [online]**. v.26, e20210178, p.1-8, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0178>> Acessado em: 12 mar. 2022.

SAMPAIO, A.M.M. *et al.* Revisão sistemática do desenvolvimento e dos usos da Classificação Internacional de Atenção Primária. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.3-14, 2012.

SANTOS, G.F. **Política de Assistência Farmacêutica e o Setor Produtivo Estatal Farmacêutico: O Caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo – FURP.** Tese (doutorado). Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas-SP, 1996.

SANTOS-FILHO, B.S. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Revista Saúde em Debate**, v.32, n.78, p.172-181, 2008.

SANTOS, H.S.; NESTOR, A.G.S. A utilização dos medicamentos psicotrópicos e seus fatores associados. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v.01, n.01, p.51-56, 2018.

SANTOS, S.V.R. *et al.* Demanda de psicofármacos em uma unidade de saúde de Belém-PA. **Braz. J. Hea.Rev.**, Curitiba, v.3, n.1, p.171-185, 2020.

SANTOS, R.E.M. *et al.* Consumo de fármacos psicotrópicos em uma Farmácia Básica de Congonhas, Minas Gerais, Brasil. **INFARMA Ciências Farmacêuticas**, v.31, v.4, p.285-292, 2019.

SANTOS, G.B.G; CARDOSO, G.; FERREIRA, A.W. Estudo das Prescrições de Psicotrópicos em uma Farmácia da Estância Turística de Ouro Preto do Oeste, Estado de Rondônia. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**. v.23, n.3, pp.52-56, Jun- Ago, 2018.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas Públicas.** Coletânea. Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2914/1/160425_coletanea_pp_v1.pdf>

SECCHI, L. **Análise de Políticas Públicas: Diagnóstico de Problemas, Recomendação de Soluções.** São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEBASTIÃO, E.C.O.; PELÁ, I.R. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análise de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Pharmacy Practice**, v.2, n.4, pp.250-266, 2004.

SILVA, V.P., BOTTI, N.C.L., OLIVEIRA, V.C., GUIMARÃES, E.A.A. Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.24, n.6, 2016.

SILVA, V.P, *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v.5, n.1, p.1393-1400, 2015.

SILVA, D.O.T; IGUTI, M.A. Medicamentos Psicotrópicos Dispensados em Unidade Básica de Saúde em Grande Município do Estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Edição Especial. p.1726-1737, 2013.

SILVA, A.C.P. *et al.* A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.11, n.2, p.44-57, 2012.

SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.441-449, 2005.

SILVA, K.G.M.; CAVALCANTE NETO, J.L. Fatores associados ao Transtorno mental comum e níveis de atividade física em gestantes. **R. Bras. Cie. e Mov**, v.23, n.2, p.113- 122, 2015.

SILVA, J.P.A.D.; SALAME, I.S. **Prevenção quaternária: revisão sistemática**. 25f. 2020. Unicesumar - Universidade Cesumar: Maringá, 2020.

SILVA, M.D.G. **Erros de dispensação de medicamentos em Unidade Pediátrica de um Hospital Universitário. Belo Horizonte - Minas Gerais**. 96 f. Tese grau de mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria. 2009.

SILVA, D.M.C. **Avaliação do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Pacatuba**. Escola de saúde pública do Ceará curso de especialização em vigilância sanitária. Fortaleza. 2009.

SILVEIRA, M.L. **O Nervo Cala, o Nervo Fala: a Linguagem da Doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SOUSA, S.J.E. *et al.* Mudanças na legislação farmacêutica durante a pandemia de Covid-19. **Research, Society and Development**, v.10, n.12, p.1-11, 2021.

SOUZA, D.L.A. *et al.* Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, v.20, n.6, p.764-782, 2021.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

STAHL, S.M. **Fundamentos de Psicofarmacologia de Stahl: Guia de Prescrição**. 6.ed., Porto Alegre: Artmed, 2019.

STEFFENAK, M.K.A. *et al.* Increase in psychotropic drug use between 2006 and 2010 among adolescents in Norway: a nationwide prescription database study. **Dove Medical Press**, v.4, p.225–231, 2012.

STULTS-KOLEHMAINEN, M; FILGUEIRAS, A; BLACUTT, M. Factors linked to changes in

mental health outcomes among Brazilians in quarantine due to COVID-19. **medRxiv**, v.28, p.1-19, 2021.

TABORDA, M. **Uso de Psicofármacos no Tratamento de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

TAVARES, L.A.T.; HASHIMOTO, F. **A Relativa Legitimidade da Depressão na Atualidade: Contribuições para uma Ética Psicanalítica do Sujeito**. 2010. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n1/a_relativa_legitimidade_da_depressao_na_atualidade.pdf>.

TELESSAÚDE-RS. **Videoaula “SOAP, CID e CIAP na Prática”** – Elisa Furasté – Telessaúde-RS, 10.09.2014. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Af-7_Fc8GRg,a

TELLES FILHO, P.C.P. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da Família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery*, v.15, n.3, p.581-586, 2011.

TEXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, v.28, n.2, p.186-196, 2006.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p.61-76, 2012.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.16, n.43, p.2566, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2566>. Acessado em: 12 mar. 2022.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v.25, e210101, p.1-15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210101>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Tesser Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v.23, e180435, p.1-16, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180435>>. Acessado em: 12 mar. 2022.

TESSER, C.D. Why is quaternary prevention important in prevention?. *Revista de Saúde Pública [online]*. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v.51, p.116, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>. Acessado em: 8 mar. 2022.

TESSER, C.D. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n.42, p.2515, 2020. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2515>. Acessado em: 12 mar. 2022.

TOLEDO, F.W.D; CHAVES, T.H.L. Avaliação do Uso de Benzodiazepínicos em uma Drogaria da Cidade de Bambuí-MG. *Revista Acadêmica Conecta Fasf*. v.3, n.1, 2018.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L.A.P. Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.3, p.638-652, 2010.

TREVIZAN, H. **Dificuldades na Gestão da Política de Assistência Farmacêutica: Uma Revisão Bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Da Organização Pública em saúde (UFSM-RS). Picada do Café, Rio Grande do Sul, 2015.

TRINDADE, G.V.M.; *et al.* Non-psychiatrist prescriptions within the Brazilian National Health System represents a risk to patients in the use of psychotropic pharmacotherapies. **Research, Society and Development**, [S. l.], v.10, n.15, p.e455101522971, 2021.

TONINI, N.S.; KANTORSKI, L.P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, p.126-132, 2007.

TWENGE, J.M.; THOMAS, E.J. "U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic." **Depression and anxiety**, vol.37, p.954-956, 2020.

UOL, VIVA BEM. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/03/06/falta-de-remedio-para-transtorno-bipolar-e-calamidade-dizem-siquiatras.htm?next=0001H235U11N>

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Australian Institute of Health and Welfare. Mental Health Services in Australia. v.6, 25/10/2021. Disponível em: <<https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-related-prescriptions>>. Acessado em: 30 dezembro 2021

VALERIO, L.W; BECKER, T.R.I. Utilização de Medicamentos Benzodiazepínicos por Usuários da Atenção Primária em um Município do Extremo Sul Catarinense. **Revista Nova Saúde**, Criciúma, v.3, n.1, p.83-93, jul. 2014.

VASCONCELOS, E.M. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2010.

VASCONCELOS, E.M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.4, n.8, p.57-67, 2012.

VECHI, L.G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.489-495, 2004.

VERDÚ, E.S. *et al.* Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. **Atencion Primaria**, v. 46, n. 8, p. 416-425, 2014.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M.T.; SERPA J.R.O. **Psicoterapia Institucional: Uma Revisão**. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria Sem Hospício – Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.17-30, 1992.

VIDOTTI, C.C.F. *et al.* Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos - SISMED. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1121-1126, 2000.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.27, p.149-156, 2010.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.213-220, 2007.

VIEIRA, P.P. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, v.1, n.3, p.1-21, 2007.

VIGO, D. *et al.* "Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic." **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**. v.65, p.681-687, 2020.

VOITSIDIS, P. *et al.* "Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population." **Psychiatry research**. v.289, p.113076, 2020.

UNODC. United Nations Office on Drug and Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas 2020**: consumo global de drogas aumenta, enquanto COVID-19 impacta mercados, aponta relatório. 2020.

WANDERLEY, C.D.T.; CAVALCANTI, A.L.; SANTOS, S. Práticas de Saúde na Atenção Primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.12, n.1, p.121-126, 2013.

WANG, C. *et al.* A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. **Brain Behav Immun**, v.87, p.40-48, jun 2020.

WANG, C. *et al.* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, p.1-25. Fev. 2020.

WERNECK, A.O. *et al.* Mudanças de comportamentos saudáveis durante a quarentena por conta da pandemia do COVID-19 entre 6.881 adultos brasileiros com depressão e 35.143 sem depressão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.4151-4156, 2020.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. The COVID-19 pandemic in Brazil: Chronicle of an announced health crisis. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, p.5, Mai. 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D.O. Isolation, Quarantine, Social Distancing and Community Containment: Pivotal Role for Old-Style Public Health Measures in the Novel

Coronavirus (2019-nCoV) Outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v.27, p.1-4. Mar. 2020.

WINOGRAD, M. **O sujeito das neurociências**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. Debate. v.8, n.3, p.521-535, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300011>>. Acessado em: 10 apr. 2022.

WHO (World Health Organization). **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019. Geneva: WHO, 2019.

WHO (World Health Organization). Coronavirus Disease (COVID-19). Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3. Acessado em: 14 dez. 2021.

WHO (World Health Organization). Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology. **Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index**. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acessado em: 14 dez. 2021.

WONC (World Organization of National Colleges). Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. 2.ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

XAVIER, M.D.S. *et al.* Utilização de psicofármacos em indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Revista Enfermeria Global**. n.36, 2014.

YASUI, S. **A Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu Contexto Histórico**. Dissertação (Mestrado). Faculdades de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Assis-SP, 1999.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZANELLA, C.G.; AGUIAR, P.M.; STORPITIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo-SP, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.2, 2015.

ZHANG, C. *et al.* Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers Psychiatry**. v.11, 2020.

ZORZANELLI, R.T. *et al.* Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v.24, n.8, p.3129-3140, 2019.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE Da Dispensação DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UM MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL (BRASIL, PARAGUAI, ARGENTINA) ENTRE 2018 E 2021: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador: GEICIELY CAVANHA TOMIM

2. Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 54841321.6.0000.9607

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

3. DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.337.991

4. Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação de Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo informações básicas do projeto CAAE: 54841321.6.0000.9607, submetido em 09 de março de 2022. Lê-se: "Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários relativos à dispensação de medicamentos psicotrópicos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) junto ao Sistema de Informação de Saúde RPSaúde utilizado pelo Município de Foz do Iguaçu-PR, no período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2021 (incluindo um período da Pandemia de COVID-19). Como objetivo da pesquisa: "Analisar a distribuição dos medicamentos psicotrópicos dispensados pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) da SMS de Foz do Iguaçu-PR, no período de 01/07/2018 a 30/06/2021". Para a obtenção das informações documentais serão solicitados os Relatórios de Controle dos Medicamentos Psicotrópicos, de acesso público, ao setor de Farmácia, disponíveis no Sistema de Informação de Saúde RPSaúde utilizado pelo município de Foz do Iguaçu-PR.

5. Objetivo da Pesquisa:

Lê-se no PB - informações básicas do projeto

Objetivo Primário:

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br



Continuação do Parecer: 5.337.991

- Analisar a distribuição dos medicamentos psicotrópicos dispensados pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) da SMS de Foz do Iguaçu-PR, no período de 01/07/2018 a 30/06/2021.

Objetivo Secundário:

- Classificar e realizar análise descritiva dos medicamentos psicotrópicos dispensados pelo Setor de Assistência Farmacêutica à Rede Pública de Serviços de Saúde (Rede SUS) da SMS de Foz do Iguaçu-PR, aos pacientes portadores de transtornos mentais da rede pública de saúde;
- Verificar o consumo destes medicamentos ao longo do período estudado, particularmente durante a Pandemia de COVID-19, no referido município;
- Sugerir a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta para o aprimoramento da gestão do Setor de Assistência Farmacêutica da SMS de Foz do Iguaçu-PR, em relação aos medicamentos psicotrópicos;
- Propor a utilização de algumas PICs para prevenção, intervenção e tratamento de transtornos mentais, no intuito de diminuir o consumo de medicamentos psicotrópicos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores de transtornos mentais da rede pública de saúde do município de Foz do Iguaçu-PR;
- Contribuir com o aprimoramento de Programa(s) e/ou Política(s) voltada(s) para a Saúde Mental da rede pública de saúde do município de Foz do Iguaçu-PR.

6. Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Lê-se no PB Informações Básicas do Projeto

Riscos:

Trata-se de um estudo quantitativo com caráter descritivo em relação aos dados secundários, o qual terá informações de acordo com o ID do paciente em registros eletrônicos. Desta forma, os riscos presentes é a estigmatização, a possibilidade de divulgação das informações quando houver acesso aos dados de identificação, sendo um risco a divulgação de dados confidenciais e a segurança dos prontuários. Por outro lado, será limitado o acesso aos registros apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas e necessárias para esta pesquisa, sendo possível garantir a não violação do sigilo e a integridade dos dados.

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br



Continuação do Parecer: 5.337.991

Benefícios:

Esse estudo, proporcionará um conhecimento científico sobre a farmacoepidemiologia do município na área da saúde, e conseqüentemente desenvolver planejamentos estratégicos na prática, como possibilidade de implementação de programas e ações para prevenção da saúde mental, disseminação da racionalização dos medicamentos, levando a população em geral informações sobre o uso de medicamentos e suas conseqüências

7. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo documental, nacional e retrospectivo, para a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração LatinoAmericana (UNILA). Não haverá armazenamento de amostras em banco de material biológico. Previsão de encerramento de estudo 20 de junho de 2022.

8. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

9. Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

10. Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram consideradas as pendências no Número do Parecer:5.279.550

No parecer Número do Parecer:5.279.550:

11. Riscos:

O objetivo da pesquisa será para fins científicos, não causando danos ao participante. Além disso, não haverá coleta de dados e informações pessoais, uma vez que a coleta de dados ocorrerá por meio de dados secundários.

Solicita-se inclui o risco da pesquisa, assim como ações dos pesquisadores para minimizar o risco. Conforme a Resolução 466 de 2012, no item V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes". E conforme a Norma Operacional 001 de 2013, "Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente: [...] 12 – Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa: o risco, avaliando sua gradação, e descrevendo as medidas para sua

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br



Continuação do Parecer: 5.337.991

minimização e proteção do participante da pesquisa; as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos; os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade.

Lê-se no atual Projeto de Pesquisa:

Riscos:

Trata-se de um estudo quantitativo com caráter descritivo em relação aos dados secundários, o qual terá informações de acordo com o ID do paciente em registros eletrônicos. Desta forma, os riscos presentes é a estigmatização, a possibilidade de divulgação das informações quando houver acesso aos dados de identificação, sendo um risco a divulgação de dados confidenciais e a segurança dos prontuários. Por outro lado, será limitado o acesso aos registros apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas e necessárias para esta pesquisa, sendo possível garantir a não violação do sigilo e a integridade dos dados.

PARECER: Atendido

12. No parecer Número do Parecer:5.279.550:

Benefício:

Espera-se com a análise dos dados e resultados obtidos utilizar o planejamento estratégico para o desenvolvimento de práticas efetivas de tratamento e de cuidado em saúde mental, que não sejam baseadas única e exclusivamente na prescrição e consumo de medicamentos psicotrópicos, com o intuito de fortalecer e/ou implementar a Política de Saúde Mental no município de Foz do Iguaçu-PR.

Solicita-se que seja revisto o texto dos benefícios da pesquisa. Conforme a Resolução 466 de 2012 II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

Lê-se no atual Projeto de Pesquisa

Benefícios:

Esse estudo, proporcionará um conhecimento científico sobre a farmacoepidemiologia do município na área da saúde, e conseqüentemente desenvolver planejamentos estratégicos na prática, como possibilidade de implementação de programas e ações para prevenção da saúde

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUAÇU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br



Continuação do Parecer: 5.337.991

mental, disseminação da racionalização dos medicamentos, levando a população em geral informações sobre o uso de medicamentos e suas consequências.

PARECER: Atendido

13. Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Resolução CNS no 466/12, item XI. 2.d e Resolução CNS no 510/16, art 28, item V.

14. Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1865698.pdf	09/03/2022 19:33:48		Aceito
Outros	cartaCEPRISCOEBENEFICIO.pdf	09/03/2022 19:33:25	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Outros	Cartarespostaa CEP.pdf	07/03/2022 19:01:47	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostogeicielygilson.pdf	08/02/2022 12:14:39	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Outros	instrumento.docx	22/12/2021 21:23:28	Robson Zazula	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UNIAME_4.pdf	08/12/2021 18:46:23	Robson Zazula	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UN8E9C_1.pdf	08/12/2021 18:45:37	Robson Zazula	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UN0E59_1.pdf	08/12/2021 18:45:19	Robson Zazula	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	30/11/2021 19:19:31	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prefeitura.pdf	30/11/2021 18:53:50	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Outros	matricula.pdf	30/11/2021 18:52:59	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito
Outros	gilson.pdf	30/11/2021 18:51:44	GEICIELY CAVANHA TOMIM	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIÃO DAS AMÉRICAS -
UNIAMÉRICA



Continuação do Parecer: 5.337.991

Aprovado

15. Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FOZ DO IGUACU, 07 de Abril de 2022

**16. Assinado por: Priscilla Higashi
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. das Cataratas, 1118, sala 106c

Bairro: Vila Yolanda

CEP: 85.853-000

UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)2105-9018

E-mail: cep.foz@descomplica.com.br