

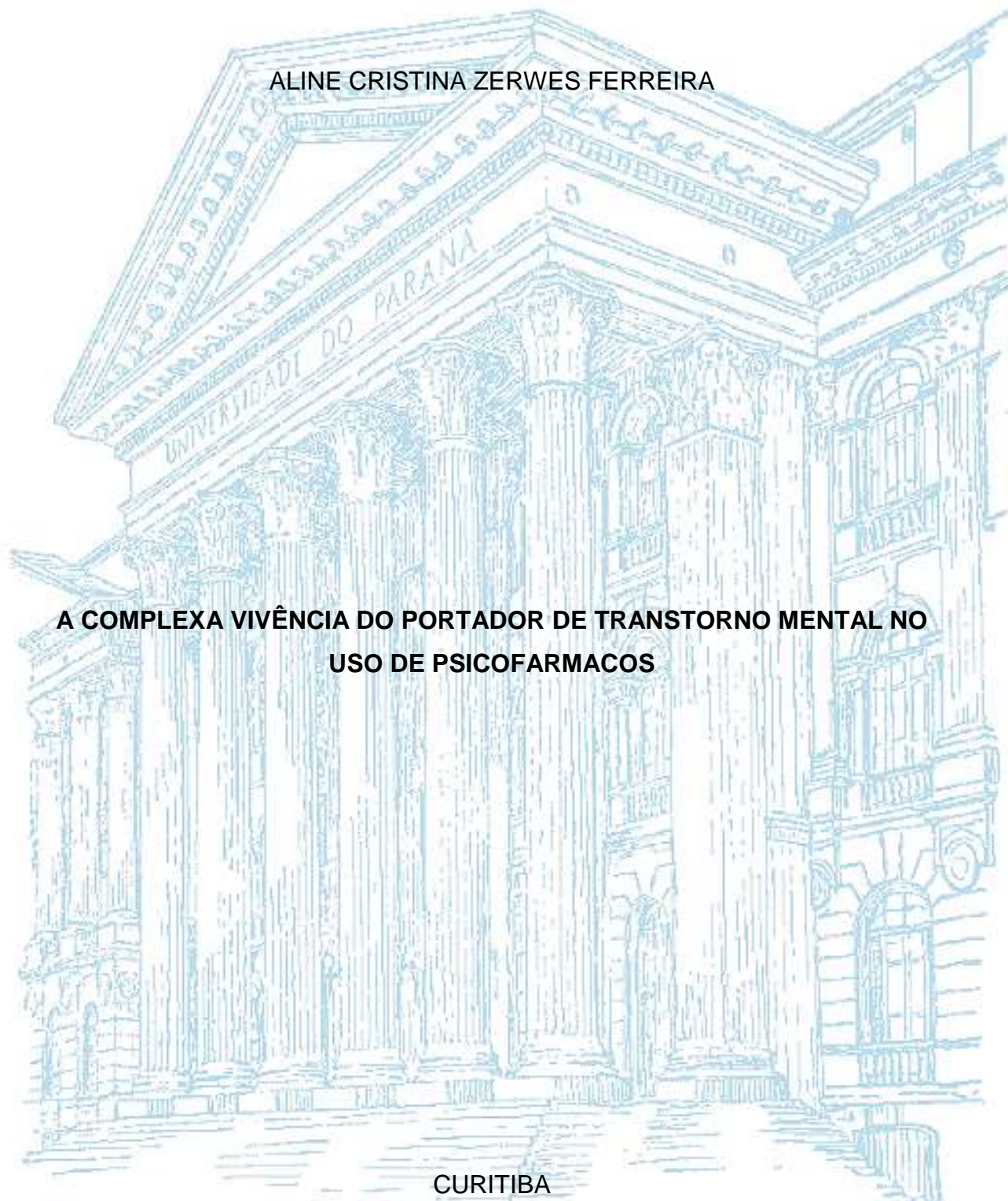
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA

**A COMPLEXA VIVÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO
USO DE PSICOFARMACOS**

CURITIBA

2015



ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA

**A COMPLEXA VIVÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO
USO DE PSICOFARMACOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2015

Ferreira, Aline Cristina Zerwes

A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos / Aline Cristina Zerwes Ferreira – Curitiba, 2015.

168 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Psicotrópicos. 2. Transtornos mentais. 3. Saúde mental. 4. Enfermagem. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

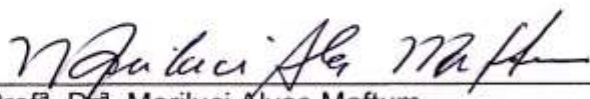
CDD 616.890231

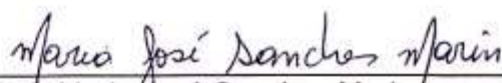
TERMO DE APROVAÇÃO

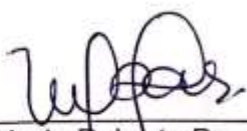
ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA

A COMPLEXA VIVÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO USO DE PSICOFÁRMACOS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de cuidar em saúde e enfermagem - do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 
Profª. Drª. Mariluci Alves Maftum
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR


Profª. Drª. Maria José Sanches Marin
Membro Titular: Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA


Profº. Drº. Márcio Roberto Paes
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 15 de dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Carla e Raul**, pelo exemplo de amor e carinho, por acreditarem em mim, por instruírem meu caminho, serem minha força a cada dia, minha luz a cada dúvida e por adiarem os seus sonhos para realização dos meus.

Ao meu marido **Raphael Henrique Ferreira de Andrade**, meu amigo e companheiro, por todo amor, carinho, dedicação, paciência e incentivo.

A minha **família**, pelo apoio em todos os momentos, compartilhando alegrias e tristezas. Em especial ao meu irmão **Diego Zerwes**.

A **Profª Drª Mariluci Alves Maftum**, minha orientadora, por sua sabedoria, competência, confiança, incentivo e, principalmente, pelos ensinamentos a mim destinados nos últimos seis anos, sobretudo para a conclusão desta pesquisa. A você minha sincera gratidão e profunda admiração.

Aos professores Doutores **Maria José Sanches Marin, Marcio Roberto Paes, Nen Nalú Alves das Mercês, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas** pelo aceite em compor a banca de defesa desta dissertação.

As amigas **Fernanda Carolina Capistrano, Letícia de Oliveira Borba, Tatiana Brusamarello, Ângela Gonçalves da Silva e Juliana Czarnobay**, pelo convívio e compartilhamento de conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Paraná pela oportunidade em cursar o mestrado.

Ao **Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (Nepeche)** por proporcionar momentos de discussão e reflexão que contribuíram para a construção desta pesquisa.

Aos **colegas do mestrado** pela união e troca de experiência, tornando essa caminhada mais agradável e divertida.

Aos **participantes desta pesquisa** que compartilharam comigo as suas vivências. Sem a disponibilidade e a abertura de vocês, a concretização deste estudo não seria possível.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo financiamento deste projeto e pelo apoio financeiro através de bolsa de estudos nestes dois anos.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo: conhecer como o portador de transtorno mental vivencia o uso de psicofármacos. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e método exploratório realizada no município de Curitiba (PR) no período de março a maio de 2015. Participaram 26 portadores de transtorno mental que apresentavam idade igual ou superior a 18 anos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial III com prescrição médica de psicofármacos. Os dados foram obtidos por intermédio de entrevista semiestruturada e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin, posteriormente organizados nas seguintes categorias temáticas: 1. Vivenciando os efeitos dos psicofármacos; 2. Utilizando os psicofármacos de modo irregular; 3. Desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos; 4. Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos. Os resultados permitiram conhecer que a vivência do uso de psicofármacos caracteriza-se como processo complexo que envolve o portador de transtorno em sua totalidade, interferindo na subjetividade, na saúde física e mental, nas relações familiares, na convivência em sociedade e nos aspectos ocupacionais. Os participantes mencionaram que este processo é permeado pelo sentimento de ambivalência procedente dos efeitos positivos que o uso de psicofármaco incita em suas vidas, bem como pelos efeitos negativos concernentes aos efeitos colaterais e a não interrupção por completo da sintomatologia. Ademais, enfatizaram utilizar frequentemente os medicamentos de modo incorreto, objetivando minimizar os sofrimentos ocasionados pelo transtorno e pelos efeitos colaterais destes medicamentos. Entrementes, realizam estratégias a partir de atos e ações empreendidas para a manutenção do tratamento medicamentoso e da resolução de problemas procedentes dos transtornos mentais. Por fim, evidencia-se que o processo de utilizar medicamentos é permeado constantemente por múltiplos aspectos que facilitam e dificultam a manutenção do tratamento medicamentoso. Conclui-se que há a necessidade de considerar a existência subjetiva e as reais necessidades dos portadores de transtorno mental no seu tratamento, enfatizando a realização de estratégias que fortaleçam a autonomia destes para que possam definir e opinar acerca do seu próprio tratamento medicamentoso, com vistas a melhores índices de adesão, de uso racional e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Psicotrópicos. Transtornos mentais. Saúde mental. Enfermagem.

ABSTRACT

This study objectified: to apprehend how mental patients experience psychopharmacological drugs. It is an exploratory, qualitative research study held in the municipality of Curitiba (Paraná State, Brazil) between March and May of 2015. Twenty-six (26) mental patients participated with ages ranging from 18 years old or over, undergoing treatment at a Psychosocial Healthcare Centre III and being prescribed psychopharmacological drugs. Data were collected by means of a semi-structured interview and analyzed according to Bardin's Thematic Content Analysis, further organized in the following theme categories: 1. Experiencing psychopharmacological drug effects; 2. Using psychopharmacological drugs in an irregular way; 3. Developing strategies to keep the regular use of psychopharmacological drugs; 4. Identifying facilities and difficulties in the use of psychopharmacological drugs. Results enabled to apprehend that living with the use of psychopharmacological drugs is characterized as a complex process, which wholly involves mental patients, interfering in their subjectivity, physical and mental health, family relationships, social interaction and occupational aspects. Participants mentioned that this process is permeated by an ambivalent feeling from the positive effects of the use of psychopharmacological drugs in their lives, as well as the negative ones from drug side effects and incomplete interruption of the symptomatology. Moreover, they pointed out frequently incorrect way of the use of medication, objectifying to lessen the suffering caused by the disorder and drug side effects. Meanwhile they carry out strategies by means of actions to keep the drug treatment and solve problems from the mental disorders. Finally, it is evidenced that the process of medication use is usually permeated by multiple aspects, which facilitate or hinder the drug treatment. It is concluded that there is the need to consider mental patients' subjective existence and real necessities during their treatment, stressing the development of strategies in order to strengthen their autonomy so that they can define and express their opinions on their pharmacological treatment, aiming at better rates of adherence, rational use and improvement of their quality of life.

Keywords: Psychotropic drugs. Mental disorders. Mental health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ETAPAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	52
QUADRO 1 – EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS.....	54
QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO IDADE, SEXO, SITUAÇÃO CONJUGAL, PROFISSÃO E ESCOLARIDADE.....	56
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS E TEMPO DE UTILIZAÇÃO	57
QUADRO 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EMERGENTES DA ANÁLISE DE DADOS.....	59

LISTA DE SIGLAS

CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CID -10	– Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
Coreq	– <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
Dots	– <i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
ESF	– Estratégia da Saúde da Família
Gaba	– Gama-aminobutírico
OMS	– Organização Mundial de Saúde
Raps	– Rede de Atenção Psicossocial
SNC	– Sistema Nervoso Central
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFPR	– Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	16
2.1	OBJETIVO.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	TRANSTORNOS MENTAIS E TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	23
3.2	O USO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL.....	29
4	METODOLOGIA	43
4.1	MÉTODO.....	43
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	44
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	45
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4.5	OBTENÇÃO DOS DADOS.....	48
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5	RESULTADOS	55
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	55
5.2	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS.....	59
5.2.1	Vivenciando os efeitos dos psicofármacos.....	60
5.2.2	Utilizando os psicofármacos de modo irregular.....	69
5.2.3	Desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos.....	75
5.2.4	Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos.....	82
6	DISCUSSÃO	97
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICE 1 - CARTA CONVITE	161

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	162
APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	164
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	165
ANEXO 2 - TERMO DE VIABILIDADE DE PESQUISA.....	168

1 APRESENTAÇÃO

Apresento a seguir, de modo sucinto, algumas vivências que me motivaram a realizar esta dissertação, cujo objeto de estudo é a vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos.

Meu contato inicial com pesquisa científica ocorreu durante o segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), momento em que iniciei como bolsista do Programa de Bolsa Permanência e tive a oportunidade de desenvolver algumas atividades na Revista Cogitare Enfermagem. No contato diário com artigos científicos, compreendi a relevância da pesquisa para desvendar e reafirmar saberes nos quais os profissionais de enfermagem devem apoiar-se para dar sentido de cientificidade ao processo de cuidar.

Esta experiência me impulsionou ao desenvolvimento de três anos no Programa de Iniciação Científica da UFPR, na área de saúde mental, como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Durante este período mantive contato com portadores de transtorno mental em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital psiquiátrico e em hospital geral, por meio da realização de atividades como coletas de dados em pesquisas de projetos de iniciação científica, bem como aulas práticas e estágios das disciplinas do Curso de Graduação. Além destas experiências, realizei estágio supervisionado de 360 horas em um hospital-dia, que ofertava assistência diária a portadores de transtornos mentais gerais e de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

Durante estas etapas, criei vínculos com portadores de transtorno mental, familiares e profissionais de saúde, fato que viabilizou o meu breve conhecimento sobre a manifestação dos transtornos mentais, tratamento e sinais e sintomas. Como consequência, percebi que me realizaria profissionalmente, prioritariamente na área da saúde mental, buscando ofertar um cuidado livre de estigmas, estereótipos e preconceitos.

Logo que terminei a Graduação de Enfermagem inscrevi-me no processo de seleção do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR no curso de mestrado acadêmico e, tendo sido aprovada, iniciei-o no ano de 2014.

Quanto à realização deste estudo, minha motivação se iniciou a partir de um dos estudos de iniciação científica que desenvolvi, cujo objetivo era identificar a percepção dos profissionais de saúde de um CAPS sobre a adesão ao tratamento pelos portadores de transtorno mental. Esta pesquisa apontou múltiplos aspectos que interferem diretamente na adesão e na não adesão ao tratamento, dentre os quais se destacou o uso de psicofármacos, principalmente no que concerne ao uso incorreto destes medicamentos e a ideia ilusória do portador de transtorno mental de que somente o tratamento medicamentoso promove a reabilitação (FERREIRA et al., 2015).

Esta perspectiva também se mostrou evidente em uma coleta de dados de uma tese de doutorado sobre a adesão ao uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental, da qual participei como entrevistadora. Ao conversar acerca do tratamento medicamentoso, muitos pacientes externaram dificuldades na manutenção do uso regular de psicofármacos, bem como atribuíram distintos conhecimentos, significações, aceitações, expectativas, dúvidas e sentimentos referentes a estes medicamentos.

Estas vivências avivaram-me a relevância de considerar as especificidades de cada indivíduo no tratamento, mormente no uso de psicofármacos, ao considerar os aspectos psicológicos, sociais, culturais, familiares e econômicos, objetivando a manutenção do uso destes medicamentos, a melhoria da qualidade de vida e uma efetiva reabilitação e reinserção social.

Considerando estes aspectos, questionei-me sobre como os portadores vivenciam o uso de psicofármacos e quais os aspectos que envolvem esta vivência. Diante das explicitações descritas anteriormente, associadas aos momentos de reflexões nas orientações, no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (Nepeche) e nas discussões no

transcorrer das disciplinas no curso de mestrado, emergiu a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais estão entre as condições crônicas mais prevalentes no mundo e se constituem grave problema de saúde pública, que afetam indivíduos de qualquer classe social e em qualquer fase da vida. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que 650 milhões de pessoas no mundo são portadoras de algum tipo de transtorno mental, que suscitem intenso sofrimento individual, familiar e social (OMS, 2013).

No cenário nacional, estima-se que aproximadamente 3% da população brasileira, número que corresponde a cinco milhões de pessoas, são acometidas por transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de atenção contínua em saúde mental. Ademais, evidencia-se que cerca de 12% da população, embora não apresentem transtornos mentais severos, necessitam de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

Segundo a OMS, os transtornos mentais correspondem a respostas mal adaptadas a estressores procedentes de fatores externos e internos ao indivíduo, evidenciados por sentimentos, pensamentos e comportamentos contraditórios que interferem diretamente na sua vida social, funcional e física (OMS, 2001).

Os transtornos mentais que possuem evolução crônica são caracterizados pela instabilidade na manifestação de sinais e sintomas físicos e comportamentais relacionados a alterações de pensamento, memória, comportamento, emoção e percepção. Eles suscitam episódios de delírios, alucinações, agitação psicomotora, comportamentos impróprios, autoagressão e heteroagressão (SADOCK; SADOCK, 2007; OMS, 2013).

É comum que, no transcorrer da doença, o portador de transtorno mental vivencie momentos de controle e remissão desses sinais e sintomas, intercalados a situações de crise, recaída e internações (CARDOSO; GALERA, 2009).

Para minimizar esse quadro, no início da década de 1950, o desenvolvimento da psicofarmacologia na prática clínica da saúde mental foi

impulsionado sobretudo com o uso generalizado de antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos (SADOCK; SADOCK, 2007; XAVIER et al., 2014a). No entanto, dispondo desse recurso, qualquer sinal e sintoma de sofrimento psíquico passou a ser caracterizado como patologia. Isso resumiu o tratamento à administração de psicofármacos apenas, rememorando o modelo manicomial de atenção à saúde, centrado no cuidado hospitalar, que desconsiderava a complexidade do ser humano e pautava-se na banalização do uso de medicamentos (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013; XAVIER et al., 2014a).

Em contrapartida, no Brasil, no final da década de 1970, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se um processo de transformações de conceitos, práticas assistenciais e de modelo de atenção à saúde, nos quais os portadores de transtornos mentais passaram a ser compreendidos em sua existência e sofrimento, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (FIORATI; SAEKI, 2013). Com essas transformações no modo de conceber e pensar o transtorno mental, a pessoa e os modos de tratamento, o uso de psicofármacos passou a ser caracterizado como um dos recursos terapêuticos no processo de reabilitação e reinserção social, visando a promoção de saúde, a inclusão social e a ressignificação existencial do processo de adoecimento mental (KANTORSKI et al., 2013).

Atualmente no campo da reabilitação psicossocial, o psicofármaco é visualizado como um suporte ao tratamento para intensificar a qualidade de vida. Portanto, a reabilitação torna-se possível com o seu uso, quando necessário, adjuvante a outros recursos terapêuticos, tais como: psicoterapias individuais e em grupo, psicoeducação, visitas domiciliares, grupos de ajuda mútua, acompanhamento terapêutico, entre outros (STUART; LARAIA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; CARDOSO; GALERA, 2009; ALMEIDA et al., 2013; KANTORSKI et al., 2013).

Os psicofármacos apresentam ação prioritariamente no Sistema Nervoso Central (SNC) objetivando, precipuamente, minimizar os sinais e sintomas físicos e comportamentais do transtorno mental, melhorar o prognóstico do tratamento, o estado de saúde e favorecer abordagens

terapêuticas voltadas ao processo de reinserção social (SADOCK; SADOCK, 2007; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

Considerando a relevância do uso de psicofármacos no tratamento de portadores de transtorno mental, uma pesquisa desenvolvida nos CAPS da Região Sul brasileira, a partir análise de prontuário de 1.162 portadores de transtorno mental, evidenciou a prevalência do uso de psicofármacos em 91,8% (n: 1.067) dos pacientes em tratamento nestes serviços (KANTORSKI et al., 2011a).

Outro estudo realizado nos CAPS do município de Barbacena (MG), com consulta a 583 prontuários de portadores de transtorno mental, evidenciou que apenas 3,2% dos pacientes realizavam tratamento psicossocial sem a prescrição de psicofármacos (MANGUALDE et al., 2013). Enquanto uma pesquisa desenvolvida nos CAPS do município de Iguatu (CE) apontou que a totalidade dos pacientes em tratamento (n=143), no CAPS geral, apresentava prescrição de uso de psicofármacos (CARVALHO; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010).

Compreende-se que os psicofármacos, quando necessários no tratamento psicossocial, objetivam facilitar a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo, da expectativa de vida, do relacionamento interpessoal, do desempenho das atividades de vida cotidianas, até mesmo do sentimento de segurança e autocontrole. Considerando todos esses benefícios, estes medicamentos assumem importância singular na vida do portador de transtorno mental (VEDANA, 2011).

Entretanto, o sucesso do tratamento é, muitas vezes, comprometido pela não adesão ao uso dos psicofármacos, que se contempla a divergência entre a prescrição de medicamentos e outros procedimentos, considerando horários, dosagens e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A literatura demonstra que são baixos os índices de adesão aos psicofármacos pelo portador de transtorno mental, sendo que muitos iniciam o uso, mas diminutos o mantêm (CARDOSO et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012). Esta perspectiva também se comprova internacionalmente, pois estudo realizado no Canadá, com 6.201 portadores de transtorno mental, evidenciou uma alta frequência de não adesão ao uso de todas as classes de

psicofármacos, principalmente aos antipsicóticos em 45,9% dos casos (BULLOCH; PATTEN, 2010).

O uso irregular de psicofármacos está intimamente relacionado ao agravamento dos transtornos, exacerbação de sinais e sintomas, probabilidade aumentada de recaídas, aumento do número de hospitalizações e de custos ao setor da saúde, fomentando perdas cognitivas, afetivas, laborais e sociais (CARDOSO et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012; VEDANA et al., 2013).

A escolha por não utilizar os psicofármacos envolve uma multiplicidade de fatores, comumente relacionados aos efeitos colaterais e reações adversas dos medicamentos, doses excessivas, desconhecimento sobre o transtorno e o tratamento, desmotivação, crenças de que o medicamento é ineficiente, bem como o não estabelecimento de aliança terapêutica com os profissionais de saúde (SADOCK; SADOCK, 2007; CRUZ et al., 2011).

Embora as causas da rejeição aos psicofármacos sejam diferentes de acordo com as especificidades de cada indivíduo, elas frequentemente se relacionam à exacerbação de efeitos colaterais indesejáveis ou a não aceitação do uso diário destes medicamentos por longo período de tempo (XAVIER et al., 2014a).

Nesse sentido, os psicofármacos são recursos do quais o portador de transtorno mental não anseia necessitar, uma vez que exprime uma solução incompleta ao indivíduo, pois não cessam de modo definitivo as consequências e os sofrimentos ocasionados pelo transtorno mental. Ademais, os medicamentos suscitam efeitos colaterais, ocasionam aflições referentes à hipótese de eventuais danos futuros e representam a reafirmação constante do transtorno (VEDANA, 2011).

Com base nessas premissas, a escolha pela continuação do uso de psicofármacos é um processo permeado por significações, expectativas, volições e sofrimento intenso, fomentando um expressivo impacto sobre a vida do portador de transtorno mental (MIASSO, 2006; VEDANA, 2011).

O uso dos psicofármacos representa uma vivência complexa que envolve o portador de transtorno mental em sua totalidade (MIASSO, 2006;

VEDANA, 2011). Para os indivíduos, os efeitos medicamentosos não se limitam às explicações farmacológicas, pois, ao vivenciá-los, o medicamento assume uma dimensão maior em suas vidas. Eles não interferem somente nos aspectos bioquímicos, mas também nas emoções, sentimentos, atitudes, avaliação e redefinições de ações (VEDANA, 2011).

Estudo realizado com portadores de transtorno mental e familiares evidenciou que a experiência de possuir um transtorno e de utilizar psicofármacos é compreendida em um contexto de dias difíceis delimitados por exacerbação e remissões de sinais e sintomas, sofrimentos e limitações, os quais fomentam intensas transformações no modo como o indivíduo se percebe, modifica a realidade, se relaciona e age (VEDANA, 2011).

Com intuito de minimizar esta problemática, no campo de atenção psicossocial, a responsabilidade do tratamento medicamentoso compreende um processo de negociação e divisão de responsabilidades entre os profissionais da equipe multiprofissional. Para tanto, os profissionais necessitam conhecer e discutir o propósito do uso do medicamento no plano terapêutico e as estratégias para a manutenção do esquema terapêutico em longo prazo (BRASIL, 2005).

Dentre a equipe multiprofissional, a Enfermagem se destaca ao contribuir no processo de manutenção ao uso de psicofármacos, uma vez que apresenta um importante papel de mediação entre os profissionais de saúde e os pacientes, haja vista que está mais próxima ao cotidiano destes. Além disso, cabe também ao enfermeiro a avaliação do paciente, administração correta dos medicamentos, análise dos efeitos colaterais, realização de estratégias de monitoramento do uso regular, ações educativas aos pacientes e familiares, visitas domiciliares, escuta terapêutica e acolhimento (STUART; LARAIA, 2001; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

Para tanto, o enfermeiro deve constituir-se em agente transformador capaz de favorecer a autonomia do paciente para que este opine e defina sobre as questões relacionadas ao seu plano terapêutico e medicamentos, fortalecendo-o para que este seja corresponsável pelo seu tratamento (KANTORSKI et al., 2013).

Acredita-se que com a responsabilização do indivíduo em seu tratamento, ao considerar a sua existência subjetiva e as situações que vivencia e experimenta com o uso de psicofármacos, o enfermeiro possivelmente proporciona melhores índices de adesão ao tratamento e uma efetiva reabilitação psicossocial (FUKUDA; STEFANELLI, 2008; KANTORSKI et al., 2013).

Deste modo, para contemplar a integralidade do portador de transtorno mental deve-se considerar a escuta ativa, na qual o enfermeiro valoriza e oportuniza a compreensão das experiências anteriores, anseios, predileções e crenças referentes ao uso de psicofármacos, bem como as condições socioeconômicas, culturais, familiares e até mesmo educacionais do indivíduo (FUKUDA; STEFANELLI, 2008; BRASIL, 2009; XAVIER et al, 2014a). Salienta-se que os cuidados de enfermagem, que ensejam a reabilitação e a valorização da subjetividade dos indivíduos, proporcionam uma introdução ao cuidado mais voltado a autonomia e a melhora do transtorno (BRASIL, 2009; FUKUDA; STEFANELLI, 2008; ESTRELA; LOYOLA, 2014).

Para tanto, o enfermeiro necessita apreender como os pacientes vivenciam o transtorno mental e o uso de psicofármacos, bem como suas necessidades, conflitos e mecanismos de enfrentamento (MIASSO, 2006; VEDANA et al., 2013). Entrementes, acredita-se que a compreensão dos fatores relacionados ao uso de psicofármacos, a partir da perspectiva de quem a vivencia, subsidiará a implementação de intervenções nos serviços de saúde mental voltadas à qualidade do cuidado ofertado, ao considerar as idiosincrasias dessa clientela (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

Diante deste contexto, emergiu a questão norteadora deste estudo: como o uso de psicofármacos é vivenciado pelo portador de transtorno mental?

2.1 OBJETIVO

Conhecer como o portador de transtorno mental vivencia o uso de psicofármacos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico constitui-se de breve revisão de literatura com a finalidade de aprofundar a compreensão do uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental. Inicialmente contextualizam-se algumas características do transtorno mental e do seu tratamento, na sequência é explicitado especificamente sobre o uso de psicofármacos como recurso terapêutico no tratamento de portadores de transtorno mental.

3.1 TRANSTORNOS MENTAIS E TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais originam-se a partir de inter-relações dimensionais e multifatoriais relacionadas a respostas mal adaptadas a estressores de ordem intrapessoal - biológicas, genéticas e psicológicas; ambiental - relações interpessoais e exposição a estressores; e social - condições socioeconômicas e redes de apoio (OMS, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; POLANCZYK, 2009). Podem ser também classificados como modificações do pensamento e/ou humor vinculado a intenso sofrimento psíquico, fomentando prejuízos pessoais, sociais e familiares (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Os transtornos mentais são considerados universais, uma vez que atingem indivíduos de quaisquer faixas etárias, resultando em incapacidades graves e irreversíveis que aumentam a demanda nos serviços de saúde. Nesse sentido, uma pesquisa com objetivo de verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população brasileira adulta, a partir da literatura, evidenciou que os índices variam entre 20% e 56% na população geral, principalmente entre mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Na prática clínica os transtornos mentais são caracterizados pela manifestação de sinais e sintomas referentes a alterações de consciência, emoção, comportamento motor, pensamento, fala, percepção, memória e inteligência. Comumente esses sintomas apresentam suas raízes em comportamentos considerados normais, os quais no transcorrer do tempo

passam a apresentar graus diversificados de comportamento que variam entre o normal e patológico (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os transtornos mentais são classificados de acordo com os diagnósticos da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os quais são divididos em onze categorias diagnósticas, com objetivo de padronizá-los internacionalmente (OMS, 2003). A literatura evidencia que as principais categorias diagnósticas que acometem os indivíduos e que requerem tratamento contínuo e com a utilização de psicofármacos são: transtornos de humor; esquizofrenia e transtorno mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (MANGUALDE et al., 2013).

Corroborando ao exposto, pesquisa desenvolvida no Estado de São Paulo com 340 portadores de transtorno mental em tratamento em um CAPS evidenciou a prevalência de transtornos mentais e comportamentais devidos a uso de substâncias psicoativas (25,8%), sequenciado de diagnósticos de esquizofrenia (21,7%) e transtornos de humor (14,4%) (PEREIRA et al., 2012).

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas são caracterizados por um agrupamento de sinais e sintomas fisiológicos, comportamentais e cognitivos que derivam da autoadministração repetida de uma ou várias substâncias psicoativas prescritas ou não por um médico (OMS, 2003).

Os transtornos esquizofrênicos comumente são caracterizados por distorções substanciais e características do pensamento e da percepção, bem como de afetos inadequados ou embotados. Frequentemente nestes transtornos mantém-se a capacidade intelectual, contudo alguns *déficits* cognitivos possam progredir com o transcorrer do tempo (OMS, 2003).

Enquanto os transtornos de humor são definidos por alterações fundamentais do humor ou afeto, evidenciados por *elação* ou depressão associada ou não a sintomas ansiosos, os quais apresentam propensão a ser recorrentes. Essas modificações de humor frequentemente estão associadas ao aumento ou à diminuição dos níveis globais de atividades (OMS, 2003).

Salienta-se que independente do diagnóstico, o acometimento do transtorno mental modifica todo o contexto da vida dos indivíduos e faz com que

vivenciem dias difíceis delimitados por intenso sofrimento, temores, anseios e aflições. Esses dias difíceis não se limitam apenas a um único período da vida, pois cotidianamente experimentam de modo concreto o sofrimento ocasionado pelo transtorno, bem como os prejuízos nos âmbitos familiares, laborais, físicos e mentais e de relacionamento interpessoal (VEDANA, 2011).

Para minimizar este quadro, as políticas nacionais de atenção em saúde mental preconizam um processo contínuo de reabilitação e reinserção social do indivíduo. Nesse sentido, o tratamento a portadores de transtorno mental deve englobar um conjunto de estratégias e intervenções voltado à melhoria da qualidade de vida e do quadro clínico, a partir de um processo no qual se almeja auxiliar os indivíduos com limitações a reestabelecer o máximo possível da sua autonomia para reinseri-los na sociedade e comunidade (BRASIL, 2004).

O tratamento de portadores de transtorno mental objetiva vincular o paciente a sua realidade e auxiliá-lo na sua independência e capacidade de autogerenciamento, considerando o seu contexto biológico, psicológico e social (BRASIL, 2005; PARENTE et al., 2013).

Este modelo de atenção psicossocial entrou em vigência a partir da promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei se originou a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, um movimento social que objetiva validar os direitos dos portadores de transtorno mental a partir da transição de um modelo assistencial segregador e excludente centrado em hospitalizações psiquiátricas para um modelo de atenção psicossocial no âmbito extra-hospitalar (AMARANTE, 2013).

Com o avanço desse modelo, diversas resoluções e portarias foram criadas preconizando a regulamentação dos serviços extra-hospitalares, sendo estes prioritários no tratamento de portadores de transtorno mental, objetivando a reabilitação e a reinserção do indivíduo na sociedade, bem como de resgate da sua cidadania (BRASIL, 2005).

Com intuito de ofertar uma atenção integral aos portadores de transtorno mental, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a partir da Portaria

nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, 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 (SUS) (BRASIL, 2011a).

A implementação da Raps objetiva prioritariamente melhorar o acesso da população à atenção psicossocial e garantir a articulação entre os diversos pontos de atenção das redes de saúde para assegurar a integralidade do cuidado. Dentre os serviços que compõe esta rede encontram-se: Unidade Básica de Saúde (UBS), CAPS em suas diversas modalidades, consultório na rua, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, enfermarias especializadas em hospital geral, serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com transtorno mental e atenção de urgência e emergência por intermédio de serviços de atendimento móvel de urgência e unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2011a).

Dentre estes serviços de saúde, os CAPS são considerados os principais dispositivos de atenção a portadores de transtorno mental no âmbito extra-hospitalar. Estes serviços são considerados substitutivos ao internamento hospitalar e ofertam assistência em saúde mental a partir de uma equipe multiprofissional que auxilia os indivíduos no processo de reabilitação e reintegração na família e sociedade (BRASIL, 2002; DUARTE; KANTORSKI, 2011).

De acordo com a portaria n.º 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002, os CAPS são organizados nas seguintes modalidades: CAPS I - para atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população acima de vinte mil habitantes; CAPS II - para atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população acima de setenta mil habitantes; e CAPS III - para atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, durante vinte e quatro horas, em municípios com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011a).

Além destas modalidades, também se encontram: o CAPS ad - para atendimento a pessoas em uso de álcool e outras drogas em municípios com população acima de setenta mil habitantes; CAPS ad III - para atendimento de pessoas em uso de álcool e outras drogas, durante vinte e quatro horas, em

municípios com população acima de duzentos mil habitantes; e o CAPS i para atendimento de crianças e adolescentes que necessitam de tratamento em saúde mental em municípios com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011a).

Nestes dispositivos, o tratamento a portadores de transtorno mental é voltado à reabilitação e reinserção social, enfatizando a compreensão do transtorno mental de forma diferenciada, com ênfase no indivíduo, no modo de vida e no contexto social no qual está inserido e não apenas no diagnóstico psiquiátrico (AMARANTE, 2013). Ademais, o tratamento deve contemplar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do paciente, considerando-o em sua existência, complexidade e subjetividade (BRASIL, 2004).

Para tanto, os serviços de saúde mental possuem uma equipe multiprofissional que realiza a avaliação compartilhada entre os seus integrantes sobre as condições dos pacientes, articulando conhecimentos, práticas e saberes, objetivando uma efetiva reabilitação e reinserção destes na sociedade (PINTO et al., 2011).

No campo da atenção psicossocial, para atender o portador de transtorno em sua totalidade, as políticas públicas implementaram o apoio matricial, o qual caracteriza-se pela produção de saúde a partir de duas ou mais equipes, em um processo de construção e planejamento compartilhado para realização de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011b).

O processo de matriciamento em saúde mental ocorre principalmente na responsabilização compartilhada na atenção a portadores de transtorno mental que requerem tratamento contínuo a partir da integração entre as equipes multiprofissionais da saúde da família das UBS e a atenção psicossocial dos CAPS (PINTO et al., 2012).

A necessidade da implementação do matriciamento em saúde mental procede da complexidade dos fatores que envolvem os transtornos mentais, necessitando, assim, de múltiplas formas assistenciais. O território no qual o portador de transtorno mental está inserido constitui o local onde ocorrem os acontecimentos e as relações mais complexas que interferem diretamente na

saúde mental e no tratamento, por conseguinte, faz-se necessário o apoio direto das UBS (BRASIL, 2011b).

O matriciamento objetiva produzir maior resolutividade na atenção à saúde ao estimular padrões relacionais que perpassem os profissionais de saúde e pacientes, facilitando a comunicação e a ampliação do compromisso profissional com a promoção da saúde. Ademais, essa estratégia pratica a lógica de exclusão dos encaminhamentos para outros dispositivos de tratamento, fomentando a construção conjunta de projetos terapêuticos por diferentes profissionais (AMARANTE et al., 2011).

O projeto terapêutico singular é também visualizado como uma estratégia de tratamento importante aos portadores de transtorno mental ao contemplar um conjunto de intervenções com a intencionalidade de ofertar um cuidado integral ao indivíduo. Este projeto propõe condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, oriundas da discussão coletiva entre a equipe multiprofissional, com o apoio do matriciamento quando necessário (BRASIL, 2007).

A utilização do projeto terapêutico singular como abordagem terapêutica necessita de uma rede de articulação entre os profissionais de saúde, sendo as reuniões de equipe um espaço destinado ao encontro, reflexão, decisão e corresponsabilidade de ações terapêuticas a partir da horizontalização de conhecimentos (BRASIL, 2013a).

A implementação do projeto terapêutico singular requer primariamente o diagnóstico do indivíduo a partir de uma avaliação orgânica, psicológica e social acurada para identificação de riscos e vulnerabilidade; a definição de metas de curto, médio e longo prazo negociadas com o sujeito; a divisão de responsabilidades e tarefas a serem realizadas; e reavaliação para avaliar e discutir a evolução do paciente (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013a).

Diante deste contexto, para contemplar o portador de transtorno mental em sua totalidade, o projeto terapêutico singular em saúde mental contempla a utilização de múltiplos recursos terapêuticos, tais como: atendimentos individuais com os profissionais de saúde, psicoterapia individual e/ou em grupo, uso de psicofármacos, orientação e acompanhamento do uso destes medicamentos,

oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, visitas domiciliares, atendimento aos familiares, psicoeducação, ajuda mútua, entre outros (BRASIL, 2004).

Destarte, no âmbito da atenção psicossocial, o uso de psicofármacos é considerado como um dos recursos terapêuticos no tratamento de portadores de transtorno mental, com objetivo de maximizar a qualidade de vida e proporcionar uma melhora considerável no estado físico e mental (KANTORSKI et al., 2013).

3.2 O USO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

Em meados do século XX iniciou-se uma intensa transformação no tratamento em saúde mental, também conhecida como Revolução Farmacológica da Psiquiatria, com a introdução de psicofármacos, capazes de minimizar sintomas e melhorar consideravelmente o estado geral de muitos portadores de transtorno mental com diversas disfunções psíquicas (SILVA, 2006; MEDRANO, 2012; XAVIER et al., 2014a).

Até o início da década de 1950, os recursos para assistir os portadores de transtorno mental eram muito limitados, se baseavam principalmente na contenção física, insulinoaterapia e lobotomia, sendo a única solução o confinamento em hospitais psiquiátricos por tempo indeterminado. Um fator substancial para modificar o modo de tratamento foi a introdução dos medicamentos antipsicóticos, também denominados neurolépticos (SILVA, 2006; XAVIER et al., 2014a).

Em 1952 ocorreu a descoberta aleatória e acidental do primeiro medicamento neuroléptico - a clorpromazina. Nesse ano, o cirurgião francês Henri Laborit administrava um composto anti-histamínico para minimizar as reações neurovegetativas de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos prolongados. Ao visualizar os efeitos do análogo químico desse composto, a clorpromazina, Laborit percebeu que os pacientes desenvolviam uma síndrome neuroléptica, determinada pela indiferença emocional e redução da vigilância (FOND, 2013).

Esta constatação fomentou a curiosidade de Henri Laborit, que sugeriu

a Jean Delay e Pierre Deniker, médicos psiquiatras, a utilização experimental dessa droga em portadores de transtorno mental. Eles identificaram que muitos pacientes apresentaram uma melhora considerável no quadro clínico do transtorno mental, com redução de sintomas psicóticos e da agitação psicomotora, e até mesmo retornaram ao convívio social. Com esta descoberta, o uso da clorpromazina e seus análogos difundiram-se largamente na saúde mental (MEDRANO, 2012; FOND, 2013).

Em resposta ao interesse despertado pelo novo recurso terapêutico, intensificou-se o desenvolvimento de pesquisas científicas e a comercialização de medicamentos antipsicóticos em todo o mundo. Além disso, impulsionou o surgimento de outros psicofármacos com princípios ativos e indicações distintas no tratamento de portadores de transtorno mental, tais como: ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, estimulantes do SNC, sedativos-hipnóticos, entre outros (SADOCK; SADOCK, 2007; XAVIER et al., 2014a).

Evidencia-se que uma das consequências consideráveis da psicofarmacologia na saúde mental foi a redução de frequência de admissão hospitalar e do tempo de permanência nessas instituições. Sobretudo, ao minimizar os sinais e sintomas do transtorno permitiu-se aos profissionais de saúde realizar intervenções psicológicas e sociais mais efetivas (SILVA, 2006).

Embora a implementação desses psicofármacos tenha ocasionado benefícios inquestionáveis à prática clínica da saúde mental, com o início da sua comercialização qualquer sinal e sintoma de sofrimento psíquico eram transformados em objeto de práticas médicas que se limitavam a rotulações diagnósticas, cujo tratamento pautava-se exclusivamente na prescrição de psicofármacos. Essa visão reducionista embasada apenas na neurofisiologia desconsiderava as complexidades do ser humano, promovendo a banalização do uso de psicofármacos (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013; XAVIER et al., 2014a).

Tais fatos rememoram o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, hegemônico no mundo até aproximadamente os anos de 1970, cuja tônica era um olhar unidirecional, que naturalizava os sofrimentos e responsabilizava os próprios portadores de transtorno mental por seus problemas e cuidado. Muitas

vezes, o tratamento medicamentoso voltava-se apenas para acalmá-los, de modo coercitivo e alienador, favorecendo o estigma e preconceito aos portadores de transtorno mental ao considerá-los como loucos e perigosos (KANTORSKI et al., 2013; XAVIER et al., 2014a).

Contudo, no Brasil, com o advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica a partir do final da década de 1970, iniciou-se o rompimento desta visão unidirecional. Como consequência, o cuidado em saúde mental passou a enfatizar o inter-relacionamento entre os fatores biológicos e psicossociais do portador de transtorno mental, considerando-o em sua complexidade, peculiaridade e subjetividade (BRASIL, 2005; PARENTE et al., 2013).

Na atenção psicossocial, o uso de medicamentos no tratamento de transtorno mental passou a ter uma conotação diferenciada, deixando de ser coercitivo e alienador para ser um recurso terapêutico que auxilia na reabilitação e reinserção social do indivíduo e no seu convívio em sociedade. Como consequência, estes medicamentos proporcionam a melhoria da qualidade de vida, o resgate a cidadania e o reestabelecimento da liberdade concernente a cada indivíduo (KANTORSKI et al., 2013).

Quando o uso de psicofármacos faz-se necessário, a escolha do medicamento não pode embasar-se apenas nos sinais e sintomas clínicos. Deve considerar, principalmente, a história de vida, as especificidades de cada indivíduo, o grau de sofrimento psíquico, o contexto familiar e o plano terapêutico. Como consequência, a indicação do psicofármaco é realizada de modo consciente e caracteriza-se como um instrumento efetivo no contexto da atenção psicossocial (ALMEIDA et al., 2013; KANTORSKI et al., 2013).

Os psicofármacos oportunizam aos pacientes melhores condições para participar ativamente dos grupos psicoterápicos, bem como de atividades laborais, educativas, entre outras modalidades terapêuticas. Considera-se que o uso regular de psicofármacos possibilita uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde com os portadores de transtorno mental a fim de apreender suas reações e comportamentos frente às distintas situações que vivencia no transcorrer do transtorno, em consonância com a multidimensionalidade do ser humano (FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

No que concerne à relevância do uso de psicofármacos no contexto da reinserção social, um estudo realizado com familiares de pacientes que utilizam antipsicóticos adjuvante a outros grupos terapêuticos, apontou que após iniciar o tratamento medicamentoso, os pacientes apresentaram melhoras significativas na convivência e sociabilidade ao resgatar as relações com terceiros, retomar as atividades cotidianas, participar de atividades de convívio social e até mesmo manifestar desejo de retomar os estudos (DURÃO; SOUZA, 2006).

Conceitualmente, os psicofármacos são medicamentos que atuam diretamente no SNC, alterando a cognição, humor e comportamento, com objetivo de minimizar sinais e sintomas físicos e comportamentais relacionados ao transtorno mental diagnosticado (STUART; LARAIA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; STAHL, 2010).

De modo geral, todos os psicofármacos atuam no processo de modulação das vias de neurotransmissores, incitando alterações nas atividades funcionais do SNC e no processo de plasticidade neuronal. Especificamente, os principais psicofármacos são classificados de acordo com a sua função e ações no organismo em quatro grandes classes medicamentosas: antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor (SADOCK; SADOCK, 2007; GOREINSTEIN; ZILBERMAN, 2008; STAHL, 2010).

Os antidepressivos elevam o humor e aliviam outros sintomas relacionados a quadros depressivos e ansiosos. Atualmente, essa classe possui indicação comprovada prioritariamente no tratamento de depressão maior, com aproximadamente 70% de eficácia. Esses psicofármacos agem aumentando a concentração de norepinefina, serotonina e/ou dopamina, com atuação diretamente cerebral a partir do bloqueio de recaptação desses neurotransmissores pelos neurônios (SADOCK; SADOCK, 2007; GOREINSTEIN; ZILBERMAN, 2008; STAHL, 2010).

Os medicamentos ansiolíticos, também designados como tranquilizantes menores, são comumente utilizados no tratamento de distúrbios ansiosos, de transtornos depressivos com sintomas ansiosos e também em síndrome de abstinência alcoólica. Os ansiolíticos deprimem os níveis subcorticais do SNC e

potencializam o neurotransmissor inibitório gama-aminobutírico (Gaba), ocasionando um efeito calmante (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os antipsicóticos, também denominados como tranquilizantes maiores, são indicados para controle e remissão de delírios e alucinações em pacientes psicóticos agudos e crônicos, principalmente com o aparecimento concomitante do aumento da atividade psicomotora (SADOCK; SADOCK, 2007; SAGUD et al., 2013). O mecanismo de ação dessa droga ainda é inexato, acredita-se que esses psicofármacos bloqueiam os receptores dopaminérgicos ou até mesmo inibam a transmissão de impulsos neurais das sinapses mediadas pela dopamina (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os estabilizadores de humor, também conhecidos como drogas antimaníacas, são utilizados prioritariamente na emergência ou na recorrência do transtorno afetivo bipolar. O Lítio é o medicamento de escolha, pois se mostra o mais eficaz em 80% dos casos de crises maníacas (GOREINSTEIN; ZILBERMAN, 2008). O mecanismo de ação deste psicofármaco também não é plenamente elucidado, mas sabe-se que pode aumentar a recaptção de serotonina e norepinefrina, diminuindo-os a nível corporal, como consequência minimiza-se a hiperatividade (SADOCK; SADOCK, 2007).

Além do lítio, os anticonvulsivantes também são visualizados como medicamentos que ocasionam efeitos de estabilização do humor. Comumente são utilizados no tratamento de mania aguda, bem como na prevenção dos episódios maníacos em longo prazo (STUART; LARAIA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007).

Estudo realizado em uma UBS de Porto Alegre (RS), com objetivo de identificar o padrão de consumo de psicofármacos dos seus usuários, apontou que dentre 329 usuários que utilizavam psicofármacos, as classes medicamentosas predominantes foram os antidepressivos (63,2%), sequenciados de anticonvulsivantes (29,7%), ansiolíticos (26,1%) e antipsicóticos (20,4%) (ROCHA; WERLANG, 2013).

Por atuarem diretamente no SNC, os psicofármacos são mais propensos a ocasionarem efeitos colaterais, os quais diversificam de acordo com o medicamento e as manifestações deste no organismo. Conceitualmente, a OMS

classifica o efeito colateral como qualquer efeito ocasionado de modo não intencional por algum medicamento a partir da utilização de doses usualmente indicadas ao paciente, associado às suas propriedades farmacológicas (OMS, 2005).

Evidencia-se na literatura que os efeitos colaterais dos psicofármacos mais comuns são: efeitos extrapiramidais, diplopia, visão turva, boca seca, retenção urinária, constipação, disfunção sexual, alterações metabólicas, hipotensão ortostática, aumento de peso corporal, queda de cabelo, náuseas e êmese (SADOCK; SADOCK, 2007; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA et al., 2013).

Para o portador de transtorno mental, a vivência dos efeitos colaterais suscita perdas e limitações, despertando sentimento de vergonha que podem comprometer a interação consigo, com a família e com a sociedade. Com isso, esses efeitos comumente tornam-se determinantes para a não continuidade do uso de psicofármacos, comprometendo a qualidade de vida dos portadores de transtorno mental (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA et al., 2013).

Salienta-se que em muitas situações clínicas, indica-se o uso concomitante de mais de um psicofármaco da mesma classe ou de classes distintas. Esta prática torna-se muito comum no tratamento de portadores de transtorno mental frente aos diferentes sinais e sintomas envolvidos, a dificuldade de estabelecer um diagnóstico de transtorno mental, bem como em casos de comorbidades psiquiátricas (MOTJABAI; OLFSON, 2010).

Frente ao crescimento significativo de possibilidades de combinações de medicamentos, pesquisas apontam um crescimento exponencial desta prática na área da saúde mental. Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, com 282.910 crianças e adolescentes que utilizavam psicofármacos, evidenciou a prevalência de prescrição de mais de um medicamento em 81.513 participantes (28,8%) (CHEN et al., 2011).

Como exemplo desta prática na saúde mental, comumente encontra-se o uso de ansiolíticos no curso de tratamento precoce de depressão com o uso de antidepressivos, com intuito de reduzir a ansiedade em curto prazo. Outro exemplo comum é a prescrição concomitante de antipsicóticos e antidepressivos

em caso de depressão maior com sintomas psicóticos (MOTJABAI; OLFSON, 2010).

Na combinação de psicofármacos, um aspecto relevante a ser considerado é a interação medicamentosa, que corresponde a alterações que se produzem nos efeitos de um medicamento procedente da administração concomitante de outro medicamento. Essas interações podem ser consideradas desejáveis quando objetiva tratar sintomas distintos e comorbidades, prolongar a duração do efeito de alguma medicação específica, minimizar os seus efeitos adversos, bem como possibilitar a redução da dose (DITADI; COLET, 2010; STAHL, 2010).

Em contrapartida, as interações medicamentosas podem tornar-se indesejáveis quando procedem em redução do efeito esperado, aumento de efeitos adversos e resultado contrário ao esperado. Comumente esses efeitos são difíceis de serem detectados e podem resultar no insucesso do tratamento e até mesmo na progressão do transtorno mental (DITADI; COLET, 2010).

Estudo realizado em um CAPS da região Nordeste brasileira com 101 portadores de transtorno mental apontou que o número médio de uso psicofármacos foi de 3,11 psicofármacos por paciente. Dentre as interações medicamentosas foram detectadas 133 entre os psicofármacos, das quais 3% eram de severidade leve, 54,1% moderada, 29,3% grave e 13,5% contraindicada (SOUZA et al., 2012).

Considerando estas estatísticas, torna-se essencial o monitoramento do uso destes medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, a fim de garantir eficácia e segurança dos medicamentos utilizados, maior adesão ao tratamento e principalmente melhor qualidade de vida (SOUZA et al., 2012).

Nesse sentido, o uso de psicofármacos deve ser realizado de modo racional, tendo em vista que comumente acarretam efeitos colaterais, produzem tolerância e dependência, o seu uso por um período prolongado favorece o aparecimento de agravos à saúde física, além das interações medicamentosas que podem resultar em mortalidade (ROCHA; WERLANG, 2013).

Segundo a OMS, o uso racional requer esforços a nível internacional para que os pacientes utilizem os medicamentos mais apropriados para o seu

estado clínico, com doses e períodos específicos para cada indivíduo e que onerem menos para si e para a sociedade (OMS, 2002).

De acordo com estimativas da OMS, aproximadamente 50% de todos os indivíduos que utilizam medicamentos não conseguem utilizá-los corretamente (OMS, 2002). A literatura evidencia que este fato possivelmente decorre de desconhecimentos sobre a doença e o medicamento por parte do paciente, por alterações de doses e horários do medicamento sem o consentimento de um profissional de saúde, desmotivação, entre outros (XAVIER et al., 2014a).

Para aumentar o índice de uso racional de medicamentos para o tratamento de quaisquer doenças, inclusive de transtornos mentais, no Brasil foi instituída a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, com propósito de assegurar a eficácia, qualidade e segurança dos medicamentos, a promoção do uso racional e também o acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2001a).

Nesta política, a ênfase se encontra no uso racional a partir de um processo de educação em saúde aos pacientes e consumidores no tocante ao risco de automedicação, da interrupção e da alteração dos medicamentos prescritos, bem como a necessidade de receituário médico específico para os psicofármacos (BRASIL, 2001a).

Além desta perspectiva, esforços globais são despendidos para a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos a partir da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) em 2004. Esta aliança abrange vários países com objetivo de compartilhar os conhecimentos e as soluções encontradas para a prevenção e redução do risco de danos desnecessários associados ao processo de assistência em saúde até o mínimo admissível (OMS, 2004).

Para atender as demandas internacionais, o Ministério da Saúde instaurou a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com objetivo geral de contribuir para a qualificação da assistência em saúde em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2013b). Este programa integrou, posteriormente, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos a ser aplicado em todos os

serviços de saúde que utilizam medicamentos como profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2013c).

Este protocolo tem a finalidade de promover atividades e práticas de prevenção e minimização de danos procedentes de eventos adversos que resultam do processo de utilização de medicamentos nos serviços de saúde. As práticas e estratégias seguras preconizadas pelo Ministério da Saúde estão associadas as etapas de prescrição, distribuição, dispensação, administração e monitoramento do uso de medicamentos para que os pacientes utilizem os medicamentos corretos de acordo com seu quadro clínico sem qualquer tipo de dano (BRASIL, 2013c).

Ressalta-se que outro fator relevante no uso de psicofármacos se relaciona aos baixos índices de adesão a estes medicamentos pelo portador de transtorno mental, os quais se apresentam superiores a 50% a nível nacional e internacional (CARDOSO; GALERA, 2009; NICOLINO et al., 2011; VASSILEVA; MILANOVA; ASAN, 2014). O comportamento de não utilizar os psicofármacos é um fenômeno complexo, universal e que se desenvolve gradualmente (CARDOSO; GALERA, 2009).

A literatura evidencia que os fatores que contribuem para o abandono do uso de psicofármacos e para o seu uso de modo irregular são multifatoriais e se relacionam as características individuais e dos transtornos mentais, as condições socioeconômicas, os efeitos colaterais, as crenças, aos aspectos motivacionais, ao conhecimento, a escolaridade, as interações medicamentosas, as doses excessivas e o não estabelecimento de vínculo profissional (CARDOSO et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012; PAREEK; KALIA, 2013; VEDANA et al., 2013).

Ressalta-se que para aumentar a adesão ao uso de psicofármacos, o paciente deve ser o principal objetivo das investigações e intervenções, uma vez que nele estão centrados os fatores que facilitam ou dificultam a manutenção do tratamento (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011). Embora o paciente seja considerado o centro do tratamento, a literatura aponta que o processo de manutenção do tratamento também envolve os familiares e as equipes

multiprofissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde mental (SADOCK; SADOCK, 2007; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

Os portadores de transtorno mental devem ser considerados sujeitos ativos quanto às escolhas relacionadas ao seu tratamento medicamentoso e a todo o seu processo terapêutico para, assim, alcançar a efetiva reabilitação. No entanto, a realidade demonstra que comumente os profissionais de saúde tendem a impelir a autonomia dos pacientes quanto à escolha do tratamento, bem como responsabilizá-los pela manutenção ou não do tratamento. Contudo, há que se considerar também a corresponsabilização da equipe multiprofissional e dos serviços quanto ao sucesso do tratamento (REINERS et al., 2008).

Nesse sentido, o portador de transtorno mental deve ter autonomia para opinar, escolher, adaptar, se envolver, colaborar e definir as questões referentes ao uso de psicofármacos, uma vez que o medicamento de modo negociado como um recurso terapêutico fortalece as relações entre o profissional e o paciente, bem como a cidadania e a reinserção deste na sociedade (KANTORSKI et al., 2013).

Quando o uso de psicofármacos não se apresenta de forma negociada, permanece como imposições prescritivas de profissionais de saúde associadas a procedimentos diagnósticos que desconsideram a existência, a complexidade e a subjetividade do indivíduo, como consequência, o destinatário das ações torna-se apenas o organismo e não o sujeito (KANTORSKI et al., 2013).

Considerando este contexto, diversas abordagens estão sendo elaboradas para favorecer o diálogo e a tomada de decisão compartilhada entre o usuário e a equipe multiprofissional no tratamento medicamentoso. Todas elas ensejam modificar as práticas prescritivas e desenvolver uma relação entre profissionais de saúde e o usuário para minimizar o sofrimento do transtorno e do uso de psicofármacos (DEL BARRIO et al., 2013).

Dentre estas abordagens, a mais utilizada nos serviços de saúde mental é a Gestão Autônoma da Medicação que se desenvolve através de dinâmicas de grupo e objetiva considerar a experiência e a vivência subjetiva do paciente para conduzi-lo ao centro do seu próprio tratamento medicamentoso,

oportunizando diálogo e apoio entre os pacientes, familiares e profissionais de saúde (DEL BARRIO et al., 2013; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Inicialmente desenvolvida no Canadá, a Gestão Autônoma da Medicação ganha cada vez mais espaço nos serviços de saúde mental no Brasil, uma vez que a proposta é de que os portadores de transtorno mental dialoguem sobre o significado que os psicofármacos assumem em suas vidas, reflitam sobre as suas redes de apoio social, bem como tenham acesso a dados e informações sobre o tratamento e que possam reivindicar seus direitos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Ainda, a Gestão Autônoma da Medicação proporciona aos portadores de transtorno mental a identificação de mudanças necessárias no tratamento e, na sequência, motiva-os a utilizar os recursos disponíveis para que os psicofármacos realmente contribuam para o seu bem-estar (DEL BARRIO et al., 2013).

Esta abordagem é utilizada a partir de dinâmicas de grupo por intermédio de um guia que se divide em passos para que o paciente realize um balanço sobre suas vidas, a qual permite a partilha de experiências, a ajuda mútua e a motivação para a busca de informações sobre o uso de psicofármacos, bem como favorece a autonomia do paciente quanto a decisões relacionadas ao uso de psicofármacos (DEL BARRIO et al., 2013; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Outra abordagem terapêutica efetiva para a manutenção do tratamento do uso de psicofármacos é a Entrevista Motivacional, a qual foi originalmente desenvolvida para o tratamento da dependência química e, posteriormente, estendida a outras condições crônicas, tais como: outros transtornos mentais, hipertensão, asma, obesidade e diabetes (RIEKERT et al., 2011; BARKHOF et al., 2013; CHRISTIE; CHANNON, 2014; MORAL et al., 2015).

Estudo realizado em serviços de atenção básica a saúde destaca que a Entrevista Motivacional assessora os pacientes com doenças crônicas a apresentar taxas mais elevadas de adesão ao tratamento medicamentoso quando comparados a estratégias tradicionais concernentes a aconselhamentos e transmissão de informações (MORAL et al., 2015).

A Entrevista Motivacional é considerada um método diretivo centrado no paciente, a qual é realizada a partir de conversas direcionadas estrategicamente sobre os reais problemas vivenciados pelo indivíduo. Esta estratégia propõe prioritariamente auxiliá-los a resolver a ambivalência e tomar uma decisão voltada para efetiva reabilitação (BARKHOF et al., 2013).

Esta estratégia oferta subsídios aos profissionais de saúde a auxiliar constantemente o paciente no transcorrer do processo de tomada de decisão, evocando de modo equilibrado as vantagens e desvantagens de um comportamento específico (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Deste modo, explora ideias, pensamentos e ambivalências, promovendo e fortalecendo seletivamente uma conversa sobre as mudanças necessárias, pelo qual as divergências entre o comportamento atual e as metas futuras são ampliadas. Com isso, intenta-se aumentar a motivação intrínseca do indivíduo para a mudança de comportamento benéfica ao processo de reabilitação (BARKHOF et al., 2013).

A efetividade no tratamento com uso de psicofármacos também depende prioritariamente da compreensão que o indivíduo é um ser inserido em um contexto social, especificamente em um âmbito familiar. A família é caracterizada como um sistema constituído de valores, crenças, saberes e habilidades que conduzem as suas ações na prevenção e promoção da saúde, bem como no tratamento de doenças (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A família deve ser compreendida como um ator social imprescindível para a efetividade do tratamento, uma vez que assume um relevante papel de acolhimento, de cuidado e socialização de seus integrantes (BORBA et al., 2011). Este contexto familiar proporciona meios para o crescimento e desenvolvimento de seus integrantes, bem como de todos os processos que permeiam sua vivência (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002).

No campo da atenção psicossocial, para assistir o portador de transtorno mental em sua totalidade faz-se necessária abordagens terapêuticas a partir de uma equipe multiprofissional. Neste contexto, o papel do profissional de enfermagem apresenta-se estratégico, uma vez que é responsável pela administração e orientação sobre os medicamentos, bem como pela promoção

do estabelecimento de comportamentos benéficos ao tratamento a partir de estratégias de monitoramento do uso regular da medicação e de promoção a adesão (FUKUDA; STEFANELLI, 2008; VEDANA et al., 2013).

Considerando as várias atribuições inerentes a prática profissional do enfermeiro, uma das mais tradicionais é a função técnica, na qual a responsabilidade de administração de medicamentos ocupa uma posição de notoriedade. No uso de psicofármacos esta responsabilidade engloba: conhecimentos específicos de cada psicofármaco; preparação e administração destes atentando ao medicamento, horário, via e dose; avaliação dos efeitos terapêuticos; redução dos efeitos colaterais e das interações medicamentosas graves; e supervisão dos efeitos tóxicos (ISTILLI et al., 2010; LEHNE, 2013).

Ressalta-se que antes do início do tratamento com o uso de psicofármacos, o paciente deve ser submetido à avaliação clínica acurada, contemplando o histórico e os diagnósticos de enfermagem. Essas informações são importantes parâmetros para o acompanhamento da evolução do tratamento, para a avaliação da manutenção e da necessidade de modificação e/ou suspensão da prescrição dos psicofármacos (STUART; LARAIA, 2001; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

No âmbito extra-hospitalar, comumente os enfermeiros realizam visitas domiciliares para a administração dos psicofármacos. Estas visitas são visualizadas como instrumentos de trabalho e suporte para o cuidado voltado a indivíduos com intenso sofrimento psíquico que estão impossibilitados de sair de seu domicílio, por conseguinte, são medicados em suas casas (KANTORSKI et al., 2013).

No que concerne aos efeitos dos psicofármacos, os enfermeiros devem estar atentos para identificar aparecimento dos efeitos colaterais e ofertar condições para minimizar ou eliminar os desconfortos. Ademais, os pacientes devem ser assegurados quanto à eventual ocorrência destes efeitos e sobre quais estratégias e intervenções devem ser adotadas ao presenciá-los (FUKUDA; STEFANELLI, 2008; NICOLINO et al., 2011).

Além das funções técnicas, os enfermeiros representam imprescindível papel ao ofertar ações educativas junto ao paciente e seus familiares sobre o

transtorno mental e o uso de psicofármacos (FUKUDA; STEFANELLI, 2008). As orientações contribuem significativamente para a reabilitação do portador de transtorno mental ao promover a construção do conhecimento sobre os medicamentos, o plano terapêutico e os principais aspectos que envolvem o tratamento, possibilitando uma maior autonomia aos pacientes (STUART; LARAIA, 2001; FUKUDA; STEFANELLI, 2008; XAVIER et al., 2014a).

Por fim, ofertar um cuidado de enfermagem aos portadores de transtorno mental, em específico aos que utilizam psicofármacos, só é possível através da escuta ativa (BRASIL, 2009; ESTRELA; LOYOLA, 2014). Esta escuta mais atenta considera as crenças, dúvidas, conhecimentos e valores do indivíduo, para que o planejamento de intervenções voltadas à promoção do uso regular dos psicofármacos seja embasada nos fatores inerentes a sua realidade (BRASIL, 2009; XAVIER et al., 2014a).

4 METODOLOGIA

Para responder ao objetivo proposto neste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa que oferece ao pesquisador a possibilidade de apreender questões particulares intrinsecamente relacionadas ao mais profundo das relações e dos fenômenos, como sentimentos, processos de pensamento e emoções (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Deste modo, investiga o universo dos significados, anseios, vivências, ações e crenças, os quais são considerados "fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes" (MINAYO, 2007, p. 21).

A finalidade desta abordagem é compreender a relação complexa entre os seres humanos e as ciências naturais, com a realidade que vivem e com o fenômeno em estudo a partir da descrição da experiência humana e do modo como é vivenciada e compreendida pelos mesmos (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa permite preencher as lacunas dos estudos científicos ao apreender os fenômenos sociais e suas relações ao considerar sua complexidade e diversidade, bem como valorizar as vivências dos indivíduos ao considerar a subjetividade e a intersubjetividade existentes nos contextos das pesquisas (BOSI; MERCADO, 2004).

4.1 MÉTODO

Nesta pesquisa, o método de escolha é o exploratório, o qual se destina a explorar, descrever e descobrir o máximo possível sobre determinado objeto de estudo, bem como explorar assuntos e temas pouco conhecidos que podem auxiliar o pesquisador a efetivamente extrair significados relevantes que poderão trazer contribuições significativas para área do estudo (HOUSER, 2013).

A pesquisa exploratória é aplicada em áreas, temas e problemas de estudos dos quais há diminuto ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. O pesquisador deve ter como características principais a

flexibilidade e criatividade para coletar as informações necessárias e selecionar as quais serão mais profícuas ao estudo, sendo seu objetivo geral a descoberta (TOBAR; YALOUR, 2001).

Este método se inicia comumente com uma situação de interesse e se desenvolve não apenas a partir da observação, mas por meio da investigação da natureza complexa do fenômeno e dos fatores com os quais está relacionado (POLIT; BECK, 2011).

Salienta-se que a elaboração desta pesquisa procurou atender as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Coreq), o qual apresenta critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas, a fim de promover a comunicação explícita e abrangente destes estudos, objetivando maior rigor científico (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Para apreender a proposta desta investigação, a coleta de dados empíricos foi realizada em uma realidade específica: um CAPS III pertencente a 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e localizado na cidade de Curitiba - PR.

Para Minayo (2010), o cenário de investigação possibilita aproximação com o que se almeja conhecer e pesquisar com a construção de conhecimento a partir da realidade vivenciada no campo. Com isso, a escolha do cenário desta pesquisa foi intencional, pois os CAPS são serviços especializados em saúde mental e considerados os principais dispositivos para atendimento a portadores de transtorno mental em âmbito nacional (BRASIL, 2004).

A rede de atenção psicossocial do município de Curitiba compõe-se de 12 CAPS - um CAPS II, três CAPS III, três CAPS ad, dois CAPS ad III e três CAPS i, além dos serviços residenciais terapêuticos, consultórios na rua, centro de convivência, centro de regulação de leitos, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde e hospitais psiquiátricos. Neste município, os indivíduos em sofrimento psíquico e com transtornos mentais dispõem de uma

rede de atenção psicossocial diversificada que enfatiza os dispositivos extra-hospitalares e a territorialização.

Em específico, o local deste estudo foi inaugurado em 2008 como CAPS II, no entanto, em decorrência da premência do município em atender a demanda de emergência psiquiátrica foi transformado em CAPS III em 2014. Nesse sentido, admite portadores de transtorno mental em emergência psiquiátrica, contudo, também oferta assistência a pessoas que não estão em situação de emergência, mas que necessitam de cuidados específicos em saúde mental.

Atualmente, este dispositivo possui nove leitos de internamento para atender as emergências psiquiátricas e assiste a 320 portadores de transtorno mental com vistas à reabilitação e reinserção no seu território, na família e na sociedade. Para tanto, desenvolvem-se atividades, como: acolhimento, projeto terapêutico singular, atendimentos individualizados e em grupo pela equipe multiprofissional, grupos de referência, grupos com familiares, oficinas terapêuticas, bem como atendimentos de emergência.

O local deste estudo é considerado serviço porta aberta que acolhe as pessoas com sofrimento intenso e/ou transtornos mentais graves e persistentes que comumente apresentam histórico recente de exacerbação dos sinais e sintomas físicos e comportamentais relacionados ao transtorno mental.

Para atender esta demanda, o CAPS III possui equipe multiprofissional composta por 32 profissionais: assistente social (dois), enfermeiro (sete), psicólogo (quatro), médico psiquiatra (um), terapeuta ocupacional (três), técnico de enfermagem (13) e técnicos administrativos (dois).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram 26 portadores de transtorno mental que realizavam tratamento em um CAPS III do município de Curitiba - PR.

A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional, para tanto foram incluídos nesta pesquisa os pacientes que apresentavam idade igual ou superior a 18 anos e com prescrição médica de psicofármacos. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que apresentaram no período da coleta de dados

situações de exacerbação de sinais e sintomas psiquiátricos e os pacientes sem condições cognitivas para responder as perguntas sustentadas na avaliação da equipe multiprofissional do serviço.

Para selecionar os participantes, primariamente foi realizada aproximação do pesquisador com os pacientes no transcorrer de duas semanas. Acredita-se que uma relação pautada na escuta ativa, no acolhimento e no vínculo entre o profissional e o paciente aumenta as oportunidades de trocas de conhecimento entre os indivíduos envolvidos (CARLI et al., 2014).

Assim, o pesquisador participou de todas as atividades propostas no CAPS III, como grupos terapêuticos com pacientes e familiares, oficinas, palestras, momentos de autocuidado, refeição e atividades de horta, bem como conversou e interagiu com os pacientes a partir da escuta ativa. Todos estes aspectos possibilitaram o estabelecimento de uma relação benéfica com os pacientes a fim de criar um vínculo, o qual foi continuamente reiterado, pois a cada dia eles se mostravam mais abertos para dialogar e explanar a respeito de sua vivência.

Em um segundo momento, foram realizadas seis reuniões em diferentes dias e horários, com os portadores de transtorno mental, com o apoio da equipe multiprofissional, para convidá-los a participar da entrevista, bem como elucidá-los acerca do tema, do objetivo e das principais características da pesquisa. Estas reuniões foram realizadas no transcorrer de uma semana, sendo quatro destas no período matutino e duas no vespertino. Para facilitar a apresentação da pesquisa e a abordagem dos participantes nestas reuniões foi utilizada uma carta convite (APÊNDICE 1). Nos casos de concordância, a entrevista foi agendada considerando local, horário e data de preferência do participante.

Dos 320 pacientes que estavam em tratamento no período da coleta de dados, 105 participaram ao menos de uma das reuniões. Destes, três se recusaram a participar por não aceitarem a gravação do áudio das entrevistas e 19 foram excluídos - sete por não apresentarem condições cognitivas para responder as perguntas e 12 por estarem em situações de exacerbação dos sinais e sintomas psiquiátricos no período da coleta de dados. Destarte, dos 83 pacientes que estavam presentes na reunião e aptos a participar da pesquisa,

apenas 26 realizaram a entrevista de acordo com o fechamento do número de participantes pela saturação teórica dos dados.

Conceitualmente a saturação teórica de dados ocorre quando a interação entre o campo de estudo e o pesquisador não proporciona mais elementos significativos para o aprofundamento teórico acerca do objeto de estudo (FONTANELLA et al., 2011).

Constatou-se a escassez de novos temas relevantes a pesquisa a partir da entrevista 23, sendo realizada mais três entrevistas com o propósito de fortalecer esta percepção de saturação. Com isso, na entrevista 26 houve o fechamento do número de participantes considerando o adensamento teórico a partir do objeto de estudo, dos dados obtidos e das especificidades analíticas dos pesquisadores.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado "Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob parecer nº 406154 e 67/2013, respectivamente (ANEXO 1 e 2).

Os princípios éticos para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos foram assegurados, conforme as recomendações contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e na Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2012).

Para tanto, os participantes receberam explicitações completas e pormenorizadas sobre a pesquisa, quanto a natureza, objetivo e metodologia a ser utilizada, bem como o direito a participação voluntária, garantia ao anonimato e ao sigilo das informações fornecidas, livre acesso aos dados e direito à desistência a qualquer momento da pesquisa, caso assim os desejassem.

A coleta de dados foi iniciada somente após esclarecimentos aos participantes quanto as informações detalhadas da pesquisa e após o aceite em

participar por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Para a garantia do anonimato, os participantes da pesquisa são descritos pela letra "P", acrescido de um numeral sem correlação com a ordem da entrevista.

4.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2015, por intermédio de entrevista semiestruturada aplicada individualmente na data, horário e local de preferência do participante. As entrevistas foram áudio gravadas e com duração média de 50 minutos. Salienta-se que com três participantes as entrevistas foram realizadas em dois momentos, pois posteriormente os participantes recordaram de vivências que consideravam importantes acerca do uso de psicofármacos e procuraram o pesquisador para transmitir novos relatos.

A entrevista é um diálogo entre dois ou mais participantes, realizado por iniciativa do pesquisador, designado a construir informações relacionadas ao objeto de pesquisa e a proporcionar abordagem de temas mais favoráveis ao alcance dos objetivos. A entrevista semiestruturada contempla principalmente questionamentos abertos, nos quais os participantes discorrem livremente a respeito do tema proposto, sem se prender a respostas preestabelecidas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada é uma das estratégias mais utilizadas nas pesquisas qualitativas, pois a partir de uma comunicação dialógica entre investigador e participantes têm-se a possibilidade de emergir informações essenciais para a compreensão do fenômeno em estudo a partir de uma representação mais subjetiva da realidade, tais como ideias, crenças, valores, pensamentos, sentimentos, comportamentos, experiências, entre outros (MINAYO, 2010).

Deste modo, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados (APÊNDICE 3), o qual se constituiu em duas etapas, a primeira

refere-se à obtenção dos dados de caracterização dos participantes, como: idade, sexo, situação conjugal, diagnóstico de transtorno mental e os psicofármacos utilizados. Enquanto a segunda se relaciona a pergunta norteadora referente ao objetivo desta pesquisa: “como você vivencia o uso de psicofármacos no seu tratamento em saúde mental?”.

Ressalta-se que as informações concernentes ao diagnóstico psiquiátrico e aos psicofármacos foram obtidas por intermédio da consulta ao prontuário dos participantes, uma vez que a maioria destes não conhecia ou não rememorava estas informações.

Todos os entrevistados optaram em realizar a entrevista no próprio CAPS III nos dias e horários que não haviam atividades terapêuticas programadas, ou seja, no momento de maior disponibilidade para realizar a entrevista sem acometer o tratamento e o plano terapêutico singular.

Foram realizadas quatro entrevistas pilotos com portadores de transtorno mental que estavam em tratamento em um CAPS II do município de Curitiba - PR, no período de janeiro e fevereiro de 2015. Estas entrevistas preliminares foram desenvolvidas com indivíduos que apresentavam características análogas aos participantes deste estudo com o propósito de verificar a estrutura, clareza e aplicabilidade do roteiro da entrevista semiestruturada.

Logo após as entrevistas piloto, houve um diálogo com os entrevistados acerca da participação da entrevista e da estrutura do roteiro, indagando se houve alguma dificuldade de compreensão, se o uso dos termos era adequado, se houve indução por parte do pesquisador para a resposta de determinado questionamento, bem como acerca do comportamento e postura do pesquisador na condução da entrevista. Como consequência, alguns termos e questionamentos foram modificados para que o roteiro ficasse mais compreensível.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados mediante a **Análise de Conteúdo** proposta por Bardin (2011), que compreende um conjunto de instrumentos metodológicos de análise de dados embasados pelo rigor científico a partir de procedimentos objetivos e sistemáticos que possibilitam ao pesquisador ir além da apreensão intuitiva dos significados.

A escolha desta análise para este estudo se deu por tratar-se de um método empírico que objetiva a descoberta a partir de uma leitura atenta dos dados, permitindo esclarecer elementos significativos passíveis de guiar a descrição de informações (BARDIN, 2011).

Este método de análise de dados supera a incerteza a partir da leitura minuciosa dos dados a fim de descobrir conteúdos e estruturas que infiram aquilo que se almeja comprovar, bem como elucida novos componentes relevantes para nortear a descrição de informações que anteriormente não se obtinha compreensão (BARDIN, 2011).

Salienta-se que todo material procedente da comunicação, verbalizado ou escrito, é suscetível de ser analisado por intermédio da Análise de Conteúdo. Nesse sentido, a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) designa-se por:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

A partir do conceito supracitado, evidencia-se que esta análise apresenta-se além de um conjunto de técnicas de análise de comunicação que objetiva apenas a descrição do conteúdo, pois trata-se de uma hermenêutica embasada na dedução: a inferência (BARDIN, 2011).

Nesse sentido, a Análise de Conteúdo enseja prioritariamente a inferência, dedução de maneira lógica, de conhecimentos relativos às condições de produção ou eventualmente de recepção dessas mensagens, pois, a partir do

tratamento das mensagens o pesquisador infere conhecimentos acerca do emissor das mensagens ou sobre seu meio (BARDIN, 2011).

Esta análise objetiva realizar deduções lógicas e justificadas relacionadas a origem das mensagens a serem analisadas. Para tanto, o pesquisador possui diversas opções de operações analíticas adaptadas ao objeto de estudo que procura investigar e da própria natureza do material escolhido (BARDIN, 2011).

Dentre as diversas técnicas que podem ser empregadas para o desenvolvimento da Análise de Conteúdo, encontra-se a Análise Categorial que caracteriza-se por operações de classificação e ordenação dos textos em unidades, em categorias de acordo com a reordenação dos itens análogos (BARDIN, 2011).

A análise categorial enseja classificar os diferentes dados coletados de acordo com sua analogia e critérios previamente definidos de modo a introduzir ordem na desorganização inicial dos dados. Esse processo depende sobretudo da escolha das regras de classificação daquilo que o pesquisador se propõe a investigar ou que almeja encontrar (BARDIN, 2011).

Dentre as diversas alternativas de categorização, uma das mais utilizadas é a análise temática, que constrói categorias de acordo com os temas emergentes do texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006; BARDIN, 2011). Salienta-se que a **Análise Categorial Temática** foi escolhida para sustentar a análise deste estudo.

A Análise Categorial Temática enseja desvelar os núcleos de sentido que constitui a comunicação e cuja presença ou frequência significam alguma informação relevante para o objeto de estudo (BARDIN, 2011).

Para a operacionalização da referida técnica foram realizadas as seguintes etapas preestabelecidas por Bardin (2011): 1.Pré-análise; 2.Exploração do material; e 3.Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (FIGURA 1):

FIGURA 1 – ETAPAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO



FONTE: Adaptada de Bardin (2011).

A fase da **pré-análise** consiste na organização dos dados, a qual objetiva operacionalizar e sistematizar as primeiras ideias de modo a nortear a estrutura de desenvolvimento das operações analíticas sucessivas. De acordo com Bardin (2011) esta fase contempla a escolha dos documentos que serão analisados para constituir o *corpus*, o qual se caracteriza por dados que serão submetidos aos procedimentos analíticos.

A constituição desse *corpus* deve considerar algumas especificidades: a regra de pertinência, na qual os materiais utilizados devem ser a fonte de informação mais adequada para responder ao objetivo proposto; a regra de homogeneidade em que os dados devem ser homogêneos e atender a critérios escolhidos que representem singularidade; a regra da exaustividade em que todos os dados coletados devem ser utilizados na análise para obter um maior rigor científico; e a regra de representatividade em que a amostra do estudo simbolize parte representativa do universo inicial a fim de que os resultados sejam generalizáveis (BARDIN, 2011).

Neste estudo, após identificar as orientações da fase da pré-análise, na escolha dos documentos optou-se por realizar a entrevista semiestruturada com portadores de transtorno mental que utilizam psicofármacos em tratamento no CAPS III com intuito de atender as regras de pertinência, homogeneidade, exaustividade e representatividade para atender ao objetivo proposto.

Após a identificação do material a ser analisado, realiza-se a preparação deste material que consiste em disponibilizar os áudios das entrevistas gravadas e transcrevê-los na íntegra. Posteriormente realiza-se a leitura flutuante, momento em que acontece a leitura inicial do material para melhor conhecê-lo e adentrar nas primeiras impressões sobre o tema. Por fim, nesta etapa são elaborados os índices e indicadores, os quais referem-se à identificação de uma menção explícita acerca de um tema e uma mensagem, o que facilita as etapas subsequentes da análise (BARDIN, 2011).

Na preparação do material nesta pesquisa, os áudios disponibilizados das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra por um único pesquisador. Após a transcrição foi realizada a leitura flutuante do material com intuito de apreender as principais ideias contidas. Na sequência foi realizada leitura exaustiva atentamente, com movimentos de ir e vir nos dados, a fim de alcançar melhor compreensão acerca do conteúdo verbalizado pelos participantes e elaborar os índices e indicadores dos fragmentos dos textos referentes ao objeto de estudo.

A fase de **exploração do material** objetiva essencialmente realizar as operações de codificação e definição de categorias. O processo de codificar os dados é um procedimento em que os dados brutos coletados são convertidos sistematicamente e agrupados em unidades que descrevem exatamente as características mais pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

No momento em que o pesquisador decide utilizar procedimentos de codificação na análise de conteúdo deve transformar os dados em sistemas de categorias, o qual consiste em proporcionar uma representação simplificada dos dados brutos. Neste contexto, a categorização ocorre por procedimentos classificatórios de elementos específicos de um conjunto por diferenciação e sequenciado por reagrupamento analógico (BARDIN, 2011).

Nesta pesquisa, após a pré-análise os dados foram codificados em unidades de registros, que são as unidades de significados que correspondem a um segmento de conteúdo (BARDIN, 2011). Para a codificação o pesquisador deve escolher o tipo de unidade de registro para guiar o processo de análise dos

dados, sendo utilizado nesta pesquisa os temas emergentes como unidades de registro.

Além das unidades de registros, os dados são organizados em unidades de contexto que representam fragmentos do texto que permitem a compreensão exata do significado das unidades de registros (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, optou-se por unidades de contexto as frases das narrativas que correspondiam aos temas emergentes.

Assim, os dados brutos foram polidos, transformados e agregados em unidades de registros e unidades de contexto, como demonstra o exemplo apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS

UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Efeitos positivos	Com o remédio me sinto melhor e mais calma, antes era muito agressiva, não falava com ninguém e não deixava ninguém tocar em mim. Na minha cabeça todos queriam me fazer mal, até meus filhos. Esses pensamentos melhoraram bastante com o remédio.

FONTE: O autor (2015).

Posteriormente os dados codificados foram categorizados de acordo com agrupamentos semânticos por analogia em categorias temáticas a fim de representar simplificadamente os dados brutos.

A fase de **tratamento dos dados obtidos e interpretação** corresponde a fase da apresentação dos resultados, proposição de inferências e interpretações referentes aos objetivos previstos ou a descobertas inesperadas (BARDIN, 2011). Após a exploração do material, procedeu-se a inferência e a interpretação dos resultados contrastando com a literatura.

Após todos esses procedimentos de análise de dados, os resultados emergentes foram organizados em categorias temáticas e subcategorias que são apresentados no tópico a seguir.

5 RESULTADOS

Neste item, inicialmente, é apresentada a caracterização dos participantes, cujo objetivo é retratar informações sucintas sobre eles a fim de favorecer a familiarização das narrativas apresentadas no transcrito deste item. Na sequência, explanam-se as categorias e subcategorias emergentes da análise das transcrições das entrevistas aplicadas individualmente aos portadores de transtorno mental.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Dentre as características sociodemográficas dos participantes (QUADRO 2, p.56), 14 são do sexo feminino e 12 do masculino, sendo que a idade variou entre 24 e 66 anos, com média de 47,5 anos. Os entrevistados em sua maioria possuem ensino fundamental incompleto (15) e todos estavam afastados de suas funções laborais no período da coleta de dados.

QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO IDADE, SEXO, SITUAÇÃO CONJUGAL, PROFISSÃO E ESCOLARIDADE.

PARTICIPANTES	IDADE	SEXO	SITUAÇÃO CONJUGAL	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE
P1	51	F	Solteira	Auxiliar de produção	Ensino Médio Incompleto
P2	62	F	Casada	Cozinheira	Ensino Fundamental Incompleto
P3	49	F	Casada	Diarista	Ensino Fundamental Incompleto
P4	50	M	Solteiro	Operador de Máquina	Ensino Médio Completo
P5	24	M	Solteiro	Estudante	Ensino Superior Incompleto
P6	45	M	Solteiro	Vendedor	Ensino Superior Incompleto
P7	47	F	Viúva	Cobrador de ônibus	Ensino Fundamental Incompleto
P8	49	M	Solteiro	Mestre de obras	Ensino Fundamental Incompleto
P9	66	F	Casada	Do lar	Ensino Fundamental Incompleto
P10	43	F	Solteira	Vendedora	Ensino Fundamental Incompleto
P11	56	F	Divorciada	Operadora de Caixa	Ensino Fundamental Incompleto
P12	46	F	Casada	Auxiliar de Cozinha	Ensino Fundamental Incompleto
P13	48	M	Divorciado	Cobrador de ônibus	Ensino Fundamental Incompleto
P14	40	M	Solteiro	Catador de papel	Ensino Fundamental Incompleto
P15	52	F	Casada	Serviços gerais	Ensino Fundamental Incompleto
P16	34	M	Solteiro	Auxiliar de Produção	Ensino Superior Completo
P17	54	F	Divorciada	Diarista	Ensino Fundamental Incompleto
P18	32	F	Casada	Vendedora	Ensino Médio Completo
P19	48	M	Casado	Cozinheiro	Ensino Fundamental Incompleto
P20	50	M	Casado	Auxiliar de serviços gerais	Ensino Médio Incompleto
P21	57	F	Divorciada	Advogada	Ensino Superior Completo
P22	50	F	Casada	Zeladora	Ensino Fundamental Incompleto
P23	46	M	Solteiro	Motorista	Ensino Médio Completo
P24	40	M	Solteiro	Construtor civil	Ensino Médio Incompleto
P25	42	M	Casado	Cozinheiro	Ensino Fundamental Incompleto
P26	54	F	Divorciada	Do lar	Ensino Médio Completo

FONTE: O autor (2015).

No que concerne as características clínicas (QUADRO 3), os dados dos diagnósticos de transtorno mental foram coletados dos prontuários de cada participante, sendo os diagnósticos mais frequentes: o transtorno afetivo bipolar (n=9) sequenciado da esquizofrenia (n=7) e do transtorno depressivo recorrente (n=7). Em relação ao tempo de diagnóstico do transtorno mental, este variou entre um e 45 anos, com o tempo médio de 15,23 anos.

O período de uso de psicofármacos variou entre um e 38 anos, o tempo médio foi, portanto, de 14,84 anos. Somente um dos participantes não recebeu prescrição de psicofármacos no momento que foi diagnosticado com transtorno mental. Em relação à quantidade de medicamentos prescritos, a média foi de 3,11 psicofármacos.

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS E TEMPO DE UTILIZAÇÃO.
CONTINUA

PARTICIPANTES	DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL	TEMPO DE DIAGNÓSTICO (anos)	PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS	TEMPO DE UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS (anos)
P1	Esquizofrenia	39	Clorpromazina, Decanoato de haloperidol	39
P2	Transtorno depressivo recorrente	5	Ácido Valpróico, Clonazepam, Risperidona	5
P3	Transtorno afetivo bipolar	20	Biperideno, Diazepam, Fluoxetina, Haloperidol	20
P4	Esquizofrenia	27	Clonazepam, Prometazina, Risperidona	27
P5	Esquizofrenia	10	Biperideno, Diazepam, Risperidona	10
P6	Transtorno afetivo bipolar	18	Amitriptilina, Carbamazepina, Clorpromazina, Haloperidol, Diazepam	18
P7	Transtorno esquizoafetivo	9	Carbamazepina, Clorpromazina, Haloperidol	9
P8	Transtorno esquizoafetivo	20	Carbamazepina, Clorpromazina, Diazepam, Fenobarbital, Risperidona.	20
P9	Transtorno afetivo bipolar	45	Ácido Valpróico, Quetiapiana	35
P10	Esquizofrenia	2	Diazepam, Risperidona	2

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS E TEMPO DE UTILIZAÇÃO. CONCLUSÃO.

P11	Transtorno afetivo bipolar	38	Amitriptilina, Carbonato de lítio, Clonazepam, Levomepromazina, Mirtazapina	38
P12	Transtorno afetivo bipolar	30	Carbonato de lítio, Clonazepam	30
P13	Transtorno depressivo recorrente	6	Carbonato de lítio, Clorpromazina, Diazepam, Fluoxetina	6
P14	Esquizofrenia	8	Clorpromazina, Haloperidol, Olanzapina	8
P15	Transtorno esquizoafetivo	12	Carbonato de lítio, Diazepam, Risperidona	12
P16	Esquizofrenia	6	Clorpromazina, Olanzapina	6
P17	Transtorno depressivo recorrente	20	Diazepam, Fluoxetina	20
P18	Transtorno depressivo recorrente	10	Clonazepam, Escitalopram, Quetiapina, Venlafaxina	10
P19	Transtorno afetivo bipolar	8	Ácido Valpróico, Carbonato de lítio, Diazepam, Fluoxetina	8
P20	Transtorno afetivo bipolar	1	Ácido Valpróico, Risperidona, Zolpidem	1
P21	Transtorno depressivo recorrente	8	Clonazepam, Escitalopram	8
P22	Transtorno depressivo recorrente	15	Ácido Valpróico, Fluoxetina, Flurazepam, Haloperidol	15
P23	Esquizofrenia	8	Carbonato de lítio, Diazepam, Risperidona	8
P24	Transtorno afetivo bipolar	15	Carbonato de lítio, Diazepam, Risperidona	15
P25	Transtorno depressivo recorrente	1	Diazepam, Fluoxetina, Risperidona	1
P26	Transtorno afetivo bipolar	15	Carbamazepina, Clorpromazina	15

FONTE: O autor (2015).

5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS

A apresentação dos dados mostra-se uma etapa imprescindível para a inferência do objeto de estudo "A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos". De acordo com o Quadro 4, as quatro categorias temáticas emergentes da análise dos dados foram: 1. Vivenciando os efeitos do uso de psicofármacos; 2. Utilizando os psicofármacos de modo irregular; 3. Desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos; 4. Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos.

Ressalta-se que a vivência do uso de psicofármacos demonstrou ser um processo complexo, dinâmico e contínuo, por conseguinte as categorias temáticas conotam movimento e ação.

QUADRO 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EMERGENTES DA ANÁLISE DE DADOS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
5.2.1 Vivenciando os efeitos dos psicofármacos	5.2.1.1 Percebendo os efeitos positivos do uso de psicofármacos
	5.2.1.2 Percebendo os efeitos negativos do uso de psicofármacos
	5.2.1.3 Sentindo-se ambivalente na vivência dos efeitos dos psicofármacos
5.2.2 Utilizando os psicofármacos de modo irregular	
5.2.3 Desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos	5.2.3.1 Vivenciando cuidados para manutenção do uso de psicofármacos
	5.2. 3.2 Associando outros recursos terapêuticos ao uso de psicofármacos
5.2.4 Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos	5.2.4.1 Reconhecendo as facilidades para a manutenção do uso de psicofármacos
	5.2.4.2 Reconhecendo as dificuldades para a manutenção do uso de psicofármacos

FONTE: O autor (2015).

5.2.1 Vivenciando os efeitos dos psicofármacos

A vivência do uso de psicofármacos para os portadores de transtorno mental demonstrou ser um processo que envolve variados sentimentos, emoções e expectativas associados aos efeitos que estes incitam no seu organismo e em todos os âmbitos de sua vida, na saúde mental e física, nos aspectos ocupacionais e interpessoais.

Os efeitos positivos do uso de psicofármacos foram reconhecidos pela melhora dos sintomas procedentes do transtorno mental, do autocontrole, do autocuidado, do desempenho das atividades de vida diárias e do relacionamento interpessoal. Por outro lado, esses medicamentos fomentam efeitos colaterais que interferem na qualidade e fluidez do raciocínio, na autoimagem, nas atividades sexuais e na saúde física. Ademais, convivem com a realidade de que estes medicamentos não suspendem todos os sintomas procedentes dos transtornos mentais.

A vivência desta dualidade procedente dos efeitos dos psicofármacos faz com que os portadores de transtorno mental sintam-se constantemente ambivalentes quanto ao tratamento medicamentoso. Embora o uso destes medicamentos tenha sido reconhecido pelos participantes como necessários para minimizar os sintomas dos transtornos mentais, eles suscitam, simultaneamente, profundo impacto na vida do indivíduo ao provocar efeitos colaterais intensos e não reduzirem por completo a sintomatologia.

5.2.1.1 Percebendo os efeitos positivos do uso de psicofármacos

Na vivência do uso de psicofármacos, os participantes perceberam que os efeitos positivos destes medicamentos estão intimamente relacionados aos sentimentos, emoções e expectativas de viver uma vida melhor sem os sofrimentos decorrentes dos sintomas do transtorno mental. Foram reconhecidos, por eles, os efeitos positivos pela melhora na sua saúde mental com repercussão no organismo, a partir do estabelecimento do equilíbrio

emocional, calma, tranquilidade, ânimo, organização dos pensamentos e disposição para o sono melhorado, bem como a partir da minimização da ansiedade, de ideações suicidas, dos sintomas psicóticos e de percepção:

Com o remédio me sinto melhor e mais calma, antes era muito agressiva, não falava com ninguém e não deixava ninguém tocar em mim. Na minha cabeça todos queriam me fazer mal, até meus filhos. Esses pensamentos melhoraram bastante com o remédio. [...] Sempre me pergunto se os remédios vão me fazer voltar a ter uma vida normal algum dia. (P3)

Os remédios estão melhorando o meu quadro, porque antes eu não conseguia dormir, tinha muita angústia e impaciência [...]. Atualmente com esses remédios a minha saúde mental está muito boa, porque antes eu misturava os pensamentos. Estava ao ponto de suicídio também porque não sentia o meu corpo, como se eu tivesse perdido a sensibilidade, a minha pele parecia ser fina e sentia muita dor. Depois, com esses remédios a minha sensibilidade voltou ao normal. (P10)

Esses medicamentos fazem muito bem para o meu estado mental, porque estou mais calma e tranquila. Antes eu era muito nervosa, chorava bastante, não tinha ânimo e só tinha vontade de dormir, agora tenho mais ânimo e menos irritabilidade. [...] Meus pensamentos também melhoraram com esses remédios. (P15)

Os participantes verbalizaram que o uso de psicofármacos potencializa a autopercepção de ser um indivíduo autônomo, capaz de controlar sua própria vida, prioritariamente o seu estado mental. Os efeitos positivos destes medicamentos ajudam a ordenar os pensamentos, a retornar à realidade e a discernir se as situações que vivencia são reais ou criadas pelos sintomas do transtorno mental:

O medicamento me ajuda a visualizar o que é realidade ou coisa da minha cabeça. Agora quando ando na rua sei que não é normal ver tudo conectado e com padrões, porque por causa da doença a minha mente tenta achar um padrão e uma ordem nas coisas, parece que tudo está conectado e relacionado. [...] O medicamento me ajuda a diminuir isso. (P5)

A medicação me deu uma tranquilidade maior para pensar sobre o meu transtorno, de perceber se o que eu estava pensando e vendo era alucinação ou não. Isso me acalma, faz-me pensar melhor e ter um controle maior sobre mim. (P20)

Quando tomo os medicamentos me sinto melhor, porque dão uma sensação de controle sobre mim, porque eles controlam um pouco meu transtorno e os desconfortos que ele ocasiona. [...] Com os

medicamentos consigo voltar para a realidade, para a normalidade. (P23)

Anteriormente ao uso de psicofármacos, os portadores apresentavam dificuldade em manter o seu próprio cuidado para a manutenção da saúde física e emocional. Assim, os efeitos do uso destes medicamentos proporcionam a emersão da motivação para a realização de práticas de autocuidado a partir da busca de atitudes para um melhor viver, para a manutenção da vida, da saúde, do bem-estar e autoestima:

Quando estou sem o medicamento não consigo cuidar da minha saúde. [...] Agora que estou tomando o remédio fui à unidade de saúde e estou na fila do posto para tratar meu problema do rosto. Estou mais motivada para fazer o tratamento e melhorar a minha saúde. (P2)

Os medicamentos estão fazendo efeito agora e eu consigo me cuidar melhor, estou conseguindo cuidar de mim, me arrumar e ficar bonita, porque não tinha vontade de me cuidar. (P11)

Para os portadores de transtorno mental, os efeitos positivos do uso de psicofármacos se estendem para além da saúde física e mental, uma vez que auxiliam na melhora do relacionamento familiar. Ao utilizá-los, ocorre a diminuição de comportamentos agressivos, proporcionando-lhes mais tranquilidade e, por conseguinte, os laços familiares com pais, filhos e netos são fortalecidos:

Com os medicamentos melhorou a minha relação com minha família. Antes não chegava perto dos meus netos e não podia escutar o choro deles. Era muito difícil, não podia nem vê-los. Agora eles vão à minha casa e tem esse [mostra foto do neto] que é muito ligado a mim, quando me vê já vem correndo ao meu encontro. Antes eu não conseguia nem pegá-lo no colo, hoje consigo. (P3)

Eu era bem agressivo com a família, cheguei a agredi-los, mas agora com os medicamentos eu estou bem mais calmo e estou melhorando. Tenho melhorado. (P6)

Esses medicamentos ajudam a me relacionar com a minha família, principalmente meus filhos, porque eu era muito irritada e qualquer coisa já batia neles. Em relação a isso os medicamentos me ajudaram. [...] Com os remédios e o tratamento comecei a conversar e tratar melhor meus filhos. (P22)

Além da melhora na relação familiar, os participantes mencionaram vivenciar a ampliação do relacionamento interpessoal, a partir do uso de psicofármacos, mediante disposição aumentada para se relacionar com outras pessoas do seu círculo de amizades e de conhecidos:

Antes eu fugia das amigas, fugia da família, porque não conseguia conversar com ninguém. Eu não tinha assunto e não tinha vontade. Agora já consigo conversar e me relacionar com as pessoas. (P11)

Com a medicação consigo me relacionar melhor com as pessoas. Antes eu não conversava com ninguém. (P12)

Os efeitos positivos decorrentes do uso dos psicofármacos se estendem ao âmbito ocupacional com a melhora no desempenho das atividades de vida diárias, relacionadas aos serviços de casa e de horta. Ademais, para o P5, estes medicamentos intensificam o raciocínio e auxiliam na permanência dos estudos:

Quando tomo os remédios, consigo fazer minhas atividades de casa. [...] consigo cozinhar, fazer bolo, torta salgada. (P1)

Na minha faculdade e nos meus estudos, os medicamentos ajudaram bastante, porque o meu raciocínio não funciona normalmente sem os medicamentos. (P5)

Esses remédios melhoram nas atividades, porque antes não conseguia fazer direito o serviço de casa e não tinha vontade de sair de casa. [...] Agora estou mais animada e consigo limpar bem a casa, até consegui fazer a minha horta. (P9)

O uso de psicofármacos assumiu uma relevante importância na vida dos indivíduos por apresentar-se como uma das soluções viáveis para minimizar esse sofrimento em decorrência dos efeitos benéficos que estes suscitam em suas vidas. O tratamento medicamentoso passou a ser visualizado como fonte de esperança e anseio para uma reabilitação possível, para um estar melhor e poder conviver ao máximo com a plenitude da vida.

Os participantes identificaram que a partir da vivência dos efeitos positivos parece emergir a conscientização da necessidade do tratamento medicamentoso para a manutenção da saúde mental, com intuito de viver uma vida sem crises e mais próxima da normalidade:

O remédio para mim é como uma muleta, porque sem o remédio eu fico como um deficiente físico sem muletas, não consigo me sustentar e me manter em pé. Eu acho que eles me ajudam com os pensamentos, porque escuto menos vozes. (P13)

Tenho que ter medicamento no meu tratamento, sei que preciso dele, porque antes era difícil eu era agressivo e sofria bastante. [...] Hoje eu tomo esses comprimidos e não tenho problema com isso, porque eu acho que é necessário para melhorar o meu transtorno. (P14)

Preciso desses medicamentos para melhorar, acabei me acostumando com eles e hoje é normal para mim. [...] Penso que esses remédios são bons e vão me ajudar a melhorar e ter uma vida mais próxima da que eu tinha antes. Eles melhoram o meu transtorno e não me deixam tão triste e sofrendo. (P18)

Hoje eu aceito o tratamento, sei que eu preciso, porque quero muito melhorar e não quero ficar assim. Eu quero mudar de vida e não ter crises mais do jeito que tive dessa última vez. [...] A psiquiatra falou que eu vou ter que tomar para o resto da minha vida. Tenho que me conformar, porque sei que se parar de tomar fico fora de mim. (P24)

Nos relatos anteriores é perceptível a ênfase nos efeitos dos psicofármacos percebidos como positivos na vida dos portadores de transtorno mental. Contudo, na sequência é apresentada uma faceta contrária à vivência destes mesmos participantes em relação ao uso destes medicamentos, caracterizado pelos efeitos negativos.

5.2.1.2 Percebendo os efeitos negativos do uso de psicofármacos

Os principais efeitos colaterais percebidos pelos portadores de transtorno mental provocam um agir de forma mecânica pela sensação de contenção química, lentificação psicomotora, sonolência, raciocínio lento e esquecimentos. Com isso, eles apresentam dificuldade em desenvolver atividades que requerem concentração, raciocínio e memória:

Os remédios me dão muitos efeitos colaterais, fico sonolenta e parece que a minha mente fica em uma contenção química. [...] Quando tomo esse remédio não tenho raciocínio, só faço as coisas mecanicamente, porque parece que meu cérebro fica contido. Eu não gosto de viver nessa contenção química. (P1)

Com esses remédios tenho muito esquecimento, não consigo lembrar de quase ninguém. [...] Eu percebo que fico mais lerdo, minha mente fica lenta e o Haldol® deixa o meu corpo lerdo e tremendo. Sinto que estou dopado, que estou em outro mundo. Só vontade de dormir. (P14)

Esses medicamentos me dão muito esquecimento. Minha memória está falha e confusa. Eu queria voltar a trabalhar, mas tenho medo deste meu esquecimento na minha vida profissional. (P21)

Meu raciocínio está bem lento, não sei se é o lítio ou a risperidona. Tenho dificuldade de fazer contas, principalmente quando vou fazer compras no supermercado. Esse remédio atrapalha um pouco meu raciocínio. (P24)

Os efeitos negativos vivenciados pelo uso de psicofármacos na imagem corporal foram relatados como um dos efeitos colaterais mais incômodos pelas mulheres. Ao utilizá-los, os participantes sentem necessidade de aumentar a ingestão de alimentação diária e, conseqüentemente, incorre-se em aumento de peso corpóreo, alterando de modo negativo a sua imagem corporal. De acordo com P7, o uso destes medicamentos resultou no aumento de 45 quilogramas, suscitando intenso sofrimento a partir da dificuldade da autoaceitação:

Engordei muito com esses medicamentos. Eu pesava 55 kg, agora estou com 100 kg. Isso me deixa pior, porque nenhuma roupa serve e não consigo nem me olhar no espelho. Hoje mesmo, tem um paciente aqui que é legal, mas sempre me chama de gorda. É muito triste e chato ouvir isso. (P7)

Com esse carbolítio tenho muita fome. Eu engordei mais de 5 kg. Esse remédio dá mais fome, na verdade não é fome, mas vontade de comer. Parece que abre o apetite. [...] O problema é que estou me achando feia e muita gorda com esse carbolítio. Queria diminuir a dose. (P12)

A partir do uso de medicamentos, surgiu a vivência de disfunções sexuais relacionadas à inibição ejaculatória e diminuição da libido, resultando em angústia, sofrimento e dificuldade de relacionamento afetivo com seus parceiros:

Eu tinha um efeito-colateral bem importante que era problema de ejaculação quando tomava o antidepressivo. Eu demorava muito para ejacular, tinha a ejaculação retardada. Isso era muito complicado para mim. (P5)

Por causa desses medicamentos eu e meu marido não nos damos bem, a gente dorme separado porque não tenho vontade de ter relação sexuais. Não tenho vontade, aquele desejo, não sinto prazer. É complicado porque ele quer e eu não. (P15)

Alguns participantes expressaram vivências negativas, como a contra-indicação de dirigir veículos e doar sangue durante o uso de

psicofármacos. Recomendações que ensejam sentimento de impotência frente ao seu direito de desenvolver atividades laborais e exercer ações de cidadania durante o período de tratamento com estes medicamentos:

Esses dias passou um anúncio na televisão, que os bancos de sangue estavam precisando de sangue. Resolvi doar sangue, mas quando cheguei ao banco de sangue descobri que não poderia doar porque tomo esses remédios. Por causa desses remédios não consigo fazer muita coisa, nem tentar ajudar alguém. (P6)

Por causa desses remédios nem habilitação de motorista eu posso ter mais. É proibido porque os médicos dizem que diminui os reflexos. Antes eu trabalhava de motorista de ônibus, agora não posso nem trabalhar. (P8)

Em decorrência do uso de psicofármacos, os participantes relataram consequências negativas na saúde física, sendo necessário, em alguns casos, hospitalizações. Os portadores de transtorno mental externalizaram vivenciar queimaduras no corpo pelos tremores nas mãos dificultando segurar objetos com firmeza, intoxicação por psicofármacos prescritos, úlcera gastrointestinal perfurada pelo uso contínuo destes medicamentos e até mesmo glaucoma medicamentoso:

Depois que comecei a tomar esses remédios passei a ter tremedeira nas mãos, às vezes não consigo pegar as coisas direito e acabo derrubando. Já queimei meu corpo inteiro porque derrubei uma panela quente. (P3)

Quando meu marido me deu remédio pela manhã, comecei a ficar roxa e desmaiei. [...] No hospital me disseram que era por causa desses remédios, mas eu estava tomando apenas os remédios que a médica receitou. Quase morri. [...] Com esses remédios também já tive que fazer cirurgia de emergência porque eles me causaram uma úlcera perfurada, meu duodeno fechou. Fiquei uma semana internada. (P9)

Tenho glaucoma medicamentoso por causa do uso do Longactil® {clorpromazina} que o psiquiatra me receitava para dormir. [...] A pressão do olho estava muito forte e eu tinha muita dor atrás do olho e na cabeça, não aguentava mais tomar analgésico. Fui ao oftalmologista e ele diagnosticou esse glaucoma medicamentoso, tive que suspender o remédio para dormir e até hoje tenho que usar o colírio para diminuir a pressão do olho. (P18)

O uso de psicofármacos minimiza os sintomas e as angústias procedentes do transtorno mental, mas não os cessam por completo e de modo definitivo. Em vista disso, mesmo usando-os regularmente, os portadores de transtorno mental mencionaram continuar vivenciando sofrimentos relacionados à tristeza, crises de ansiedade, sintomas psicóticos e até mesmo ideação suicida:

Mesmo com esses remédios ainda não tenho alegria na minha vida. Ainda escuto vozes me chamarem e me perseguirem e tenho até mesmo vontade de morrer. Os remédios diminuem essas coisas, mas não tiram. (P13)

Eu sinto coisas me apalpando, vozes falando comigo, às vezes parece que a minha língua vai enrolar. Sinto tudo isso mesmo tomando esses remédios, vozes me xingando e dizendo que vão me matar. [...] Ainda tenho alucinações, mas diminuiu um pouco com os medicamentos. (P14)

Eu percebo que o medicamento não altera muito nesse aspecto de sentimento, porque não tenho alegria e não tenho prazer nas coisas. [...]. Eu ainda tenho pensamento de morte mesmo com esses medicamentos. (P19)

Com esses remédios estou melhorando e ficando mais calmo, mas mesmo assim às vezes me dá uma crise de ansiedade e de querer sair para rua e não voltar para casa. Tem dias que eu fico mais tranquilo e tem dias que eu fico desanimado. (P25)

5.2.1.3 Sentindo-se ambivalente na vivência dos efeitos dos psicofármacos

Considerando as vivências dos efeitos dos psicofármacos, os participantes consideraram estes medicamentos necessários para a remissão dos sintomas ocasionados pelo transtorno, por outro lado também consideraram este processo incômodo em decorrência dos efeitos colaterais e por não cessarem todos os sintomas dos transtornos. Essa dualidade entre os efeitos positivos e negativos proporcionaram o sentimento de ambivalência em relação ao seu uso.

O processo de utilizar os medicamentos mostrou-se permeado constantemente por esta ambivalência, na qual os pacientes avaliam as vantagens e desvantagens de utilizar estes medicamentos frente aos efeitos positivos e negativos, pensam sobre as implicações que este uso traz para si,

bem como os esforços e as perdas envolvidas neste processo. Salienta-se que este sentimento parece determinar a relação que o indivíduo assume com o tratamento medicamentoso.

Entretantes, essa ambivalência mostrou-se externalizada a partir de uma sucessão de sentimentos de angústia, receio, expectativa, ansiedade, apreensão, desgaste, desesperança e impotência. Ao vivenciá-los, alguns participantes mencionaram preferir não utilizar os psicofármacos e conviver com a possibilidade de reincidência do transtorno mental a adaptar-se aos efeitos colaterais. Enquanto outros preferem utilizar os psicofármacos e tentar habituar-se aos efeitos colaterais e a presença de alguns sintomas do transtorno mental:

Eu tomo o remédio, mas preferia não ter que utilizá-los, porque o medicamento não resolve todo o meu problema. Ele simplesmente camufla, ameniza as dores, os sintomas e os traumas. [...] Eu tomo, mas sei que não vai resolver por completo, porque ainda tenho crises. O remédio também deixa a minha mente contida. Eu preferia estar livre dessa contenção, mesmo com a possibilidade de ter uma crise porque eu não gosto de viver assim. [...] Mas também sei que o medicamento ajuda, porque ele me acalma e tranquiliza. Pelos efeitos colaterais tenho muita vontade de parar de tomá-los. (P1)

Ao mesmo tempo em que faz bem e me deixa um pouco mais feliz, também dá aqueles momentos de angústia, vontade de morrer e me deixa controlado igual a marionete. [...] Eles também tiraram a minha liberdade de voltar a ser normal, porque com eles não consigo trabalhar e nem estudar. [...] Parece que estou trancafiado em um mundo que me rouba a esperança de um dia ser liberto dessa obrigação de usar remédio, porque eles me ajudam, mas acabam atrapalhando também. (P6)

Tenho que continuar a tomar os remédios, porque preciso para melhorar os sintomas do meu transtorno. Sei que preciso. [...] Mas às vezes eu penso em parar para ver se estou melhor e se posso ficar sem [...]. Penso muito em parar com esses remédios, porque estou só engordando e tenho muito medo que eles façam mal para o meu organismo. Só que não posso parar de tomar, porque também fico ruim sem tomar. Isso é complicado, não sei o que faço. (P15)

Esse medicamento já faz parte da minha vida, sem ele eu não vivo mais. Se eu parar com o medicamento eu acabo morrendo, porque tento suicídio. Ou eu aprendo a viver com ele mesmo não resolvendo todo o meu problema ou paro de tomá-lo e me mato, porque se eu não tomar fico muito pior. [...] Não tem um meio termo, ou tento me ajudar usando os remédios ou paro de tomar e acabo me matando logo de uma vez. (P22)

Hoje eu percebo que eu preciso desse medicamento na minha vida e não posso ficar sem. [...] Mas também vejo que é uma sensação ruim

ter que tomar esses medicamentos, uma sensação de impotência. Não queria ter que tomar, mas é complicado porque preciso dele. (P23)

5.2.2 Utilizando os psicofármacos de modo irregular

Com intuito de minimizar os sofrimentos ocasionados pelo transtorno mental e tratamento medicamentoso, os portadores de transtorno mental por vezes utilizam irregularmente os psicofármacos ao não seguir corretamente a prescrição médica ou modificá-la sem consentimento do médico psiquiatra, acreditando ser a única solução viável.

Este uso irregular dos psicofármacos se caracterizou pelo aumento da dose prescrita com intuito de minimizar os sintomas por completo; pela redução da dose para reduzir os efeitos colaterais e por temer que os medicamentos façam mal frente às altas doses e ao elevado número de comprimidos; pela autoadministração de psicofármacos prescritos a outras pessoas; pelo uso abusivo; bem como pela associação destes medicamentos ao uso de bebidas alcoólicas.

Ademais, os portadores de transtorno verbalizaram interromper frequentemente o tratamento medicamentoso, por conta própria, em decorrência da permanência da sintomatologia do transtorno e dos efeitos colaterais.

A relação que o portador de transtorno mental assume com o tratamento medicamentoso pode ser evidenciada a partir das falas do P2, o qual reconhece a necessidade do uso dos psicofármacos para se sentir melhor. Contudo, a não cessação completa dos sintomas advindos do transtorno mental como, por exemplo, a alteração no pensamento, que favoreceu situações de vulnerabilidade e atitudes prejudiciais, levou o indivíduo a aumentar a dose prescrita do medicamento, alterando assim, o seu plano terapêutico medicamentoso:

Preciso desses medicamentos para ficar melhor, [...] mas mesmo tomando esses remédios ainda tenho pensamentos ruins que perturbam a minha cabeça e bastante tristeza. Não entendo isso. [...] Às vezes tenho esses pensamentos no meio da noite e eles não me deixam dormir, por isso acabo tomando mais gotas do clonazepam para conseguir dormir e não fazer besteira. (P2)

Com frequência, os portadores de transtorno mental mencionaram ingerir doses maiores dos psicofármacos, além das prescritas pelo médico psiquiatra, principalmente em dias nos quais não se sentem bem, objetivando melhorar de modo mais rápido a sintomatologia do transtorno, bem como evitar crises e atitudes violentas perpetradas contra si. Ademais, aumentam a dosagem pela crença de que o medicamento não está fazendo efeito no organismo e não estabiliza o seu transtorno mental:

Quando eu via que o remédio não estava adiantando eu aumentava a dose, cada vez mais até ver que tinha passado os sintomas ruins. (P3)

O psiquiatra diminuiu a dose do meu remédio porque estava fazendo mal para mim, mas não fiquei bem e resolvi tomar a mais do que ele tinha receitado, mas não adiantou nada, continuei do mesmo jeito. (P17)

Esses dias estava tomando dois clonazepam por dia para conseguir dormir e não entrar em pânico. [...] Eu aumentei por conta para não piorar, antes que eu fizesse alguma coisa ruim a mim. (P21)

Na tentativa de diminuir a angústia sentida, além do referido anteriormente, P2 mencionou se apropriar indevidamente de medicamentos no posto de enfermagem, em quantidade indiscriminada para ingestão, apesar de caracterizar sua atitude como incorreta e inapropriada:

Geralmente tomo remédios a mais nos dias que não estou bem, para ver se melhora mais e mais rápido. Quando não estou bem já vou tomar uma dose a mais. Um dia desses peguei remédio escondido aqui do posto de enfermagem, peguei um punhado e tomei para melhorar. [...] Sei que estou errada e tenho que tomar a dose que o psiquiatra me receitou, mas às vezes faço isso para diminuir a minha angústia. (P2)

A alteração do plano terapêutico medicamentoso com a redução das doses pelo portador de transtorno mental foi relatada com frequência. Com tal atitude se intenta minimizar os desconfortos ocasionados pelos efeitos colaterais e pelo receio que estes medicamentos possam ocasionar um grave efeito colateral, bem como por considerarem que tomam altas doses e um elevado número de comprimidos:

Eu já tomei menos Diazepam por conta própria, porque não queria ficar tão sonolento durante o dia e dormir tanto. (P5)

Eu não tomava o que era necessário para mim, eles me receitavam dois comprimidos e eu só tomava um ou até mesmo meio. Eu diminuía porque esses remédios são fortes e eu tenho medo de ter um efeito colateral grave e eu não tenho quem cuide de mim em casa [...] Quando eu diminuía parecia que ficava mais seguro. (P14)

Já diminuí a dose de quase todos os medicamentos que eu tomo para ver se me ajudava de algum jeito, porque não estava me sentindo bem. Eu tomava a menos porque era muito remédio para mim, tomava mais de dez comprimidos, eu achava que era remédio demais e que estava me dando alguns efeitos ruins. (P22)

O médico me receitava três lítios e eu estava tomando só dois. Diminuí porque achava que não precisava dessas três doses, porque com duas já estava bom para mim e eu não sentia nada de efeito ruim com esses dois comprimidos. (P23)

Foi evidenciado neste estudo a autoadministração de psicofármacos prescritos a outrem, em que a utilização de outros medicamentos mostrou-se uma das soluções possíveis para aliviar a ansiedade, angústia e outros sintomas do transtorno mental, bem como acelerar o processo de reabilitação. Evidencia-se que o P16 optou por realizar a autoadministração de um ansiolítico prescrito à sua mãe, mesmo orientado pelo psiquiatra da possibilidade deste medicamento fazer mal ao seu organismo:

Comecei a tomar por conta um remédio que era receitado para o meu pai, para a ansiedade dele. Esse remédio tirou a angústia que eu tinha, porque estava quase morrendo de ansiedade. [...] Cheguei a tomar por conta também o remédio que ele tomava para dormir, mas não deu certo e parei de tomar. (P11)

Tomei outros comprimidos sem a prescrição do psiquiatra. Resolvi tomar a fenitoína do meu marido, ele toma para a convulsão, mas me fez mal. Também tentei tomar o remédio que uma amiga minha usava, ela tomava seis remédios pequenos e eu queria experimentar para ver se eles iam me ajudar a melhorar, mas acabei ficando muito ruim. (P12)

O psiquiatra retirou o meu remédio de dormir porque estava fazendo mal para a minha saúde e ia fazer mais mal ao longo do tempo. Só que eu não estava conseguindo dormir e como a minha mãe também toma esse remédio passei a pegar o dela para conseguir dormir e ficar mais tranquilo. (P16)

Alguns portadores de transtorno mental mencionaram ser dependentes destes psicofármacos e utilizá-los frequentemente de modo abusivo. O uso

descomedido dessas substâncias é realizado como uma fuga às suas existências e ao sofrimento ocasionado pelo transtorno, ao vivenciar a sensação de atenuar a tensão e angústia que sentem diariamente.

Este uso indiscriminado dos medicamentos incitou aos indivíduos uma intensa fissura expressa pelo desejo excessivo de consumir os psicofármacos e até mesmo o desenvolvimento da síndrome de abstinência representada pela agitação e *delirium tremens*:

Por conta própria já tomei de tudo, tomei vários medicamentos. [...] Eu gosto muito de remédios e dos efeitos que eles causam no organismo. Eles são iguais ao álcool para mim, eu fico dependente. [...] Estou realmente viciada nesse remédio, chego a ficar ansiosa quando está perto da hora do meu irmão trazer o remédio pra mim. [...] fico apavorada de pensar que ele pode esquecer [...]. É algo muito desesperador. [...] Por eu gostar muito dos remédios, meu irmão fica com eles para supervisionar. (P7)

Antes eu tomava muitos diazepam, tomava um seguido do outro. Tomava um e depois de uma hora tomava outro, depois de duas ou três horas tomava mais um. Acabava tomando sempre esses remédios porque me aliviava a tensão. Cheguei a ficar dependente do diazepam, porque quando não tinha mais o remédio o meu organismo sentia falta, assim como as outras drogas, e passava a ter muita agitação e tremedeira no corpo. (P14)

Para mim, tomar remédio é igual comer bala, eu gosto muito de tomar remédio. Acho que já posso ser considerada hipocondríaca [...]. Se eu chegar na casa de alguém e vir algum comprimido ou algum remédio eu vou tomar. Não posso ver remédio, que fico com uma ansiedade extrema e com muita vontade de tomá-lo. Uma vontade fora de mim. [...] Esses dias estava vindo para o CAPS e achei uma cartela com comprimidos bem grandes, tomei os oito comprimidos que tinham. Na hora nem sabia para o que servia, mas quando vi os comprimidos fiquei com muita vontade de tomar, como se fosse uma dependência. Gosto de tomar esses remédios porque eu consigo esquecer os problemas da minha vida e esses problemas da minha cabeça, me dá um alívio e uma calma. (P22)

Alguns indivíduos associaram o uso de psicofármacos ao uso concomitante de bebidas alcoólicas, mesmo compreendendo que esta prática pode ocasionar interferências em sua saúde. Esta interação comumente foi realizada em decorrência dos efeitos positivos momentâneos que ocasionaram, tais como intenso prazer, relaxamento e tranquilidade. Contudo, mencionaram a presença de problemas subsequentes a esta interação no que concerne a

episódios de vômito, tontura, sintomas psicóticos e até mesmo necessidade de internação:

Cheguei a tomar algumas vezes remédio com bebida alcoólica. Eu ficava muito relaxada e tranquila, parecia um paraíso químico. Não tinha vergonha e falava tudo o que tinha vontade. Eu ficava fora de mim, mas era bom. (P1)

Um dia resolvi tomar uma garrafa de cerveja e fiquei muito ruim, parecia que eu tinha tomado muito mais. O médico disse que era por causa dos medicamentos que tomo para o meu transtorno mental. No outro dia eu tinha muita tontura e ânsia de vômito. (P8)

Eu cheguei até a internar porque estava tomando a medicação e misturei com bebida alcoólica, por causa dessa interação. [...] Na hora que eu tomei o álcool fiquei feliz e me deu uma extrema sensação de prazer, mas logo comecei a perder o controle sobre mim e a ficar psicótico. E eu sabia que não podia tomar o álcool. (P24)

Alguns participantes elucidaram interromper o tratamento medicamentoso ao menos uma vez, em suas vidas, em decorrência dos efeitos colaterais que prejudicaram suas vidas, ocasionando mudanças na imagem corporal e problemas laborais pelo efeito de sonolência. Para alguns portadores de transtorno mental interromper o tratamento com o uso de psicofármacos e conviver com a possibilidade de agravamento do quadro clínico é melhor do que vivenciar cotidianamente os intensos efeitos colaterais:

Eu paro de tomar os remédios por causa desses efeitos colaterais. Eu gostaria que chegasse um dia que o medicamento simplesmente me deixasse bem e não tivesse efeito colateral nenhum, mas infelizmente não sei se será possível. Se eu não sentisse tanto os efeitos colaterais acho que eu não mais teria que parar de tomar os medicamentos. [...] Às vezes eu prefiro não tomar esses medicamentos e estar livre dos efeitos colaterais mesmo sabendo da possibilidade de ter um surto. (P1)

Eu parava de tomar o remédio porque não conseguia tomar o remédio e trabalhar. [...] Esses remédios me dão muito sono e eu acabo dormindo sentada no horário de trabalho. A empresa via isso e me dava gancho [advertência], por isso parei de tomar os remédios. (P7)

Eu já parei de tomar os remédios porque estava com medo de pegar hepatite medicamentosa e também de ficar com a barriga muito grande, porque os remédios aumentaram o meu peso. (P16)

Como o uso de psicofármacos não cessa por completo todos os sintomas do transtorno, os participantes apresentaram episódios de desânimo e tristeza que dificultaram a manutenção do tratamento medicamentoso. De acordo com a P11, a presença de sintomas relacionados à alteração da percepção decorrente de uma gravidez psicológica favoreceu a suspensão do uso de psicofármacos, uma vez que acreditava que o uso destes poderia prejudicar seu estado gestacional:

Eu sempre parei de tomar os remédios por negligência e pelos sintomas da doença, porque eu tinha muita tristeza e vontade de me matar. [...] Eu ficava desanimado, bem triste e acabava não tomando o medicamento, porque não tinha vontade de fazer nada. (P6)

Cheguei a parar de tomar o medicamento pela minha doença mesmo, porque mesmo com os remédios eu acreditava que estava grávida, mas era coisa da minha cabeça. E parei de tomar os remédios porque achava que eles podiam prejudicar o meu bebê. (P11)

Uma vez parei de tomar os remédios porque eu tinha muita inquietação, um sentimento ruim no corpo, muita tristeza que fazia com que eu não conseguisse tomar os remédios e nem ir buscá-los. (P14)

Como consequência do uso irregular, os participantes mencionaram a reincidência do transtorno mental, que fomenta grande impacto nas suas vidas a partir de inúmeras tentativas de suicídio e de internação psiquiátrica. Nesse contexto, o P8 evidencia que suas vinte hospitalizações procederam da interrupção do tratamento medicamentoso:

Fui internada cinco vezes no hospital psiquiátrico e todas essas vezes eu havia parado de tomar os remédios. Quando paro de tomar começo a piorar e ofender a minha família e quando percebo já estou internada. Eu perco muito o controle e entro em crise muito fácil. (P7)

Se eu parar de tomar o remédio já tento suicídio, como aconteceu nessa última vez. [...] Quando não tomo eu passo alguns dias bem, mas depois começo a ver vultos e coisas que não existem, ouvir vozes com comando de suicídio, por isso tenho muitas tentativas de suicídio. [...] Tenho histórico de vinte internamentos e todas às vezes eu tinha parado de tomar os remédios. (P8)

Todas as vezes que parei de tomar remédio fui internada em hospital psiquiátrico, foram 14 vezes. Você pode ter certeza que se eu parar de tomar o remédio eu já preciso ser internada, assim como qualquer paciente daqui. [...] Da última vez que parei de tomar remédio cheguei a ficar pelada em casa e tinha visita, por isso me internaram. Se eu não cuidar com os medicamentos entro em crise. (P12)

Eu recaio bastante quando fico sem tomar o medicamento e preciso ser internada nos hospitais psiquiátricos. Sem tomar eu fico muito ruim, começo a ter ideias de suicídio de novo, muita tristeza, vontade de isolamento, uma angústia. [...] Já tentei quatro vezes o suicídio por não tomar certo o remédio. [...] Tento o suicídio tomando todos os remédios que tenho. (P22)

5.2.3 Desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos

As narrativas externaram que os portadores de transtorno mental e os profissionais de saúde buscam constantemente estratégias para minimizar os efeitos negativos dos psicofármacos com o intuito de melhorar a qualidade de vida e favorecer o uso regular destes medicamentos.

Dentre estas estratégias evidenciaram-se os cuidados direcionados ao alívio e redução dos efeitos colaterais, dos fatores que dificultam o tratamento medicamentoso e dos sintomas do transtorno mental que permanecem mesmo com o uso destes medicamentos. Nesse sentido, os participantes os utilizam para diminuir os problemas gástricos procedentes do uso de psicofármacos, cuidam dos hábitos alimentares, evitam bebidas alcoólicas, deixam o esquema terapêutico em local visível para evitar o uso irregular e tem a medicação supervisionada pelos profissionais de saúde e familiares.

Além destes cuidados despendidos, os participantes reconheceram que somente o tratamento medicamentoso não permite a remissão por completo do transtorno mental, por conseguinte buscam outros recursos terapêuticos para aliviar os sofrimentos vivenciados e para uma efetiva reabilitação.

5.2.3.1 Vivenciando cuidados para a manutenção do uso de psicofármacos

Para tentar minimizar os efeitos negativos, os participantes elucidaram que necessitam de acompanhamento com o médico clínico geral em decorrência dos efeitos colaterais dos psicofármacos caracterizados por pirose e dispepsia, como consequência, passaram a utilizar continuamente medicamentos antiulcerosos para proteção da mucosa gástrica.

Ressalta-se que os portadores de transtorno mental têm o cuidado diário de administrar os antiulcerosos em jejum e também de se alimentar antes da ingestão dos psicofármacos para minimizar estes efeitos colaterais e não interromper o tratamento:

Eu tenho que tomar omeprazol por causa dos remédios psiquiátricos, porque começou a doer muito meu estômago. [...] Às vezes não sinto fome, mas como forçado para não fazer mal para o meu estômago. [...] Esses remédios são muito forte e se não comer alguma coisa antes passo mal, porque tenho muita gastrite e às vezes tenho que parar um tempo de tomar o remédio para o transtorno. (P2)

Sempre tenho que comer alguma coisa antes de tomar os remédios, porque sei que eles dão gastrite e fazem mal para o estômago. (P14)

O clínico geral do posto receitou o omeprazol em jejum para proteger o meu estômago, porque tomo muito remédio. [...] Também tenho que comer alguma coisa antes de tomar os remédios, principalmente o Clonazepam, nem que seja um pedaço pequeno de pão para o meu estômago não doer. (P21)

De manhã tenho que comer sempre alguma coisa e tomar água para depois tomar o remédio para não queimar o meu estômago. (P25)

Evitar o consumo de bebidas alcoólicas para não interagir quimicamente com os psicofármacos foi um aspecto explicitado por alguns participantes como cuidados para evitar o agravamento do transtorno mental e a necessidade de internação. A P7 afirma ser dependente químico devido ao uso de álcool, conseqüentemente, evita sair de casa ou ir a local em que tenham bebidas alcoólicas para evitar a recaída e a reincidência do transtorno mental:

Sou alcoólatra e tenho que me controlar muito para não beber principalmente, pela minha saúde e por causa da interação com os remédios. [...] Se eu disser para você que não tenho vontade de beber, vou mentir. Tenho vontade, mas faz algum tempo que parei. Hoje procuro não sair de casa e ir a algum lugar que tenha bebida. Tenho muito medo de recair no álcool e piorar o meu transtorno por deixar de tomar o remédio ou pela interação com o remédio. (P7)

Antes eu misturava álcool e remédio. Hoje já não faço mais isso, porque da última vez fiquei muito ruim e tive que ser internada. (P11)

Tenho cuidado de não beber nada que tenha álcool para não interagir com os remédios. Os médicos dizem que não faz bem. (P18)

Sempre cuido para não tomar bebida alcoólica com os medicamentos. Agora estou tomando certo esses remédios e não bebo nem cerveja

para não fazer mal para mim e nem piorar o transtorno, como aconteceu desta última vez. (P24)

Para os participantes, os profissionais de saúde ofertam cuidados voltados à reabilitação e a manutenção do tratamento medicamentoso ao requisitarem exames laboratoriais periódicos para avaliação de possíveis alterações que os psicofármacos podem ocasionar no organismo, principalmente hematológicas, renais e hepáticas. De acordo com a P12, os profissionais comumente se esquecem de solicitar o exame de litemia, mas a mesma tem o cuidado de lembrá-los:

Sempre faço exames de sangue para ver o efeito desse remédio no corpo. Às vezes eles [profissionais de saúde] esquecem, mas tenho o cuidado de lembrá-los, principalmente para ver como está o lítio no sangue a cada dois meses. (P12)

Faço exame para ver o lítio no sangue também a cada três meses. Esses dias mesmo fiz o exame de sangue na unidade de saúde e trouxe o resultado aqui no CAPS para o médico ver. (P15)

O médico sempre pede exame laboratorial para ver o efeito do medicamento no corpo. [...] Este controle é feito de seis em seis meses. [...] A última vez que fizeram era para ver como estava minha imunidade, porque o medicamento baixava a imunidade. (P16)

O médico pede exames laboratoriais para ver se está prejudicando o rim ou o fígado, geralmente é a cada três ou seis meses. Faço pelo posto de saúde e eles me entregam o resultado e trago aqui para o médico ou para a minha técnica de referência. Acho muito importante este controle. (P24)

Como os psicofármacos ocasionam episódios de dificuldades de memória e dificultam o seu uso regular, alguns participantes externaram deixar o esquema terapêutico em locais que visualizam facilmente para lembrá-los dos horários de administração destes medicamentos. O P4 afirma carregar consigo os medicamentos para não esquecer de tomá-los e para não perdê-los:

Para não esquecer de tomar os remédios a minha técnica de referência me ensinou a colocar um papel com horários e nomes do medicamento na frente da geladeira, porque toda vez que vou na cozinha lembro. Facilitou bastante porque quando acordo, na hora do almoço e a noite eu vou à cozinha e lembro. (P2)

Um cuidado que tenho é sempre carregar os remédios na minha mochila, sempre perto de mim para não perdê-los ou esquecer de tomá-los. Ando muito esquecido. (P14)

Quando os médicos dão a receita, a hora que chego em casa coloco esta receita na porta da geladeira para não esquecer os horários que tenho de tomar e também para lembrar de pegar os remédios no posto de saúde. Anoto tudo em um papel e prego na geladeira para não ter perigo de tomar a mais e no horário errado. (P17)

Como alguns medicamentos, com frequência, não cessam por completo a sintomatologia dos transtornos, alguns participantes apresentaram ter receio de guardar os medicamentos ao seu alcance e sob sua responsabilidade, pois comumente apresentam ideação suicida. Ao se autoconhecerem, solicitam aos familiares que armazenem e cuidem dos medicamentos a fim de evitar uma tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos:

Quando pego os remédios no posto de saúde eu poderia chegar em casa e deixá-los no meu criado mudo e nas minhas coisas. Só que eu tenho muito medo de deixá-los ao meu alcance, porque às vezes escuto vozes e elas me torturam e pedem para eu tentar suicídio com estes remédios, por isso os deixo com a minha mãe para não correr este risco. (P1)

Eu pedi para o meu pai guardar os remédios na casa dele. Tenho muito medo de tentar suicídio com eles, porque quando guardava comigo tentei várias vezes me matar. (P6)

Ademais, a equipe de enfermagem e os familiares ofertam um cuidado aos portadores de transtorno mental a partir da medicação supervisionada a fim de auxiliá-los a manter o uso regular dos psicofármacos. Os participantes verbalizaram que a equipe de enfermagem separa e organiza os medicamentos em consonância com os dias e os horários prescritos e os entregam aos pacientes que apresentam dificuldade de organização, esquecimento e possibilidade de tentativa de suicídio:

O CAPS que cuida do meu medicamento. As técnicas de enfermagem me dão os pacotes pequenos e escrevem quais são os medicamentos e os horários que tenho que tomar. Venho três vezes por semana e eles me dão o medicamento em pacotes para dois dias. [...] Eles cuidam disso para mim porque sou desorganizado. (P5)

Como eu tomava doses a mais, eles [profissionais de saúde] pediram para controlar os remédios aqui no CAPS. No começo do tratamento isso foi bom, porque eu teria tentado suicídio com os remédios. [...] Tenho que vir aqui todos os dias para buscar o remédio, porque eles me dão só a quantidade para tomar do dia. (P8)

Os meus medicamentos são todos supervisionados, eu tenho que pegar eles todos os dias aqui no CAPS. [...] Eles ficam com os remédios porque já tentei suicídio com eles, tomei todos de uma vez só. (P13)

Os meus remédios ficam no CAPS. Tenho que vir duas vezes na semana buscá-los. [...] Quem me entrega, cuida e separa os remédios são as meninas do posto de enfermagem. [...] Elas cuidam porque me esqueço de tomar, sou muito esquecido e às vezes acabava tomando duas vezes ou não tomando. Agora com eles organizando, os remédios vêm no plástico separado e não tem como errar. (P14)

Eu pego os medicamentos no posto e entrego para a minha mulher. Ela quem dá os remédios todos os dias no horário certo. (P19)

5.2.3.2 Associando outros recursos terapêuticos ao uso de psicofármacos

Os participantes afirmaram que o tratamento em saúde mental não se limita ao uso de psicofármacos, uma vez que estes não resolvem todos os problemas decorrentes do transtorno mental. Também evidenciam que o tratamento deve englobar outros recursos terapêuticos que os auxiliem na melhora do quadro clínico, tais como grupos terapêuticos e a participação dos familiares:

O tratamento para o transtorno mental é um conjunto de fatores que envolvem a medicação junto com os grupos terapêuticos e familiares. Só a medicação não resolve o problema, é todo um conjunto que faz a gente melhorar. (P20)

Só o medicamento não resolve o meu problema, eu preciso desenvolver outras atividades para manter a minha cabeça ocupada e melhorar por completo. (P21)

A participação em grupos terapêuticos e outras atividades propostas pelo CAPS auxiliaram os portadores de transtorno mental a minimizar as angústias e os sofrimentos por eles vivenciados, os quais não são completamente controlados pelos psicofármacos. Ao participar de atividades manuais, bazar, rodas de conversas e passeios, os participantes mencionaram

que se esqueceram dos seus problemas e sentiram-se mais alegres, dispostos e motivados a realizar o tratamento medicamentoso:

Gosto muito de fazer atividades aqui no CAPS, antes a gente fazia artesanatos e trabalhos manuais e eu gostava muito porque nem via o tempo passar. Tem o bazar que a gente prepara também, todos trazem roupas e deixam em exposição e a gente fica conversando com as pessoas da rua também. [...] Essas coisas me deixam bem animada, porque também é uma forma da gente melhorar. (P2)

Eu gosto muito de fazer artesanato aqui quando tem. Esse colar que estou fui eu que fiz aqui em uma oficina. É muito bom fazer essas coisas porque parece que tira os problemas da nossa cabeça, a gente esquece de tudo e se sente útil e mais disposto a melhorar e tomar os remédios certos. (P3)

Gosto muito de participar das rodas de conversa, porque cada um começa a falar dos problemas e cada paciente dá apoio verbal e a gente acaba melhorando. Ver os problemas que os outros têm faz a gente ver que não estamos sozinhos no mundo e dá mais apoio para gente tomar os remédios e continuar vindo ao tratamento. (P14)

Eu gosto de participar dos grupos das terças feiras que geralmente são passeios. Nós chegamos a ir ao salão de beleza, no museu e no parque. [...] Acho muito gostoso fazer essas atividades porque mantenho a minha cabeça ocupada e consigo passear sem depender da minha família. (P18)

Além da participação de atividades no CAPS, os participantes externalizaram que costumam realizar atividades físicas, como caminhada, alongamento, aeróbica e andar de bicicleta para elevar o humor a partir da liberação de endorfina. Ao praticar estas atividades, sentem melhora na saúde mental a partir de redução da ansiedade e da presença de sentimentos de alegria, felicidade, disposição aumentada e satisfação com a vida:

Eu ando muito de bicicleta e faço exercício físico na academia ao ar livre para a terceira idade. [...] Quando faço exercícios me sinto mais livre e alegre, acredito que seja pela liberação de endorfina. Fico mais feliz, mais alegre, mais disposta a viver e mais satisfeita com a vida. (P1)

Toda segunda feira eu jogo xadrez, faço alongamento e aeróbica na unidade básica de saúde com um educador físico. Fico mais feliz depois que vou lá. (P6)

Nos dias que não venho ao CAPS faço quarenta minutos de caminhada no parque e ando mais quarenta de bicicleta. Parece que isso tira um pouco a ansiedade e me sinto melhor. Chego em casa mais disposto, mais alegre. Fazer exercício faz bem a minha saúde mental. [...]

Sempre tenho que achar alguma coisa que gosto e que me faz bem para ocupar a minha cabeça, porque ficar sem fazer nada não é bom. (P24)

Nos períodos em que não há atividades propostas no CAPS, os participantes mencionaram buscar outros recursos terapêuticos em outros serviços, tais como atividades manuais em centro de assistência social e desenvolvimento de programas terapêuticos com médicos psiquiatras e psicólogos. De acordo com o P6, a participação em grupos de ajuda mútua de valorização da vida auxilia o indivíduo a solucionar problemas e prevenir o suicídio:

Eu participava do CVV [centro de valorização da vida] online, porque a gente conversa sobre tudo e sobre a doença. Como não tenho mais internet, estou indo nas reuniões presenciais deles toda semana, cada um fala sobre o que quiser, mas se não quiser falar pode só escutar. São duas horas de conversa que ajudam a resolver os nossos problemas e valorizar a vida e não pensar em suicídio. (P6)

Participo de atividades de artesanato no CRAS [centro de referência de assistência social], estou fazendo chinelos decorados, caixinhas decoradas e cestas para colocar chocolate. Eu gosto muito de ir lá, porque me ajuda a passar o tempo e não ficar pensando em besteiras. (P12)

Estou participando de um programa terapêutico com a psicologia e a psiquiatria em uma universidade. Gosto de sair e participar de atividades porque ocupa a minha cabeça. (P19)

Os participantes apontaram que a presença de espiritualidade e religiosidade apresenta-se como uma das principais fontes de alívio dos sofrimentos vivenciados e de esperança para uma vida melhor. Frequentar a igreja fomenta, a eles, sentimentos de tranquilidade, paz interior, ânimo e motivação para a realização do uso de psicofármacos e do tratamento:

Eu vou uma ou duas vezes por semana nos cultos. A igreja é uma forma de me ajudar a melhorar também. [...] Só vou à igreja quando meus pensamentos estão organizados, lá eu recebo a palavra de Deus e isso faz bem para mim, sinto tranquilidade. Eu me sinto muito fortalecida no meu tratamento quando vou a igreja e sinto mais vontade de vir aqui no CAPS e fazer as atividades e até de tomar os remédios. (P1)

Esses dias fui a igreja e fiquei um pouco mais animada para viver a minha vida e de ter uma vida melhor sem todos os meus problemas. Quando não vou a igreja já fico mais desanimada e sem vontade para fazer nada. [...] Lá você escuta a palavra de Deus, coisas boas que não é para temer a nada e nem ninguém. [...] Isso me ajuda porque eu tenho síndrome do pânico e essas palavras me tranquilizam. (P2)

Eu vou a igreja quatro vezes por semana. Eu gosto de cantar na igreja, minhas filhas me acompanham. Deus é minha principal fonte de ajuda. (P12)

Vou a igreja uma vez por semana e eu me sinto muito bem, pois me dá uma paz interior. (P24)

Quando não estou bem vou conversar com o pessoal da igreja. Vou a igreja evangélica uma vez por semana e também na casa de um irmão onde eles fazem a reunião. A igreja me ajuda porque converso com as pessoas e me sinto melhor ao desabafar e também por estar fazendo uma atividade. (P25)

5.2.4 Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos

No tratamento medicamentoso, a partir das vivências, os participantes identificaram múltiplas influências que facilitam a manutenção do uso de psicofármacos, bem como influências que dificultam e desfavorecem a continuidade do tratamento.

As facilidades identificadas estão relacionadas, precipuamente, ao apoio dos profissionais de saúde e do CAPS quanto ao auxílio ofertado pelos técnicos de referência, equipe de enfermagem, médicos psiquiatras, bem como pelos profissionais da UBS. Ademais, o apoio familiar também foi identificado como favorecedor à manutenção do uso de psicofármacos, principalmente a partir do incentivo e da participação ativa no tratamento do seu ente e do financiamento dos medicamentos.

As dificuldades vivenciadas pelos participantes se relacionaram à dificuldade de conseguir receita médica e consulta com o psiquiatra, à rotatividade dos profissionais de saúde, à dificuldade em estabelecer um esquema terapêutico, ao número diminuto de atividades desenvolvidas no CAPS, a problemas financeiros, à dificuldade na autoadministração de psicofármacos, bem como a falta de incentivo e acompanhamento familiar.

5.2.4.1 Reconhecendo as facilidades para a manutenção do uso de psicofármacos

O apoio dos profissionais de saúde foi citado por favorecer o uso regular de psicofármacos. Para os participantes, os técnicos de referência os auxiliam na organização e supervisão do uso dos medicamentos, os orientam e tiram dúvidas sobre o tratamento medicamentoso a partir de embasamento científico, agendam consultas com o psiquiatra de acordo com a necessidade.

O técnico de referência foi percebido pelos participantes como o profissional da área da saúde responsável pelo monitoramento do indivíduo e do tratamento, que incentiva e auxilia na manutenção do uso regular dos medicamentos. De acordo com o P2, este profissional impulsiona o tratamento ao inserir a família no processo de reabilitação a partir de contato telefônico ou de reuniões para discutir o tratamento e o uso de psicofármacos:

A minha técnica de referência me ajuda muito, principalmente a organizar os remédios. [...] E quando não consigo consulta com o psiquiatra, ela pega as receitas médicas para mim. Sempre quando tenho dúvidas sobre os medicamentos e até mesmo com a letra do médico é com ela que converso, ela me escuta bastante e tira as minhas dúvidas. [...] Outra coisa que acho muito legal que ela conversa bastante com a minha família, principalmente para saber se estou tomando certo os remédios. Às vezes conversam por telefone ou minha irmã vem aqui nas reuniões. (P2)

Comecei a piorar de novo e não estava com vontade de vir para o CAPS e nem de tomar remédio, porque tinha muita tristeza, não queria interagir e nem fazer nada. A minha técnica me ajudou a melhorar bastante, principalmente pelo controle dos remédios e conversando comigo. (P6)

A minha técnica de referência tira as minhas dúvidas sobre os remédios. Ela é muito boa e me ajuda bastante quando preciso. (P7)

A minha técnica de referência é uma pessoa bastante esclarecida e me tira muitas dúvidas sobre os remédios. Ela explica muito bem e até aprofunda o assunto. Ela é muito profissional. (P20)

Quem me ajuda bastante é minha técnica de referência, principalmente para pegar as receitas médicas e marcar consultas com o psiquiatra. [...] Ela também percebe quando eu falto aqui no CAPS ela percebe e vai conversar comigo, pergunta se estou tomando os remédios e me orienta. (P21)

Ademais, os participantes explanaram que os técnicos de referência também assessoram o tratamento medicamentoso ao realizar a escuta ativa e a conversa terapêutica a partir do vínculo de confiança, entre profissional e paciente, que considere as especificidades e as angústias de cada indivíduo e os estimulem a melhorar.

A presença de um técnico de referência para o P24 é imprescindível para a manutenção do tratamento, pois ele acredita que, sem o vínculo e a ajuda deste profissional, possivelmente não estaria tomando os medicamentos, agravando o quadro clínico e aumentando a necessidade de internamento:

Minha técnica de referência é muito boa, me ajuda muito no tratamento. Ela é muito atenciosa e escuta os meus problemas. (P2)

Quem me ajuda muito no tratamento é a minha técnica de referência, só confio nela para falar sobre a minha vida. Ela sempre me ajuda e aconselha quando as vozes aparecem. Com esses medicamentos, as visões e as vozes diminuem, mas não somem completamente e ela me ajuda a trabalhar isso. Ela é muito boa comigo, conversa bastante e me aconselha bastante. (P3)

Eu gosto de fazer o tratamento aqui, porque minha técnica de referência é bem paciente comigo e escuta o que eu falo, me incentiva bastante e acredita em mim. Acho que se não fosse a ajuda dela eu não estava tomando os remédios por causa dos efeitos ruins e estaria pior, internada no hospital psiquiátrico. Aqui no CAPS eles me dão conselhos e se eu precisar de ajuda sei que eu posso contar com eles. (P24)

Quem me ajuda sempre é a minha técnica de referência. Ela conversa bastante comigo e me incentiva a sempre melhorar e ir para frente. Fala palavras boas para eu não desanimar. Além disso, me ajuda com os remédios, porque quando está próximo da data de pegar a receita ela me lembra. (P25)

A equipe de enfermagem oportuniza melhores condições para o uso de psicofármacos ao supervisionar, monitorar e organizar os medicamentos diariamente, bem como ao esclarecer dúvidas. Os pacientes verbalizaram que quando se esquecem ou negligenciam o uso dos medicamentos, quando chegam ao CAPS, recorrem ao posto de enfermagem para conseguir as doses necessárias:

Quando estou em dúvida sobre alguns medicamentos pergunto para as técnicas de enfermagem, principalmente se eles causam algum tipo

de efeito colateral. Elas sempre me orientam. [...] Esses dias cheguei ao CAPS e tinha esquecido de tomar o remédio em casa, a equipe de enfermagem me ajudou e me deu os remédios. (P1)

Quando eu venho ao CAPS e esqueço de tomar o remédio em casa ou quando acaba o remédio, vou ao posto de enfermagem e as enfermeiras me ajudam. Elas já providenciam o remédio para eu não ficar sem. (P2)

Aqui no CAPS eles me ajudam muito nessa questão de organização dos medicamentos, se não fosse o CAPS eu não conseguiria tomar regularmente. Eles separam o medicamento para mim. (P5)

Quando eu chego aqui no CAPS as enfermeiras já perguntam se eu tomei o remédio. Nos dias que eu não tomo elas me dão aqui os remédios. (P8)

A equipe de enfermagem, que fica ali no posto de enfermagem, sempre me ajuda quando preciso. Sempre conversam comigo para saber como estou e também separam a medicação para mim. (P24)

O estabelecimento de uma boa relação e de um vínculo entre o paciente e o médico psiquiatra interfere de modo positivo no uso regular de psicofármacos. Os participantes expressaram que o tratamento medicamentoso eficaz depende prioritariamente da abertura do psiquiatra em escutá-los e atendê-los de acordo com as suas angústias e receios, bem como ao estender a subjetividade de cada um à prescrição de psicofármacos.

A prescrição médica de maneira discutida e negociada com os portadores de transtorno mental, considerando os receios, as condições financeiras e os efeitos colaterais, foi mencionada pelos participantes como favorecedor da manutenção do tratamento medicamentoso. Externaram, também, a importância da orientação do psiquiatra em relação à indicação do medicamento prescrito, dos horários, das interações e, principalmente, dos efeitos colaterais:

Na consulta com o psiquiatra, ele sempre me pergunta como estou me sentindo, como está funcionando os medicamentos. Ele sempre escuta o que eu falo. Esses dias eu até pedi para diminuir um pouco o número dos comprimidos, porque estava tomando muitos remédios que até me confundia. Por causa disso ele trocou alguns e mudou as doses, agora não me confundo mais. (P3)

A relação que eu tenho com o psiquiatra é muito boa, ele me ajuda e me orienta sobre os medicamentos. Eu estava com problemas de memória e ele me explicou que possivelmente eram dos remédios e que logo passaria e realmente passou. [...] Ele considera as coisas que eu falo, porque ele queria me receitar a Clozapina só que é um remédio de alto-custo e eu tinha medo de ficar com leucemia pelos efeitos colaterais que ocasionam. [...]. Conversei com ele sobre este receio e ele não receitou mais. (P5)

Hoje me consultei com o psiquiatra eu me senti bem à vontade com ele, pelo profissionalismo, de escutar e não ir direto para a prescrição. Ele queria me receitar o Diazepam, mas eu não queria tomá-lo porque tive muitos efeitos colaterais. Então chegamos a um acordo de utilizar outro remédio e fazer o acompanhamento e verificar como ele vai fazer efeito no meu organismo. (P20)

O psiquiatra é muito dez, gosto muito dele. Ele escuta e quer realmente saber como você está. Se ele percebe que a gente está errada em alguma coisa, ele ajuda e orienta a mudar de ideia. [...] Ele é um psiquiatra que primeiro escuta, para depois receitar os remédios, ele não é como aqueles médicos que quando entra no consultório a receita já está pronta. [...] Ele é atencioso, escuta e me orienta o que o medicamento vai fazer ou vai deixar de fazer, explica tudo. (P22)

A realização do tratamento no CAPS e a convivência diária com outros portadores de transtorno mental auxilia na manutenção do tratamento e na motivação para o uso de psicofármacos. No CAPS, ao se relacionar e interagir com seus semelhantes, o indivíduo partilha dos mesmos problemas de vida e percebe que não é a única pessoa que vivencia o mesmo sofrimento, fomentando sentimento de tranquilidade e segurança, bem como alívio por não sofrer preconceito e discriminação:

Gosto de vir aqui no CAPS porque consigo conversar com as pessoas, sei que é todo mundo igual a mim, que também tomam remédios e não vão me tratar diferente e me chamar de louca. (P3)

Conviver com os pacientes que tenham o mesmo problema que eu, contribui para a evolução do meu quadro, do meu transtorno e até mesmo do meu tratamento com esses remédios. [...] Ao ver as outras pessoas doentes percebo que não sou só eu que tenho esse problema, isso me tranquiliza um pouco mais. (P6)

Fazer o CAPS me deixa segura. Tenho medo de receber alta, porque aqui eu sinto vontade de conversar e estar com as pessoas e de fazer o tratamento. [...] Com a medicação junto com a psicologia consigo ter o controle da minha vida e me posicionar nos problemas. (P21)

Gosto muito de fazer o CAPS porque consigo fazer amizades aqui, todos são iguais a mim, estão com a mesma doença e utilizam remédios. Aqui não tenho vergonha de ninguém. [...] Sinto-me muito à

vontade aqui, como se fosse um lar que fico protegida. Gosto muito de vir aqui. (P22)

Além dos profissionais do CAPS, os participantes mencionaram que os médicos, a equipe de enfermagem e os agentes comunitários da UBS contribuem de modo significativo para a manutenção do tratamento medicamentoso. Estes profissionais realizam a monitorização dos exames laboratoriais para avaliar a eficácia do psicofármaco no organismo, bem como acompanham o paciente a partir da estratégia de saúde da família, com visitas domiciliares e controle da data de distribuição dos medicamentos:

A médica no posto de saúde também me ajuda bastante, ela me cuida. Ela pediu a requisição de um exame de sangue para avaliar se meu rim está funcionando corretamente por causa desses remédios. (P7)

No posto de saúde eles se preocupam comigo por causa do meu transtorno. Eles me acompanham em casa, vão a minha casa para saber como estou e porque não fui a alguma consulta. Também entram em contato por telefone. [...] Quando está próximo da data de pegar os remédios, principalmente a fluoxetina, eles me avisam para ir buscar, marcam um horário para mim e eu sempre vou. [...] Eles me orientam também, esses dias eu tomei uma dose a mais do remédio e o médico do posto me orientou que não posso aumentar porque é perigoso para o meu organismo. Disse-me que se o remédio não faz mais efeito tenho que procurar outro e não tomar a mais. Agora tomo certo. (P17)

O posto de saúde sempre me ajuda com os medicamentos, mesmo quando está em falta eles dão a metade dos remédios para não eu não ficar sem. Quando chega no posto, a equipe de enfermagem me liga e eu vou buscar, não me deixam desamparado. (P20)

O apoio da família foi mencionado pelos participantes como fundamental para o uso regular dos psicofármacos, seja incentivando ou participando ativamente do tratamento. Os familiares frequentemente supervisionam o tratamento medicamentoso, rememoram os horários predeterminados de ingestão e até mesmo mantêm contato com os profissionais de saúde do CAPS.

De acordo com o P7, os familiares apresentam facilidades para identificar modificações no quadro clínico e perceber a premência em administrar o medicamento prescrito quando necessário e entrar em contato com os serviços de saúde:

A minha família se preocupa bastante se eu tomei o medicamento. Eles me incentivam sempre a tomar o medicamento e a melhorar o meu transtorno. (P5)

Meu filho me ajuda muito também porque ele me cuida todos os dias. Quando não estou muito bem, ele chama o meu irmão para me dar mais remédios, porque é ele [irmão] que supervisiona o meu tratamento. Na minha prescrição tem um remédio que eu só tomo quando é necessário, por isso quando eles percebem que não estou bem já me dão esse remédio e eu fico melhor. [...] Quando eu não estou muito bem eles também ligam para o CAPS para conversar com eles. (P7)

Uma das minhas filhas me ajuda no tratamento. Ela levanta bem cedinho e pega a caixinha dos remédios para ver se eu tomei o remédio, se eu não tomei ela leva para eu tomar. Ela quer que eu melhore e fique normal. (P12)

A minha filha me ajuda sempre, me dá os remédios quando esqueço e também liga me lembrando de tomar. Ela quem supervisiona o meu tratamento. [...] Quando está na hora do remédio ela pega o remédio e a água para mim. [...] Todos os dias ela vai me visitar para me levar os remédios e me fazer companhia. (P15)

Minha filha que me ajuda com os remédios. Ela sempre me lembra de tomar. Às vezes quando ela sabe que vou esquecer de tomar ou quando não quero tomar, ela me leva o remédio. (P26)

A família tem participação fundamental no financiamento da assistência à saúde, principalmente ao adquirir os medicamentos para os seus entes. Alguns psicofármacos têm custo elevado e não são distribuídos pelo SUS. Por estas razões, os portadores de transtorno mental recorrem aos seus familiares, com frequência, para obtê-los:

Meu irmão e meus outros parentes que compram os remédios, cada um me dá um pouco de dinheiro. Às vezes um pede a receita e compra no outro mês outra pessoa compra. Geralmente são os meus irmãos que ajudam e até minhas amigas próximas. (P2)

Quem compra meus remédios é a minha filha. Quando ela não tem dinheiro é o meu marido. (P3)

Meu irmão que cuida das minhas finanças e do dinheiro que eu recebo. Ele administra o dinheiro e paga os remédios e o meu plano de saúde. [...] Quando falta dinheiro, minhas tias e a minha mãe me ajudam a comprar, porque não tem na unidade de saúde e são extremamente caros. (P5)

Meu marido me ajuda comprando os remédios. [...] Como não consegui o benefício da previdência social quem paga os remédios para mim é ele. Minha filha também paga às vezes. (P9)

Além do apoio familiar específico em relação ao uso de psicofármacos, os participantes verbalizaram que os cuidados despendidos pelos pais, irmãos, cônjuges e filhos também se estendem a todo o projeto terapêutico e ao ambiente domiciliar, favorecendo uma maior estruturação para o uso regular de medicamentos e o processo de reabilitação.

De acordo com os participantes, os familiares se mostram preocupados com o bem-estar de seus entes ao visitá-los diariamente, acompanhá-los ao CAPS e ao prevenir possíveis tentativas de suicídio, desde a organização da casa, até a remoção de objetos perigosos. De acordo com o P24, a relação familiar é essencial para o controle do transtorno e a manutenção no tratamento.

Ademais, externaram ainda que a participação dos familiares no tratamento e nas reuniões do CAPS com os técnicos de referência facilita a conscientização e aceitação de que o transtorno mental tem um curso crônico que requer tratamento contínuo, favorecendo as ações familiares de prevenção de crise, da inserção do seu ente na sociedade e nas atividades de vida diárias:

Quando minha família percebe que eu não estou bem, eles têm muito medo que eu tente me matar. Durante a noite eles trancam todas as portas e janelas, escondem todas as facas e garfos. Eles têm esse cuidado comigo. (P3)

Meu pai vai todo dia a minha casa para me ver, não passa um dia sem aparecer para saber como estou. [...] Ele cuida bem de mim porque tem medo que eu me mate. (P6)

Minha irmã me ajuda bastante, ela me traz aqui no CAPS porque não ando sozinha na rua. Ainda tenho insegurança, porque quando estava em crise caía no chão muito fácil, perdia o equilíbrio. (P10)

Minha mãe participa bastante do meu tratamento, principalmente quando eu estava internado aqui no CAPS. [...] Vejo que a minha família é muito preocupada comigo, antes não era tanto. Hoje com a ajuda do CAPS eles já estão aceitando a doença que eu tenho. [...] O apoio da minha família para mim é tudo. Eles me ajudam a me inserir na sociedade, me incentivam a fazer algumas atividades e as coisas da vida [...] me ajudam para eu não entrar em crise. (P16)

Quem me acompanha no tratamento é meu filho, quando eu não estou bem ele liga aqui no CAPS e conversa com a minha técnica de referência. Ele vem aqui nas reuniões com a técnica de referência. (P21)

Eu me sinto muito bem com o apoio da minha família, porque sem ela eu não seria nada e não estava melhor e nem estava fazendo

tratamento. Minha família é a base de tudo, sem ela não sou ninguém.
(P24)

5.2.4.2 Reconhecendo as dificuldades para a manutenção do uso de psicofármacos

Os participantes reconheceram diversificados aspectos que dificultam a manutenção do uso regular dos psicofármacos e que atuam de modo negativo para a não manutenção do tratamento. Dentre os aspectos intrínsecos aos serviços de saúde, que desfavorecem o tratamento medicamentoso, apresentam-se a dificuldade em conseguir as receitas médicas e consultas com o médico psiquiatra por insuficiência de profissionais para atender a demanda do serviço.

Os portadores de transtorno mental relataram ficar mais de três meses sem consulta com o psiquiatra, impossibilitados, assim, de conversar sobre os transtornos mentais e suas vivências a partir dos efeitos desses medicamentos no organismo, relativos ao aumento dos efeitos colaterais e dos sintomas de delírios e alucinações:

Eu sinto falta da consulta com o psiquiatra, há dois meses que eu não tenho consulta e só pego a receita com a minha técnica de referência. Acho complicado porque não consigo dormir e passei a ter mais visões porque na última consulta o médico retirou uns remédios. Agora não consigo falar para ele que estou pior e me sentindo muito mal. (P3)

Há 30 dias que estou tentando marcar a consulta para pegar as receitas médicas. Espero que me entreguem a tempo, porque meu remédio está acabando. Se eu não tomar eu pioro. (P15)

Faz mais de um mês que estou tendo diarreia por causa dos remédios, quando começou isso falei com a minha técnica de referência e ela ficou de marcar a consulta, mas até agora nada. No fim de semana tive que ir até a unidade 24 horas de tanta diarreia, me receitaram um remédio não adiantou. [...] Na segunda feira teve assembleia aqui no CAPS e todos os pacientes falaram sobre a dificuldade de marcar consulta com o psiquiatra. Faz três meses que entrei em tratamento aqui e só tive a primeira consulta. Têm muitos pacientes para pouco psiquiatra. (P19)

Sinto muita falta no tratamento, de não conversar com o médico e explicar direito o que estou sentindo, como está a ansiedade e a tristeza. Ao conversar com ele, ele vai perceber se será necessário mudar o remédio ou diminuir ou aumentar a dose. Deveria ter consulta com o psiquiatra ao menos uma vez por mês. (P24)

A alta rotatividade dos profissionais de saúde no CAPS implica na perda e ruptura do vínculo entre os profissionais e pacientes e até mesmo na evolução do tratamento. Ademais, devido à esta rotatividade, modificam-se constantemente a prescrição dos psicofármacos e os participantes se queixaram, inclusive, da dificuldade em estabelecer um novo vínculo com o profissional e de rememorar todos os aspectos que envolvem o transtorno mental e o seu tratamento:

A única coisa que acho ruim é que sempre muda os psiquiatras, cada vez um psiquiatra diferente me dá uma receita diferente e eu não vejo continuidade no tratamento. (P4)

Aqui não fica quase nenhum profissional, eles sempre começam a trabalhar e acaba indo embora. [...] Essa troca de pessoal é muito complicada, porque quando eles começam a conhecer a gente e o nosso problema, acaba indo embora. E começa todo esse processo novamente. [...] Antes eu tinha uma técnica de referência que eu não gostava, mas depois de um tempo começamos a nos entender e criar uma relação boa, só que ela foi embora. Isso é muito complicado, como se fosse começar o tratamento do zero. (P7)

Muda muito de psiquiatra aqui, isso é complicado porque para cada profissional que passa aqui eu tenho que falar sempre a mesma história, acaba sendo bem repetitivo e chato ficar lembrando certas coisas. (P12)

Aqui muda muito o psiquiatra e os outros profissionais, com isso a gente fica meio perdido no tratamento. Difícil para conseguir manter uma evolução no tratamento. (P16)

Dentre os obstáculos que interferem na manutenção do tratamento medicamentoso, encontra-se a dificuldade em estabelecer esquema terapêutico permanente e resolutivo em consequência da tolerância destes medicamentos ao organismo e aos intensos efeitos colaterais.

A necessidade frequente de modificar a prescrição dos psicofármacos mostra-se uma preocupação constante na vida dos portadores de transtorno mental, pois estes necessitam despender esforços para se readaptar a novas dosagens e horários, bem como conviver com a possibilidade de reincidência da sintomatologia do transtorno:

Uma coisa que me incomoda é que já mudei muito de medicamento, já tomei lítio, carbamazepina, Depakene®. O médico mudou porque a doença piorou e também porque estava com muita dor de cabeça. Acho muito ruim mudar os remédios porque tenho a impressão que volta a doença de novo, porque mexe com meu cérebro. (P6)

O médico mudou a minha receita esses dias, acho muito difícil essas trocas de medicamentos [...] Os psiquiatras sempre mudam, porque acham que o meu organismo não está bom daquele jeito com certo remédio e vão mudando. Quando pioro com o novo remédio eu paro de tomar até ter outra consulta. (P8)

Desde que comecei o tratamento eles mudam muito os medicamentos conforme eu tinha algum efeito colateral ou quando meu organismo se adaptava ao remédio e não fazia mais efeito. [...] Já tomei muito remédio. Por exemplo, a sertralina e a fluoxetina não fazem mais efeito no meu organismo. [...] Quando os remédios paravam de fazer efeito, eu tentava suicídio e os médicos aumentavam a dose ou os trocavam. Isso me desmotiva bastante. (P18)

O problema é que eles [médicos psiquiatras] sempre mudam os remédios. Acredito que seja porque eles param de fazer efeito. [...] Também já tive que mudar por causa do meu problema cardíaco, que o remédio estava acelerando muito meu coração. [...] Mudar os remédios é difícil, porque quando estou me acostumando e habituando com o remédio tenho que mudar e me adaptar novamente. (P22)

Para os participantes, o reduzido número de atividades e de grupos terapêuticos no CAPS dificulta a ocupação do tempo ocioso, favorecendo a reincidência do transtorno e dos seus sintomas, bem como a falta de motivação para a manutenção do uso de psicofármacos:

Acho que o sistema de tratamento é bom, mas deveria melhorar e ter mais atividades para fazer. Só o medicamento não adianta, precisamos ocupar a cabeça. (P21)

Sinto que os grupos terapêuticos ajudam bastante no meu tratamento e na vontade de viver e tomar os remédios. Agora aqui no CAPS diminuiu bastante os grupos e as oficinas e a gente fica um pouco ocioso, por causa disso eu recaí bastante da minha doença. (P22)

O modo como os psicofármacos são distribuídos nas UBS interferem diretamente no seu uso regular. As longas filas de espera, a falta de respeito de alguns profissionais e as modificações nas prescrições médicas desmotivam os pacientes a dar continuidade ao tratamento:

Quando vou buscar o remédio [na unidade básica de saúde] tenho que ficar esperando muito tempo na fila e não tem lugar para ficar sentada.

Fico muito nervosa, tenho vontade de jogar tudo, rasgar os papeis e sair correndo de lá. Uma vez sai de lá sem pegar os remédios. As pessoas que entregam o remédio tratam as pessoas muito mal, [...] me sinto péssima tendo que buscar o remédio. (P2)

Não gosto de buscar o remédio no posto de saúde porque o médico de lá já mudou a minha receita duas vezes e ele não pode fazer isso porque quem acompanha o meu tratamento é o psiquiatra aqui do CAPS. Acho que ele mudou porque não tinha o remédio, mas não pode trocar porque dificulta o tratamento e meu estado mental. É difícil toda vez que tenho que ir lá buscar. (P6)

Além disso, muitos psicofármacos não são distribuídos na rede pública pelo SUS, sendo necessário adquiri-los em farmácias convencionais. No entanto, muitos pacientes mencionaram não possuir renda salarial fixa, em decorrência da impossibilidade de trabalhar pelo acometimento do transtorno e por não receberem o auxílio doença da previdência social. Como consequência, não conseguem comprar os medicamentos por conta própria e manter o uso regular. Ademais, a ausência de recursos financeiros para comprá-los faz com que os indivíduos recorram a terceiros, ocasionando sentimentos de vergonha e impotência:

Tenho que comprar quatro caixas de risperidona por mês, está saindo muito caro. [...] Tenho muita dificuldade para comprar, porque não tenho dinheiro nem para tomar café da manhã. Muitas vezes tenho que pedir emprestado o remédio para outros pacientes que tem sobrando ou pedir aqui no CAPS, quando não consigo acabo não tomando. O dinheiro que eu ganho é muito pouco e tenho que pagar aluguel e alimento, não sobra nada. Parece que isso me deixa pior. (P8)

Estou comprando uns remédios, porque não tem no posto de saúde. Só que é complicado porque não tenho salário e nem benefício. Toda hora tenho que ficar pedindo dinheiro para os outros, quem compra é meu marido. Só que eu me sinto mal por pedir dinheiro porque estamos em processo de separação. (P9)

O médico passou um remédio muito caro para mim, que foi muito difícil para comprar [...] estava quase duzentos reais. Isso mexeu muito comigo. (P11)

Estou afastada do meu trabalho e não estou tendo condições de pagar mais os remédios. Quero falar com o médico sobre isso. [...] Neste último ano está sendo bem difícil comprá-los, porque só meu marido está trabalhando. Já cheguei a ficar uma semana sem tomá-los. (P18)

Gasto quase 350 reais por mês com esses remédios. Só que eu não tenho renda e não ganho benefício. Tenho que pedir ajuda para as pessoas e para a família. Quando as pessoas não podem me ajudar, fico sem tomar o remédio. (P22)

Os participantes avaliaram que, dentre os fatores que dificultam o uso regular, há a dificuldade na autoadministração destes medicamentos. Evidenciam que o número elevado de comprimidos favorece confusões posológicas e erros de administração:

Eu não consigo me organizar com os remédios sozinho porque são muitos remédios e o esquema terapêutico sempre muda. (P5)

Eu tomo muitos remédios de manhã e à noite. São muitos medicamentos, que acabo me perdendo. (P6)

Eu tomava uns vinte comprimidos por dia, oito de manhã, quatro a tarde e o resto à noite. Era tanto comprimido que eu acabava me confundindo e tomando errado. (P8)

Às vezes me confundo com os remédios. Esses dias tomei os remédios da noite no período da manhã. [...] Me atrapalho com os nomes e as cores e às vezes acabo tomando errado. [...] Cheguei a fazer confusão com os remédios, tomava um e achava que não tinha tomado e tomava de novo. (P9)

Os portadores de transtorno mental apresentaram dificuldade em realizar autoadministração dos psicofármacos e manter o uso de modo correto em decorrência de episódios de esquecimento. Eles não conseguem lembrar acontecimentos em curto prazo e, conseqüentemente, não recordam se tomaram os medicamentos no horário certo, principalmente no período diurno, e acabam por tomá-los em doses inexatas:

Tenho um problema que não consigo tomar direito os remédios. Geralmente esqueço-me de tomar os remédios umas três ou quatro vezes por mês, porque não consigo me lembrar dos remédios da manhã. (P19)

Às vezes eu não lembro se tomei ou não o remédio e fico com medo de tomar de novo. Muitas vezes já fiquei sem tomar o remédio porque não me recordava se tinha tomado ou não. Eu só tenho problema com os remédios da manhã, porque se esqueço o da noite não consigo dormir. (P21)

Eu tenho muita dificuldade em tomar o remédio, porque tenho muitos episódios de esquecimento e não lembro se tomei ou não o remédio. Agora diminuiu um pouco isso, mas antes tinha um esquecimento horrível e acabava tomando errado os remédios. (P24)

Eu tenho dificuldade de lembrar se eu tomei os remédios. Às vezes eu fico muito em dúvida, mas tomo de novo, porque não posso ficar sem. Acho que às vezes acabo tomando duas doses. (P25)

Alguns participantes revelaram que seus familiares não acreditam que seu ente possui diagnóstico de transtorno mental e não participam ativamente do tratamento. Esta falta de apoio se relaciona à falta de preocupação quanto ao quadro clínico, ao não comparecimento das reuniões familiares no CAPS e a recusa em supervisionar o tratamento medicamentoso:

A minha medicação era para ser supervisionada pela família, porque o médico não quer entregar a receita para mim, só para a minha família. Só que a minha família não participa do meu tratamento, não me ajuda em nada em relação a minha saúde. [...] A minha relação com a minha família é péssima e isso me deixa pior. (P8)

Na minha família ninguém me ajuda ninguém me acompanha no CAPS. Já teve reunião para a família, ninguém veio. Não tenho apoio de ninguém. (P13)

Eu sinto muito a falta do apoio da minha família, dos filhos. Eles nunca vêm me visitar. Eu tenho muita tristeza pela minha depressão e por causa disso [participante chora]. Eles não querem saber como estou, [...] isso que eles sabem da minha doença. (P15)

A minha família não me ajuda, porque eles acham que eu não tenho a depressão. [...] Eles vão lá em casa, mas não perguntam nada sobre a minha saúde e se estou fazendo tratamento. Eles têm carro e podiam até me trazer, mas não querem. (P17)

É comum que a família desconheça os aspectos que envolvem os transtornos mentais e o seu tratamento e que, conseqüentemente, não tenha consciência de que seu ente é acometido por um transtorno mental e que necessita de ajuda profissional. Salienta-se que alguns participantes são constantemente persuadidos pelos seus familiares a não sequenciar o tratamento medicamentoso:

A minha família não quer que eu tome esses remédios, eles acham que deixam bobo. A minha família inteira acredita que não preciso desses remédios e tentam me convencer de parar de tomar. (P13)

O meu esposo e o meu filho não querem que eu tome esses remédios, dizem que estou só me dopando e que pareço uma drogada. Eles não

aceitam o tratamento, por isso tenho que tomar escondido esses remédios. (P15)

Muitos familiares e conhecidos começavam a falar que esses remédios viciam e que iam me deixar chapada. Diziam que eu não precisava tomar, que eu estava bem. (P18)

Grande parte da minha família diz que eu não preciso tomar esses remédios de louco. Esses dias meu marido disse que o CAPS não me ajuda em nada, mas eu sei que se não fosse o CAPS eu estaria morta hoje. [...] Meu marido só atrapalha o meu tratamento, ele me diminui e humilha a todo o momento. Nossa relação é muito ruim, porque ele não entende a minha doença e nem quer entender. (P22)

6 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a vivência do uso de psicofármacos ocorre de modo singular aos portadores de transtorno mental, permeando a subjetividade, individualidade e os estados psicológicos de cada um.

De acordo com Minayo (2012), uma vivência é considerada o resultado da reflexão individual sobre uma determinada experiência. Ressalta-se que uma experiência pode ser a mesma para múltiplas pessoas, enquanto a vivência de cada indivíduo sobre o mesmo acontecimento ocorre de modo único e depende prioritariamente da personalidade, do modo de pensar e do histórico de vida individual.

Embora individual, Minayo (2012) elucida que "toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre" (p.622). Destarte, nesta pesquisa, no que concerne a vivência do uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental, ao considerar os aspectos da coletividade, emergiram as categorias temáticas que explicitam as características que permeiam esta vivência.

A vivência do uso de psicofármacos, reconhecida através da narrativa dos portadores de transtorno mental, consiste em um processo que envolve o indivíduo em sua complexidade ao compreender aspectos físicos e mentais, a subjetividade, a relação familiar e a convivência em sociedade. Ademais, esta vivência está intimamente relacionada a uma combinação de expectativas, volições, angústias e sofrimentos.

Corroborando este achado, a literatura demonstra que o ato de ingerir os psicofármacos apresenta-se, para a maioria das pessoas, como algo habitual e simples, no entanto, para os portadores de transtorno mental desvela-se como uma vivência complexa. Isso porque os efeitos não se restringem as ações bioquímicas, mas tem inferências em seus sentimentos, emoções, ações, condutas, motivações e comportamentos (VEDANA, 2011).

Por se tratar de um processo complexo, o tratamento medicamentoso é comumente influenciado por múltiplas crenças que apresentam nível de relevância distinto para cada indivíduo. Ao considerar que cada um apresenta

uma crença diferente, apenas com a escuta atenta e cuidadosa pode-se conhecer as especificidades que envolvem os pacientes e seus familiares a fim de planejar um cuidado mais eficaz (NICOLINO et al., 2011).

No entanto, a literatura demonstra que muitos profissionais de saúde se abstém das suas responsabilidades de se relacionar com os pacientes de modo afetivo e genuíno em decorrência da falta de tempo. Estes profissionais frequentemente justificam a ausência de tempo para ouvir as reais necessidades existenciais dos pacientes, sem perceber que a escuta é uma forma de cuidado humano (MOREIRA; SALES, 2010).

O mínimo de tempo despendido pelos profissionais de saúde, a partir da demonstração de atitudes de cuidado e de exclusiva atenção para com o indivíduo, não apenas a partir de uma presença física, mas de alma, mostra-se altamente relevante para minimizar as angústias dos pacientes. Faz-se necessário um tempo destinado a estar com o outro, cuidando com o que este tem em sua mente e sente em seu coração (MOREIRA; SALES, 2010).

No contexto da Enfermagem, a literatura demonstra a necessidade de aprimoramento das relações interpessoais no âmbito assistencial para aumentar a sensibilidade ao ato de escutar. Apenas com a escuta sensível torna-se possível compreender a complexidade da condição e da existência humana e ofertar um cuidado de enfermagem significativo (CAMILLO, MAIORINO, 2012).

No que concerne aos efeitos positivos relacionados ao tratamento medicamentoso com psicofármacos, os resultados obtidos nesta pesquisa coadunam com os achados na literatura ao considerar que estes medicamentos melhoram os sintomas do transtorno mental, previnem episódios de recaída e internamento, melhoram o desenvolvimento de atividades e fortalecem as relações familiares e interpessoais (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; NICOLINO et al., 2011; VEDANA, 2011; VEDANA et al., 2013; XAVIER et al., 2014a; XAVIER et al., 2014b).

Uma pesquisa desenvolvida com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em serviços de saúde mental e seus familiares, no Estado de São Paulo, destacou que os pacientes consideram os psicofármacos como recurso terapêutico efetivo para aliviar e minimizar os sintomas do

transtorno. Com isso, o tratamento medicamentoso passa a ser visualizado, para os pacientes, como uma estratégia que reduz os sofrimentos, limitações e desgastes procedentes do transtorno mental (VEDANA et al., 2013).

Os portadores de transtorno mental, ao vivenciarem o uso destes medicamentos, apresentam expectativas de ter uma vida melhor sem sofrimentos, angústias e instabilidades emocionais e comportamentais. De acordo com Xavier et al. (2014a), o tratamento medicamentoso é compreendido como fator de relevância para o processo de reabilitação e até mesmo equiparado a resolução de problemas internos e a maior motivação e disposição para viver.

Ademais, uma pesquisa desenvolvida em um município de Pernambuco com portadores de transtorno mental constatou que, para os participantes, a ação dos psicofármacos no organismo incita relevantes alterações de comportamento, percepção e pensamento, que os auxiliam a minimizar a sintomatologia e resolver os seus problemas em todos os âmbitos da vida (GUERRA et al., 2013).

Os principais benefícios destes medicamentos relacionam-se à estabilização, à remissão e à redução da sintomatologia dos transtornos mentais, sobretudo das alterações de humor, pensamento e comportamentos patológicos (SADOCK; SADOCK, 2007; SILVA et al., 2015). Coadunando a esta perspectiva, os achados desta pesquisa apontam que os preeminentes efeitos positivos dos psicofármacos se referem à organização do pensamento e à redução da ansiedade e dos sintomas psicóticos e de humor.

Ademais, a literatura explana que os portadores de transtorno mental assinalam o tratamento medicamentoso como recurso terapêutico importante, que favorece o equilíbrio emocional e a estabilização do transtorno mental, prevenindo o agravamento do transtorno e episódios de crise (NICOLINO et al., 2011).

Um dos efeitos positivos dos medicamentos mencionados pelos participantes está relacionado à disposição para o sono melhorado. Salienta-se que a ocorrência de distúrbios do sono é uma sintomatologia frequente nos

transtornos mentais, caracterizada pela dificuldade em adormecer e pelo despertar no meio da noite (MARTINS; KUHN, 2013).

Acredita-se que a volição intensa de dormir uma noite de sono enseja amortecer os sentidos dos indivíduos e tornar a realidade vivenciada menos angustiante ou até mesmo mais suportável frente aos problemas existenciais que enfrentam cotidianamente. Em contrapartida, não conseguir adormecer e não esquecer os problemas da vida suscita mais sofrimentos intensos, uma vez que não conseguem entrar em um sono curativo (ALVARENGA et al., 2015). Para os portadores de transtorno mental, o uso de ansiolíticos demonstrou ser fundamental para minimizar estes sofrimentos vivenciados.

O uso de medicamentos também se mostrou intimamente relacionado aos sentimentos de segurança e de controle sobre as suas vidas. Uma pesquisa realizada com portadores de transtorno mental em acompanhamento ambulatorial, no interior do Rio Grande do Sul, demonstrou que o uso de medicamentos proporciona aos indivíduos uma vida mais próxima da normalidade a partir da clareza de pensamento. Como consequência, conseguem ter autocontrole e desenvolver as atividades consideradas simples, as quais não conseguiam desenvolver anteriormente ao uso de psicofármacos (XAVIER et al., 2014a).

A motivação para o desenvolvimento de práticas de autocuidado demonstrou ser um aspecto significativo procedente dos efeitos do tratamento medicamentoso. O autocuidado se relaciona às atividades e ações fundamentais para a satisfação das necessidades diárias de vida, da saúde e do bem-estar, as quais são aprendidas no transcorrer da vida e se tornam hábitos. Comumente, os portadores de transtorno mental apresentam *déficit* de autocuidado em decorrência da sintomatologia que provoca prejuízos na função motora e cognitiva (CANABRAVA et al., 2012).

Além dos efeitos benéficos na saúde física e mental dos participantes, os psicofármacos também suscitam importantes efeitos positivos na convivência familiar e interpessoal, bem como no desempenho de atividades de vida diárias. Estes dados corroboram com a literatura ao evidenciar que a minimização da sintomatologia dos transtornos mentais frequentemente possibilita uma

comunicação mais efetiva, fortalecendo o relacionamento interpessoal com familiares e amigos, bem como o convívio em sociedade (VEDANA, 2011; XAVIER et al., 2014a).

Um estudo realizado com 15 portadores de transtorno mental, com objetivo de conhecer as experiências destes frente à utilização de psicofármacos, evidenciou que os pacientes possuem consciência do sofrimento que suscitaram em seu núcleo familiar durante o período da exacerbação dos sintomas do transtorno. A utilização dos medicamentos representa a eles uma melhora do convívio e da reestruturação familiar a partir dos efeitos de tranquilidade e calma (XAVIER et al., 2014b).

Ademais, explicitam que o tratamento medicamentoso também é compreendido pelos portadores de transtorno mental como oportunidade de favorecer o relacionamento interpessoal e reaver a confiança e o vínculo de amizade, tendo em conta que os tornam menos irritados e agressivos. Nesta perspectiva, os pacientes apreendem que frequentemente uma boa relação com a família, amigos e sociedade está intrinsecamente relacionado ao uso regular dos medicamentos (XAVIER et al., 2014b).

O uso de psicofármacos também suscita maior disposição e motivação ao portador de transtorno mental para desempenhar atividades laborais, de estudo e lazer, oportunizando a melhora da qualidade de vida e a reinserção do indivíduo em seu contexto social (MIASSO, 2006; VEDANA, 2011).

Corroborando este achado, pesquisas evidenciam que o tratamento medicamentoso é percebido como um suporte na realização das atividades diárias (VEDANA, 2011; XAVIER et al., 2014a). Isso porque os sintomas psiquiátricos comumente incitam prejuízos e comprometimento no desenvolvimento de atividades (VEDANA, 2011).

Os resultados obtidos quanto aos efeitos positivos do uso de psicofármacos coadunam com uma pesquisa desenvolvida com pacientes diagnosticados com esquizofrenia e seus familiares, ao apresentar como efeitos, a melhora no bem-estar subjetivo, nos relacionamentos, melhor socialização e disposição para realização de atividades. Como consequência, o tratamento

medicamentoso simboliza um alívio ao minimizar os sofrimentos e os incômodos ocasionados por este transtorno (VEDANA, 2011).

Ao considerar que a vivência de exacerbação de sintomas e das interações ocasionam impactos negativos na vida dos portadores de transtorno mental e de seus familiares, os indivíduos concluem que realmente necessitam destes medicamentos para viver uma vida com menos sofrimento e mais próxima da normalidade, frente aos efeitos considerados benéficos (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

Nesse sentido, quando o medicamento é visualizado como algo essencial e fundamental em suas vidas, os pacientes tendem a apresentar mais disposição para o tratamento (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

Ressalta-se os psicofármacos, do mesmo modo que minimizam a sintomatologia dos transtornos mental e previnem crises e interações, desencadeiam, ao mesmo tempo, intensos efeitos colaterais, tais como: cefaleia, tontura, vertigem, náusea, êmese, pirose e alterações metabólicas (ANDRADE; BOSI, 2015). Esta perspectiva vai ao encontro das narrativas dos participantes desta pesquisa, quando verbalizam que os medicamentos ocasionam reações extrapiramidais, alteração na memória e na imagem corporal, disfunção sexual, entre outros.

Todos os portadores de transtorno mentais que participaram desta pesquisa relataram vivenciar, em algum momento da vida, efeitos negativos procedentes do uso de psicofármacos. Para alguns deles, os efeitos colaterais ocasionam intensos impactos e limitações nas suas vidas, pois, ao vivenciá-los, percebem que a sua própria identidade fica comprometida ao não ter uma boa qualidade de vida e não conseguir desempenhar seus papéis na vida pessoal e social.

No que diz respeito aos efeitos extrapiramidais, estes são ocasionados por várias classes de psicofármacos, mas são frequentemente associados ao uso de antipsicóticos, que suscitam distonia, discinesia, acatisia e parkinsonismo (SADOCK; SADOCK, 2007; DAMÁSIO; CARVALHO, 2011; PELUSO et al., 2012). Estes efeitos também são evidenciados em outras pesquisas como

impactantes na vida dos indivíduos (NICOLINO et al., 2011; VEDANA et al., 2013).

A literatura aponta que alterações no movimento são efeitos que ocasionam aos pacientes o sentimento de impotência por não terem controle sobre seu próprio corpo, bem como de vergonha por apresentarem movimentos chamativos que contribuem para aumentar o estigma do transtorno na aceção do termo: o indivíduo que apresenta estes efeitos carrega em si o símbolo do transtorno (MATEUS, 2013).

Com intuito de corrigi-los, frequentemente utilizam-se outros medicamentos da classe de anticolinérgicos e anti-histamínicos, os quais, no entanto, nem sempre se caracterizam como uma conduta possível frente aos possíveis riscos de interações medicamentosas (MATEUS, 2013; FONSECA; GONDIM; FONTELES, 2014).

Os efeitos colaterais são as condições mais frequentes para a interrupção do tratamento medicamentoso: ocorre com 80% dos pacientes (NICOLINO et al., 2011). Eles oscilam de acordo com a composição química de cada medicamento e de suas ações farmacodinâmicas e farmacocinéticas no organismo e tendem a ser mais exacerbados no início do tratamento, amenizando ou cessando no transcorrer do tempo (SADOCK; SADOCK, 2007; ANDRADE; BOSI, 2015).

Uma pesquisa desenvolvida na Austrália, com objetivo de explorar a experiência dos indivíduos ao vivenciar os efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos, explanou que cada indivíduo apresenta entre seis e sete efeitos colaterais, os quais ocasionam grande impacto negativo em suas vidas (MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015a).

A vivência dos psicofármacos afeta de modo significativo o cotidiano do portador de transtorno mental por ocasionar relevantes consequências físicas e emocionais. Os efeitos comumente ocasionam intensos desconfortos, comprometem a autoestima, limitam as atividades diárias e principalmente afetam e modificam a identidade pessoal (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Alguns participantes relataram que, ao utilizar o medicamento, apresentam a sensação de estar em contenção química e sem raciocínio. Este retrato parece estar associado à prescrição de psicofármacos que são, ainda, ministrados em doses mais elevadas, objetivando a contenção química (NOIA et al., 2012).

A dificuldade em realizar atividades que exigem concentração, raciocínio e memória foi atribuída, pelos participantes, como procedentes dos efeitos colaterais dos medicamentos. Concatenando aos resultados, estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, com objetivo de avaliar o efeito combinado entre os psicofármacos e o comprometimento cognitivo em adultos mais velhos, demonstrou forte associação entre o uso destes medicamentos e um acentuado declínio cognitivo (WRIGHT et al., 2009).

Em contrapartida, estes referidos efeitos também podem ser atribuídos a permanência da sintomatologia dos transtornos mentais que suscitam, sendo frequentes a alteração de memória, a concentração e o raciocínio (SADOCK; SADOCK, 2007). Ressalta-se que os participantes apresentam dificuldade em compreender se aquilo que vivenciam é procedente da sintomatologia do transtorno ou dos efeitos dos psicofármacos.

O aumento do peso corporal, também em decorrência do uso de psicofármacos, foi a principal queixa das mulheres. A fisiopatologia do aumento de peso ocasionado pelo uso destes medicamentos não está completamente elucidada na literatura, mas as hipóteses estão relacionadas ao aumento da compulsão alimentar, alterações nos neurotransmissores serotoninérgicos e até mesmo nas modificações metabólicas dos indivíduos (CORDAS; KACHANI, 2010).

Um estudo de revisão de literatura explanou que os psicofármacos apresentam propensão ao ganho de peso e anormalidades metabólicas, intensificando, assim, o risco para a obesidade, diabetes *mellitus*, síndrome metabólica e disfunções cardiovasculares (CHANG; LU, 2012).

Este aumento de peso ocasiona comprometimento com a imagem corporal, a qual se caracteriza por sentimentos, pensamentos e percepções sobre o seu próprio corpo, refletindo bem-estar e satisfação com a vida

(VALENÇA; GERMANO, 2009; CALUËTE et al., 2015). Comumente as pessoas possuem em sua mente um padrão corporal idealizado e quando se distanciam dele, apresentam conflitos internos que comprometem a autoestima (VALENÇA; GERMANO, 2009). Este efeito colateral exacerba ainda mais os sofrimentos e as angústias vivenciadas pelo portador de transtorno mental.

Quando o indivíduo apresenta propensão a aumento de peso, os psiquiatras podem optar por prescrever outros psicofármacos que não apresentem este efeito. Caso não seja possível, os profissionais de saúde devem auxiliá-los a prevenir o aumento de peso a partir do acompanhamento do índice de massa corporal, dos hábitos alimentares e dos estilos de vida, bem como atentar aos fatores de risco metabólicos procedentes de cada medicamento (MORETIN-ALDABE et al., 2013).

No que concerne aos efeitos colaterais dos psicofármacos na sexualidade, assim como explanado pelos participantes, a literatura evidencia a presença frequente da disfunção sexual no uso contínuo de antipsicóticos e antidepressivos a partir do surgimento de episódios de anorgasmia, dificuldade de atingir o orgasmo e diminuição da libido (SADOCK; SADOCK, 2007).

A disfunção sexual é uma das condições mais frequentes nos pacientes que realizam tratamento medicamentoso com antipsicóticos, com prevalência de 45 a 80% no sexo masculino e de 30 a 80% no feminino (PARK; KIM; LEE, 2012). Salienta-se que, para indivíduos que utilizam antidepressivos inibidores de reabsorção de serotonina, esta prevalência também se equipara ao considerar que 30 a 80% destas pessoas apresentam algum tipo de disfunção sexual (RIZVI; KENNEDY, 2013).

Um estudo que avaliou as mudanças ocorridas na vida dos portadores de transtorno, em decorrência do tratamento recebido em um CAPS de Minas Gerais, constatou que, após o início do tratamento, os pacientes apresentaram piora, prioritariamente, na sexualidade e na saúde física. Para estes autores, a problemática sexual possivelmente resulta dos efeitos colaterais procedentes do tratamento medicamentoso (COSTA et al., 2011).

As disfunções sexuais suscitam prejuízos na autoestima e na autoconfiança dos indivíduos em decorrência da diminuição da qualidade de vida

pelo descontentamento do desempenho nas relações sexuais, medo de fracasso e de novas decepções, induzindo a insatisfação no ato sexual, diminuição ou inexistência de encontro sexual, a ausência de intimidade com o parceiro e, até mesmo, em alguns casos, o término do relacionamento (GALATI et al., 2014).

Consequentemente, pesquisas apontam que os efeitos na sexualidade são um dos preeminentes motivos que favorecem a baixa adesão ao tratamento medicamentoso (PARK; KIM; LEE, 2012; RIZVI; KENNEDY, 2013). Isso porque as disfunções sexuais extrapolam os aspectos físicos ao incitar problemas no âmbito emocional, laboral, nos relacionamentos afetivos, familiares e sociais (GALATI et al., 2014). Com os efeitos na sexualidade, os portadores de transtorno mental passam a vivenciar mais desgastes, além dos já vivenciados pela sintomatologia do transtorno.

Outro efeito negativo, vivenciado pelos portadores de transtorno mental no uso de psicofármacos, se relaciona a não redução por completo de todos os sintomas do transtorno mental. Nesta perspectiva, uma pesquisa desenvolvida com 27 pessoas com diagnóstico de depressão, elucidou que uma das maiores limitações do tratamento medicamentoso se relaciona a não redução por completo dos sintomas da depressão (IBANEZ et al., 2014).

Considerando as limitações e os desgastes procedentes da vivência dos efeitos negativos dos psicofármacos, os portadores de transtorno mental apresentam-se constantemente ambivalentes em relação ao tratamento medicamentoso (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA, 2011; VEDANA; MIASSO, 2014).

O conceito de ambivalência foi introduzido na prática clínica em saúde mental pelo psiquiatra Eugen Bleuler, em 1911, em suas pesquisas sobre características e sintomatologias de esquizofrenia. Este termo passou a ter uma ampla utilização por Sigmund Freud na psicanálise e remete a uma condição da psique pelo qual o indivíduo apresenta concomitante tendências, atitudes, sentimentos e ideias opostas relacionados a um objeto, uma pessoa e uma situação específica, principalmente ao sentimento de amor e ódio (ZIMERMAM, 2001; BLEULER, 2005; TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FERES-CARNEIRO, 2013).

Esta ambivalência se apresenta em três domínios classificados em: voluntário, quando o indivíduo, ao mesmo tempo, quer e não quer alguma coisa ou situação; intelectual, no qual o indivíduo afirma concomitantemente uma proposição e seu oposto; e afetivo, momento simultâneo em que se ama e odeia uma pessoa ou algo (BLEULER, 2005).

A ambivalência emocional apresenta-se inata ao ser humano e se manifesta em maior ou menor intensidade em cada indivíduo (FREUD, 2006). Está intimamente relacionada às mais diversificadas vivências e experiências referentes a amizades, paternidade e maternidade, relacionamentos afetivos e amorosos e outras situações de vida. Ademais, mostra-se fundamental para auxiliar na constituição do ser humano, uma vez que origina o sentimento de culpa e a imprescindibilidade de reparação e reconstrução de seus atos e pensamentos, mecanismos mentais necessários nas interações humanas (KLEIN, 1996; VERÍSSIMO, 2009; TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FERES-CARNEIRO, 2013).

Nesta pesquisa, a ambivalência mostrou-se evidente nas narrativas dos participantes ao externarem ideias, emoções e expressões contraditórias quanto ao uso dos psicofármacos, ao considerar os efeitos que estes ocasionam em todos os âmbitos de suas vidas. Os efeitos positivos e negativos proporcionam o conflito entre utilizar e ou não os psicofármacos, apresentando um papel central nos comportamentos relacionados ao tratamento.

Corroborando este achado, pesquisas apontam que os portadores de transtorno mental expressam o sentimento de ambivalência em relação ao uso de psicofármacos (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA, 2011; IBANEZ et al., 2014; VEDANA; MIASSO, 2014).

Pesquisa desenvolvida com 36 familiares e 36 pessoas com esquizofrenia em tratamento em serviços de saúde mental no interior de São Paulo elucidou que o fenômeno de utilizar os psicofármacos é expresso constantemente pela ambivalência, uma vez que o paciente se conscientiza da necessidade destes para estabilizar o quadro clínico e para o processo de reabilitação, conquanto, apresenta simultaneamente efeitos desagradáveis (VEDANA; MIASSO, 2014).

Considerando esta ambivalência, pesquisa desenvolvida na Austrália com portadores de transtorno mental em tratamento com antipsicóticos evidenciou que a maioria dos pacientes que estão adaptados à vivência dos efeitos negativos aderem mais facilmente ao tratamento medicamentoso (MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015b).

Enquanto os pacientes que vivenciam intensos efeitos colaterais e não percebem a melhora da sintomatologia e do sofrimento ocasionado pelo transtorno mental tendem a não acreditar nos efeitos positivos dos mesmos e optam por não utilizar os medicamentos de modo regular (NICOLINO et al., 2011).

Ressalta-se que um estudo, realizado com pessoas com transtorno afetivo bipolar e seus familiares, em um ambulatório de transtornos do humor no estado de São Paulo, identificou que as causas da ambivalência vivenciada em relação ao uso de psicofármacos prescritos procedem da vivência das crises do transtorno, da percepção da necessidade dos medicamentos e da vivência dos efeitos negativos (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

Para os autores supracitados, conviver com as perdas e o sofrimento resultante das vivências de episódios de crises e de frequentes internações mostra-se imprescindível para a tomada de consciência em relação a necessidade do tratamento medicamentoso. Em contrapartida, a vivência de intensos efeitos colaterais resulta em alterações físicas, emocionais e interpessoais e, como consequência, implicam no surgimento da ambivalência, que permeia toda a trajetória dos portadores de transtorno mental, o que corrobora com algumas narrativas desta pesquisa (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

Os psicofármacos são constantemente expostos em um contexto amplo de intensas significações, delimitados por fatores negativos como sofrimentos, obrigação, presença de um transtorno, bem como fatores positivos expressos pela remissão do transtorno e controle dos episódios de crises, melhor convívio entre familiares e pessoas (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA; MIASSO, 2014).

Para minimizar estes sentimentos, os profissionais de saúde devem estar capacitados para auxiliá-los a minimizar e confrontar esta ambivalência. A literatura evidencia que a utilização de abordagens pelos profissionais voltadas a preleções, argumentações, indagações e advertências não são eficientes no tratamento de pessoas que possuem algum pensamento e comportamento ambivalente, tendo em vista que se apresentam, comumente, resistentes a iniciativas bem-intencionadas que exijam algum tipo de modificação de pensamento, conduta e de estilo de vida (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Os profissionais de saúde devem utilizar a comunicação terapêutica respeitosa e efetiva para auxiliar os pacientes a explanarem e resolverem a sua ambivalência a partir das suas próprias motivações, energias e comprometimento para a melhora do quadro clínico (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Salienta-se que uma estratégia eficaz para manejar a problemática da ambivalência no uso de psicofármacos é a Entrevista Motivacional (EM), na qual os profissionais de saúde intentam auxiliar o indivíduo a tomar uma decisão sobre a realização de um comportamento benéfico a partir da avaliação equilibrada acerca das vantagens e desvantagens que envolvem este processo de mudança comportamental (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Coadunando a este exposto, estudo clínico randomizado com objetivo de investigar o efeito da EM sobre adesão ao tratamento medicamentoso com antipsicóticos em pacientes esquizofrênicos evidenciou que a utilização desta estratégia auxilia na resolução da ambivalência em pessoas do sexo feminino, mais jovens e com duração do transtorno mais curto. Elucida-se que a utilização da EM mostra-se eficaz frente a melhores índices de adesão ao uso de antipsicóticos (BARKHOF et al., 2013).

Ademais, outros estudos apontam a imprescindibilidade da utilização de estratégias de tratamento que minimizem os efeitos colaterais dos psicofármacos, com intuito de resolver a ambivalência e favorecer o uso regular destes medicamentos (FUKUDA; STEFANELLI, 2008; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; VEDANA et al., 2013).

No entanto, a literatura demonstra que os profissionais de saúde comumente não abordam no planejamento terapêutico a avaliação dos efeitos colaterais, dificultando a adesão ao tratamento pelos portadores de transtorno mental. Como consequência, evidencia-se a premência em introduzir a rotina de avaliação dos efeitos colaterais no planejamento de cuidados aos pacientes nos serviços de saúde mental (MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015a).

Os profissionais de saúde precisam realizar estratégias para identificar de modo precoce os efeitos colaterais dos psicofármacos, com intuito de implementar cuidados e intervenções visando minimizá-los e eliminá-los. Apresenta-se fundamental que os portadores de transtorno mental e seus familiares sejam informados e orientados quanto a possibilidade de ocorrência destes efeitos, bem como das condutas a serem realizadas no aparecimento dos mesmos (NICOLINO et al., 2011).

As angústias ocasionadas pelos efeitos negativos do uso de psicofármacos parecem ser o ponto de partida para os portadores de transtorno mental repensarem suas existências, momento em que redefinem o que almejam e o que não almejam vivenciar, determinando, assim, a relação que estabelecem com o tratamento medicamentoso.

Nesse sentido, os resultados demonstraram que o uso irregular dos psicofármacos ocorre pela busca exasperada de uma solução para minimizar os efeitos negativos vivenciados. Deste modo, para obterem o alívio dos sofrimentos ocasionados pelo transtorno mental e tratamento medicamentoso, por vezes não seguem corretamente a prescrição médica ou a modificam sem o consentimento do psiquiatra, acreditando ser a única solução viável. Esta perspectiva também foi evidenciada em outros estudos (CARDOSO; GALERA, 2009; NICOLINO et al., 2011; SHIRAMA; MIASSO, 2013; ALVARENGA et al., 2015).

Pesquisa realizada em um núcleo de saúde mental da cidade de Ribeirão Preto (SP), com 167 portadores de transtorno mental em uso de psicofármacos, demonstrou que 60% dos pacientes utilizam os medicamentos de modo irregular (CARDOSO; GALERA, 2009). Esta prática repercute grande risco para ocorrência de recaídas, necessidade de internamentos, eficácia

limitada, efeitos colaterais, intoxicação e até mesmo dependência (CARDOSO; GALERA, 2009; OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011).

Outra pesquisa realizada em um hospital do município de São Paulo evidenciou que, mesmo conscientizados do benefício dos medicamentos no seu quadro clínico, os pacientes os utilizam de modo irregular ou abusivo (FREITAS; PÜSCHEL, 2013).

Ressalta-se que os medicamentos representam relevante valor simbólico para os indivíduos, valor este determinado por significados sociais e culturais associados a eles, que transcende aos cuidados terapêuticos, favorecendo o seu consumo irregular (SILVA et al., 2011a).

Ademais, acredita-se que a alteração da prescrição também é utilizada como modo de autorregulação dos psicofármacos a fim de avaliar a gravidade do transtorno e da sintomatologia, bem como verificar se conseguem permanecer estáveis sem eles ou com uma posologia reduzida (NICOLINO et al., 2011).

Ao utilizar irregularmente os medicamentos, o indivíduo intenta avaliar a sua própria condição de saúde objetivando superar o estigma de ter um transtorno mental, haja vista que utilizar diariamente os medicamentos se apresenta como uma reafirmação constante da presença de uma condição crônica (NICOLINO et al., 2011).

Os participantes desta pesquisa mencionaram que aumentam a dose dos psicofármacos por conta própria quando não se sentem bem. Esta perspectiva também se mostrou evidente em estudo realizado com acadêmicos de medicina que utilizam antidepressivos (n=33), o qual evidenciou que 6,1% dos participantes aumentaram ao menos uma vez a dose prescrita e 3% aumentam frequentemente ao não observarem a melhora (RIBEIRO et al., 2014).

Além do aumento da posologia, uma pesquisa qualitativa com objetivo de compreender os significados que os idosos atribuem as experiências referentes ao consumo de benzodiazepínicos, explanou que a presença de efeitos indesejáveis e a percepção de ingerir altas doses favorece a redução do medicamento pelo paciente sem o consentimento de algum profissional de

saúde (ALVARENGA et al., 2015). Esta perspectiva vai ao encontro com os resultados obtidos nesta pesquisa.

A redução da dose dos medicamentos, por receio dos efeitos que estes podem suscitar em suas vidas, bem como por acreditar que a dose é elevada, possivelmente se relaciona com a falta de informação e conhecimento dos participantes quanto ao tratamento medicamentoso.

Pesquisa desenvolvida em unidade básica de saúde de um município de Santa Catarina, da qual participaram 70 pacientes após a realização da consulta médica, com objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos pacientes acerca do seu tratamento medicamentoso, constatou que 64,4% deles apresentavam conhecimento insuficiente sobre o esquema terapêutico após a consulta médica, sendo que 40% destes não sabiam informar a dose e a frequência de administração (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011).

Esta perspectiva também é evidenciada em estudo que teve como objetivo caracterizar pacientes com transtorno afetivo bipolar em tratamento com lítio, em um ambulatório de saúde mental no interior de São Paulo, o qual elucidou que 52,8% dos pacientes apresentavam conhecimento considerado pouco satisfatório no que diz respeito à dose dos psicofármacos utilizados (SOUZA et al., 2013).

Ademais, ressalta-se que o modo como o paciente se relaciona com o tratamento medicamentoso é permeado por crenças individuais e pela experiência de conviver com as sintomatologias da doença e com os cuidados diários despendidos para a estabilização do quadro clínico. Sugere-se que os pacientes definem as suas ações em relação ao uso de medicamentos a partir dos conhecimentos que adquire das suas vivências e não necessariamente dos conhecimentos técnicos e científicos (FREITAS; PÜSCHEL, 2013).

Considerar as crenças do paciente, quanto às suas convicções sobre os medicamentos, apresenta-se relevante para a manutenção do uso regular. Estas crenças desenvolvem-se a partir dos conhecimentos do senso comum sobre as doenças e das vivências e expectativas relacionadas à necessidade e a efetividade do tratamento (PEREIRA; PEDRAS; MACHADO, 2013).

Uma pesquisa desenvolvida com 387 portadores de uma doença crônica, demonstrou que pacientes que apresentavam crenças acerca dos efeitos nocivos e uso excessivo de medicamentos apresentavam menores índices de uso regular. Acredita-se que sentimentos de receio e ansiedade concernentes aos medicamentos comumente levam ao uso incorreto (PEREIRA; PEDRAS; MACHADO, 2013).

Os participantes mencionaram utilizar os psicofármacos prescritos de outrem para melhorar os sintomas e a angústia. Uma pesquisa desenvolvida em um hospital geral de São Paulo, acerca do consumo de psicofármacos em pacientes da clínica médica e cirúrgica, apontou que algumas pessoas já realizaram em algum momento da vida a autoadministração destes medicamentos sem o consentimento médico, sendo adquiridos por intermédio de familiares (SHIRAMA; MIASSO, 2013).

Acredita-se que, para realizar a autoadministração, os indivíduos confrontam a orientação recebida por profissionais de saúde, com aquelas obtidas pelo senso comum e por campanhas publicitárias (SILVA et al., 2011a).

Embora banalizada, esta prática pode ocasionar intensos prejuízos à saúde do indivíduo e ao seu tratamento, ao ocultar sintomas e condições de saúde grave, enfermidades iatrogênicas, retardo de diagnóstico e de tratamento efetivo, risco de importantes interações medicamentosas, efeitos colaterais, intoxicação e até mesmo abuso destas substâncias (CASTRO et al., 2013). Esses prejuízos se exacerbam ainda mais na automedicação de psicofármaco ao considerar a sua ação farmacológica prioritariamente no SNC (SADOCK; SADOCK, 2007).

Considerando o uso irregular dos medicamentos, os participantes também externalizaram que utilizam os medicamentos de modo abusivo como meio de ponderar e fugir dos sofrimentos ocasionados pelos transtornos mentais, resultando muitas vezes na dependência destas substâncias. Salienta-se que o uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas comumente decorrem das dificuldades que os indivíduos possuem em enfrentar os problemas de vida, por conseguinte, buscam nos efeitos destas substâncias uma fuga da realidade vivenciada (DIEHL et al., 2011; CZARNOBAY et al., 2015).

Dentre os medicamentos mais utilizados na prática clínica de saúde mental, os benzodiazepínicos são considerados os mais propensos a desenvolver o uso abusivo e a dependência pelo efeito positivo e imediato de minimizar a ansiedade e induzir o sono (SADOCK; SADOCK, 2007; DIEHL et al., 2011).

Ressalta-se que, através do uso exacerbado, alguns dos participantes vivenciaram a dependência destas substâncias ao considerar a presença de episódios de intensa fissura e de síndrome de abstinência. Corroborando este exposto, estudo desenvolvido em um município no Estado de São Paulo, com objetivo de compreender crenças e valores relacionados ao uso indevido de benzodiazepínicos, evidenciou que os portadores de transtorno mental convivem frequentemente com sintomas de abstinência dos medicamentos e expressam não conseguir viver sem o uso contínuo destes (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Ademais, o estudo supracitado elucidou que os participantes também sentem compulsão pelo medicamento, bem como apresentam intensa angústia e sofrimento ao perceberem que os comprimidos estocados estão acabando e ainda não há receita médica para reposição (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

A dependência de psicofármacos caracteriza-se como um processo contínuo que comumente ocasiona intensos problemas de gravidade variada em cada pessoa e está intimamente relacionado a aspectos intrapessoais e interpessoais (DIEHL et al., 2011; APA, 2014; CZARNOBAY et al., 2015; ALVARENGA et al., 2015).

Conceitualmente, a dependência de qualquer substância psicoativa caracteriza-se como a permanência e sinais e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos procedentes do consumo de alguma substância, que comumente procede em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo (DIEHL et al., 2011; APA, 2014; CZARNOBAY et al., 2015).

Ressalta-se que o uso de substâncias psicoativas, quando considerado compulsivo e incontrolável, frequentemente está associado a efeitos nocivos no âmbito clínico, laboral, familiar e social, incitando vários prejuízos ao indivíduo (CAPISTRANO et al., 2013; FERREIRA et al., 2015). Acredita-se que o uso

abusivo dos psicofármacos oferta aos portadores de transtorno mental alívio momentâneo dos sofrimentos vivenciados, no entanto, posteriormente intensificam-se os prejuízos a longo prazo.

Ademais, os participantes explanaram que a não manutenção do tratamento medicamentoso também procede da permanência da sintomatologia do transtorno mental, principalmente pelo sentimento de desânimo e tristeza. Coadunando a estes dados, uma pesquisa desenvolvida com 27 pessoas diagnosticadas com depressão em um serviço de saúde mental no interior de São Paulo, evidenciou que os pacientes sintomáticos apresentaram-se mais propensos a interromper o tratamento medicamentoso e a ingerir outros medicamentos não prescritos (IBANEZ et al., 2014).

O estudo citado anteriormente explana que os pacientes depressivos, ao vivenciarem sintomas de desesperança, falta de motivação, de disposição e concentração, ideação suicida, lentificação e dificuldade de tomada de decisão, apresentam comprometimento no desenvolvimento de atividades e, como consequência, manifestam dificuldade para a autoadministração dos psicofármacos prescritos de modo regular (IBANEZ et al., 2014).

Alguns participantes externalizaram associar uso de bebidas alcoólicas ao tratamento com psicofármacos. Uma pesquisa desenvolvida com 360 mulheres de unidades básicas de saúde de Barbacena (MG) evidenciou forte associação entre transtornos mentais e o consumo de bebidas alcoólicas. Entrementes, evidenciaram que as participantes que fazem uso de álcool utilizam mais psicofármacos quando comparados aos que não realizam esta prática (VIDAL et al., 2013).

Acredita-se que as bebidas alcoólicas, por serem de fácil acesso, são utilizadas pelos portadores de transtorno mental com intuito de aliviar os sintomas psíquicos (VIDAL et al., 2013). O consumo de álcool é inerente aos contextos individuais, sociais e culturais e justifica-se pelos efeitos imediatos que o consumo desta substância ocasiona, tais como desinibição e melhora do humor. Ademais, aumenta a concentração nos acontecimentos de vida imediatos e minimiza a sensibilização aos problemas de vida diários e aos

eventos futuros, por conseguinte reduz os estresses e as angústias vivenciadas (BERG et al., 2010; VIEIRA et al., 2014).

Entretanto, a ingestão de bebidas alcoólicas concomitante ao tratamento com psicofármacos é uma prática contraindicada, uma vez que as duas substâncias apresentam sua ação prioritariamente no SNC e incitam a potencialização dos efeitos e o agravamento do quadro clínico (SADOCK; SADOCK, 2007; DIEHL et al., 2011). Os principais efeitos relacionados a esta interação se relacionam ao aumento do efeito depressor, a intoxicação, redução da atividade psicomotora, *déficit* de memória e em alguns casos necessidade de hospitalizações por depressão da função respiratória (SADOCK; SADOCK, 2007).

A literatura demonstra que muitos pacientes iniciam o tratamento medicamentoso, mas poucos o conseguem manter por um longo período (BULLOCH; PATTEN, 2010; CARDOSO et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014). Nesta pesquisa, os participantes mencionaram interromper o uso de medicamentos ao menos uma vez no transcorrer do seu tratamento em decorrência dos efeitos negativos dos psicofármacos.

Há ocasiões em que o portador de transtorno mental julga os sofrimentos e as angústias vivenciadas pelo uso de psicofármacos como um processo árduo e laborioso, difícil de suportar, impelindo-o a interromper o tratamento medicamentoso frequentemente. A volição do indivíduo de não utilizar os medicamentos se intensifica a partir da vivência dos efeitos colaterais, da crença que o tratamento é ineficaz ou desnecessário e até mesmo para observar a si próprio quando está sem o efeito do medicamento (VEDANA et al., 2013).

Estudo desenvolvido com portadores de transtorno mental, assistidos em um serviço ambulatorial de saúde mental no interior do Estado de São Paulo, constatou que os pacientes sintomáticos possivelmente apresentam-se mais propensos a não aderir ao tratamento psicofarmacológico, de modo a interromper o consumo. Nestes casos, os medicamentos podem até ser empregados como um método para tentativa de suicídio (IBANEZ et al., 2014).

Além dos fatores atribuídos nesta pesquisa para a interrupção do tratamento medicamentoso, pesquisa desenvolvida em uma unidade básica de saúde com estratégia de saúde família de Recife (PE) constatou que alguns pacientes, ao perceberem a redução da sintomatologia com o tratamento medicamentoso, têm a ideia ilusória de que estão curados e conseqüentemente interrompem o uso de medicamentos e o tratamento (COUTINHO; SOUSA, 2011).

Uma pesquisa de revisão sistemática, com objetivo de avaliar a adesão medicamentosa ao tratamento em pacientes com esquizofrenia, constatou que a utilização de modo irregular está correlacionada a um número elevado de recaídas, reinternações e necessidade de tratamento em dispositivos de urgência e emergência (SILVA et al., 2012). Isto não ocasiona somente o agravamento do quadro clínico e do prognóstico, mas também onera elevados custos com tratamentos e apresenta risco iminente de vida ao portador de transtorno mental que comumente apresenta comportamento suicida.

Os portadores de transtorno mental se inserem em um contexto em que, mesmo conscientes da possibilidade de uma reincidência do transtorno mental, preferem utilizar os psicofármacos de modo errôneo, em busca de solução rápida e eficaz que minimize todos os problemas e os sofrimentos vivenciados. Contudo, este uso irregular comumente não ocasiona o efeito esperado e, como consequência, os participantes vivenciam o processo de exacerbação dos sintomas do transtorno mental, inúmeras tentativas de suicídio e reinternações frequentes em hospitais psiquiátricos.

Para minimizar a problemática do uso irregular, esforços nacionais e internacionais são despendidos para promover o uso racional de medicamentos a partir de políticas públicas, as quais preconizam que os pacientes recebam os medicamentos mais adequados para sua condição clínica, pelo tempo adequado, na posologia correta que satisfaça as especificidades do indivíduo e com menor gasto possível (BRASIL, 2001a; OMS, 2002).

A indução do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o incentivo autoadministração, práticas recorrentes na sociedade brasileira, são aspectos que elevam a busca por medicamentos. Como consequência, faz-se

necessária a promoção do uso racional por intermédio de reorientação de práticas profissionais e da construção e desenvolvimento de um processo educativo para os pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2001a).

As estratégias para incitar a redução do uso irregular e aumentar o uso racional devem englobar a educação em saúde da população, maior supervisão e fiscalização da comercialização de medicamentos com e sem prescrição médica e melhoria na acessibilidade de serviços de saúde (BRASIL, 2001a; OMS, 2002; ZANELLA; AGUIAR; STORPIRTIS, 2015).

A educação em saúde sobre o tratamento medicamentoso é uma das estratégias mais eficazes para a promoção do uso racional, a qual pode ser implementada de modo individual ou coletiva, favorecendo mudanças comportamentais para a melhoria e o restabelecimento das condições de saúde. As ações educativas na área de saúde englobam um processo de ensino-aprendizagem de diferenciados aspectos que envolvem a promoção e prevenção de doenças e agravos, considerando os conhecimentos e as crenças da população (DANDOLINI et al., 2012).

Especificamente no tratamento com os psicofármacos, a educação em saúde engloba as orientações e as trocas de informações sobre o uso adequado dos medicamentos, principalmente no momento da dispensação destes, enfatizando sobre o uso regular, os cuidados necessários, as interações medicamentosas, os efeitos colaterais, os cuidados de armazenamento, a alimentação e os exames laboratoriais de rotina. Estas ações educativas apresentam-se essenciais na atenção à saúde, ao possibilitar a identificação, reparação e redução de possíveis riscos concatenados ao tratamento medicamentoso (ZANELLA; AGUIAR; STORPIRTIS, 2015).

Como demonstraram os resultados, os portadores de transtorno mental, ao vivenciarem os efeitos negativos procedentes do uso de psicofármacos, buscam estratégias para auxiliar o uso regular destes medicamentos e o processo de reabilitação, as quais se relacionam a cuidados específicos para manutenção do uso regular e a utilização de outros recursos terapêuticos.

Salienta-se que todas as estratégias desenvolvidas pelos portadores pacientes e profissionais de saúde contribuem para a disposição aumentada

para o tratamento medicamentoso e para a reabilitação a partir de sentimentos de segurança, esperança, alegria, felicidade, ânimo, disposição e até mesmo valorização da vida.

Corroborando este achado, pesquisa desenvolvida com pacientes com esquizofrenia e seus familiares em um serviço de saúde mental de São Paulo evidenciou que, frente ao conflito existente entre utilizar e não utilizar os medicamentos em decorrência dos efeitos negativos deste consumo, os pacientes buscam estratégias frequentemente adaptativas para obtenção de alívio dos incômodos e sofrimentos relacionados aos efeitos colaterais e aos sintomas do transtorno mental (VEDANA et al., 2013).

Dentre as estratégias, a realização de cuidados específicos para a manutenção do uso regular é frequentemente despendida pelos portadores de transtorno mental, seus familiares e profissionais de saúde. Destaca-se que o cuidado é essencial para o controle das condições crônicas e o portador de transtorno mental é um dos principais responsáveis pelo desempenho de atividades inerentes a manutenção do tratamento (CANABRAVA et al., 2012).

Os portadores de transtorno mental realizam práticas de autocuidado, as quais são definidas por um processo de tomada de decisão relacionado à busca de comportamentos para a manutenção da saúde e a resposta aos sintomas quando há alguma instabilidade (CANABRAVA et al., 2012). Salienta-se que todas as ações de autocuidado realizadas pelos participantes estão voltadas ao restabelecimento da saúde, a fim de reduzir os efeitos colaterais e os possíveis danos que o tratamento com psicofármacos pode ocasionar.

Dentre os cuidados despendidos pelos participantes, salienta-se o uso de antiulcerosos em jejum e a ingestão de alimentos antes de administrar os psicofármacos a fim de prevenir os efeitos colaterais de dispepsia e pirose. Ressalta-se que, entre os portadores de transtorno mental crônico em uso de psicofármacos, as queixas dispépticas são altamente prevalentes pelo aparecimento de refluxo gastroesofágico, fazendo-se necessário a utilização de medicamentos que protejam a mucosa gástrica (TAYLOR et al., 2010).

Nesta perspectiva, estudo realizado com portadores de transtorno mental em um ambulatório em uso de antipsicóticos evidenciou que dentre 352

pacientes que estavam em uso de Clozapina, antipsicótico atípico, 74 realizavam concomitante o tratamento com antiulcerosos, sendo que 67 destes iniciaram o consumo destes medicamentos após a prescrição de antipsicóticos (VEGGEL et al., 2013).

Os antiulcerosos, sendo o omeprazol o mais utilizado na atualidade, demonstram efeitos benéficos no tratamento de disfunções dispépticas e na proteção da mucosa gástrica, bem como pela possibilidade de ser utilizado por um longo período. Ademais, estão frequentemente associados ao uso exacerbado de outros medicamentos, objetivando minimizar ou cessar os possíveis efeitos colaterais que estes ocasionam no sistema digestivo (TERASSI et al., 2012; LEHNE, 2013).

Ressalta-se que os participantes mencionaram que um dos principais cuidados relacionados ao tratamento medicamentoso é a realização de exames laboratoriais, os quais são requisitados pelos profissionais de saúde.

A utilização contínua de alguns psicofármacos necessita de supervisão direta a partir de exames laboratoriais periódicos para avaliar as suas ações no organismo. Assim como evidenciado nos resultados, destaca-se que o carbonato de lítio é um dos principais medicamentos que requer monitorização contínua a partir da avaliação dos efeitos colaterais e do controle rigoroso das concentrações séricas desta substância no sangue (DELATTRE et al., 2015).

Isso porque, embora eficaz, o carbonato de lítio tem risco potencialmente elevado para intoxicação e variação de concentrações séricas e de excreção desta substância, possibilitando a ocorrência de intensos efeitos colaterais e relevantes alterações clínicas, tais como nefrotoxicidade, hiperparatireodismo e hipercalcemia. Como consequência, a monitorização sérica apresenta-se relevante para a segurança do paciente e garantia da eficácia do tratamento medicamentoso (SADOCK; SADOCK, 2007; OLIVEIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2013).

Embora relevante, uma pesquisa desenvolvida com 36 pacientes em tratamento com lítio em um serviço ambulatorial do interior de São Paulo, evidenciou que nenhum dos participantes atingiu a proporção de realização de duas litemias durante o ano, as quais são preconizadas pela literatura (SOUZA

et al., 2013). Em consonância a esta perspectiva, os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam que, quando os profissionais se esquecem de requisitar a litemia, os pacientes têm o cuidado de rememorá-los.

Ressalta-se também a importância de exames laboratoriais periódicos em pacientes em uso de antipsicóticos, pois os mecanismos de ação de algum destes podem suscitar efeitos tóxicos na medula óssea, na constituição de anticorpos contra precursores hematopoiéticos ou englobar a destruição de células periféricas, ocasionando alterações hematológicas nocivas (FERREIRA et al., 2013).

Outro cuidado mencionado pelos participantes se relaciona à realização de estratégias para lembrar os horários do medicamento, principalmente ao deixar o esquema terapêutico na geladeira. Corroborando este achado, uma pesquisa desenvolvida com 59 pacientes em tratamento com terapia antirretroviral demonstrou que 20,3% destes necessitam utilizar alguma estratégia para rememorar de tomar os medicamentos, destacando o uso do despertador do telefone móvel, sequenciado pelo calendário na geladeira e da administração nos horários da refeição (ROMEU et al., 2012).

Ademais, os participantes verbalizaram que os familiares e profissionais de saúde supervisionam os medicamentos ao separar e entregar os medicamentos nos dias estipulados para auxiliá-los na manutenção do uso regular. De acordo com Fortes et al. (2014), a administração da medicação oral supervisionada comumente é indicada a portadores de transtorno mental com baixa adesão ao tratamento ou dificuldade na autoadministração, evitando que o indivíduo tenha posse de número elevado de comprimido e que utilize de maneira abusiva ou como um instrumento para uma tentativa de suicídio.

Salienta-se que a estratégia da medicação supervisionada é uma prática comum na saúde mental e se assemelha a estratégia Dots (*Directly Observed Treatment Short-course*), comumente realizada no tratamento de tuberculose, caracterizada como um conjunto de estratégias político-administrativas que engloba o tratamento de modo supervisionado com o objetivo de estimular a adesão (FORTES et al. 2014).

O tratamento supervisionado consiste principalmente na administração e supervisão direta do tratamento medicamentoso por uma segunda pessoa, a qual visualiza e registra a ingestão de cada posologia prescrita (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012). No que concerne à periodicidade desta supervisão, os serviços de saúde podem apresentar diferentes modos na sua operacionalização com objetivo de atender as reais necessidades dos pacientes (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Ao considerar o tratamento medicamentoso supervisionado no âmbito da saúde mental, no CAPS deste estudo, a periodicidade da entrega e supervisão do medicamento é definida de acordo com as especificidades e necessidades de cada portador de transtorno mental. Ressalta-se que a supervisão é realizada prioritariamente pela equipe de enfermagem, a qual separa e distribui os medicamentos dos pacientes que apresentam dificuldade de manutenção do uso regular.

Ademais, uma pesquisa realizada com profissionais de saúde com atuação gerencial ou assistencial ressaltou a importância de incluir a família no tratamento supervisionado, deixando-os corresponsáveis pela supervisão da ingestão medicamentosa nos períodos que não estão no serviço de saúde (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Um estudo com o objetivo de analisar as potencialidades e limites do tratamento supervisionado na percepção de pacientes e profissionais de saúde explanou que os principais benefícios de supervisionar o tratamento se relacionam com a convicção de que os indivíduos ingeriram os medicamentos, a oportunidade diária em reforçar a importância do tratamento, ao melhor relacionamento entre profissional e paciente e a visualização da evolução do quadro clínico (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Os benefícios deste modo de supervisão também foram comprovados em uma pesquisa desenvolvida com 360 pacientes com tuberculose em tratamento medicamentoso, a qual constatou que a adesão foi 6,1% maior em indivíduos com tratamento supervisionado quando comparados aos que realizavam o tratamento autoadministrado (VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

Além destes cuidados despendidos, os participantes visualizam que somente o tratamento medicamentoso não permite a remissão por completo do transtorno mental, por conseguinte buscam outros recursos terapêuticos para aliviar os sofrimentos vivenciados e para uma efetiva reabilitação. Assim, reconheceram que o tratamento não se limita apenas a prescrições farmacológicas, mas envolve também variadas abordagens terapêuticas.

Esta perspectiva vai ao encontro com as legislações e políticas públicas de atenção à saúde mental vigentes, as quais preconizam que o tratamento deve compreender a utilização de múltiplos recursos terapêuticos para que o indivíduo seja englobado em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005).

No contexto da reabilitação psicossocial, o tratamento medicamentoso com psicofármacos é visualizado como um dos recursos terapêuticos objetivando a promoção da saúde a partir da redução da sintomatologia, bem como a reinserção social e a melhoria da qualidade de vida (FIORATI; SAEKI, 2013; KANTORSKI et al., 2013).

Acredita-se que o portador de transtorno mental que possui esta percepção apresenta melhores resultados no processo de reabilitação e reinserção social. Nesse sentido, pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde de um CAPS da região metropolitana de Curitiba evidenciou que um dos principais fatores que interferem na adesão ao tratamento, de modo negativo, é a percepção que alguns pacientes possuem de que apenas o tratamento medicamentoso promove a reabilitação, conseqüentemente, não aderem as outras atividades propostas e abandonam o tratamento (FERREIRA et al., 2015).

Ao considerar outras abordagens de tratamento, os participantes mencionaram que a participação nos grupos terapêuticos e em outras atividades propostas no CAPS os auxiliam na melhora do quadro clínico. Salienta-se que no contexto de atenção psicossocial fez-se necessária a construção e o desenvolvimento de vários recursos terapêuticos que considerem a subjetividade humana e a reinserção social através da cidadania e da autonomia, sendo os grupos terapêuticos os mais efetivos neste contexto (BENEVIDES et al., 2010).

Os grupos terapêuticos são regulamentados na atenção psicossocial, a partir da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, como atividades grupais nas modalidades de psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social (BRASIL, 2002). Estes grupos objetivam a educação em saúde, a reflexão e principalmente auxiliar o indivíduo a conscientizar-se que é um agente social (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010).

Salienta-se que esta abordagem também é frequentemente utilizada nos Estados Unidos da América como uma das principais estratégias nos serviços comunitários de atenção a pessoas com transtorno mental (JOHNSON; GIBBONS; CHRISTOF, 2011). Isso porque a utilização de abordagens grupais favorece uma atuação interdisciplinar mais apropriada a uma prática profissional mais humana, resolutiva e equânime (BENEVIDES et al., 2010).

Os grupos terapêuticos são realizados a partir da socialização, do diálogo e do convívio incitando a construção de novos conhecimentos, confiança e relacionamentos interpessoais (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011). Ademais, mostra-se um espaço de convivência em que todos os indivíduos podem trocar experiências e expor suas opiniões, volições, dúvidas e predileções, bem como fortalecer uma relação de responsabilidade e cuidado consigo mesmo (BENEVIDES et al., 2010; MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Ressalta-se que, ao participarem dos grupos, os portadores de transtorno mental compreendem informações relevantes acerca do seu transtorno e do uso de psicofármacos, fomentando maiores índices de adesão ao tratamento medicamentoso a partir aceitação gradativa do transtorno (MIASSO, 2006).

Os participantes também mencionaram que participar de oficinas terapêuticas relacionadas a atividades manuais e a passeios favorece o esquecimento dos problemas e das angústias. As oficinas terapêuticas são consideradas as atividades ocupacionais que permitem uma relação mais próxima entre os portadores de transtorno mental, proporcionando o desenvolvimento da cidadania, autonomia e liberdade (KANTORSKI et al., 2011b).

Neste contexto, pesquisa desenvolvida com portadores de transtorno mental, familiares e profissionais de saúde dos CAPS da região sul do Brasil constatou que a participação de oficinas possibilita aos indivíduos o desenvolvimento de uma fonte de geração de renda, laços de amizade, responsabilidade e, principalmente, a sua reinserção no seu meio social. Além disso, atividades de passeio e festas mostram-se fundamentais para minimizar o estigma relacionado aos portadores de transtorno mental (KANTORSKI et al., 2011b).

Ademais, eles explicitaram a melhoria do quadro clínico a partir da realização de atividades físicas, as quais são visualizadas como tratamento não medicamentoso coadjuvante na saúde mental. Corroborando ao exposto, pesquisas apontam a associação positiva entre a atividade física e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (GIRDWOOD; ARAÚJO; PITANGA, 2011; PUCCI et al., 2012).

Uma pesquisa com objetivo de demonstrar os efeitos de exercícios físicos no tratamento de mulheres com diagnóstico de depressão explicou que a realização regular de atividades físicas minimiza os sintomas de depressão, suscitando a melhoria do estilo de vida, da disposição, sensação de bem-estar, melhora na autoestima e no relacionamento interpessoal (GIRDWOOD; ARAÚJO; PITANGA, 2011). Ressalta-se que essas melhorias também foram vivenciadas pelos participantes desta pesquisa.

As atividades físicas apresentam vantagens quando comparadas ao tratamento apenas com psicofármacos, por não ocasionar efeitos colaterais e por necessitar de maior comprometimento do indivíduo. A prática de exercícios físicos suscita uma melhora significativa na autoeficácia, autoestima e autoconfiança, ao contrário de uma ação apenas passiva de ingerir um comprimido (GIRDWOOD; ARAÚJO; PITANGA, 2011). Como consequência, os dois recursos terapêuticos mostram-se complementares.

A religiosidade foi atribuída pelos participantes como recurso terapêutico por apresentar-se como uma fonte de esperança e motivação que auxilia no tratamento. Coadunando com esta perspectiva, a literatura ressalta que nos últimos anos, na atenção psicossocial, houve uma valorização dos aspectos

inerentes a religiosidade e espiritualidade como uma abordagem terapêutica que auxilia o indivíduo a minimizar o sofrimento humano, que engloba o corpo, a psique e o espírito (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

As práticas religiosas contribuem para a manutenção da saúde e a prevenção de transtornos mentais, haja vista que por meio da fé e de explicações religiosas, alguns indivíduos possuem mais facilidade em trabalhar e manejar as situações de extrema ansiedade, angústia, baixa autoestima, receios, frustrações, irritabilidade, tristeza e isolamento (MURAMAKI; CAMPOS, 2012).

Acredita-se que níveis mais elevados de religiosidade predispõem uma visão mais otimista da vida, melhor apoio social e maior resiliência para trabalhar as situações de estresse e ansiedade (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

Pesquisa desenvolvida com pessoas com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e seus familiares, em um ambulatório de saúde mental no Estado de São Paulo, explanou que a presença da fé caracteriza-se como estratégia de enfrentamento para lidar com as limitações procedentes dos transtornos mentais, favorecendo um pensar mais construtivo e confiante. Com a fé, alguns pacientes e familiares conseguem enfrentar com otimismo e esperança o presente e o futuro de modo mais resignado (MIASSO, 2006).

Ao considerar a importância da religiosidade para os participantes, faz-se necessário o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, da espiritualidade e da religiosidade como aspectos essenciais para o cuidado humano e para a promoção de saúde a alguns pacientes. Ao integrar a religiosidade na prática clínica, o profissional deve estar capacitado para determinar qual a relevância da religião na vida do indivíduo e de seus familiares e avaliar o grau de envolvimento religioso e se este se caracteriza como benéfico ou prejudicial (MURAMAKI; CAMPOS, 2012).

Quando questionados sobre a vivência de utilizar os psicofármacos, os participantes evidenciaram vivenciar constantemente múltiplas influências que auxiliam de modo positivo para a manutenção do tratamento medicamentoso, bem como influências que interferem negativamente e desfavorecem a continuidade do tratamento. Esta perspectiva também foi evidenciada em outras pesquisas que constataram que a adesão ao tratamento medicamentoso é um

processo complexo que envolve uma multiplicidade de fatores (CARDOSO; GALERA, 2009; CARDOSO et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014).

Para alguns participantes, o apoio recebido por terceiros apresenta-se como um aspecto que impulsiona de modo positivo o uso regular dos psicofármacos a partir de sentimentos de motivação, segurança e confiança. Em contrapartida, identificaram concomitantemente fatores que dificultam o uso destes medicamentos, os quais geram sentimentos de desânimo, desesperança e insegurança.

Eles mencionaram que um dos principais fatores que os auxiliam na manutenção do tratamento medicamentoso é o apoio dos profissionais de saúde. Corroborando este achado, uma pesquisa desenvolvida com a equipe multiprofissional de um CAPS ad do Estado do Paraná explanou que a adesão ao tratamento está intimamente relacionada a uma relação profissional sem o uso de violência e preconceito, bem como embasada no acolhimento e no vínculo (FERREIRA et al., 2015).

Dentre os profissionais de saúde, os participantes apontaram os técnicos de referência como facilitadores do uso regular. De acordo com o Ministério da Saúde, estes técnicos são considerados os profissionais de saúde, com ensino superior completo, responsáveis pelo monitoramento do plano terapêutico singular do portador de transtorno mental (BRASIL, 2004).

Ademais, estes profissionais têm a atribuição de manter contato com os familiares e responsáveis dos pacientes e de avaliar constantemente as metas idealizadas no projeto terapêutico, dialogando com o indivíduo, a família e a equipe multiprofissional do serviço (BRASIL, 2004).

Este método de trabalho equipara-se ao *Case Management* utilizado frequentemente em serviços de saúde mental internacionais, em que um profissional se responsabiliza pela supervisão e suporte ao paciente em tratamento, avaliando as suas necessidades e proporcionando a realização de múltiplos recursos terapêuticos, internos e externos ao serviço de saúde, fundamentais para a reabilitação e manutenção da vida em seu âmbito

comunitário (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015b).

Estudos evidenciam que a presença de uma equipe de referência ou de um profissional de referência responsável pelo paciente favorece a melhora do quadro clínico e da qualidade de vida, bem como a redução da necessidade de hospitalizações a partir dos cuidados ofertados e do vínculo entre profissional-paciente (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015b).

Dentre as atribuições concernentes a estes técnicos de referência, encontram-se principalmente os cuidados voltados à manutenção do tratamento medicamentoso. Esta perspectiva é evidenciada em pesquisa desenvolvida em um serviço de saúde mental da Austrália com nove terapeutas de referência, os quais elucidaram que, ao monitorar, apoiar e orientar o uso de medicamentos, os pacientes sentem-se motivados a utilizá-los corretamente e a aceitar os seus efeitos colaterais (MORRISON; MEEHAN; STOMSKI, 2015b).

Ademais, os participantes explanaram que a relação com o técnico de referência a partir do vínculo e da confiança facilita a manutenção do uso de psicofármacos. Um estudo desenvolvido em seis CAPS da cidade de Campinas, com profissionais de saúde, portadores de transtorno mental e familiares, evidenciou que os pacientes comumente apresentam maior relação de vínculo, proximidade e de intensa confiança com os técnicos de referência, com quem se sentem mais seguros para explanar as suas vivências e os aspectos de vida considerados significativos (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Nesse sentido, os técnicos de referência são visualizados como um dos suportes mais relevantes para a manutenção do tratamento, pois a partir do vínculo construído conseguem traçar um plano terapêutico com as reais especificidades, necessidades, expectativas e volições do indivíduo (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Uma pesquisa de revisão de literatura, com o objetivo de identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso, explanou que o estabelecimento de confiança e de vínculo entre o paciente e o profissional, a partir de uma efetiva comunicação sobre o quadro clínico, interfere de modo

positivo para a manutenção do uso regular (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Estudos também demonstram que para a promoção da construção deste vínculo, o profissional de saúde deve estar aberto a considerar a subjetividade do indivíduo, valorizar as queixas, escutar ativamente e ser empático e acolher o indivíduo que busca o tratamento (BRASIL, 2009; ESTRELA; LOYOLA, 2014).

No tratamento medicamentoso, os participantes explanaram que a equipe de enfermagem os auxiliam na manutenção do uso regular ao organizar e administrar o uso destes medicamentos, bem como ao esclarecerem as dúvidas. Ressalta-se que a administração de medicamentos é uma prática inerente ao enfermeiro e a equipe de enfermagem a ele subordinada, caracterizando uma das principais atribuições do seu exercício profissional (FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

O enfermeiro também tem a responsabilidade de esclarecer e orientar o portador de transtorno mental sobre os aspectos que envolvem o transtorno e o seu tratamento (FUKUDA; STEFANELLI, 2008). Ademais, apresenta-se como profissional chave para favorecer a manutenção do tratamento medicamentoso, haja vista que permanece mais tempo próximo aos pacientes, oportunizando momentos de monitoramento de uso, ajustes de medicação, orientações, educação em saúde e demais práticas de cuidado (XAVIER et al., 2014b).

Considerando a relevância das orientações sobre o tratamento medicamentoso, uma pesquisa com indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em uma unidade básica de saúde do município de Maringá (PR) explicitou que o não entendimento dos pacientes, em relação às recomendações sobre o tratamento e o desconhecimento acerca dos aspectos que envolvem o tratamento medicamentoso é considerado determinante para a não manutenção do tratamento (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Um dos preeminentes fatores que facilitam a manutenção do uso regular, na perspectiva dos participantes, relaciona-se com a abertura do psiquiatra em escutá-los e ao estender a subjetividade de cada um ao prescrever os medicamentos.

A literatura demonstra que uma das principais insatisfações nos serviços de saúde, quanto aos profissionais da medicina, se relaciona à dificuldade de comunicação com estes e não necessariamente quanto a sua competência clínica. Deste modo, um bom relacionamento embasado no respeito a subjetividade e a autonomia eleva a satisfação do paciente e influencia de modo positivo para a melhora do quadro clínico (SADOCK; SADOCK, 2007; SILVA et al., 2011b).

Com vistas à manutenção do uso regular de psicofármacos, a prescrição destes deve ser realizada de modo responsável pelo médico psiquiatra, considerando os valores subjetivos do paciente, a história de vida, os medos, os receios e as diversidades culturais, não apenas os sintomas clínicos (KANTORSKI et al., 2013).

Salienta-se que a prescrição de medicamentos deve ocorrer a partir de uma comunicação efetiva e flexível entre os pacientes e seus familiares, de modo a escutá-los ativamente e orientá-los acerca dos aspectos que envolvem o tratamento medicamentoso (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2012; ANDRADE; BOSI, 2015).

Entretantes, devem-se valorizar as relações intersubjetivas no planejamento do projeto terapêutico e das práticas prescritivas para que estes ocorram de modo negociado, ofertando ao indivíduo poder de escolha e decisão sobre o seu tratamento (KANTORSKI et al., 2013; ANDRADE; BOSI, 2015).

A melhor decisão de tratamento medicamentoso ocorre entre o saber do profissional de saúde e do paciente, a partir de uma gestão compartilhada de cuidado, uma vez que os profissionais de saúde mental e os pacientes apresentam interpretações distintas acerca dos transtornos e do tratamento medicamentoso (DEL BARRIO et al., 2013; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Isso porque os profissionais se pautam em conhecimentos teóricos e práticos que orientam as suas práticas profissionais, enquanto os pacientes atribuem significados distintos ao uso de psicofármacos, embasados nas suas próprias experiências e vivências (VEDANA, 2011).

Corroborando este achado, uma pesquisa desenvolvida em dois CAPS do município de Fortaleza (CE), com objetivo de compreender as experiências

de pacientes quanto a qualidade do cuidado conferido pelos profissionais de saúde, explanou que alguns pacientes mesmo sentindo efeitos colaterais indesejáveis não abandonaram o tratamento medicamentoso, ao considerar a comunicação aberta e eficaz com o médico psiquiatra, a qual favoreceu a prescrição de psicofármacos mais adequada as suas especificidades (ANDRADE; BOSI, 2015).

A convivência diária com outros portadores de transtorno mental no CAPS e nos grupos terapêuticos atua como um suporte aos indivíduos ao partilharem experiências, favorecendo a manutenção do uso regular de psicofármacos. Corroborando aos achados desta pesquisa, estudo desenvolvido com 12 profissionais de saúde em cinco CAPS III do município de Santos (SP), evidenciou que os CAPS também atuam como espaço de convivência em que os pacientes partilham afetividade e experiências, favorecendo um processo de reabilitação mais efetivo (GONZAGA; NAKAMURA, 2015).

Nesse sentido, conviver com seus semelhantes auxilia os indivíduos a minimizar os sentimentos de solidão, sofrimento e isolamento social a partir da reflexão e da troca de experiência. Salienta-se que, ao vivenciar as mesmas condições de saúde e acontecimentos, os indivíduos se sentem mais seguros e confiantes em trocar confidências, sentimentos, particularidades e intimidades, com a certeza que serão compreendidos pelos seus pares (ALVAREZ et al., 2012).

Além do auxílio do CAPS, os participantes mencionaram que as UBS, principalmente as com estratégia de saúde da família (ESF), também facilitam a manutenção do uso regular dos psicofármacos. Esta perspectiva vai ao encontro com as políticas públicas de saúde mental, a partir da lógica do apoio matricial, da corresponsabilidade do cuidado entre a equipe da UBS e do CAPS, a qual favorece a adesão ao tratamento a partir da ampliação do compromisso profissional com a promoção da saúde e da facilitação da comunicação (BRASIL, 2011b).

Uma pesquisa com objetivo de descrever as estratégias utilizadas por enfermeiros da unidade básica de saúde com ESF, no cuidado de pacientes em sofrimentos psíquicos, explicitou que as principais estratégias realizadas se

relacionam ao atendimento grupal, acompanhamento, visita domiciliar, escuta ativa, orientações, atendimento aos familiares e, principalmente, o auxílio ao medicamento (AMARANTE et al., 2011). Estes dados vão ao encontro aos achados nesta pesquisa, uma vez que os participantes mencionaram que as visitas domiciliares e o controle de distribuição de psicofármacos favorecem o uso regular destes.

Os participantes mencionaram que o apoio familiar favorece a manutenção do tratamento medicamentoso. No que concerne à família, a literatura evidencia que esta é percebida como um sistema social que favorece o processo de formação do indivíduo, o aprendizado da convivência humana e a matriz da identidade individual. No âmbito familiar se constroem padrões de conhecimento, comportamento, crenças e valores morais, sociais, éticos, espirituais e culturais (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; MORENO, 2010; SILVA; MONTEIRO, 2011).

A família, como uma organização social, oferta meios para o desenvolvimento de seus integrantes e para a manutenção ou reestabelecimento da saúde, haja vista que se responsabiliza pelo cuidado e ressocialização dos seus membros (BORBA et al., 2011).

No contexto da saúde mental, a família assume um papel importante na reabilitação do seu ente com transtorno mental, sendo corresponsável pelo tratamento. Assim, na atenção à saúde, agregada ao protagonismo dos familiares, objetiva-se a promoção à saúde e à reinserção social do seu ente, considerando as dimensões individuais, sociais e culturais que circundam o cotidiano da vida (MIELKE al., 2010).

Especificamente no uso de psicofármacos, a família desempenha papel significativo ao auxiliar e/ou administrar os medicamentos e principalmente ao exercer uma influência expressiva nos comportamentos relacionados ao enfrentamento dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso (VEDANA et al., 2013).

Pesquisas coadunam aos resultados obtidos nesta pesquisa ao evidenciar a participação ativa dos familiares no tratamento, como um suporte para a manutenção do uso regular de medicamentos (NICOLINO et al., 2011;

VEDANA; MIASSO, 2012; VEDANA et al., 2013; BARRETO; MARCON, 2014; FERREIRA et al., 2015).

Esta perspectiva também é evidenciada em uma pesquisa desenvolvida com 18 pacientes com doença crônica em tratamento farmacológico durante o mínimo de um ano, em que a família representa aos pacientes uma fonte de segurança, apoio e de partilha de amor, afeto e respeito, facilitando o sucesso do tratamento medicamentoso e a realização de práticas de autocuidado (BARRETO; MARCON, 2014).

Corroborando os achados desta pesquisa, um estudo desenvolvido com pacientes com esquizofrenia e seus familiares, com objetivo de identificar a interação paciente-familiar quanto a adesão ao tratamento medicamentoso, explanou que os familiares auxiliam na manutenção do uso regular dos medicamentos ao supervisionar a administração destes, ao comprar os psicofármacos prescritos, ao acompanhar seus entes as consultas e aos dispositivos de saúde, bem como ao motivá-los para a realização do tratamento (VEDANA; MIASSO, 2012).

Na atenção à saúde mental, alguns psicofármacos prescritos não são distribuídos pela rede pública de saúde, por conseguinte os familiares acabam se responsabilizando pela aquisição destes, fomentando um elevado impacto no orçamento familiar. Ressalta-se que algumas famílias apresentam dificuldade em financiar os gastos com medicamentos, no entanto não deixam seus entes desamparados, uma vez que emprestam medicamentos de outros pacientes ou pedem colaboração de outros membros da família (MONSTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Os participantes mencionaram que os cuidados despendidos pelos familiares para a manutenção do tratamento medicamentoso se estendem também ao ambiente familiar. A literatura salienta que após o recebimento do diagnóstico de transtorno mental de seu ente, a família perpassa por período de adaptação, o qual requer a realização de cuidados, alterações na organização, na rotina domiciliar e no relacionamento de seus integrantes com vistas a uma efetiva reabilitação psicossocial (BESSA; WIDMAN, 2013).

No que concerne aos fatores que dificultam o uso regular de psicofármacos, os participantes referem a dificuldade dos serviços em saúde em agendar consulta com os médicos psiquiatras e conseguir a receita médica em decorrência da falta de profissionais no serviço. Estudo realizado com objetivo de avaliar a produção bibliográfica latino-americana acerca da adesão ao tratamento de pessoas com doenças crônicas de saúde explanou que fatores que dificultam o tratamento se relacionam a problemas organizacionais do serviço de saúde e a insuficiência de recursos humanos e materiais (REINERS et al., 2008).

Outra pesquisa desenvolvida em um CAPS ad da região metropolitana de Curitiba, em 2013, explicitou que a influência do serviço atua diretamente na adesão ao tratamento, pois a partir de uma infraestrutura precária muitos pacientes não se sentem motivados a dar continuidade ao tratamento, principalmente no que diz respeito à insuficiência de recursos humanos e materiais e ao ambiente desagradável (FERREIRA et al., 2015).

Em decorrência da alta demanda de trabalho imposta à equipe multiprofissional e do número diminuto de médicos psiquiatras, estes, comumente, não conseguem realizar consultas periódicas para a reavaliação do quadro clínico e da evolução dos pacientes que utilizam psicofármacos. Como consequência, acabam sendo apenas fornecedores de medicamentos (DORIGATTI et al., 2014).

A literatura aponta que, quanto maior o tempo dispensado na relação entre médicos e pacientes, maior será o tempo de troca de informações, favorecendo uma prescrição mais voltada as reais necessidades do indivíduo e ao uso regular dos medicamentos (OENNIG; OLIVEIRA; BLATT, 2011).

Outro fator inerente aos serviços de saúde que dificultam o uso regular de psicofármacos está relacionado com a alta rotatividade dos profissionais, o que desfavorece a manutenção do tratamento e o vínculo entre profissional e paciente.

Considerando o exposto, pesquisa desenvolvida com 17 profissionais de saúde de um CAPS da região sul do Brasil compreende que a rotatividade dos profissionais desfavorece as práticas de cuidado em saúde mental, as quais se

embasam, prioritariamente, na construção de vínculos duradouros entre pacientes e profissionais. Essa rotatividade pode ocasionar mudanças na organização e dinâmica do atendimento e proporcionar vínculos precários entre pacientes, equipe multiprofissional e CAPS (PINHO et al., 2014).

Salienta-se que as causas da alta rotatividade estão condicionadas a fatores objetivos e subjetivos. Uma pesquisa, com objetivo de analisar as causas da rotatividade de enfermeiros e médicos da estratégia de saúde da família em um município do RS, explicitou que a rotatividade de profissionais de saúde procede da precariedade das condições de trabalho e do vínculo empregatício, a fragmentação do processo de formação, gestão autoritária e a dificuldade em manter vínculo com a comunidade (MEDEIROS et al., 2010).

A dificuldade em estabelecer um esquema terapêutico definitivo mostrou-se um relevante aspecto que dificulta a utilização dos medicamentos de modo regular. Corroborando este exposto, uma pesquisa desenvolvida com 21 pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar em tratamento em um núcleo de saúde mental evidenciou que os pacientes que não aderiram ao tratamento mencionaram não apresentar melhora significativa no seu quadro clínico e necessitar de múltiplos reajustes na prescrição de psicofármacos (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Acredita-se que a necessidade de reajuste da prescrição dos psicofármacos de modo constante procede da vivência de efeitos colaterais ou da redução da eficácia do medicamento. A literatura evidencia que as modificações do esquema terapêutico comumente ocasionam sentimento de insegurança aos pacientes e seus familiares, por conseguinte, deve ser disponibilizado a estes indivíduos espaço de diálogo com os profissionais para partilhar seus receios e temores, bem como para serem informados acerca das motivações para a mudança na prescrição (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Dentre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso encontra-se também a burocracia e a falta de respeito de alguns profissionais nas unidades básicas de saúde. As dificuldades vivenciadas nestes serviços possivelmente estão relacionadas a presença de estigma e preconceito

relacionados aos portadores de transtorno mental e às dificuldades em acolhê-los, uma vez que os profissionais de saúde continuam a enfatizar o tratamento do corpo em detrimento da subjetividade dos pacientes (AMARANTE et al., 2011).

Nesta perspectiva, uma pesquisa desenvolvida em municípios do Ceará, com objetivo de analisar as estratégias de apoio matricial, constatou que a atenção à saúde mental na UBS ainda está voltada ao modelo biomédico de fragmentação da atenção à saúde, centrado na doença e na cura, fomentando o estigma e o preconceito aos portadores de transtorno mental (VASCONCELOS et al., 2012).

Os participantes verbalizaram que um dos preeminentes motivos que suscitam a descontinuidade do tratamento medicamentoso se relaciona a dificuldade financeira em conseguir adquirir medicamentos que não são distribuídos na rede pública.

Salienta-se que a garantia a assistência farmacêutica é um direito da população e está preconizada na legislação brasileira, a partir da Constituição Federal e da lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a qual preconiza o acesso universal as ações de promoção e recuperação da saúde como um direito social e dever do Estado, inclusive do acesso aos medicamentos (LEITE; MAFRA, 2010).

Uma pesquisa com objetivo de avaliar a capacidade aquisitiva dos indivíduos para comprar os medicamentos para tratamento de doenças crônicas e a disponibilidade destes no setor público elucidou que a acessibilidade aos medicamentos é superior a 80% na rede pública, sendo que alguns destes não são distribuídos ou apresentam disponibilidade limitada. No entanto, os pacientes que precisam financiar o seu tratamento medicamentoso apresentaram elevado comprometimento salarial, favorecendo a descontinuidade do tratamento medicamentoso para doenças crônicas (HELFER et al., 2012).

Outro aspecto que interfere de modo negativo para o uso regular de psicofármacos se relaciona à dificuldade na realização da autoadministração de

medicamentos pelo uso de múltiplos medicamentos e episódios de esquecimentos.

Coadunando este achado, um estudo desenvolvido com pacientes com diagnóstico de depressão, em um serviço ambulatorial do interior de São Paulo, elucidou que a ingestão de múltiplos medicamentos ou de uma elevada quantidade de comprimidos apresenta uma vivência diária que desfavorece o tratamento medicamentoso (IBANEZ et al., 2014). Acredita-se que a utilização de muitos medicamentos, concomitantemente, ocasiona um fator de confusão para o portador de transtorno mental, prejudicando a sua autonomia para a autoadministração dos psicofármacos prescritos (CRUZ et al., 2011).

No que concerne ao esquecimento dos medicamentos, estudo desenvolvido com 14 pacientes com esquizofrenia em tratamento em ambulatório de psiquiatria explanou que os pacientes classificados como não aderentes apresentavam comprometimento na autoadministração de medicamentos por não lembrar o horário da administração (NICOLINO et al., 2011).

Os participantes apontaram que uma das principais dificuldades vivenciadas que favorecem a descontinuidade do uso de psicofármacos relaciona-se à falta de apoio do familiar no tratamento. Acredita-se que a falta de apoio dos familiares possivelmente procede do desconhecimento de seus membros sobre a doença e o seu tratamento ou pela sobrecarga vivenciada.

Frequentemente alguns familiares vivenciam a sobrecarga e o esgotamento físico e emocional em decorrência do cuidado do seu ente acometido pelo transtorno mental, suscitando danos laborais e financeiros, alteração do sono, sentimentos de medo e angústia quanto a possibilidade de nova crise e desgastes pelas agressões verbais e físicas (BESSA; WAIDMAN, 2013). Este desgaste do familiar pode interferir em sua capacidade, habilidade, motivação, volição e paciência para ofertar cuidado e apoio aos portadores de transtorno mental (VEDANA; MIASSO, 2012).

Outro aspecto evidenciado pelos participantes como desfavorecedores do tratamento se relaciona a persuasão dos familiares para a não continuidade do uso de psicofármacos. Corroborando este achado, uma pesquisa

desenvolvida com pacientes com esquizofrenia e seus familiares, em um ambulatório de saúde mental e um CAPS do Estado de São Paulo, explanou que a falta de informação sobre o transtorno mental e a não aceitação do diagnóstico do seu ente possivelmente fazem com que os seus familiares compreendam que o tratamento medicamentoso é desnecessário, como consequência estimulam a descontinuidade do tratamento (VEDANA; MIASSO, 2012).

Salienta-se que no transtorno mental por ser uma condição crônica que não apresenta características fáceis de reconhecer e por não ter uma comprovação por exames clínicos, o indivíduo e seu familiar mostram-se resistentes em aceitar o diagnóstico e suas causas, tornando um fator que dificulta o uso regular destes medicamentos (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A falta de informação dos familiares é identificada em um estudo, que apresentou o objetivo de identificar os conhecimentos e as dificuldades de familiares de portadores de transtorno afetivo bipolar referentes ao uso de psicofármacos. Este apontou que muitos familiares não estavam capacitados para exercer esta função e não exerciam de modo adequado, pois não possuíam os conhecimentos básicos inerentes aos psicofármacos, fato este que possivelmente dificulta o sucesso do tratamento (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Para minimizar esta problemática, os familiares devem ser informados quanto aos múltiplos aspectos concernentes ao transtorno mental diagnosticado e aos psicofármacos (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010), tais como: sinais e sintomas do transtorno, manejo em casos de recorrência e recaída, nome dos psicofármacos, indicação, posologia, período de utilização, via de administração, efeitos esperados e adversos dos mesmos, entre outros (SADOCK; SADOCK, 2007; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

Ademais, os familiares necessitam ser efetivamente incluídos no planejamento do cuidado ao paciente e no plano terapêutico de medicamentos, não apenas como parceiros, mas também enquanto alvo de intervenções, como uma extensão do paciente (MIASSO, 2006). Para tanto, os profissionais devem envolvê-los durante todo o tratamento de modo a apoiá-los e orientá-los sobre os transtornos e o uso de psicofármacos, a fim de potencializar o enfrentamento

dos fatores que interferem no uso regular destes medicamentos (STUART; LARAIA, 2001; FUKUDA; STEFANELLI, 2008).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo desta pesquisa foi alcançado, haja vista que os dados emergentes das entrevistas com o portador de transtorno mental permitiram conhecer como este vivencia o uso de psicofármacos.

Este estudo permitiu elucidar a singularidade de cada participante no uso desta terapêutica e demonstrou que esta vivência constitui-se um processo dinâmico e complexo, que não abrange apenas as ações dos psicofármacos no organismo, mas compreende o indivíduo na sua subjetividade, na saúde mental e física e nos aspectos ocupacionais e interpessoais.

A vivência do uso de psicofármacos demonstrou a preocupação dos portadores de transtorno mental em buscar um viver em sua plenitude, com a repercussão no sentir-se bem e na motivação para um melhor desempenho em todos os âmbitos de suas vidas. Esta vivência extrapolou os aspectos da saúde física e mental para a subjetividade da existência e a convivência do ser humano em sociedade.

O desenvolvimento das entrevistas permitiu ao pesquisador conhecer que esta vivência ocasiona inúmeras emoções, expectativas, receios e angústias ao considerar os efeitos e os impactos que estes medicamentos ocasionam na vida dos indivíduos. Neste sentido, os portadores de transtorno mental permanecem constantemente vivenciando os efeitos dos psicofármacos.

Os efeitos considerados positivos mostraram-se intimamente relacionados à melhora do quadro clínico, remissão e redução dos sintomas, autocontrole, melhora no relacionamento familiar e interpessoal e no desempenho das atividades ocupacionais. Embora apresentem consciência dos efeitos benéficos e da importância desses medicamentos para o tratamento, os pacientes apresentam-se ambivalentes quanto ao uso, ao considerar que não suspendem todos os sintomas do transtorno mental e fomentam intensos efeitos colaterais que afetam de modo negativo todos os âmbitos de suas vidas.

Constatou-se que, ao vivenciar a ambivalência, os pacientes constroem e realizam suas ações referentes ao tratamento medicamentoso de acordo com a interpretação das vantagens e desvantagens decorrentes desta prática em

suas vidas. Ademais, a decisão pela manutenção do uso de psicofármacos parece se relacionar a partir de uma visão de como o paciente se sente como pessoa e como este medicamento influencia nas relações com o seu corpo, sua mente, seu espírito e com as pessoas que convive.

Foi possível identificar que a permanência dos efeitos negativos do tratamento com psicofármacos fomenta aos indivíduos uma conduta de modificar a prescrição médica, conseqüentemente estes acabam utilizando os psicofármacos de modo irregular. Este uso irregular, para muitos deles, parece ser uma das únicas fontes de esperança para minimizar os sofrimentos que vivenciam, demonstrando a busca exasperada para melhorar seu quadro clínico.

O uso irregular designou-se pelo aumento e diminuição da dose prescrita, autoadministração de psicofármacos prescrito a terceiros, uso abusivo e associação dos medicamentos ao uso de bebida alcoólica. Até mesmo pela interrupção do tratamento medicamentoso, que procedeu na reincidência do transtorno, tentativas de suicídio e inúmeras reinternações.

Com intuito de minimizar os efeitos negativos do uso de psicofármacos e melhorar a qualidade de vida, os resultados demonstraram que os portadores de transtorno mental e os profissionais de saúde acabam desenvolvendo estratégias para a manutenção do uso regular de psicofármacos, as quais favorecem a disposição aumentada para o tratamento medicamentoso e para o processo de reabilitação.

Estas estratégias mostram-se relacionadas a ações e atos praticados para a manutenção do tratamento medicamentoso e resolução dos problemas procedentes dos transtornos mentais no que concerne ao acompanhamento dos efeitos colaterais, cuidados alimentares e de armazenamento dos medicamentos e, mormente, na realização de medicação supervisionada por familiares e equipe multiprofissional. Entrementes, os portadores de transtorno mental buscam outras fontes de recurso terapêutico para auxiliar no processo de reabilitação, uma vez que os medicamentos não interrompem por definitivo a sintomatologia.

Identificando facilidades e dificuldades no uso de psicofármacos, os portadores de transtorno mental parecem estabelecer um nexos entre o pensamento e as ações realizadas pelos participantes acerca do tratamento

medicamentoso, auxiliando-os na escolha pela manutenção ou não do uso regular destes medicamentos.

As facilidades percebidas pelos portadores de transtorno mental se relacionam, precipuamente, ao apoio da equipe multiprofissional, do próprio serviço de saúde mental e dos familiares. Enquanto as dificuldades estão associadas à falta do apoio familiar, alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, dificuldade de conseguir consulta com o psiquiatra, de obtenção dos psicofármacos e de autoadministração.

Salienta-se que, por vezes, os participantes têm ideias contraditórias relacionadas ao uso de psicofármacos ao considerar os pensamentos externalizados e as ações realizadas. No entanto, é perceptível que todos os pensamentos, sentimentos e ações, mesmo que contraditórios, ensejam a busca de um tratamento medicamentoso efetivo, eficaz, saudável e com menos sofrimento.

Ademais, no transcorrer das entrevistas foi possível apreender que a maioria dos participantes não sabiam informar o seu diagnóstico, bem como o nome e a dosagem dos psicofármacos, sendo necessário recorrer ao prontuário para coletar os dados referentes à caracterização clínica. Outro aspecto relevante se relaciona à dificuldade do paciente em determinar se aquilo que vivencia procede da sintomatologia do transtorno ou do tratamento medicamentoso, sendo muitas vezes incompreensíveis estas delimitações.

Este estudo aponta a premência em desenvolver atividades de educação em saúde aos portadores de transtorno mental nos serviços de saúde, com intuito de abordar os aspectos inerentes ao tratamento de transtorno mental e ao uso de psicofármacos, para melhor sensibilizá-los e instrumentalizá-los para o uso regular destes medicamentos e a adesão ao tratamento.

Constatou-se também a importância da realização da prescrição de psicofármacos de modo negociado com o paciente ao considerar a sua existência subjetiva e as suas reais necessidades. Nesse sentido, ressalta-se a importância da implementação de grupos terapêuticos voltados ao diálogo, discussão e reflexão sobre o uso de psicofármacos, fortalecendo a autonomia

do indivíduo para que esta possa opinar, escolher e definir os aspectos que envolvam o seu tratamento medicamentoso.

Ressalta-se que os dados obtidos nesta pesquisa possibilitaram conhecer importantes aspectos relacionados a vivência do uso de psicofármacos, proporcionando subsídios para a instrumentalização de profissionais de saúde para a utilização de estratégias e recursos terapêuticos que considerem as idiossincrasias desta clientela, objetivando a diminuição dos efeitos negativos procedentes do uso de psicofármaco, a adesão ao tratamento medicamentoso, o uso racional e a melhoria da qualidade de vida.

Considerando a complexidade da vivência do uso de psicofármacos, espera-se que os aspectos demonstrados nesta pesquisa sejam aprofundados em investigações futuras, tais como estudos que abordem a vivência do uso de psicofármacos em outros serviços de saúde, com pacientes com diagnósticos específicos ou em uso de apenas uma classe medicamentosa, bem como na perspectiva de familiares e de profissionais de saúde, objetivando conhecer este processo em toda sua amplitude.

No que concerne as potencialidades da pesquisa, a realização de uma aproximação prévia com os pacientes em tratamento permitiu o estabelecimento de um vínculo de confiança com a maioria deles, possibilitando uma entrevista voltada à subjetividade e às particularidades dos indivíduos. Ademais, após o término das entrevistas, a maioria dos pacientes mostrou-se gratificada pela participação na pesquisa, pois para eles caracterizou momento de diálogo, partilha de vivência, autorreconhecimento e principalmente de alívio do sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. A. et al. Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 528-534, 2013.
- ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-259, 2015.
- ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.
- AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 887-900, 2015.
- APA. American psychiatric association. **DSM-V: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 10. ed. São Paulo: Edições 70s, 2011.
- BARKHOF, E. et al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Rockville, v. 39, n. 6, p. 1242-1251, 2013.
- BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.
- BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A.; PEDREIRA, M. L. G. **Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção**. Manual do conselho regional de Enfermagem do Estado de São Paulo e da rede brasileira de enfermagem em segurança do paciente. São Paulo: Coren/Embraensp 2012.
- BENEVIDES, D. D. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127-138, 2010.

BERG, M. J. et al. The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income areas of Greater Mumbai. **AIDS and Behavior**, New York, v. 14, supl 1, p.126-135, 2010.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013.

BLEULER, E. **Dementia praecox ou grupo das esquizofrenias**. Lisboa: Climepsi, 2005.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI L. P. Stress on families living with the reality of mental disorder. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BORBA, L. O. et al. The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOURGUIGNON, L. N.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Estado do Espírito Santo. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n.3, p. 467-473, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Lei nº 10216, de 21 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 [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 09 abr. 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad II. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **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. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, 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 [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 dez. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm> Acesso em: 22 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau_de_mental.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 02 abr. 2013b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2095, de 24 de setembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 set. 2013c.

BULLOCH, A. G.; PATTEN, S. B. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 45, n. 1, p. 47-56, 2010.

CALUÊTE, M. E.V. et al. Influência do estado nutricional na percepção da imagem corporal e autoestima de idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 319-326, 2015.

CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 549-555, 2012.

CANABRAVA, D. S. et al. Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 661-668, 2012.

CAPISTRANO, F. et al. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.18, n. 3, p. 468-474, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Mental patients and their compliance profile to psychopharmacological treatment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, 2009.

CARDOSO, L. et al. Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.5, p. 1146-1154, 2011.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARLI, R. et al. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014.

CARVALHO, M. D. A.; OLIVEIRA, E. H.; VIEIRA, L. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n.2, p. 337-349, 2010.

CASTRO, G. L. G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.6, n.1, p. 112-123, 2013.

CHANG, S. C.; LU, M.L. Metabolic and Cardiovascular Adverse Effects Associated with Treatment with Antipsychotic Drugs. **Journal of Experimental and Clinical Medicine**, Tokay, v. 4, n. 2, p. 103-107, 2012.

CHEN, H. et al. The Definition and Prevalence of Pediatric Psychotropic Polypharmacy. **Psychiatric Services**, Washington, v. 62, n. 12, p.1450-1455, 2011.

CHRISTIE, D.; CHANNON, S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in pediatric and adult populations: a clinical review. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, Oxford, v. 26, n.5, p. 382-387, 2014.

CORDAS, T. A.; KACHANI, A. T. **Nutrição em psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

COSTA, C. S. et al. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 995-1007, 2011.

COUTINHO, F. H. P.; SOUSA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 35, n. 2, p.397-411, 2011.

CRUZ, L. P. et al. Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 944-952, 2011.

CZARNOBAY, J. et al. Intrapersonal and interpersonal determinants perceived by the family as a cause of relapse in drug users. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 100-106, 2015.

DAMÁSIO, J.; CARVALHO, S. Doenças do movimento induzida por fármacos: a importância dos psicofármacos. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 24, p. 915-922, 2011.

DANDOLINI, B. W. et al. Uso racional de antibióticos: uma experiência para educação em saúde com escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1323-1331, 2012.

DEL BARRIO, L .R. et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 10, p. 2879-2887, 2013.

DELATTRE, I. K. et al. How appropriate is therapeutic drug monitoring for lithium? Data from the Belgian external quality assessment scheme. **Clinical Biochemistry**, New York, v.48, n. 9, p. 617-621, 2015.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 27-34, 2012.

DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DITADI, A. C.; COLET, C. Interações medicamentosas potenciais em ambiente hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 18, p. 29-36, 2010.

DORIGATTI, A. E. et al. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n.1, p. 113-119, 2014.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.1, p. 47-52, 2011.

DURÃO, A. N. S.; SOUZA, M. C. B. M. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 586-592, 2006.

ELSEN, I.; MARCON, S. N.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ESTRELA, K. S. R.; LOYOLA, C. M. D. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 563-567, 2014.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 6, n.2, p. 255-265, 2013.

FERREIRA, A. L. et al. Alterações hematológicas induzidas por medicamentos convencionais e alternativos. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 2, p. 94-101, 2013.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 157-164, 2015.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n.87, p. 472-489, 2014.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.

FOND, G. L'éloge de la fuite : hommage à Henri Laborit (1914–1995). **Annales Médico-psychologiques**, Paris, v. 171, n.8, p. 587-588, 2013.

FONSECA, F. N.; GONDIM, A. P. S.; FONTELES, M. M. F. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 551-561, 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FREITAS, M. T. S.; PÜSCHEL, V. A. A. Heart failure: expressions of personal knowledge about the disease. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 922-930, 2013.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.

FREUD, S. Totem e Tabu: Retorno ao Totemismo na infância. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FUKUDA, I. M. K.; STEFANELLI, M. G. Assistência de enfermagem à pessoa submetida à psicofarmacoterapia. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 206-227.

GALATI, M. C. R. et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 243-252, 2014.

GIRDWOOD, V. M. O.; ARAÚJO, I. S.; PITANGA, C. P. S. Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 35, n. 3, p.537-547, 2011.

GONÇALVES, A. M. S.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos espirituais e religiosos. **SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 61-69, 2014.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 232-243, 2015.

GOREINSTEIN, C.; ZILBERMAN, M. L. Psicofarmacologia. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 167-184.

GUERRA, C. S. et al. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade de referência para a saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 6, p. 4444-4451, 2013.

HELPER, A.P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n.3, p. 225-232, 2012.

HOUSER, J. **Nursing research: reading, using and creating evidence**. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, 2013.

IBANEZ, G. et al. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n. 4, p. 556-562, 2014.

ISTILLI, P. T. et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 421-428, 2010.

JOHNSON, J. E.; GIBBONS, M. B. C.; CHRISTOPH, P. C. Gender, race and group behavior in group drug treatment. **Drug and Alcohol Dependence**, Ireland, v. 119, n. 3, p.39-45, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. The supply and use of psychotropic drugs in Psychosocial Care Centers in Southern Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011a.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2011b.

KANTORSKI, L. P. et al. Negotiated medication as a therapeutic resource in the work process of a Psycho-Social Care Center: contributions to nursing. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, 2013.

KLEIN, M. Amor culpa e reparação. In: _____. **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921 – 1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LEHNE, R. A. **Pharmacology for nursing care**. 8. ed. Saint Louis: Saunders, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 775-782, 2003.

LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1665-1672, 2010.

MANGUALDE, A. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 235-248, 2013.

MARTINS, L. C. X.; KUHN, L. Prevalência de transtornos mentais comuns em jovens brasileiros recém-incorporados ao Serviço Militar Obrigatório e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1816, 2013.

MATEUS, M. D. Org. **Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MEDEIROS, L. B. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1521-1531, 2010.

MEDRANO, J. Las bodas de diamante de la clorpromazina. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid, v. 32, n. 116, p. 851-866, 2012.

MIASSO, A. I. **Entre a cruz e a espada**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K, G. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.4, p. 548-556, 2009.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 433-441, 2011.

MIELKE, F.B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n. 4, p. 761-765, 2010.

MIELKE, F. B.; OLSCHOLSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 762-768, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1153-1162, 2010.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, 2010.

MORAL, R. R. et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 98, n. 8, p. 977-983, 2015.

MOREIRA, R. C.; SALES, C. A. The nursing care towards individuals with diabetic foot: a phenomenological focus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 896-903, 2010.

MORENO, V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 4, p. 603-607, 2010.

MORETIN-ALDABE, B. E. M. et al. Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso corporal. **Revista Española de Nutrición Humana y Dietética**, Pamplona, v.17, n. 1, p.17-26, 2013.

MORRISON, P.; MEEHAN, T.; STOMSKI N. J. Living with antipsychotic medication side-effects: The experience of Australian mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, Deakin, v. 24, n. 3, p. 253-261, 2015a.

MORRISON, P.; MEEHAN, T.; STOMSKI N. J. Australian case managers' perceptions of mental health consumers use of antipsychotic medications and associated side-effects. *International Journal of Mental Health Nursing*, Deakin, v. 24, n. 2, p.104-111, 2015b.

MOTJABAI, R.; OLFSON, M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 67, n.1, p. 26-35, 2010.

MURAMAKI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012.

NICOLINO, P. S. et al. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.

NOIA, A. S. et al. Factors associated to the use of psychotropic drugs by community-dwelling elderly in São Paulo city. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 38-43, 2012.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

OLIVEIRA, J. L. et al. Lithium nephrotoxicity. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n.5, p. 600-606, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Promoting rational use of medicines: core components - policy perspectives on medicines**. Geneva: OMS, 2002.

_____. Organização Mundial da Saúde. **CID10: Classificação Internacional de Doenças**. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. Organização Mundial da Saúde. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva: OMS, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf> Acesso em: 29 nov. 2015.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos**. Brasília: OMS, 2005.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: OMS, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf. Acesso em: 02 abr. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

PAREEK, B.; KALIA, R. Factors affecting Non-compliance to psychotropic drugs of patients with psychosis as perceived by their family members attending the psychiatric outpatient department at selected hospital, Mangalore. **Nursing and Midwifery Research Journal**, New Delhi, v. 9, n. 2, p. 56-62, 2013.

PARENTE, A. C. M. et al. Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n.2, p. 66-73, 2013.

PARK, Y. W.; KIM, Y.; LEE, J. H. Antipsychotic-Induced Sexual Dysfunction and Its Management. **The World Journal of Men's Health**, Korean, v. 30, n. 3, p. 153-159, 2012.

PELUSO, M. J. et al. Extrapiramidal motor side-effects of first- and second-generation antipsychotic drugs. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 200, n. 5, p. 387-392, 2012

PEREIRA, M. O. et al. Profile of users of mental health services in the city of Lorena - São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012.

PEREIRA, M. G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J. C. Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n.2, p. 229-236, 2013.

PINHO, L. B. et al. Ideology and mental health: analysis of the discourse of workers in the psychosocial area. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 65-73, 2014.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 293-302, 2011.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

POLANCZYK, V. Searching for the developmental origins of mental disorders. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 6-12, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUCCI, G. C. M. F. et al. Association between physical activity and quality of life in adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 1, p. 166-179, 2012.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculosis: supervised treatment in North, West and East Health Departments of São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-461, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, A. G. et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1825-1833, 2014.

RIEKERT, K. A. et al. The development of a motivational interviewing intervention to promote medication adherence among inner-city, African-American adolescents with asthma. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 82, n. 1, p. 117-122, 2011.

RIZVI, S.J.; KENNEDY, S. H. Management strategies for SSRInduced sexual dysfunction. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, Montreal, v. 38, n.5, p.27-28, 2013.

ROCHA, B. J.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 11, p.3291-3300, 2013.

ROLLNICK S.; MILLER W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

ROMEU, G. A. et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-41, 2012.

SADOCK, B. J.; SADOCK V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAGUD, M. et al. Antipsychotics: to combine or not to combine? **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 25, n. 3, p. 306-310, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro. v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.4, p. 948-955, 2013.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Revista Psicologia da USP**, v. 17, n. 4, p. 263-85, 2006.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. The family in mental health: support for clinical nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011.

SILVA, I. M. et al. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1651-1660, 2011a.

SILVA, C. M. G. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011b.

SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012.

SILVA, T. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 112-120, 2015.

SOUZA, T. T. et al. Drug utilization research in a primary mental health service in Northeast of Brazil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 30, n. 1, p. 55-61, 2012.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. M.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140, 2013.

SOUZA, C. et al. Bipolar disorder and medication: adherence, patients' knowledge and serum monitoring of lithium carbonate. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.2, p. 624-631, 2013.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STUART, G. W; LARAIA, M. T; **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, D. et al. Use of antiacid medication in patients receiving clozapine: a comparison with other second-generation antipsychotics. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Boston, v. 30, n. 4, p. 460-461, 2010.

TERASSI, M. et al. Prevalence of drug use in institutionalized elderly: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 11, n. 1, p. 26-39, 2012.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.4, p. 659-664, 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informações de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Society for Quality in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F.; FERES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, 2013.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n.4, p.173-180, 2009.

- VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 166-175, 2012.
- VASSILEVA, I.; MILANOVA, V.; ASAN, T. Predictors of medication non-adherence in Bulgarian Outpatients with schizophrenia. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 50, n. 7, p. 854-861, 2014.
- VEDANA, K. G. G. **Convivendo com uma ajuda que atrapalha**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com esquizofrenia. 2011 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Does the interaction between people with schizophrenia and their families interfere in medication adherence? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 830-836, 2012.
- VEDANA, K. G. G. et al. Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 365-374, 2013.
- VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 670-678, 2014.
- VEGGEL, M. Clozapine and gastro-oesophageal reflux disease (GORD) – an investigation of temporal association. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Malden, v. 127, n. 1, p. 69-77, 2013.
- VERÍSSIMO, D. M. M. **Um estudo sobre a ambivalência materna em mães de crianças com alergia à proteína do leite de vaca**. 2009. 169 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.
- VIDAL, C. E. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 457-464, 2013.
- VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Compliance with tuberculosis treatment after the implementation of the directly observed treatment, short-course strategy in the city of Carapicuíba, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011.
- VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, 2014.

XAVIER, M. S. et al. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 323-29, 2014a.

XAVIER, M. S. et al. A utilização de psicofármacos em indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n.36, p. 114-125, 2014b.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Abandonment of tuberculosis treatment in the perspective of health centers managers in Belo Horizonte-MG, Brazil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 77-85, 2012.

WRIGHT, R. M. et al. Impact of Central Nervous System (CNS) Medication Use on Cognition Decline in Community Dwelling Older Adults: Findings from the Health, Aging and Body Composition Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 57, n. 2, p. 243-250, 2009.

ZANELLA, C. G.; AGUIAR, P. M.; STORPIRTIS, 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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 325-332, 2015.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário Contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

APÊNDICE 1 - CARTA CONVITE

Eu sou **Aline Cristina Zerwes Ferreira**, enfermeira, e vou desenvolver uma pesquisa sobre a **vivência do uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental** aqui no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Gostaria de saber se o(a) Senhor(a) tem interesse em participar desta pesquisa que acontecerá por intermédio de uma entrevista individual. Sua participação será muito importante para auxiliar na melhoria do cuidado ofertado aos usuários dos serviços de saúde mental.

Caso tenha interesse em participar, será necessário gravar o áudio da entrevista para facilitar a escrita dessas respostas. Além disso, será necessário a sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual declara o seu interesse em participar desta pesquisa e garante o sigilo e anonimato das suas respostas.

Caso ainda tenha dúvidas relacionadas a pesquisa sinta-se a vontade de entrar em contato pessoalmente, ou por telefone (41- xxxx-xxxx), ou por email (alinezerwes@gmail.com).

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Portador de Transtorno Mental - Estudo Qualitativo

Eu Mariluci Alves Maftum, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você a participar de um estudo intitulado "Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental", o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

a) Os objetivos desta pesquisa são: conhecer as percepções do portador de transtorno mental sobre o uso de medicamento no tratamento em saúde mental; identificar os fatores que influenciam na adesão ao uso de medicamento na percepção do portador de transtorno mental, e, verificar o conhecimento do portador de transtorno mental sobre o seu tratamento medicamentoso na saúde mental.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você durante uma entrevista gravada em dispositivo de gravação digital que dura em torno de 30 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.

d) A sua participação na pesquisa implica no risco de relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer os aspectos do tratamento medicamentoso em saúde mental que favorecem ou dificultam a adesão do portador de transtorno mental. Os resultados poderão contribuir para planejar estratégias de intervenção a fim de colaborar com a manutenção do estado de saúde dos portadores de transtorno mental e melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora Mariluci Alves Maftum, Enfermeira, Docente da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo poderá ser contatada no endereço Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR, Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar – Jardim Botânico, Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: maftum@ufpr.br, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa - _____

Pesquisador Responsável - _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto de Glória – Curitiba/PR, CEP.: 80060-240
Telefone (41) 3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o meu atendimento no CAPS.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de Pesquisa

Curitiba, ___/___/____.

Profª Drª Mariluci Alves Maftum
Pesquisadora Responsável

Rubricas:

Participante da Pesquisa - _____

Pesquisador Responsável - _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto de Glória – Curitiba/PR. CEP.: 80060-240
Telefone (41) 3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Nesta pesquisa utilizamos o termo **psicofármacos** para nos referirmos a todos os medicamentos utilizados na área da saúde mental para tratamento de portadores de transtorno mental independente do diagnóstico ou de sua gravidade. No entanto, você pode utilizar o termo que preferir para se referir ao uso de medicamentos específicos aqui no CAPS.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____ / _____

2. CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTE E DE SEU TRATAMENTO

Data de nascimento: __/__/____

Idade: ____

Sexo: () Feminino () Masculino

Situação Conjugal: _____

Diagnóstico de transtorno mental atual: _____

Idade do primeiro diagnóstico de transtorno mental: _____

Psicofármacos que utiliza: _____

Tempo que utiliza psicofármacos: _____

3. PERGUNTA NORTEADORA DA PESQUISA:

Como você vivencia o uso de psicofármacos no seu tratamento em saúde mental?

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental

Pesquisador: Mariluci Alves Mattum

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20816713.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 406.158

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa quali-quantitativo que visa estudar os fatores ligados a aderência ou não aderência às medicações psiquiátricas em usuários dos CAPS II e III de Curitiba. O projeto ocorrerá de 2013 a 2018. Além da pesquisadora principal, a equipe de pesquisa é composta por Aline Cristina Zerwes Ferreira, Leticia de Oliveira Borba, Marina Marques Fogaça. Os participantes do estudo serão os portadores de transtorno mental, os familiares e os profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência aos portadores de transtorno mental nos CAPS II e III de Curitiba/PR. Os participantes serão recrutados nas assembleias realizadas pelo serviço uma vez por semana. Os familiares dos portadores de transtorno mental serão abordados nas reuniões de família realizadas pelo serviço. O número de sujeitos portadores de transtorno mental e familiares será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão realizadas pelo menos vinte entrevistas a cada um dos grupos amostrais. Em relação aos membros da equipe de enfermagem, todos (4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem) serão convidados a participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela análise temática. A coleta dos dados quantitativos envolverá dois instrumentos estruturados, um questionário que abordará o perfil demográfico, socioeconômico e clínico e o segundo a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que serão aplicados a 550 portadores de transtorno mental, em

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 406.158

uma entrevista durando em torno de 40 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão ao uso de medicamento na perspectiva do portador de transtorno mental, de familiares e da equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco e o benefício aos sujeitos estão adequadamente descritos, após correção de pendências da primeira versão deste relatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há um TCLE para a enfermagem, familiares e usuários do estudo qualitativo e um TCLE para o estudo quantitativo.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondendo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer; 405.158

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação

CURITIBA, 25 de Setembro de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2º andar
UF: PR
Telefone: (41)3360-7259
Município: CURITIBA
CEP: 80.060-240
E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - TERMO DE VIABILIDADE DE PESQUISA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Mariluci Alves Maftum protocolou sob o número 67/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Adesão ao Uso de Medicamento pelo Portador de Transtorno Mental". (CAAE: 20816713.9.0000.0102).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu parecer de aprovação quanto à viabilidade, porém com as seguintes restrições/orientações: "a) coleta de dados no CAPS do Portão seja realizada até abril de 2014 e no CAPS Bigorriho até junho de 2014; b) a equipe destes serviços se reservará o direito de solicitar a interrupção da pesquisa se necessário for; c) deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente, as alterações citadas".

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 13 de novembro de 2013.

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS