

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Gabriela da Silva Gonçalves Loures

**PERFIL DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL**

Juiz de Fora
Mai 2024

Gabriela da Silva Gonçalves Loures

**PERFIL DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof Dr. Telmo Mota Ronzani

Co Orientadora: Prof^{ta} Dr^a Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Loures, Gabriela.

PERFIL DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE
COMUNIDADES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL /

Gabriela Loures. -- 2024.

83 p. : il.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Coorientadora: Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Saúde Mental. 2. Quilombolas. 3. Povos Indígenas. 4. Psicotrópicos. 5. Medicalização. I. Mota Ronzani, Telmo, orient. II. Baumgratz de Paula, Patrícia Aparecida, coorient. III. Título.

Gabriela da Silva Gonçalves Loures

**PERFIL DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E
INDÍGENAS NO BRASIL**

Dissertação
apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestre em
Saúde Coletiva. Área
de concentração:
Saúde Coletiva

Aprovada em 13 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins
Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Danielle Telles da Cruz
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Prof.^a Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Juiz de Fora, 24/07/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Telmo Mota Ronzani, Professor(a)**, em 13/08/2024, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Aparecida Baumgratz de Paula, Professor(a)**, em 13/08/2024, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Fernandes Martins, Usuário Externo**, em 13/08/2024, às 22:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 14/08/2024, às 17:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1881921** e o código CRC **F5CD697D**.

Dedico esse trabalho à minha família, sobretudo ao meu esposo Marco, pelo incentivo e por serem peças fundamentais na minha própria construção. Dedico ainda aos velhos amigos e aos que fiz ao longo dessa jornada. Por fim, entrego meu trabalho à ancestralidade que me permitiu caminhar sem desistir e retorno a ela os méritos dessa colheita.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com todo seu corpo docente, trabalhadoras e trabalhadores que me oportunizaram o acesso ao Mestrado e a conclusão desse processo. Agradeço ainda à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG – pela bolsa que me permitiu realizar essa empreitada e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pelo financiamento do projeto de pesquisa.

Agradeço ainda meu orientador, Telmo, que me desafiou desde o início e me fez crescer como acadêmica e como pessoa. À professora Patrícia, a quem pude confiar os meus medos e minhas angústias da vida (acadêmica e pessoal) me fazendo sobreviver mais um dia para contar essa história. De modo geral a todas e todos os professores, aos quais nutro o mais profundo respeito e gratidão por pavimentar o meu caminho. Além de todas as pessoas que vieram antes de mim e que através de seus esforços construíram as condições para que eu pudesse chegar ao fim desse ciclo como uma pessoa melhor do que quando comecei.

Agradeço infinitamente ao meu marido que com sua paciência e amor compartilha comigo seu apoio e sua vida. Agradeço especialmente ao meu pai por todo apoio que me deu ao longo da vida e ainda hoje o faz sem a menor hesitação. Esse apoio me permite alçar vôos cada vez mais altos. Agradeço a toda a minha família - de sangue ou não - pela torcida, pela compreensão e principalmente pelo afeto e estímulo em momentos decisivos que sopraram a vela do meu barco.

Por fim, agradeço aos meus gatinhos que mesmo nos momentos de dúvida e angústia arrancaram sorrisos e suavizaram os dias mais pesados.

“Por isso que os nossos velhos dizem: “Você não pode se esquecer de onde você é e nem de onde você veio, porque assim você sabe quem você é e para onde você vai”. Isso não é importante só para a pessoa do indivíduo, é importante para o coletivo.”

(Ailton Krenak)

RESUMO

O uso de psicotrópicos é atualmente uma questão de saúde pública devido ao alto consumo mundial. No contexto das populações tradicionais, a literatura sobre o uso desses medicamentos é escassa. Assim, foi realizado um estudo de prevalência sobre o perfil epidemiológico do uso de psicotrópicos em comunidades indígenas e quilombolas em Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas e Piauí. A coleta de dados utilizou questionários estruturados de respostas fechadas para entrevistar os participantes durante visitas domiciliares, e os dados foram tratados estatisticamente utilizando o programa SPSS. A população usuária de psicotrópicos nos quatro estados foi de 53 pessoas, predominantemente mulheres adultas, com poucos anos de escolaridade, mais velhas, de baixa renda e dependentes de programas sociais, sendo a classe terapêutica mais utilizada os antidepressivos. Conclui-se, portanto, que a fragilidade econômica e social é provavelmente um fator importante na determinação social do sofrimento psicológico e do uso de medicamentos psicotrópicos.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Quilombolas. Psicotrópicos. Medicalização. Saúde Mental.

ABSTRACT

The use of psychotropic drugs is now a public health issue due to high consumption worldwide. In the context of traditional populations, literature on the use of these medicines is scarce. Thus, a prevalence study was carried out on the epidemiological profile of the use of psychotropic drugs in indigenous and quilombola communities in Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas and Piauí. Data collection used structured closed questionnaires to interview participants during home visits and the data was treated statistically using the SPSS program. The population using psychotropic drugs in the 4 states was 53 people, predominantly adult women, with few years of education, older, low income and dependent on social programs and the most used therapeutic class was antidepressants. Thus, it is concluded that economic and social fragility is probably an important factor in the social determination of psychological distress and the use of psychotropic medications.

Keywords: Indigenous Peoples. Quilombolas. Psychotropics. Medicalization. Mental Health

RESUMEN

El uso de psicofármacos es hoy en día un problema de salud pública debido al alto consumo de estos a nivel mundial. En el contexto de las poblaciones tradicionales, la literatura sobre el uso de estos medicamentos aún es escasa. Por lo tanto, se llevó a cabo un estudio de prevalencia del perfil epidemiológico del uso de psicofármacos en comunidades indígenas y quilombolas de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas y Piauí. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios cerrados estructurados aplicados a los participantes durante las visitas domiciliarias. Estos datos fueron tratados estadísticamente a través del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). La población usuaria de psicofármacos en los 4 estados fue de 53 personas, siendo predominantemente mujeres adultas, con poca educación, de mayor edad, bajos ingresos y dependientes de programas sociales, siendo la clase terapéutica más utilizada la de antidepresivos. Así, este estudio resalta los impactos de las desigualdades sociales en la salud mental de las poblaciones tradicionales, históricamente vulnerables. En este sentido, refuerza la necesidad de ampliar las políticas públicas con énfasis en el desarrollo social. Y, en particular, de las políticas de salud mental dirigidas a las poblaciones indígenas y quilombolas, centradas en los territorios y en la Atención Primaria de la Salud.

Palabras clave: Pueblos Indígenas. Quilombolas. Psicotrópicos. Medicalización. Salud Mental

LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PDPs	Parcerias de Desenvolvimento Produtivo
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNM	Política Nacional de Medicamentos
OMS	Organização Mundial da Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFDPAr	Universidade Federal do Delta do Parnaíba
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
RESUMEN	10
LISTA DE ABREVIATURA	11
INTRODUÇÃO	15
1. ARTIGO 1 – MEDICAMENTO ACALMA, MAS O CUIDADO TRANSFORMA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE	18
RESUMO	18
ABSTRACT	19
RESUMEN	20
INTRODUÇÃO	21
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CNMAF)	22
APRIMORAMENTO DO CADASTRO DOS PACIENTES DE SAÚDE MENTAL	24
CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT) NOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA	25
GARANTIA DO ACESSO AOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NOS SERVIÇOS DE PSQUIATRIA OU SIMILARES (CAPS) E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EXCLUSIVAMENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	27
ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SAÚDE MENTAL; GARANTIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA; IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA ÚNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
2. OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3. MATERIAIS E MÉTODOS	42
4.1 INSTRUMENTOS	42
4.2 PARTICIPANTES	43
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	43
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	43
2. ARTIGO 2 – “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL	45
RESUMO	45
RESUMEN	46
ABSTRACT	47
INTRODUÇÃO	48
MÉTODOS	50
Participantes e Comunidades	51
Instrumentos	51

Análise de Dados.....	52
Aspectos Éticos.....	52
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXO I – Questionário Sociodemográfico.....	74
ANEXO II - Questionário de Perfil Farmacoterapêutico - Psicofármacos	77
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	78

INTRODUÇÃO

O conceito de "Determinante Social da Saúde" (DSS), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se ao conjunto de condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), por sua vez, amplia essa definição, abrangendo fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Esse conceito emergiu no final da década de 1970, em meio à crítica à limitação da medicina em lidar com todos os fatores que afetam a saúde dentro do paradigma biomédico. A abordagem estritamente biológica da medicina, que considerava os agravos à saúde como eventos individuais desvinculados do contexto social mais amplo, gerava dificuldades na identificação adequada dos fatores de causalidade (Garbois et al., 2017).

A Saúde Coletiva, como campo científico crítico ao sistema promotor de iniquidades e injustiça social, proporciona bases para uma compreensão mais ampla das influências sociais na saúde. No entanto, é fundamental compreender a determinação social da saúde como um conceito mais profundo e politicamente construído que envolve a "caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político" (Passos Nogueira, 2010). Essa é a base da noção de "Determinações Sociais em Saúde", que propõe que as iniquidades são a causa, e não apenas um fator contributivo, para os problemas de saúde (Rocha, David, 2015; Garbois et al., 2017). Portanto, os conceitos de determinantes e determinações da saúde são indissociáveis da Saúde Coletiva devido à sua historicidade (Tambellini; Schütz, 2009). Assim, a compreensão das Determinações Sociais da Saúde oferece a possibilidade de entender como se formam diferentes perfis de adoecimento e como os fatores se associam para a construção desses perfis.

A compreensão desses conceitos e como agem sobre o processo saúde-doença é fundamental para entender as disparidades de saúde enfrentadas por diferentes grupos populacionais, incluindo comunidades indígenas e quilombolas em que a interseção entre etnicidade e contexto ambiental desempenha um papel crucial na determinação social da saúde. Por um lado, a preservação das tradições culturais e o acesso a práticas ancestrais de cuidados de saúde podem promover o bem-estar nessas comunidades. Por outro lado, a marginalização social, a falta de acesso a serviços básicos de saúde e as condições ambientais precárias podem aumentar a vulnerabilidade dessas populações a doenças e agravos à saúde. Além disso, é importante reconhecer que as comunidades indígenas e quilombolas muitas vezes enfrentam

desafios únicos, como a perda de território, a violência e a discriminação, que têm impactos diretos na sua saúde física e mental. Portanto, qualquer abordagem de saúde

pública voltada para essas comunidades deve levar em consideração não apenas os determinantes sociais mais amplos, mas também as especificidades culturais e socioeconômicas que moldam suas experiências com seu processo saúde-doença (Maffaccioli; Bógus, 2021) Ao compreender e abordar esses determinantes sociais de forma holística, é possível promover uma saúde mais equitativa e acessível para cada comunidade, fortalecendo assim os princípios de justiça social e equidade no sistema público de saúde.

Para compreender os fatores que influenciam a saúde mental nessas comunidades e o uso de psicofármacos, é necessário considerar também o aspecto histórico e econômico dos medicamentos. Desde sua criação na década de 1950, os psicofármacos têm sido amplamente utilizados na medicina para tratar agravos mentais (Alves et al., 2020). Com o aumento da demanda por serviços de saúde mental, observa-se um substancial crescimento no uso desses medicamentos, especialmente para o tratamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) levando ao fenômeno de medicalização da vida (Moynihan, Cassels, 2005; Rocha, Werlang, 2013).

A medicalização é um fenômeno complexo que envolve a transformação de problemas sociais, comportamentais ou emocionais em questões médicas, muitas vezes resultando na busca por soluções exclusivamente farmacológicas. Esse processo tende a atribuir a causas biológicas ou individuais problemas que podem ter raízes mais amplas no contexto social, cultural ou político (Conrad, 2007). A medicalização pode levar à ampliação do uso de medicamentos, à patologização de comportamentos normais e à dependência de intervenções médicas, sem necessariamente abordar as causas subjacentes dos problemas de saúde (Clarke, 2007).

Assim, a medicalização das condições mentais, sobretudo em comunidades com perfis sociais, étnicos e culturais específicos, é uma preocupação crescente uma vez que essa prática, baseada na supressão de sintomas por meio do uso de medicamentos, muitas vezes ignora as causas sociais e históricas dos sofrimentos psíquicos (Santos, 2023). Assim temos como consequência a patologização da normalidade, perpetuação da desigualdade, redução da autonomia e da capacidade de enfrentamento ao sofrimento psíquico pelo sujeito. Portanto, é importante abordar criticamente a medicalização das condições mentais e buscar intervenções que considerem as múltiplas dimensões, promovendo uma abordagem alinhada à integralidade e contextualizada.

Assim nasce o projeto "Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso". A pesquisa foi conduzida em quatro estados brasileiros e buscou compreender o processo

saúde-doença em saúde mental de comunidades indígenas e quilombolas com a finalidade de explorar a realidade e contribuir para o debate em torno da saúde mental dessas populações preenchendo lacunas no conhecimento sobre o tema.

A importância desse trabalho está na necessidade de reparação histórica com as populações indígenas e quilombolas através da efetiva garantia de direitos e diminuição de iniquidades que inclui a promoção da qualidade de vida nessas comunidades. Além disso, o estudo se alinha com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio desse estudo, espera-se contribuir para a construção de um sistema de saúde mais resolutivo e orientado pela integralidade. Assim, esse conhecimento pode se tornar uma importante ferramenta para o planejamento e gestão de ações voltadas às necessidades de saúde dessas comunidades.

A pesquisa desenvolvida possuía várias frentes de estudo, dentre as quais a que está registrada no presente trabalho. Além de um artigo de revisão sobre Assistência Farmacêutica no âmbito da Saúde Mental, foi preparado e submetido um artigo que apresenta todo o resultado alcançado bem como a análise completa dessas informações a partir dos dados empíricos desta pesquisa. Assim, apresento em seguida o artigo submetido à revista *Physis* nomeado “Medicamento Acalma, Mas o Cuidado Transforma: Desafios e Possibilidades da Assistência Farmacêutica na Saúde Mental na Contemporaneidade”. E posteriormente, apresento o artigo submetido à revista *Salud Colectiva* da Universidad Nacional de Lanús em chamada especial denominada “Raza, etnia, racismo y salud”. Sendo este último denominado “Perfil Epidemiológico do Uso de Psicofármacos entre Comunidades Quilombolas e Indígenas no Brasil”.

1. ARTIGO 1 – MEDICAMENTO ACALMA, MAS O CUIDADO TRANSFORMA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE¹

MEDICAMENTO ACALMA, MAS O CUIDADO TRANSFORMA:

Desafios e Possibilidades da Assistência Farmacêutica na Saúde Mental na Contemporaneidade

RESUMO

O presente artigo analisa as propostas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) relacionadas à assistência farmacêutica em saúde mental, destacando desafios e possibilidades através de uma revisão narrativa cujo propósito é elencar quais propostas para a saúde mental foram implementadas ou não. Entre as propostas estão o aprimoramento do cadastro de pacientes, criação de comissões farmacêuticas, garantia de acesso a psicotrópicos e políticas específicas de assistência farmacêutica. São discutidas questões como a falta de sistemas de informação exclusivos para saúde mental, integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar, elaboração de políticas específicas para a assistência farmacêutica em saúde mental e financiamento. Apesar de alguns avanços como o aumento no orçamento para a saúde mental e para a assistência farmacêutica, persiste a necessidade de superar desafios quanto à elaboração de políticas, inserção de profissionais qualificados para a atuação em saúde mental, garantia de recursos físicos e humanos suficientes para o funcionamento dos CAPS, além do rompimento com o paradigma biomédico e centralização do cuidado no usuário. É necessário o enfrentamento a essas dificuldades para a efetivação da integralidade no cuidado em saúde mental e fortalecimento do compromisso de desinstitucionalização dos usuários dos serviços.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Psicotrópicos. Medicalização. Saúde Mental

¹ Artigo submetido à Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This article analyzes the proposals of the 1st National Conference on Medicines and Pharmaceutical Assistance (CNMAF) related to pharmaceutical assistance in mental health, highlighting challenges and possibilities through a narrative review aimed at listing which proposals for mental health have been implemented or not. Among the proposals are the improvement of patient registration, creation of pharmaceutical committees, guarantee of access to psychotropic drugs, and specific policies for pharmaceutical assistance. Issues such as the lack of specific information systems for mental health, integration of the pharmacist into the multidisciplinary team, development of specific policies for pharmaceutical assistance in mental health, and funding are discussed. Despite some advancements such as increased budget for mental health and pharmaceutical assistance, there remains a need to overcome challenges regarding policy development, insertion of qualified professionals for mental health practice, assurance of sufficient physical and human resources for the functioning of CAPS (Psychosocial Care Centers), as well as breaking away from the biomedical paradigm and centralizing care on the user. Confronting these difficulties is necessary for the realization of comprehensiveness in mental health care and strengthening the commitment to the deinstitutionalization of service users.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Psychotropic Drugs. Medicalization. Mental Health.

RESUMEN

Este artículo analiza las propuestas de la 1ª Conferencia Nacional de Medicamentos y Asistencia Farmacéutica (CNMAF) relacionadas con la asistencia farmacéutica en salud mental, destacando desafíos y posibilidades a través de una revisión narrativa cuyo propósito es listar qué propuestas para la salud mental se han implementado o no. Entre las propuestas se encuentran la mejora del registro de pacientes, la creación de comisiones farmacéuticas, garantizar el acceso a psicotrópicos y políticas específicas para la asistencia farmacéutica. Se discuten temas como la falta de sistemas de información exclusivos para la salud mental, la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinario, el desarrollo de políticas específicas para la asistencia farmacéutica en salud mental y la financiación. A pesar de algunos avances como el aumento del presupuesto para la salud mental y la asistencia farmacéutica, persiste la necesidad de superar desafíos en cuanto al desarrollo de políticas, la inserción de profesionales calificados para la práctica de la salud mental, garantizar recursos físicos y humanos suficientes para el funcionamiento de los CAPS, así como romper con el paradigma biomédico y centralizar la atención en el usuario. Es necesario enfrentar estas dificultades para lograr la integralidad en la atención de la salud mental y fortalecer el compromiso con la desinstitucionalización de los usuarios de los servicios.

Palabras clave: Asistencia Farmacéutica. Psicotrópicos. Medicalización. Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Após 35 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e da implementação deste pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 na sociedade brasileira, ainda se faz necessário avançar na discussão do princípio da integralidade do SUS no contexto das políticas de medicamentos (Bermudez et al, 2018). O SUS trouxe importantes encaminhamentos para a implementação da Assistência Farmacêutica (AF) no tocante à execução das ações de assistência terapêutica integral (Kornis, Braga, Zaire, 2008; Vasconcelos et al 2017).

Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) se apoiou nas seguintes diretrizes: adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); promoção da produção de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; regulamentação sanitária de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM); desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; reorientação da Assistência Farmacêutica. Ela definiu a AF como o conjunto de atividades do farmacêutico desempenhadas no contexto desse sistema que se vinculavam ao medicamento visando ao apoio das ações em saúde voltadas a uma comunidade. Estas ações envolviam a aquisição, a preservação e controle de qualidade de medicamentos, com o objetivo de garantir a segurança e a eficácia terapêutica (Brasil, 1998).

A PNM foi um marco para a AF e um avanço para o SUS por ser a primeira política voltada para a questão dos medicamentos abordando de forma ampla todos os aspectos inerentes a estes, desde a cadeia produtiva até questões centrais para a concretização do acesso aos medicamentos. A política de medicamentos é parte integrante da política de saúde, sendo o acesso aos medicamentos garantido enquanto atributo de cidadania (Baumgratz-de-Paula et al, 2009; Bermudez et al., 2018).

A diretriz da reorientação da Assistência Farmacêutica foi pautada na descentralização da gestão da AF, com a otimização da distribuição de medicamentos pelo SUS, e na promoção do URM. Essa diretriz conjugou dispositivos para promover o acesso aos medicamentos, através da ampliação da disponibilidade destes na rede do SUS. No entanto, com o avanço do debate, verificou-se que a garantia do acesso universal, igualitário e integral à AF, requer a assistência ao usuário; conformidade com a RENAME; diretrizes terapêuticas definidas por meio de protocolos clínicos e a dispensação dos medicamentos em unidades indicadas pela direção do Sistema Único de Saúde (Vasconcelos et al., 2017).

Assim, em 2004, fruto da PNM e das discussões da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) de 2003, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que redefiniu a AF como o conjunto de atividades farmacêuticas visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto do usuário individual como no aspecto da coletividade cujo insumo principal é o medicamento e focalizando o usuário como parte importante do processo. Dessa forma, a Assistência Farmacêutica foi redefinida pelo seguinte processo: Pesquisa e Desenvolvimento (P&D); produção de medicamentos e insumos; seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços; acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos, configurando o que se denomina “Ciclo da AF” (Brasil, 2004a).

No entanto, observamos que nem todas as propostas da CNMAF foram incorporadas na política resultante desse debate, a PNAF. Algumas dessas propostas inclusive se referem ao objeto central deste trabalho que é a AF no âmbito da Saúde Mental (SM). Assim, através do presente estudo buscamos realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a assistência farmacêutica na saúde mental, com ênfase no relatório da 1ª CNMAF buscando as intersecções entre assistência farmacêutica e saúde mental, e identificando desafios e possibilidades da AF em saúde mental no âmbito do SUS.

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CNMAF)

A discussão da assistência farmacêutica no âmbito da saúde mental exige uma análise paralela entre diversas políticas que formam a intersecção desses segmentos. Assim, consideramos para este debate a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), instituída em 2001; a Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998; a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em 2003 e a Política Nacional de Medicamentos (PNAF), instituída em 2004. A análise destes aparatos deliberativos e regulatórios mostra claramente que a perspectiva da integralidade das ações - princípio fundamental do SUS - perpassa por todos esses documentos, uma vez que essas políticas são parte integrante da política nacional de saúde. Todavia, observamos que, ao contrário do proposto pela CNMAF, a saúde mental não foi contemplada de modo direto na PNAF já que não incorporou pontualmente essa temática. Assim, levantamos alguns pontos do relatório final da 1ª CNMAF (Ministério da Saúde, 2003) que são importantes para as questões relacionadas à saúde mental, como pode ser observado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Principais pontos da 1ª CNMAF (2003) - “Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social” - para a saúde mental

Eixos temáticos/ propostas	Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde	Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a Produção Nacional de Medicamentos	Qualidade na Assistência Farmacêutica, Formação e Capacitação de Recursos Humanos
Propostas gerais	<ul style="list-style-type: none"> *Aprimorar o cadastro dos pacientes de Saúde Mental; *Criar Comissão de Farmácia e Terapêutica nos hospitais da rede pública; *Garantir acesso aos usuários de psicotrópicos nos serviços de psiquiatria ou similares (CAPS/NAPS); *Implantar serviço de dispensação de medicamentos controlados exclusivamente em serviços de saúde mental. 		
Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> *Estabelecer política de Assistência Farmacêutica na área de Saúde Mental; *Garantir a Atenção Farmacêutica; *Implantar uma política única de Assistência Farmacêutica. 		
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> *Reavaliar, atualizar e ampliar os valores financeiros do Programa de Saúde Mental, repassados pelo MS e dar contrapartida estadual para este fim. 		
Legislação/ Fiscalização	<ul style="list-style-type: none"> *Regulamentação das ações de assistência farmacêutica. 		
Pesquisa & Desenvolvimento		<ul style="list-style-type: none"> *Estabelecimento de uma política setorial para o desenvolvimento tecnológico farmacêutico; *Promover revisões periódicas da RENAME; *Priorização dos programas estratégicos do SUS. 	
Informação/ Informatização			<ul style="list-style-type: none"> *Criação de centros de tratamento e desintoxicação química para dependentes de substâncias psicoativas; *Estabelecer uma política de Assistência Farmacêutica na área de saúde mental; *Que os programas de atenção básica (PSF e outros) e também os programas estratégicos contemplem farmacêuticos responsáveis.

Fonte: Preparação própria.

A análise do quadro mostra que no eixo “Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde”, as propostas gerais da 1ª CNMAF foram: o aprimoramento do cadastro dos pacientes de saúde mental; a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nos hospitais da rede pública; a garantia do acesso aos usuários de psicotrópicos nos serviços de psiquiatria ou similares (CAPS/NAPS); implantação do serviço de dispensação de medicamentos controlados exclusivamente em serviços de saúde mental além da criação de políticas específicas de assistência farmacêutica voltadas para a saúde mental. Assim, discutiremos os desdobramentos das propostas a seguir.

APRIMORAMENTO DO CADASTRO DOS PACIENTES DE SAÚDE MENTAL

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas essenciais para a gestão, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. Eles permitem a coleta, armazenamento, processamento e análise de dados relevantes, auxiliando na tomada de decisões baseadas em evidências. No contexto da saúde pública, os SIS são fundamentais para a vigilância epidemiológica, o planejamento de políticas de saúde, a gestão de recursos e a melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário (Silva; Bezerra, 2016).

Em termos de saúde mental, os SIS desempenham um papel crucial na identificação de padrões epidemiológicos, monitoramento da eficácia dos tratamentos (farmacovigilância) e acompanhamento contínuo dos usuários. Através desses sistemas, é possível identificar lacunas nos serviços, alocar recursos de forma mais eficaz e desenvolver intervenções direcionadas às necessidades específicas da população (Brasil, 2011).

No Brasil, não existe um sistema exclusivo dedicado à saúde mental. Entretanto, vários sistemas de informação em saúde coletam e disponibilizam dados relevantes para esta área, como apontam Coelho Neto e Chioro (2021). São eles: 1) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) que registra os atendimentos ambulatoriais realizados no SUS e fornece dados sobre procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas, incluindo os de saúde mental; 2) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) que coleta dados sobre internações hospitalares, incluindo aquelas relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais, sendo crucial para o monitoramento das internações psiquiátricas; 3) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que disponibiliza informações sobre a infraestrutura e os recursos humanos dos estabelecimentos de saúde; 4) e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) que não é exclusivo para saúde mental, mas o e-SUS APS inclui

módulos para o registro de atendimentos em saúde mental na atenção primária facilitando a integração dos dados de saúde mental com outras áreas da saúde

Contudo, a falta de um sistema específico para a saúde mental resulta em dados fragmentados e descentralizados, o que apresenta desafios significativos para a área (Neto; Chioro, 2021). Essa fragmentação dificulta o acompanhamento contínuo dos pacientes, a avaliação precisa da eficácia dos tratamentos e o planejamento adequado de políticas públicas. E dessa forma não atende a finalidade inicial da proposta feita na CNMAF de oferecer um cadastro que facilite e otimize a dispensação de psicofármacos e o registro adequado do atendimento farmacêutico ao usuário do SUS. Isto tem impacto direto no planejamento das ações em saúde mental, pois um sistema centralizado de dados, pode aprimorar a gestão e a qualidade dos serviços, além de fornecer uma visão mais precisa e abrangente das necessidades e tendências epidemiológicas na área de SM através da otimização de processos que um sistema de informação bem articulado pode oferecer, especialmente no acompanhamento de casos em saúde mental (Onocko-Campos, 2019).

Assim, torna-se fundamental a ampliação de investimentos em sistemas de informação que promova a qualidade dos dados disponibilizados por estes para que sejam capazes de gerar a integração entre os serviços, considerando que o sistema atua em rede e preconiza a continuidade do acompanhamento assistencial. O acesso a um sistema de informações unificado, enquanto ferramenta para a gestão do SUS pode contribuir para a melhoria do processo de referência e contra-referência, principalmente na saúde mental, eliminando as intervenções desnecessárias e garantindo o acesso aos cuidados. Pelo ponto de vista sistêmico, a implementação de um sistema centralizado pode aumentar a resolutividade da assistência oferecida e fortalecer a integralidade do cuidado, sendo assim, uma potente ferramenta de aprimoramento do SUS.

CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT) NOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) constitui uma instância multidisciplinar nos serviços de saúde, composta por profissionais de saúde, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros, no ambiente hospitalar. Ela é responsável pela padronização dos medicamentos, elaborar e revisar protocolos terapêuticos, promovendo a utilização baseada em evidências científicas e monitorando a ocorrência de reações adversas aos medicamentos, visando ao uso seguro, eficaz e racional de medicamentos e de terapias que a instituição

hospitalar virá a utilizar (Abramovicius et al., 2012). Assim, a atuação das CFTs é crucial para a segurança do paciente e a eficácia dos tratamentos farmacológicos utilizados nos hospitais. No Brasil, a criação dessas comissões não é obrigatória, mas existem recomendações para sua implementação (Santana, 2014).

Nesse sentido, o uso de medicamentos psicotrópicos nos serviços de saúde, incluindo os CAPS com leitos de internação e os hospitais, requer um controle rigoroso do processo e uma supervisão atenta dos profissionais de saúde, sobretudo do farmacêutico, sendo as CFT uma possibilidade para a garantia do Uso Racional de Medicamentos (URM).

No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde necessitam de uma formação robusta e contínua para manejar psicofármacos com competência, assegurando que tanto a prescrição quanto à administração ocorra de maneira segura e eficaz minimizando os erros e otimizando os resultados clínicos dos pacientes, para a preservação da segurança do paciente (Abramovicius et al., 2012).

Todavia, em grande parte do Brasil, a integração do farmacêutico em todos os setores do ambiente hospitalar, trabalhando junto à equipe interdisciplinar, ainda não é uma prática comum. Mas esse panorama tem apresentado melhorias ao longo dos anos, impulsionado pelos resultados positivos da atuação desse profissional. Essa atuação tem levado a uma redução significativa nos índices de erros relacionados aos medicamentos, destacando a importância da sua contribuição na equipe (Araújo, 2020). Isto reforça a necessidade da presença desse profissional nos locais de dispensação de medicamentos psicotrópicos.

Entretanto, a Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), não discorreu sobre a atuação e presença do farmacêutico no âmbito dos CAPS. Tal ausência reforça ainda mais a centralidade médica no processo de cuidado e contribui para a medicalização do usuário do SUS. Isso leva a diminuição de sua autonomia decorrente do processo de dependência do serviço para obtenção de receitas e evidencia a ênfase dada ao uso do medicamento sem um planejamento adequado com metas e objetivos definidos, levando à cronicidade e à reinstitucionalização do usuário e perpetuando as práticas institucionalizantes que a PNSM visava combater (Zanella; Aguiar; Storpirtis, 2013).

GARANTIA DO ACESSO AOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA OU SIMILARES (CAPS) E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EXCLUSIVAMENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

De modo geral, quanto à ampliação do acesso aos medicamentos, podemos destacar alguns dispositivos regulatórios que impactam a forma de obtenção do medicamento pelo usuário no âmbito do sistema de saúde. Tais dispositivos foram elaborados para orientar desde a esfera operacional até a administrativa e contemplam vários aspectos da Assistência Farmacêutica. Assim, discutiremos a seguir as mais importantes.

Em primeiro lugar, destacamos a Lei nº 8.080/1990 que estabeleceu o SUS, e definiu os princípios e diretrizes para a organização e operacionalização dos serviços de saúde, englobando a assistência farmacêutica (Brasil, 1990). Outra importante regulamentação, complementar à primeira, foi publicada em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, que em suas diretrizes propõe: a adoção da RENAME; regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança e eficácia dos medicamentos (Brasil, 1998). Nessa perspectiva, a PNM discorreu sobre a seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos do SUS, com vistas ao Uso Racional de Medicamentos (URM) e à qualidade destes, buscando articulação das áreas de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), assistência farmacêutica e regulação sanitária.

Pouco depois, no ano de 1999, a Lei nº 9.787 (Lei dos Genéricos) buscou expandir o acesso a produtos farmacêuticos a custos mais acessíveis sem comprometimento de sua eficácia e segurança (Brasil, 1999). Esse dispositivo é considerado um dos mais importantes da área farmacêutica porque através dele foi possível ampliar o acesso aos medicamentos pela diminuição do seu custo (Araújo et al. 2010). Isso é relevante sobretudo no caso de psicofármacos, uma vez que esse grupo de medicamentos frequentemente responde por um impacto negativo no orçamento familiar da população brasileira, principalmente nas camadas mais pobres. (Barbosa; Souza, 2021). No entanto, apesar da Lei dos Genéricos ter sido um importante passo para o acesso aos medicamentos, ainda se torna necessário o incentivo à produção estatal de medicamentos como estratégia de acesso para promoção de autossuficiência do sistema de saúde e também como estratégia para diminuição de custos para o SUS no longo prazo.

Assim, políticas como o Profarma e as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDPs) foram implementadas. Tais dispositivos promoveram inicialmente o crescimento da produção de medicamentos genéricos e Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP). As PDPs associam laboratórios públicos e privados para transferir tecnologia e produzir medicamentos biológicos e sintéticos. Essas parcerias foram criadas para reduzir a dependência de importações e fortalecer a indústria farmacêutica nacional. Contudo, muitas PDPs foram descontinuadas devido à falta de investimentos, questões regulatórias e outros desafios, refletindo uma vulnerabilidade estrutural na indústria farmacêutica brasileira (Rodrigues; Silva; Kiss, 2022).

Em 2011, a Lei nº 12.401, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, foi responsável pela criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Outro importante dispositivo trata do Decreto nº 7.508 que regulamentou a Lei nº 8.080, e reforçou que a garantia de acesso aos medicamentos deve se dar através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 2011a; Brasil, 2011). A adoção da RENAME - uma das diretrizes da PNM - visava orientar as ações da assistência farmacêutica através da seleção dos medicamentos com base nos critérios de essencialidade. Todavia, a partir da criação da Conitec, a RENAME teve o foco direcionado para a incorporação de tecnologia.

Em 2022, duas regulamentações tiveram um impacto significativo nas operações da Conitec. Uma delas foi a Lei nº 14.313 que modificou a Lei nº 8.080/90 para abordar os procedimentos de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde. Esta lei também autoriza o uso de medicamentos pelo SUS, mesmo quando sua indicação difere daquela aprovada pela Anvisa (Brasil, 2022). Um exemplo disso foi o grande número de prescrições de uso “compassivo” de Hidroxicloroquina para COVID-19 na época da pandemia, que foi dispensado inclusive em âmbito do SUS (Côrrea; Vilarinho e Barroso, 2020). Até então, não havia qualquer indicação de uso deste medicamento para nenhum agravo causado por vírus, e, ainda assim, médicos (inclusive atuantes na assistência pública) faziam a sua prescrição indiscriminada sem qualquer respaldo científico ou legal da ANVISA. Assim, esse dispositivo regulamentou essa prática refletindo a apropriação partidária da pauta da saúde pública pela extrema direita, já que não está orientada para o benefício coletivo, mas apenas da indústria farmacêutica, já conhecida de longa data por patrocinar a campanha de políticos com tal alinhamento ideológico. Em outras palavras, esse dispositivo legal favoreceu a indústria farmacêutica privada ao aumentar as possibilidades de venda de medicamentos, incluindo para o segmento público, através do uso para indicações outras que não exclusivamente

aquelas aprovadas pela ANVISA. Assim, esse dispositivo se mostra profundamente perverso e pernicioso porque a utilização de medicamentos sem a devida indicação de uso representa um risco farmacoepidemiológico (Caetano et al., 2023), especialmente quando se trata de psicofármacos.

Já o Decreto nº 11.161 alterou os Decretos nº 7.508 e nº 7.646 de 2011, para estabelecer diretrizes relacionadas à Conitec no SUS, segundo as quais esta comissão ficaria responsável pela revisão periódica da RENAME e autorizada a avaliar medicamentos com indicações diferentes das aprovadas pela AVISA (Brasil, 2022). Isso causou um problema de saúde pública ao instituir uma autoridade sem respaldo científico, apenas político, com prerrogativa de adicionar ao SUS um escopo de medicamentos que podem ser utilizados de forma mais abrangente e ampla, sem apoio sanitário para tal. O que pode levar ao consumo do orçamento público sem necessariamente oferecer qualidade de assistência à saúde.

Isso se deu especialmente porque esse modelo de processo de análise e julgamento da CONITEC se mostra muito frágil e corruptível. As dificuldades englobam a heterogeneidade dos relatórios, alguns com informações importantes nebulosas e sem justificativas claras para as recomendações; a não padronização dos métodos utilizados nas análises e falta de conformidade com os regulamentos internos quanto ao tipo e qualidade das evidências a serem consideradas (Caetano et al., 2023). Ademais, a falta de transparência e exclusão dos diversos segmentos sociais interessados nessa seleção compromete o controle social e abre espaço para os interesses da indústria farmacêutica já que as incorporações não atendem prioritariamente os critérios de demanda, mas sim os de oferta (Caetano et al., 2023).

Quanto à implantação da dispensação de medicamentos controlados exclusivamente em serviços de saúde mental, o relatório da 1ª CNMAF propôs a criação de centros especializados que realizassem a dispensação de psicotrópicos. No entanto, o que se pode observar foi que a implantação dessa dispensação na Atenção Primária à Saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde.

Isto apresenta um aspecto positivo no sentido de que a APS se configura como elemento crucial na estrutura do SUS, atuando como o principal ponto de acesso inicial dos cidadãos aos serviços de saúde e permitindo a capilarização da assistência (Peixoto et al., 2022). Além disso, as UBS desempenham um papel fundamental no contexto das Redes de Atenção Psicossocial por atuarem de forma integrada como componentes das próprias RAPS. Tal enfoque não apenas se alinha às estratégias de saúde pública que visam à redução de internações psiquiátricas, mas também que busca ofertar um serviço disponível nos territórios das comunidades para ampliar o acesso à assistência (Guedes et al., 2010).

ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SAÚDE MENTAL; GARANTIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA; IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA ÚNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

No contexto da saúde mental, percebe-se que a assistência farmacêutica é um elemento inerente aos serviços assistenciais uma vez que estes operam sob os princípios da integralidade e universalidade. Essa integração se mostra imprescindível para o manejo apropriado do sofrimento psíquico, demandando planejamento e implementação de políticas eficientes que garantam acesso contínuo aos psicotrópicos e um acompanhamento multidisciplinar, incluindo o farmacêutico (Biz et al., 2018).

No entanto, é possível identificar na literatura um déficit importante de recursos estruturais e humanos que possam viabilizar não somente o acesso ao medicamento em si como também ao cuidado farmacêutico especializado (Silva; Lima, 2017). Isso desvia do propósito de reorientação da Assistência Farmacêutica almejado pela PNM que buscava inserir o farmacêutico no sistema de saúde e ampliar o papel da AF com vistas ao URM (Brasil, 2001).

Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), um desdobramento da 1ªCNAF, instituída pelo Ministério da Saúde, representou um marco regulatório essencial na formulação de diretrizes e objetivos estratégicos que almejavam a sistematização e melhoria da assistência farmacêutica em todo o território brasileiro. Seu principal enfoque é a garantir que a população tenha acesso aos medicamentos essenciais, listados na RENAME, além de contemplar aspectos que extrapolam o mero fornecimento do medicamento, explicitando ações para promoção de saúde, em relação ao acompanhamento e à avaliação de sua utilização, com ênfase na obtenção de resultados concretos e na melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004). É importante ressaltar que as discussões neste último aspecto não atingem a mesma profundidade daquelas que dizem respeito ao acesso, e tão pouco estabelece uma política específica voltada para o campo da Saúde Mental tal como proposto na 1ª CNMAF.

Assim, a PNAF não tratou especificamente da AF para a saúde mental, mas desempenhou um papel crucial ao estabelecer normativas gerais que promovem uma fundamentação para a estruturação da assistência farmacêutica nos serviços de saúde (Biz et al., 2018). O que inclui também a assistência em saúde mental ao incentivar as ações intersetoriais com todas as instâncias de saúde.

No tocante à garantia da atenção farmacêutica e do cuidado farmacêutico, a inserção do farmacêutico nas Redes de Atenção Psicossocial ainda constitui um enorme desafio. Um

dos principais obstáculos é a falta de reconhecimento do papel do farmacêutico nesse contexto. Muitas vezes, sua contribuição não é plenamente valorizada pela equipe de saúde ou pela gestão do serviço, dificultando assim sua integração e impactando a eficácia da atenção farmacêutica (Alencar, 2013). Além disso, a falta de uma formação voltada à assistência em saúde mental dos farmacêuticos é um problema recorrente, como apontam Silva (2014), Smanio et al., (2018) e Guimarães (2020). A ausência desse conhecimento especializado limita a habilidade do farmacêutico em fornecer serviços de qualidade e adaptados às necessidades dos pacientes em saúde mental.

Isso ressoa com outro problema apontado na literatura que é a falta de recursos financeiros e infraestrutura adequada para a gestão da AF dentro do SUS (Guimarães, 2020). A escassez de financiamento para serviços farmacêuticos especializados e a dificuldade no acesso a tecnologias de saúde são problemas comuns com impacto direto na assistência farmacêutica ofertada nos serviços de assistência em saúde mental (Beutinger; Limberger, 2019). Essa deficiência pode dificultar a implementação da atenção farmacêutica em serviços de saúde mental e desfalcocar o potencial de efetividade da AF. Dessa forma, essa proposta da 1ª CNMAF também não foi concretizada.

Logo, é crucial que haja um esforço contínuo para superar as barreiras à integração do farmacêutico nas equipes de saúde mental e à implementação da atenção farmacêutica. Isso inclui investimentos em capacitação profissional, promoção de uma cultura de colaboração interdisciplinar, garantia de recursos adequados e combate ao estigma em relação à saúde mental. Essas medidas são essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental e promover melhores resultados para os pacientes (Onocko-Campos, 2019).

A assistência farmacêutica no Brasil tem experimentado um aumento considerável no financiamento, impulsionado por uma crescente demanda por medicamentos e pela necessidade de garantir o acesso a tratamentos essenciais. No entanto, essa expansão dos recursos financeiros tem se concentrado majoritariamente na compra de medicamentos, incorporação de tecnologias e na resposta à judicialização, o que compromete a disponibilidade de recursos voltados para o investimento em ações de cuidado farmacêutico (Vieira, 2020). Essa tendência, presente em diversas áreas da saúde, se manifesta de forma preocupante no campo da saúde mental, que enfrenta desafios específicos e complexos.

O cuidado farmacêutico, que engloba ações como o acompanhamento farmacoterapêutico, a educação em saúde e o monitoramento dos pacientes, é essencial para garantir o uso racional e seguro dos medicamentos, otimizar os resultados terapêuticos e promover a adesão ao tratamento. No entanto, a falta de investimento nessa área limita a

capacidade dos profissionais de saúde de oferecer um acompanhamento integral aos pacientes, o que pode levar a resultados insatisfatórios, aumento do risco de efeitos adversos e até mesmo ao abandono do tratamento (Destro et al., 2021).

Esse cenário revela a perpetuação de um modelo de assistência centrado na medicalização, em que o uso de medicamentos se torna a principal ferramenta de intervenção. Embora os medicamentos psicotrópicos desempenhem um papel importante no tratamento de agravos mentais, a ênfase excessiva na farmacoterapia negligencia a importância de outras abordagens terapêuticas, como a psicoterapia, a terapia ocupacional e o suporte psicossocial (Silva e Filho; 2023). Isso é especialmente delicado ao considerar os riscos e impactos que a medicalização causa na saúde individual e pública, além das repercussões econômicas.

A lógica medicalizante, que permeia a assistência farmacêutica em saúde mental, contribui para a cronificação de transtornos mentais por ignorar as causas sociais, psicológicas e ambientais que frequentemente estão na origem e/ou contribuem para o agravamento dos problemas de saúde mental. Além disso, a ênfase no uso de medicamentos pode levar à dependência química e a outros problemas de saúde, aumentando os custos para o sistema a longo prazo (Lemos; Galindo, 2021).

Para reverter esse quadro, é crucial que os gestores e formuladores de políticas públicas reconheçam a importância do cuidado farmacêutico na saúde mental e destinem recursos adequados para essa área. O investimento em ações de cuidado farmacêutico pode trazer benefícios significativos, como a redução de internações hospitalares, a diminuição do uso de serviços de emergência e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e em maior escala pode gerar um impacto positivo na produtividade laboral gerando ganho econômico (Ruiz; Queiroz; Morais, 2021).

Além disso, é fundamental promover uma mudança de paradigma na assistência farmacêutica em saúde mental, que vá além da lógica de medicalização e institucionalização e abrace uma abordagem mais completa e centrada no paciente direcionada para a integralidade do cuidado. Isso implica em valorizar o cuidado farmacêutico, investindo na formação e capacitação dos profissionais de saúde, e promovendo a integração entre as diferentes áreas, como a psiquiatria, a psicologia e a assistência social (Guimarães; Pugliesi; 2024).

A superação dos desafios da assistência farmacêutica em saúde mental exige um compromisso conjunto de gestores, profissionais de saúde, usuários e sociedade civil. É preciso investir em pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias e abordagens terapêuticas, além de fortalecer a participação social na formulação de políticas públicas. Somente assim será possível garantir o acesso universal e equitativo a uma assistência

farmacêutica de qualidade capaz de promover a saúde mental e o bem-estar de toda a população pela diminuição de iniquidades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após transcorridos 20 anos da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a incorporação das propostas desta para a Assistência Farmacêutica na Saúde Mental na sociedade brasileira contemporânea ainda apresenta desafios e possibilidades. Dentre eles, merece destaque a falta de uma regulamentação específica que contemple a AF na saúde mental. A PNSM (2001) e a PNAF (2004), um dos desdobramentos da 1ª CNAF, mostraram uma articulação implícita entre AF e SM, mas a ausência de uma regulamentação específica abre espaço para uma assistência farmacêutica em saúde mental reducionista e focada somente na parte logística e técnica dos medicamentos, que garante o acesso aos medicamentos, mas não o cuidado humanizado e centralizado no usuário, o que não permite contemplar totalmente a integralidade das ações em saúde proposta pelo SUS.

A Reforma Psiquiátrica significou um avanço substancial ao propor a criação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), rede integrada de cuidados em SM. Entretanto, muitas vezes a centralidade do cuidado na figura do médico e no poder exercido por este sobre outros profissionais e/ou sobre usuários, ainda mantém intocado o paradigma biomédico no cuidado em SM.

Assim, outros desafios se fazem presentes como a reavaliação das práticas assistenciais em cuidados de agravos mentais, ampliando a disponibilidade de ferramentas que ofereçam mais práticas integrativas para a promoção da autonomia, empoderamento e emancipação dos sujeitos. Deste modo, o debate sobre a AF no âmbito da Saúde Mental se faz urgente para o cumprimento pleno da finalidade das RAPS, diante de um contexto em que ainda não houve o rompimento total com o paradigma biomédico.

Quanto às possibilidades da materialização da Assistência Farmacêutica na Saúde Mental, podemos dizer que embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representem uma inovação nos cuidados em Saúde Mental, sem a reavaliação das práticas em saúde, esses dispositivos também podem perpetuar práticas que deveriam ter sido abandonadas quando adotada a PNSM. O maior exemplo disso é o uso expressivo de farmacoterapias que podem levar a uma melhoria da qualidade de vida de alguns usuários, mas que se utilizada de forma indiscriminada pode representar uma técnica de silenciamento, um aprisionamento dos usuários ao tratamento farmacológico, gerando um aumento da dependência destes ao serviço.

A dependência do serviço pode ser gerada a partir de tratamentos prolongados sem qualquer plano bem estabelecido que contemple a possibilidade de encerramento da farmacoterapia e se relaciona com outra consequência muito comum: o medicamento como vínculo entre os usuários e a equipe de cuidado. Apesar da existência do vínculo, ele se torna fragilizado por ser condicionado ao uso do medicamento como principal estratégia de cuidado, resultando numa reinstitucionalização do usuário e no rompimento do compromisso de incentivar a autonomia dos sujeitos.

A falta de apoio qualificado gera uma sobrecarga muito grande para os familiares dos usuários, que passam a se responsabilizar pela gestão do cuidado à pessoa com agravo mental. Isto é causa e efeito de outro fator importante nessa equação: baixa resolutividade dos serviços. Assim, é gerado um efeito cascata que leva ainda à sobrecarga do SUS onerando o sistema, refletindo na diminuição da capacidade de atendimento dos serviços. Essas são consequências indissociáveis da precariedade da assistência não só farmacêutica como também na saúde em geral. O cuidado farmacêutico na SM pode proporcionar a diminuição do estado de adoecimento social manifestado pela sociedade brasileira na contemporaneidade, sendo esta tecnologia custo-efetiva, custo-benefício e custo-utilidade, estratégica para a garantia da integralidade das ações em saúde mental.

Tanto a superação dos desafios como as possibilidades da assistência farmacêutica em saúde mental exigem um compromisso conjunto de gestores, profissionais de saúde, usuários e sociedade civil. É preciso investir em pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias e abordagens terapêuticas, além de fortalecer a participação social na formulação de políticas públicas. Somente assim será possível garantir o acesso universal e equitativo a uma assistência farmacêutica de qualidade capaz de promover a saúde mental e o bem-estar de toda a população pela diminuição de iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVICIUS, A. C.; MAIA, A. C.; CARVALHO, A. A. G.; SERAFIM, S. A. D. A comissão de farmácia e terapêutica e sua interface na utilização racional de medicamentos. **Rev. Qualidade HC**, Ribeirão Preto, v. 3, p. 1-5, 2012. Disponível: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/93/93.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- Alencar, B. R. (2013). Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: um enfoque na assistência farmacêutica. *UEFS*. 44(43):1-190.
- ALMEIDA, G. M. F.; LAZARINI, C. A.; STEFANO, I. C. A.; MUNIZ, E. C. S.; PANES, V. C. B.; MARIN, M. J. S. Uso de psicofármacos entre idosos usuários do Sistema Único e Saúde e do Plano e Saúde Suplementar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 111-118, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/77276/55869>. Acesso em: 19 jun. 2024.
- ARAÚJO, L. U.; ALBUQUERQUE, K. T.; KATO, K. C.; SILVEIRA, G. S.; MACIEL, N. R.; SPÓSITO, P. A.; BARCELLOS, N.; SOUZA, J.; BUENO, M.; STORPIRTIS, S. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 28, n. 6, p. 480-493, 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/480-492/pt>. Acesso em: 19 jun. 2024.
- ARAÚJO, E. S.; MODESTO, A. C. F.; FERREIRA, T. X. A. M.; PROVIN, M. P.; LIMA, D. M.; AMARAL, R. G. Pharmaceutical intervention in the rational use of intravenous omeprazole. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-6, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4433.
- BARBOSA, B. A. S.; COSTA, P. A.; SILVA, E. V.; GALATO, D.; OLIVEIRA, R. E. M. Análise dos psicotrópicos nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e do Distrito Federal. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 19, p. 1-15, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/hygeia1968623>.
- BARBOSA, W.; SOUZA, B. O USO DE PSICOFÁRMACOS NO MUNICÍPIO DE JOSÉ DA PENHA/RN E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL. **Enciclopédia Biosfera**, Jandaia, v. 18, n. 38, p. 179-196, 30 dez. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.18677/encibio_2021d33.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; ESHER, A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>.
- BEUTINGER, D.; LIMBERGER, J. B. Interfaces entre a assistência farmacêutica e o projeto terapêutico singular sob o olhar de profissionais de um CAPSi. **Disciplinarum Scientia**, v. 20, n. 2, p. 239-256, p. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2661/2396>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BIZ, C. V. N. F.; SILVA, D. C.; CHAMBELA, M. C.; VASQUES, L. B. L.; ARAÚJO, G. M. N. A importância da atuação do profissional farmacêutico na saúde mental. **Rev. Semioses**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 145-162, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15202/1981996x.2018v12n4p145>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 fev. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 maio 2004c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 mar. 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/14313.htm. Acesso em: 19 jun. 2024.

_____. Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 ago. 2022b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/D11161.htm. Acesso em: 19 jun. 2024.

CAETANO, R.; LOPES, L. C.; SANTOS, G. M. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Incorporação e uso de medicamentos no Sistema Único de Saúde: mudanças e riscos com os novos atos normativos do ministério da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 1-5, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt148222>.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001000002>.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00182119>.

CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; VILARINHO, Luiz; BARROSO, Wanise Borges Gouvea. Controvérsias em torno do uso experimental da cloroquina/hidroxicloroquina contra a Covid-19: “no magic bullet”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e300217, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300217>

DESTRO, D. R.; VALE, S. A.; BRITO, M. J. M.; CHEMELLO, C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-24, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310323>.

FARIA, A. P. O. **Avaliação da situação regulatória das relações nacionais de medicamentos essenciais 2017 e 2020**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M.; CLASEN, B. N.; LANGE, C.; MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 547-53, 29 set. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

GUIMARÃES, C. S.; PUGLIESE, F. S. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE. **Revista Ibero-Americana de Humanidades**,

Ciências e Educação, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 546-555, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.51891/rease.v10i5.13793>.

GUIMARÃES, S. S. **Assistência farmacêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município brasileiro**. 2020. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH N. **Atenção farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 85-99, 2008. Disponível em: https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2017/05/Ref-30_M%C3%B3dulo-2-Tema-5-Marcos-legais-pol%C3%ADticas-medicamentosKorni.pdf. Acesso em 10 mai. 2024.

LEMO, F. C. S.; NASCIMENTO, M. L.; GALINDO, D. Uma crítica às facetas da medicalização pela gestão dos riscos. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 33, n. 3, p. 165-172, 8 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v33i3/5746>.

LOPES, A. A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 285-288, set. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-4230200000300015>.

_____. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M.; ALEXANDRE R. F.; COSTA, L. H.; SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. O.; DOMINGUES, P. H. F.; BIELLA, C. A. Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais, o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 3354-3371, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3343/3028>. Acesso em: 15 mai. 2024.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Determinação social da saúde e reforma sanitária. **Rio de Janeiro: Cebes**, p. 13-36, 2010. Disponível em: https://saudecomunista.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/determinac3a7c3a3o-social-da-sac3bade-e-reforma-sanitc3a1ria-_-cebes.pdf. Acesso em: 01 de set. 2024

NUNES, K. D.; QUEMEL, F. S.; ALEXANDRE, M. M.; CEBRIAN, R. A. V.; BOLETA-CERANTO, D. C. F.; LOURENÇO, E. L. B.; HOSCHEID, J.; ZARDED, G. Políticas públicas de medicamentos e a relação de medicamentos essenciais. **Arq. Ciências da Saúde UNIPAR**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 50-72, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1414723>. Acesso em: 02 jun. 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

PAULA, P. A. B.; ALVES, T. N. P.; VIEIRA, R. C. P. A.; SOUZA, A. I. S. Política de

medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista**

de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000400011>.

PEDRO, K. A.; CARNEIRO, M. G. D.; PINTO, J. R.; COSTA, G. P. O acesso aos medicamentos para a saúde mental em Granja-CE. *In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*, 12., 2013, Belém. **Anais [...]**. Belém: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2013. p. 1515-1515. Disponível em: <file:///C:/Users/brunn/Downloads/1225-2396-1-SM.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2024.

PEIXOTO, R. T.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; MENDES, L. V. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 358-375, abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213308>.

RODRIGUES, P. H. A.; SILVA, R. D. F. C.; KISS, C. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1-13, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104020>.

RUIZ, C. C.; QUEIROZ, M. O.; MORAIS, Y. J. Atenção Farmacêutica na Saúde Mental: centro de atenção psicossocial. **Research, Society And Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 13, p. 1-11, 9 out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20400>.

SANT'ANNA, E.; LIMA, L.; PEREIRA, N.; TEIXEIRA, D. C.; ALMEIDA, B. Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Camilliani**, Cachoeira de Itapemirim, v. 16, n. 2, p. 1182-1196, 2019. Disponível em: <https://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/326/176>. Acesso em 01 fev. 2024.

SANTANA, R. S.; LOBO, I. M. F.; PENAFORTE, T. R.; LEITE, S. N.; SILVA, W. B. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1587-1603, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121596>.

SILVA, L. B. Sistema de informações em saúde como ferramenta para gestão do SUS. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 20-31, 2016. Disponível em: <https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/download/433/367>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SILVA, S. N. **Avaliação da assistência farmacêutica nos centros de atenção psicossocial da região do Médio Paraopeba-MG**. 2014. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos centros de atenção psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.25722016>.

SILVA, M. P. F.; VALOR FILHO, T. L. Medicalização da vida: o uso exacerbado de psicofármacos em tratamentos de saúde mental. **Rev. REC Encontros Científicos da**

UNIVS, Icó, v. 5, n. 1, p. 49-51, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/brunn/Downloads/Arquivo+12.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SMANIO, D. V.; SILVA, E. M.; SANTOS, M. M. H.; GUIMARÃES, F. H. L. Atividades desenvolvidas pela assistência farmacêutica no CAPS-AD Estação Vicente Araújo localizado na cidade do Recife-PE: um estudo descritivo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 18, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/266/1/ATIVIDADES%20DESENVOLVIDAS%20PELA%20ASSIST%C3%8ANCIA.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2024.

VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; AZEREDO, T. B.; SILVA, R. M. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a10v27n2.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 127-139, 12 dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>.

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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 325-332, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.17872013>.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar um perfil do uso de medicamentos psicotrópicos e compostos terapêuticos - tais como chás, infusões, garrafadas - entre pessoas que vivem em comunidades indígenas e quilombolas no seu processo de cuidado em saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer os padrões de uso de psicofármacos e outras substâncias utilizadas com a finalidade de cuidado em saúde mental, tais como chás e plantas, nas comunidades;
- 2) Analisar a relação entre padrões de uso de psicofármacos e as determinações sociais, tais como: raça/etnia, gênero, fatores socioeconômicos, idade, anos de escolarização, dentre outros;
- 3) Conhecer o acesso a serviços de assistência em saúde mental por essas populações.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratória e correlacional. Possui perfil transversal e descritivo, podendo ser ainda interpretado como um estudo de prevalência que visa conhecer o perfil epidemiológico do uso de psicofármacos nas comunidades selecionadas.

Esse trabalho compõe os estudos do projeto multicêntrico denominado “Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso”, financiado pelo Edital CNPq, Chamada CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021. Este projeto é parceria de diferentes universidades brasileiras, sendo elas a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr).

A pesquisa foi realizada em comunidades indígenas e quilombolas nos estados de Minas Gerais, Alagoas, Rio Grande do Norte e Piauí. O critério para a escolha das comunidades foi a proximidade com a Universidade participante e a presença concomitante dos dois tipos de comunidade, indígena e quilombola, no município. Em Minas Gerais, foi selecionado o Quilombo dos Candendês em Ponto Chique do Martelo e a família indígena que habita no distrito de Padre Brito. Ambas as comunidades são em distritos de Barbacena. Em Alagoas, foram selecionadas a Comunidade Quilombola Tabacaria e a aldeia indígena Xucuru Kariri Mata da Cafurna, ambas no município de Palmeira dos Índios. Já no Rio Grande do Norte foi selecionada apenas a comunidade indígena de Tapará, situada em Macaíba. Houve convite para o quilombo próximo, no entanto, não foi realizada a coleta por dificuldades de comunicação com as lideranças comunitárias. Por fim, em Piauí, foram selecionadas a Comunidade Quilombola Sussuarana e a Comunidade Canto da Várzea, ambas localizadas no município de Piripiri.

4.1 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foram utilizados questionários padronizados e/ou validados em todas as comunidades estudadas. O primeiro instrumento é um questionário estruturado para caracterização socioeconômica das duas comunidades e que se subdivide em 9 seções: Geral; Educação; Trabalho e Renda; Saúde; Relações no território; Família; Saúde da família; Habitação; Dimensão da Assistência Social. Tal instrumento foi aplicado a 1 morador de cada

domicílio que respondia pela família residente na casa. Tal instrumento encontra-se disponível no ANEXO I desta dissertação.

O segundo instrumento utilizado consiste em um questionário com 6 perguntas orientadas para o perfil farmacoterapêutico daqueles participantes que referiram a utilização de medicamentos psicotrópicos prescritos ou não (ANEXO II). Através das perguntas foi possível um delineamento epidemiológico sobre a utilização de psicofármacos nas comunidades. O instrumento desenvolvido é uma adaptação do método de Morisky-Green-Levine utilizado para verificação de aderência à farmacoterapia (Morisky; Green; Levine, 1986) e avalia, além do uso de psicofármacos, a forma de acesso aos medicamentos e o consumo de outras substâncias como chás para o cuidado em saúde mental.

4.2 PARTICIPANTES

A pesquisa se caracteriza por ser um censo, portanto, foram entrevistados o máximo de moradores acima de 18 anos que residem nas regiões de interesse e autorizaram a coleta dos dados.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi organizado e digitado no software estatístico SPSS, versão 15. Em um primeiro momento, foi traçado o perfil sociodemográfico das comunidades com a expressão dos dados de frequência, média e desvio padrão, além de dados de associação de variáveis para conhecer quais fatores agem sobre o uso de medicamentos psicotrópicos.

Foi calculado ainda a prevalência do uso geral de medicamentos psicotrópicos e de cada grupo farmacológico referido para cada uma das comunidades sob estudo. Com isso, foi possível avaliar o uso de psicofármacos e a ocorrência de sintomas típicos de agravos mentais e com isso estudar.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado através do parecer 4.669.056 em acordo com a Resolução CNS no 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS. Além disso, o projeto foi vinculado ao Grupo de Pesquisa/CNPq Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade.

Aos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III) constando informações sobre possíveis riscos de participação da pesquisa, questões de sigilo dos dados, possibilidade de interrupção da pesquisa em qualquer momento, entre outros. As dúvidas foram sanadas e a coleta somente foi iniciada a partir da assinatura do termo e da disponibilização da cópia para o participante.

2. ARTIGO 2 – “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL”²

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE COMUNIDADES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS NO BRASIL

RESUMO

A utilização de psicofármacos é uma hoje uma questão de saúde pública em razão do alto consumo em nível mundial. No contexto de populações tradicionais, a literatura sobre o uso desses medicamentos é escassa. Assim, realizou-se um estudo de prevalência do perfil epidemiológico do uso de psicofármacos em comunidades indígenas e quilombolas de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas e Piauí. A coleta de dados usou questionários fechados estruturados para entrevistar os participantes em visita domiciliar e os dados foram tratados estatisticamente com o uso do programa SPSS. A população usuária de psicofármacos nos 4 estados foi de 53 pessoas, sendo predominantemente mulheres adultas, com poucos anos de escolaridade, maior idade, baixa renda e dependentes de programas sociais e a classe terapêutica mais utilizada foi a de antidepressivos. Assim, conclui-se que a fragilidade econômica e social provavelmente é um importante fator de determinação social do sofrimento psíquico e da utilização de medicamentos psicotrópicos.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Quilombolas. Psicotrópicos. Medicalização. Saúde Mental

² Artigo submetido à revista Salud Colectiva da Universidad Nacional de Lanús.

RESUMEN

El uso de psicofármacos es hoy un problema de salud pública debido al elevado consumo a nivel mundial. En el contexto de las poblaciones tradicionales, la literatura sobre el uso de estos medicamentos es escasa. Así, se realizó un estudio de prevalencia sobre el perfil epidemiológico del uso de psicofármacos en comunidades indígenas y quilombolas de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas y Piauí. La recolección de datos utilizó cuestionarios cerrados estructurados para entrevistar a los participantes durante las visitas domiciliarias y los datos fueron tratados estadísticamente utilizando el programa SPSS. La población consumidora de psicofármacos en los 4 estados fue de 53 personas, predominantemente mujeres adultas, con pocos años de escolaridad, de mayor edad, de bajos ingresos y dependientes de programas sociales y la clase terapéutica más utilizada fueron los antidepresivos. Así, se concluye que la fragilidad económica y social es probablemente un factor importante en la determinación social del malestar psicológico y el uso de medicamentos psicotrópicos.

Palabras clave: Pueblos Indígenas. Quilombolas. Psicotrópicos. Medicalización. Salud Mental

ABSTRACT

The use of psychotropic drugs is now a public health issue due to high consumption worldwide. In the context of traditional populations, literature on the use of these medicines is scarce. Thus, a prevalence study was carried out on the epidemiological profile of the use of psychotropic drugs in indigenous and quilombola communities in Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas and Piauí. Data collection used structured closed questionnaires to interview participants during home visits and the data was treated statistically using the SPSS program. The population using psychotropic drugs in the 4 states was 53 people, predominantly adult women, with few years of education, older, low income and dependent on social programs and the most used therapeutic class was antidepressants. Thus, it is concluded that economic and social fragility is probably an important factor in the social determination of psychological distress and the use of psychotropic medications.

Keywords: Indigenous Peoples. Quilombolas. Psychotropics. Medicalization. Mental Health

INTRODUÇÃO

A utilização de psicofármacos e/ou psicotrópicos é tratada atualmente como uma questão de saúde pública em razão dos altos índices de consumo em nível mundial, seja por excessiva prescrição, seja por automedicação, e por se tratar de medicamentos capazes de causar dependência física, psíquica e outros efeitos adversos. Segundo Barros e Silva¹, é crescente o número de usuários de pelo menos um medicamento psicotrópico e é cada vez mais elevada a prescrição e venda no Brasil de antipsicóticos e de ansiolíticos benzodiazepínicos.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) indicam dentre os 20 subgrupos farmacológicos mais utilizados pelos usuários da rede básica de saúde estão os antidepressivos (Fluoxetina), antiepiléticos e ansiolíticos (Clonazepam)². Dessa maneira, para os autores, “a análise do perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos torna-se essencial para monitoramento e aprimoramento das políticas de acesso e o cuidado aos usuários, contribuindo para a melhoria das condições de saúde mental da população brasileira e o uso racional dos medicamentos”.

A literatura especializada aponta para a maior prevalência de uso de psicofármacos por mulheres³, em grupos etários entre 40-59 anos⁴ e por usuários da Atenção Primária à Saúde⁵. Ressalta que o aumento na utilização de psicofármacos na atualidade envolve desde múltiplos e complexos determinantes macro estruturais relativos às condições de vida e desigualdades sociais até fatores conjunturais, a exemplo da criação de novos diagnósticos, maior frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos entre adultos, crianças e adolescentes, bem como a introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico, tornando-se um negócio muito lucrativo que se sustenta, em parte, na “ilusão social da solidez dos benefícios do tratamento psicofarmacológico”⁶.

Contudo, de acordo com os autores, há uma certa unanimidade na literatura quanto à associação da “progressiva massificação do uso de psicotrópicos e à crescente medicalização das vivências e dos sofrimentos da vida”⁶. Neste sentido, a força da racionalidade biomédica na gestão da vida ganha destaque. Não à toa, a indústria farmacêutica e a corporação médica configuram-se como agentes decisivos de indução ao consumo de medicamentos psicotrópicos que têm como função apaziguar o sofrimento, a angústia e o mal-estar vivido pelas pessoas no cotidiano na tentativa de alcançar os ideais de normalidade, bem-estar, felicidade e sucesso estabelecidos socialmente.

Por esta razão, o conceito de medicalização da vida, juntamente com o de patologização do cotidiano, tornam-se operadores conceituais importantes para explicar a “epidemia das drogas psiquiátricas” e o “fetichismo dos psicofármacos” observados nas sociedades capitalistas contemporâneas⁷. Ambos se referem à invasão da racionalidade biomédica em todos os setores da vida e à transformação de problemas sociais, adversidades do cotidiano, certos estilos de vida, comportamentos indesejáveis, em questões de saúde ou problemas médicos passíveis de intervenção e tratamento. A medicalização da existência está atrelada à patologização das formas de viver que escapam do que é desejado socialmente e que são consideradas anormais. Nesse intuito, os diagnósticos e medicamentos são tidos como recursos imprescindíveis à conservação e gerenciamento da “saúde”, prevenção de riscos, ao entorpecimento e controle dos indivíduos.

Quando transpomos esta problemática para as populações tradicionais o cenário torna-se bastante nebuloso, com muitas lacunas na literatura sobre o uso de medicamentos psicotrópicos por indígenas e quilombolas, impedindo, assim, a detecção e dimensionamento do problema para a formulação de uma estratégia culturalmente adequada. O desconhecimento dessa realidade faz parte de um conjunto de mecanismos que contribuem para ampliar a marginalização social destas populações, afirmando existências pobres e precárias. Sabemos que a fragilização e desmonte dos direitos constitucionais de populações e comunidades tradicionais, bem como práticas de racismo, violência e extermínio são cada vez mais frequentes no Brasil. Ataques às suas terras e comunidades, conflitos violentos e retirada de direitos básicos se refletem em uma perda considerável de anos e de qualidade de vida e no aumento da prevalência de agravos mentais⁸.

Como afirmam Batista e Zanello⁹ em seu estudo de revisão sistemática que data dos anos de 1999 a 2012 sobre o tema que versava sobre saúde mental (SM) em contextos indígenas em que foi possível identificar apenas 14 artigos nestes 14 anos de publicações. Além de incipiente, as publicações analisadas não debatiam criticamente as definições de saúde mental e tampouco abrangiam a complexidade das cosmologias e compreensões dos modos de vida indígena. Tais problemáticas teóricas e epistemológicas dificultam o diálogo com a diversidade de realidade dos povos indígenas do Brasil.

As emergências humanitárias que se abatem sobre as populações mais vulnerabilizadas, que incluem as populações tradicionais, têm cobrado o seu preço não só nas estatísticas de morbimortalidade, mas também na saúde mental, tal como ocorreu no período da pandemia de Covid-19 e por ocasião do rompimento-crime de algumas barragens ligadas à mineração no país^{10,11,12}. Não por acaso, o aumento dos casos de suicídio, de uso abusivo de

álcool e de substâncias psicoativas entre indígenas tem sido uma realidade observada desde a década de 1990^{13,14,15}. Este aumento apresenta-se ligado às violências vividas nos contextos dos conflitos indígenas no Brasil, como aponta o estudo de Barbosa, Cabral e Alexandre¹³, ao realizar uma pesquisa sobre uso de psicotrópicos no território Xukuru do Ororubá, após o conflito ocorrido na região em 2003. O estudo identificou que a população adulta do território se encontra vulnerável do ponto de vista socioeconômico e a presença de um padrão crônico quanto ao consumo de psicotrópicos e uma fragilização das práticas de cuidado tradicionais indígenas, como resultado da medicalização da saúde sobre o povo Xukuru.

Quanto aos quilombolas, a literatura aponta para um aumento da prevalência de agravos mentais catalisados, sobretudo, pela desigualdade social, preconceito e racismo^{16,17,18,19}. A revisão sistemática desenvolvida por Batista e Rocha²⁰, no qual realizaram uma busca abrangente, sem definição de anos de publicação para temática saúde mental e quilombo, foram encontrados apenas 18 artigos publicados. Os artigos analisados apontam para as desigualdades sociais, vulnerabilidades de direitos e não acesso aos serviços de saúde vividos pela população quilombola como os principais fatores de adoecimento mental nos territórios.

Diante da carência de investigações voltadas às populações tradicionais no que diz respeito à incidência de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e uso de psicofármacos, além da evidente dificuldade na realização de pesquisas com populações vulneráveis e de difícil acesso em função de suas especificidades culturais, o objetivo do presente estudo é apresentar os dados referentes ao perfil de utilização de medicamentos psicofármacos por populações indígenas e quilombolas participantes do estudo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, exploratória, transversal e descritiva. É um estudo de prevalência que visa conhecer o perfil epidemiológico do uso de psicofármacos em comunidades indígenas e quilombolas de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Alagoas e Piauí²¹. Compõe os estudos do projeto multicêntrico “Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso”, resultante da parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPA).

Participantes e Comunidades

O critério para a escolha das comunidades foi a proximidade com a sede das universidades participantes e a presença concomitante dos dois tipos de populações no mesmo município. Em Minas Gerais participaram o Quilombo dos Candendês em Ponto Chique do Martelo e a família indígena que habita no distrito de Padre Brito. Ambas as comunidades se localizam no município de Barbacena. Em Alagoas foram selecionadas a Comunidade Quilombola Tabacaria e a aldeia indígena Xucuru Kariri Mata da Cafurna, ambas no município de Palmeira dos Índios. Já no Rio Grande do Norte, apenas a comunidade indígena Tapará, situada no município de Macaíba, fez parte da pesquisa. Não foi realizada coleta de dados em comunidade quilombola por falta de autorização das lideranças comunitárias. Por fim, no Piauí, foram incluídas a comunidade quilombola Sussuarana e a comunidade indígena Canto da Várzea, ambas localizadas no município de Piriipiri. A pesquisa se caracterizou por ser um censo, portanto, foi entrevistado o máximo de moradores acima de 18 anos que residiam nas referidas comunidades e consentiram responder os instrumentos utilizados na coleta dos dados.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados questionários padronizados aplicados pelos pesquisadores na forma de entrevista com os participantes durante visita domiciliar às comunidades. A coleta transcorreu durante o primeiro semestre de 2023.

O primeiro instrumento utilizado trata-se de um questionário estruturado para caracterização socioeconômica do respondente (sexo, ocupação, escolaridade, estado civil, raça/etnia, religião) e de sua família e se subdividiu nas seções: infraestrutura e aspectos sanitários; atenção à saúde; assistência social; programas de crédito. Tal questionário foi aplicado por residência e respondido pelo morador responsável pela família.

O segundo instrumento utilizado consistiu em um questionário com 6 perguntas orientadas para o perfil farmacoterapêutico dos participantes que referiram a utilização de medicamentos psicotrópicos, prescritos ou não, bem como a utilização de algum tipo de composto como chás, garrafadas, infusões etc. Através dessas perguntas foi possível um delineamento epidemiológico sobre a utilização de psicofármacos nas comunidades. Este instrumento é uma adaptação do método de Morisky-Green-Levine validado em português com 4 perguntas utilizado para verificação de aderência à farmacoterapia²², e avalia também a forma de acesso aos medicamentos.

Análise de Dados

O banco de dados foi organizado e digitado no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15. Em um primeiro momento foi traçado o perfil sociodemográfico das comunidades com a expressão dos dados de frequência, média e desvio padrão. Foi calculada ainda a prevalência do uso geral de medicamentos psicotrópicos e de cada classe farmacológica referida para cada uma das comunidades participantes.

Aspectos Éticos

Para cada participante foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos participantes foi garantido total sigilo dos dados. Uma codificação foi utilizada para não revelar a identidade das pessoas que aceitaram fornecer suas informações. Foi garantido ainda um ambiente isolado para a condução das entrevistas a fim de preservar a privacidade do participante. O projeto foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado através do parecer 4.669.056.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 229 famílias distribuídas nos 4 estados: AL: 24,0%, MG 27,5%, PI 40,6% e RN 7,9%. Em relação ao pertencimento étnico/racial, 59,4% das famílias eram quilombolas, enquanto 40,6% eram indígenas. São pessoas que têm longo tempo de permanência no território: 41,5% delas vivem nos locais pesquisados desde a formação da comunidade e de seu nascimento e 44,1% delas habitam as comunidades há mais de 6 anos. A maior parte dessas famílias (51,5%) é constituída por 3 a 5 pessoas, mas também é expressiva a proporção de famílias compostas por até 2 pessoas (37,6%).

Em termos de perfil socioeconômico, 68,7% das famílias sobrevivem com até 1 salário-mínimo e as principais fontes de renda são a agricultura familiar (22,7%), o roçado (32,3%), o trabalho assalariado (24,0%) e a aposentadoria (28,8%). Um dado particularmente importante é que 44,5% do total de famílias declarou os programas sociais como parte importante do orçamento familiar.

Quanto ao saneamento, 72,5% dos domicílios não dispunham de acesso a uma rede pública de água, utilizando como recurso a água proveniente de poços, açudes, cacimba ou cecida. Sobre a qualidade da água acessada, 69% dessas famílias utilizam água tratada, seja por meio de cloração, fervura ou filtragem e 28% que declararam acessar água não tratada.

Predomina o uso da fossa séptica como recurso para destino dos dejetos em 74,2% das residências pesquisadas. Quanto ao acesso à energia elétrica, 97% das casas tinham acesso a esse recurso.

Das 229 famílias investigadas, 34,9% (n = 80) possuem familiar que faz uso de psicofármacos. Já dentre as pessoas entrevistadas individualmente, a população usuária de psicofármacos nos 4 estados resultou em 53 pessoas, cuja maior parte é moradora de MG e PI. Observa-se na Tabela 1 a predominância de uso entre mulheres adultas, com poucos anos de escolaridade, maior idade, baixa renda e dependentes de programas sociais. Independentemente de pertencer a uma comunidade indígena ou quilombola, os dados corroboram os estudos que apontam uma prevalência de gênero e de outras características sociais em relação ao consumo de psicofármacos^{3,23}. Além disso, apontam a fragilidade econômica e precárias condições de vida destes territórios que provavelmente funcionam como importantes fatores de determinação social do sofrimento psíquico e utilização de medicamentos psicotrópicos^{15,24}.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da população usuária de psicofármacos

Variável	Média (DP) / % (n)	Variável (n)	Média (DP) / %
Comunidade		Escolaridade	
Indígena	50,9 (27)	Até ensino fund. completo	67,3 (35)
Quilombola	49,1 (26)	Acima de ensino fund. completo	32,7 (17)
Estados		Raça/cor	
MG	45,3 (24)	Negra	52,8 (28)
AL	17 (9)	Indígena	41,5 (22)
RN	9,4 (5)	Branca	5,7 (3)
PI	28,3 (15)	Renda	
Idade	48,4 (24)	Até 1 salário mín.	60,4 (32)
		Acima de 1 salário mín.	39,6 (21)
Acessam prog. de Assist. Social	84,9 (45)	Acessam prog. de crédito	45,3 (24)

Fonte: os autores

Quanto ao perfil de acesso em saúde, os equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) como a UBS e o Posto de Saúde ganham destaque, grande parte dos quais estão localizados na própria comunidade (69,9%), o que indica uma oferta de serviços próxima dos territórios de vida dessas populações. No âmbito da APS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (84,5%) representam a principal estratégia acessada pelos moradores, indicando que sua presença nos territórios quilombolas e indígenas abre possibilidades de estabelecimento de vínculos com a comunidade e de identificação das suas necessidades em saúde. Nota-se

uma presença tímida de acesso às equipes da ESF e do NASF pelos moradores, o que pode impactar na detecção precoce de problemas associados ao uso de psicofármacos e à saúde mental em geral. Quanto ao acesso a programas de saúde, 76% acessam até 5 programas sendo os principais: Saúde Bucal (54,6%), Vacinação (99,1%), Saúde da Mulher (61,1%) e Farmácia Popular (47,2%).

Quanto aos programas específicos para populações tradicionais, 94,3% das famílias relataram não acessar. Isso pode ser resultado da falta de reconhecimento das identidades dessas populações junto ao poder público, uma vez que muitas enfrentam dificuldades no processo de reconhecimento formal. Dificuldades essas que foram acentuadas no período de 2019 a 2022, segundo relatos dos próprios participantes, confirmando a aceleração das políticas ultraconservadoras, de desproteção social, racistas e xenófobas no Brasil durante o governo de Jair Bolsonaro²⁵.

Tabela 2 - Acesso aos serviços de saúde pelas famílias quilombolas e indígenas

Variáveis	Média (DP), %(n)
Acesso à atendimento em saúde	
ACS	84,5 (283)
ESF/NASF	19,4 (65)
Posto de Saúde	48,4 (162)
UBS	25,7 (86)
Hospital/UPA	33,1 (111)
Localização do estabelecimento de saúde	
Comunidade	69,9 (234)
Fora da comunidade	30,1 (101)
<i>Atendimento hospitalar</i>	
No município	54,9 (184)
Fora do município	45,1 (151)
Acesso à programas de saúde	
Acesso até 5 programas	76 (254)
Acesso mais de 5 programas	24 (80)
Uso de psicofármaco na família	
Sim	34,9 (80)
Não	65,1 (149)
Algum membro da família frequenta ou frequentou o CAPS	
Sim	16,9 (38)
Não	83,1 (187)
Casos de internação psiquiátrica na família	
Sim	8,3 (19)
Não	91,7 (210)

Fonte: os autores

Em relação à assistência psiquiátrica hospitalar e na Rede de Atenção Psicossocial, 16,9% das famílias registraram familiar com histórico de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e apenas 8,3% de casos de internação hospitalar. É preciso levar em consideração que estas comunidades tradicionais estão localizadas em municípios de pequeno

porte, em áreas rurais, longe dos grandes centros urbanos onde há disponibilidade de leitos psiquiátricos.

O estudo de Costa²⁶ vem ao encontro destes dados ao apresentar as dificuldades encontradas pelas comunidades quilombolas para a garantia de seu acesso aos direitos básicos relacionados às políticas de infraestrutura, como falta de energia, água e transporte. Isso acaba comprometendo o acesso pleno dessas comunidades aos serviços públicos. Ao encontro do estudo de Costa²⁶, Oliveira²⁷ aponta uma outra problemática vivenciada pelas comunidades quilombolas no Estado de Alagoas no que tange ao acesso aos serviços públicos de saúde que, ou encontram-se distantes dos territórios quilombolas ou, quando se fazem presentes, apresentam limitações quanto à inserção, aceitabilidade e diálogo com os saberes e práticas ao modo de vida de seus moradores. Ademais, o fato de que muitos problemas de saúde mental não são sequer referidos pelos moradores às equipes de APS e encaminhados para serviços de maior complexidade pode representar um fator interferente nessa realidade²⁸. Em se tratando de comunidades tradicionais, “o modo de compreender e agir no mundo, com seus mitos e ritos, crenças e valores, constitui um conjunto de saberes legítimos em seu contexto que, muitas vezes, se contrapõe e escapa aos saberes e verdades técnico-científicas dos profissionais²⁹ e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos nas comunidades, a Tabela 3 apresenta os principais dados.

Tabela 3 - Perfil de utilização de psicofármacos nas comunidades

Variáveis	%(n)	Variáveis	%(n)
Acesso aos medicamentos		Classe de psicofármaco	
Estabelecimento público	21,2 (11)	Antidepressivo	75,5 (40)
Drogaria	63,5 (33)	Ansiolítico	34 (18)
Acesso por terceiros	1,9 (1)	Antipsicótico	11,3 (6)
Amostra grátis	1,9 (1)	Hipnótico/Sedativo	7,5 (4)
Utilizam medicamentos	100 (53)	Antiepilético	5,7 (3)
Prescrito por médico	92,5 (49)	Estabilizador de Humor	1,9 (1)
Não prescrito	7,5 (4)	Interrupção do uso de medicamentos	
Prescritor		Desconforto ou efeito indesejado	42,3 (11)
Psiquiatra	48,1 (37)	Dificuldade de obtenção	11,5 (3)
Médico da APS	40,3 (31)	Dificuldade de lembrar	7,7 (2)
Outra pessoa	11,7 (9)	Outro motivo	50 (13)
Acompanhamento médico		Realizam psicoterapia	
Sim	56,6 (30)	Sim	4,2 (1)
Não	43,4 (23)	Não	95,9 (52)
Encaminhamento para outro profissional			
Sim	26,4(14)		
Não	67,5(39)		

Fonte: os autores.

Os resultados obtidos em termos do perfil de consumo de psicofármacos em comunidades indígenas e quilombolas nos 4 estados pesquisados se alinham a outros estudos quanto à classe mais utilizada^{13,24,30,31}. Os antidepressivos ficaram em primeiro lugar, seguidos dos ansiolíticos e antipsicóticos. Apesar de serem prescritos majoritariamente pelo médico, a ausência de acompanhamento profissional durante o uso do medicamento e a falta de um plano terapêutico bem definido para o cuidado em saúde mental, incluindo o encaminhamento para outros profissionais, é bastante significativa. Isso alerta para uma realidade de automedicação, dependência e cronificação entre usuários dessas comunidades³². Nesse contexto, a pesquisa revelou que 43,4% dos usuários não realizavam qualquer acompanhamento médico, ao passo que 42,3% relataram a interrupção da farmacoterapia por desconforto ou efeito indesejado em relação aos medicamentos, sem orientação médica, evidenciando uma relação entre adesão à farmacoterapia e o acompanhamento profissional³³.

Sobre a prescrição, os dados apontaram que 92,5% dos usuários de psicofármacos fazem uso de medicamentos prescritos pelo médico, enquanto 7,5% usam medicamentos não prescritos e obtidos sem o receituário. A automedicação é um problema frequentemente reportado nas pesquisas em níveis mais preocupantes do que foi encontrado nas comunidades do presente estudo^{34,35}. No entanto, o baixo nível de automedicação pode estar relacionado ao perfil sociodemográfico e local de moradia da população que dificulta a obtenção do psicofármaco³⁶.

Observou-se também que as prescrições feitas por psiquiatras constituem 48,1% e por médicos da APS representam 40,3%. Tal resultado é condizente com a realidade das comunidades que em sua maioria está localizada em zonas distantes dos serviços especializados. Apesar de grande proporção das prescrições serem obtidas na APS, isto não garante que há um acompanhamento sistemático dada a frequente prática de renovação de receitas por cópia, isto é, a mera troca de receitas sem avaliação do estado clínico do usuário^{37,38}.

Este é um dos principais fatores de indução à medicalização, pois “o tratamento dos transtornos mentais com psicofármacos é sintomático e seu uso precisa limitar-se ao imprescindível, devendo sempre ponderar se a relação risco-benefício potencial do fármaco justifica seu emprego, e se outros recursos foram devidamente explorados”³⁹. A medicalização, como já descrita anteriormente, se relaciona à racionalidade tecnocrática do cuidado em saúde, onde a prescrição farmacológica e a produção de padrões de normalidade estão no centro do tratamento. Isso leva ao comprometimento da autonomia dos usuários à medida em que gera vínculo de dependência de consumo de psicofármacos de forma não

planejada, sem uma meta de término do tratamento, fazendo com que esse usuário dependa do serviço para a realização de seu cuidado em saúde mental⁴⁰.

Outra consequência é o comprometimento da integralidade do cuidado, uma vez que os resultados indicam a ausência de acompanhamento multiprofissional, o qual é indispensável para um cuidado ampliado em saúde. Dentre os usuários de psicofármacos, apenas 26,4% receberam orientação para acompanhamento por outro profissional, mostrando que o medicamento tem sido a opção prioritária para o tratamento de agravos em SM. Apenas uma pessoa fazia psicoterapia. O forte investimento direcionado aos psicofármacos toma o espaço de outras práticas terapêuticas, o que denota um caráter fortemente prescritivo, biologicista e de centralidade médica no processo de cuidado⁴¹.

Desse modo, os resultados apontaram para um perfil prescritivo e verticalizado do serviço acessado por essas comunidades, conforme descrito por estudiosos⁴², bem como para a existência de problemas na gestão do cuidado como a falta de acompanhamento do uso da medicação e a interrupção repentina e não assistida, práticas que vão na contramão do que é proposto nas políticas de uso racional de medicamentos e nos processos de autogestão e responsabilização pelo usuário, tal como a atenção psicossocial preconiza⁴³.

Quanto à forma de acesso aos psicofármacos, nota-se que 63,5% das pessoas que fazem uso de medicamento psicotrópico o adquirem em drogarias, mediante pagamento. Apenas 21,2% tiveram acesso em estabelecimentos públicos de forma gratuita. Essa realidade também foi apresentada no estudo de Garcia et al.⁴⁴ que apontam o gasto com medicamentos como a maior despesa em saúde entre famílias com rendas mais baixas. Além disso, segundo os autores, quando se trata de medicamentos para “sistema nervoso”, que englobam todos os psicofármacos, é a terceira categoria mais utilizada por famílias brasileiras com condições precárias de moradia e quantidade insuficiente de alimentos⁴⁴. Assim, o alto custo dos psicofármacos, certamente é algo que impacta no orçamento familiar já bastante reduzido e repercute nas condições gerais de vida e de acesso a outros bens de consumo.

Dentre os fatores relacionados à obtenção ou não do medicamento em estabelecimentos públicos de saúde, três se destacam: presença do medicamento na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), disponibilidade dos medicamentos na Rede de Atenção à Saúde e facilidade de deslocamento até o estabelecimento público onde ocorre a dispensação. No presente estudo, foi possível observar que do total de 19 medicamentos psicotrópicos referidos pelos participantes, 10 não constavam na RENAME, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 - Medicamentos psicotrópicos utilizados pelos participantes, segundo a RENAME

Medicamentos referidos que constam na RENAME	Medicamentos referidos que NÃO constam na RENAME
Clonazepam	Alprazolam
Diazepam	Bromazepam
Amitriptilina	Desvenlafaxina
Fluoxetina	Duloxetina
Nortriptilina	Escitalopram
Gabapentina	Paroxetina
Clozapina	Sertralina
Olanzapina	Trazodona
Quetiapina	Pregabalina
	Zolpidem

Fonte: os autores.

Esse resultado contradiz as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para a prescrição de medicamentos no âmbito do SUS, isto é, o MS preconiza que seja dada preferência aos medicamentos presentes na RENAME como estratégia de melhoria de acesso e de adesão ao tratamento, em especial, ao se considerar populações mais vulneráveis⁴⁵. O que observamos é que mais da metade dos medicamentos prescritos não estava disponível na rede de saúde, logo, só acessíveis através da compra em farmácias, tal como indicou-se anteriormente.

Sabe-se que estados e municípios brasileiros possuem listas de medicamentos essenciais próprias: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), respectivamente. Estas são baseadas na RENAME e no perfil farmacoepidemiológico regional, orientando o escopo de medicamentos a serem adquiridos por essas esferas. Logo, as relações de medicamentos são fundamentadas em critérios de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício, evitando gastos desnecessários na aquisição de medicamentos⁴⁵.

Os dados obtidos pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada entre 2014 e 2015, apontaram que 55,2% do total de medicamentos psicotrópicos prescritos constava na RENAME², porcentagem similar à encontrada na presente pesquisa. Isso pode significar uma similaridade entre a tendência nacional e a encontrada nas comunidades estudadas. Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o ideal é que 100% dos medicamentos prescritos para quaisquer

quadros nos serviços públicos de saúde pertençam às listas de medicamentos essenciais, uma vez que isso viabiliza o acesso a medicamentos com melhor custo-benefício⁴⁶.

É necessário levar em conta, no caso das comunidades estudadas, a distância entre o local de moradia e o de dispensação desses medicamentos. Frequentemente esses medicamentos são obtidos em municípios de maior porte, polos regionais de saúde, geralmente distantes de comunidades rurais, impactando negativamente o acesso através do sistema público de saúde. Entretanto, é impossível desconsiderar, como indica Preciado⁴⁷, que os psicofármacos “são utilizados de modo ambivalente – tanto de maneira estritamente terapêutica, quanto de forma política nos processos de medicalização e regulação farmacológica da existência”. O mercado dos psicotrópicos opera de forma insidiosa, atendendo as expectativas de usuários quanto à resolução do seu mal-estar cotidiano, otimizando suas performances, viabilizando uma certa normalização dos comportamentos e do dia a dia.

Por outro lado, auxilia os profissionais em solucionar demandas psiquiátricas agudas e urgentes, mas, especialmente, o manejo de situações cada vez mais rotineiras que dizem respeito às dificuldades relativas ao sono, à vigília, à disposição e à concentração, bem como manejar casos resistentes e refratários que se configuram em novas cronicidades como indicam Pande e Amarante⁴⁸: “esses novos crônicos fazem uso recorrente, porém pouco resolutivo, dos serviços de saúde mental. Tais pacientes têm duas características comuns: dificuldade severa no funcionamento social e tendência a usar os serviços de saúde mental inapropriadamente drenando tempo e energia dos clínicos, sem se adequar exatamente a um plano terapêutico⁴⁸. Além disso, facilita a normalização dos comportamentos agitados dos pacientes psicóticos, promovendo “a tranquilidade nas salas dos hospitais psiquiátricos”⁴⁹.

Outro aspecto avaliado nesse estudo foi a utilização de outros métodos e recursos para o cuidado autônomo. Considerando que povos tradicionais frequentemente exploram recursos de ervas medicinais para o cuidado em saúde⁵⁰, foi investigado o uso de compostos vegetais associados ou não ao tratamento medicamentoso (Tabela 4).

Tabela 4 - Modos complementares de cuidado com a saúde mental

Variáveis	% (n)
Uso de compostos	100 (80)
Usam medicamento e composto	30 (24)
Usam apenas composto	70 (56)
Atividades alternativas	100 (53)
Sim	47,2 (25)
Não	52,5 (28)
Quais atividades?	100 (25)
Atividade religiosa	56,5 (13)
Atividade laboral	4,3 (1)
Atividade física	17,4 (4)
Atividade recreativa	21,7 (5)

Fonte: os autores.

Dentre os 335 participantes da pesquisa, 80 relataram utilizar algum tipo de composto vegetal (chás, garrafadas etc.) como recurso de autocuidado. Desse total, 30% está no grupo que utiliza medicamento associado. Esse é um dado preocupante frente aos riscos de reação adversa ou interações farmacológicas que uma associação de componentes do medicamento industrializado e daqueles obtidos de vegetais podem oferecer⁵¹. Além disso, as reações manifestadas pelo uso conjunto de substâncias podem causar a descontinuidade do tratamento medicamentoso ou seu uso de forma inadequada, devido à escassez de orientação profissional⁵². Sabe-se que comunidades rurais possuem acesso restrito aos serviços de saúde, especialmente de urgência e emergência. Em caso de intoxicação aguda pelo uso de compostos vegetais associados aos medicamentos, o socorro pode ficar prejudicado. No caso de intoxicações de longo prazo, o problema pode ser agravado pela falta de acompanhamento profissional, anteriormente discutido neste estudo, já que a detecção dos casos fica dificultada.

Dentre os que fazem uso da farmacoterapia (n = 53), 47,2% praticavam alguma atividade complementar voltada para o cuidado em saúde mental. Nesse grupo observou-se a prática religiosa como a mais frequente (56,5%). Estudos mostram que a associação entre tratamento em saúde mental e prática religiosa e/ou espiritual produz efeitos positivos, uma vez que por meio da participação coletiva contribui para o aumento da autoestima e da resiliência, potencialização do sujeito e a ressignificação de seu sofrimento. Por outro lado, em alguns casos, tal vínculo pode acarretar uma maior carga da doença caso esteja associado à exploração e manipulação pela centralização em dogmas que gerem culpabilização, acarretando uma experiência negativa para o sujeito⁵³.

Outro aspecto acerca da religiosidade a ser considerado é que, embora essa dimensão seja muito importante e constitutiva das subjetividades, especialmente entre as populações investigadas, as equipes de saúde ainda não estão suficientemente qualificadas para ofertar

práticas integrativas e complementares em saúde que contemplem esta dimensão. Isso é especialmente importante se considerarmos que indivíduos com aderência à prática religiosa/espiritual - tal como quilombolas e indígenas - apresentam probabilidade de referir bem-estar subjetivo 5% maior⁵⁴, enquanto pessoas que se declaram pouco espiritualizadas têm duas vezes mais chances de apresentarem transtornos mentais e em torno de sete vezes mais possibilidade de ter algum diagnóstico de abuso ou dependência de álcool⁵⁵. Segundo Berni⁵⁶, “a Organização Mundial de Saúde tem enfatizado a importância dos países membros se debruçarem na busca por estratégias mais efetivas na promoção da Saúde Mental, inclusive no resgate das Práticas Tradicionais e das Técnicas Complementares Alternativas e Integrativas de conhecimento”.

As atividades recreativas representam 21,7%, resultado que pode estar associado à escassez da oferta de lazer às populações rurais, reflexo da percepção social de que o meio rural se relaciona estritamente à produção agrícola⁵⁷. Trata-se de um resultado relevante já que estudiosos apontam a falta de acesso a opções de lazer como um dos principais fatores de risco para o acometimento de transtornos mentais em comunidades rurais⁵⁸, o que pode ser considerado um importante modulador da prevalência de sofrimento psíquico na comunidade.

CONCLUSÃO

Objetivou-se apresentar o perfil de utilização de medicamentos psicofármacos por populações indígenas e quilombolas de 4 estados brasileiros. Os medicamentos mais utilizados foram antidepressivos, seguidos dos ansiolíticos e antipsicóticos. Identificou-se que predomina o uso entre mulheres adultas, com poucos anos de escolarização, maior idade, baixa renda e dependentes de programas sociais. Quanto à forma de acesso, poucos conseguem em estabelecimentos públicos de forma gratuita. Mais da metade dos medicamentos prescritos não consta na RENAME, dificultando o acesso e impactando no orçamento familiar em razão dos altos custos. As prescrições são feitas por médicos, mas falta acompanhamento e há casos de automedicação e interrupção não planejada. Este perfil aponta claramente que populações tradicionais não têm acesso universal aos serviços de saúde e que enfrentam muitas barreiras de acesso aos medicamentos; que não há seguimento sistemático e manejo adequado dos casos de uso de psicotrópicos nas comunidades e que também são atingidas pelo grave problema da automedicação que existe no Brasil.

Esse estudo alerta para os impactos das desigualdades sociais sobre a saúde mental de populações tradicionais historicamente vulnerabilizadas. O cenário observado nos 4 estados

reforça a necessidade de ampliar políticas públicas de desenvolvimento social nos territórios com populações tradicionais, melhorando suas condições de vida, mas, especialmente, as políticas de saúde mental voltadas às populações indígenas e quilombolas, com ênfase na atenção primária, realidade ainda muito incipiente em nível nacional.

A integralidade do cuidado em saúde mental não limita a oferta de alternativas medicamentosas para o tratamento de agravos em SM, mas depende de um conjunto complexo de medidas para melhorar as condições de vida das populações tradicionais, para diminuir desigualdades sociais, ampliar o acesso aos cuidados em saúde, para ofertar cuidados culturalmente adequados, respeitando a diversidade cultural existente e compreendendo que suas necessidades em saúde mental se relacionam intensamente com as disparidades socioeconômicas traduzidas em precariedade de vida⁵⁹.

Desse modo, torna-se urgente a realização de mais estudos voltados para a temática da saúde mental e uso de psicofármacos por populações quilombolas e indígenas a fim de propor reflexões epistemológicas e diálogos interculturais voltados à saúde mental que favoreçam o desenvolvimento de uma “escuta qualificada do sofrimento/aflição, em uma clínica redimensionada por um perspectivismo cultural”⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros JC, Silva SN. Perfil de utilização de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, Brasil [Internet]. Rev Bras Epidemiol. 2023 [citado 25 mar 2024];26(e230059):1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/O6mHp8vk9h8JWkH8HM6tDbs/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1980-549720230059
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: resultados. Brasília: Ministério da Saúde;2016.
3. Boni BS, Rezende KTA, Mazzeto FMC, Tonhom SFR, Rezende M. The use of Psychiatric Drugs: an integrative review [Internet]. NTQR. 2021 [citado 02 fev 2024];8:880-889. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/492> doi: 10.36367/ntqr.8.2021.880-889
4. Oliveira JRF, Varalho FR, Jirón M, Ferreira IML, Siani-Morello, MR, Lopes VD et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2021 [citado 24 mar 2024];37(1):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Mv8fBLY6OZnKHnSfFg6DYpd/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/0102-311X00060520
5. Costa EAP, Galvão DO, Figueiredo CFS, Rodrigues TA, Leandro J Neto. Uso indiscriminado de psicotrópicos por usuários assistidos na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa da literatura [Internet]. Humanum Sciences. 2023 [citado 13 mar 2024];5(1):36-50. Disponível em: <https://www.sapientiae.com.br/index.php/humanumsciences/article/download/214/194/509> doi: 10.6008/CBPC2674-6654.2023.001.0004
6. Secco AC, Tesses CD. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primárias à Saúde [Internet]. Saúde debate. 2023 [citado 29 mar 2024];47(139):941-956. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TRVpySZtbTGpRtMHDtjK6Lm/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/0103-1104202313916
7. Oliveira J, Cavalcanti F, Ericson S. Medicalização da subjetividade e fetichismo psicofármaco: uma análise dos fundamentos [Internet]. Saúde Soc. 2024 [citado 15 fev 2024];33(1):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/F7ssT6MZmbLJL7NLZKb7xHB/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S0104-12902024220833pt
8. Pizzinato A, Guimarães DS, Leite JF. Psicologia, Povos e Comunidades Tradicionais e Diversidade Etnocultural [Internet]. Psicol. ciênc. prof. 2019 [citado 20 jan 2024];39(e032019):3-8. Disponível em: <https://sciELO.br/j/pcp/a/bxPy7qSJvY6tgcShtFjys8d/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1982-3703000032019
9. Batista MQ, Zanello V. Saúde Mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças [Internet]. Estud. Psicol. (Natal). 2016 [citado 15 abr

2024];21(4):403-414.

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/8cWScCRZNYFkRbOw5LkwBTB/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.5953/1678-4669.20160039

10. Noal DS, Rabelo IVM, Chachamovich E. O impacto na saúde mental dos afetos após o rompimento da barragem da Vale [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2019 [citado 25 fev 2024];35(5):1-7. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/zwdfcHF9XtDC8vdN3FYMPO/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/0102-311X00048419

11. Ferreira JC. Impactos da COVID-19 nas territorialidades tradicionais quilombolas do município de Bom Conselho – Pernambuco [Internet]. Rev Contexto Geográfico. 2022 [citado 15 abr 2024];7(14):30-41. Disponível em:

<https://www.seer.ufal.br/index.php/contextogeografico/article/view/13416> doi: 10.28998/contegeo.7i14.13416

12. Werneck GL. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2022 [citado 10 abr 2024];38(4):1-3. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/DrrWR5mgrY9hJ7td7FyyBCD/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/0102-311XPT045322

13. Barbosa VFB, Cabral LB, Alexandre, ACS. Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres [Internet]. Cien. Saude Colet. 2019 [citado 10 abr 2024];24(8)2993-3000. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicalizacao-e-saude-indigena-uma-analise-do-consumo-de-psicotropicos-pelos-indios-xukuru-de-cimbres/16513?id=16513&id=16513>

14. Barreto IF, Dimenstein M, Leite JF. Percepções sobre o uso de álcool em uma comunidade indígena potiguar [Internet]. Psic.: Teor. e Pesq. 2022 [citado 10 abr 2024];38(e38419):1-10. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/36437/34754> doi: 10.1590/0102.3772e38419.pt

15. Loyola AI Filho, Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Souza Junior PRB, Mambrini JVM et al. Uso de psicofármacos por população em área atingida pelo rompimento de barragem de rejeitos: Projeto Saúde Brumadinho [Internet]. Rev. Bras. Epidemiol. 2022 [citado 25 jan 2024];25:1-8. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/BWHfXYMwR79bC3dGTRbBh4K/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1980-549720220012.supl.2.1

16. Dimenstein M, Belarmino VH, Martins ME, Dantas C, Macedo JPS, Leite JF et al. Desigualdades, racismos e saúde metnal em uma comunidade quilombola rural [Internet]. Amazôn., Rev. Antropol. 2020 [citado 25 abr 2024];12(1):205-229. Disponível em:

<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/download/8303/6524> doi: 10.18542/amazonica.v12i1.8303

17. Dimenstein M, Belarmino VH, Leite JF, Macedo JPS, Silva IT, Dantas C et al. Consumo de álcool em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro [Internet]. Quad. Psicol. 2019 [citado 12 abr 2024];21(1):1-13. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/b281/eed744f998c09f4983e2daa9409b5f19bd18.pdf> doi: 10.5565/ver/qpsicologia.1479

18. Xavier LC. A visão da feminilidade sobre os cuidados em saúde dos quilombos contemporâneos. In: Batista LE, Wernek J, Lopes F, organizadores. Saúde da população negra. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 204-2021.

19. Monego ET, Peixoto MRG, Cordeiro MM, Costa RM. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins [Internet]. Rev. Segur. Aliment. Nutr. 2010 [citado 5 abr 2024];17(1):37-47. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634798/2717>

20. Batista EC, Rocha KB. Saúde Mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura [Internet]. Interações (Campo Grande). 2020 [citado 25 mar 2024];21(1):35-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/mKwyPqBVc4OBgMsxkqnyH9d/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.2435/inter.v21i1.2149

21. Capp E, Nienov OH, organizadores. Epidemiologia aplicada básica. Porto Alegre: UFRGS;2021.

22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent predictive validity of a self-reported measure of medication adherence [Internet]. National Library of Medicine. 1986 [citado 2 mar 2024];24(1):67-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/> doi: 10.1097/00005650-198601000-00007

23. Fontanella AT. Uso de psicofármacos: uma abordagem de gênero: dados da pesquisa nacional sobre o acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos – PNAUM 2014 [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.

24. Siani-Morello MR, Pereira LB, Ferreira IML, Aliste MJ, Pereira LRL. Psychoactive drugs in the Brazilian public health system: use profile and associated factors [Internet]. Braz. J. Pharm. Sci. 2022 [citado 25 abr 2024];58(e19739):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjps/a/9pCmcYbYzyWjYwdmZHOdJJK/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/s2175-97902022e19739

25. Castilho DR, Lemos ELS. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira [Internet]. Rev. Katál. 2021 [citado 11 fev 2024];24(2):269-279. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1982-0259.2021.e75361

26. Costa ES. Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

27. Oliveira JR. A atenção básica e a saúde da população negra. In: Riscado JLS, Oliveira MAB, organizadores. Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidade. Maceió: Edufal; 2011. p. 33-44.

28. Lopes, MO, Soares TCM, Bezerra STF. Resignificando o papel da Atenção Primária como porta de entrada para oferta do serviço e organização do território [Internet]. Espaço. Saúde. 2023 [citado 25 abr 2024];24(e920):1-11. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/920/695> doi: 10.22421/1517-7130/es.2023v24.e920
29. Alves MC, Semiotti N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro [Internet]. Rev. de Saúde Pública. 2009 [citado 28 abr 2024];43(1):85-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5kPYtSvZcwC43qFyYGvN5pO/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S0034-89102009000800013
30. Araújo AFLL, Ribeiro MC, Vanderlei AD. Automedicação de psicofármacos entre estudantes universitários de odontologia e medicina [Internet]. Rev. Inter. Educ. Sup. 2021 [citado 01 fev 2024];7(1):1-19. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9020999> doi: 10.20396/riesup.v7i0.8659934
31. Zuanazzi CA, Grazziotin NA. Análise da dispensação de antidepressivos e ansiolíticos em uma farmácia comercial do Noroeste do Rio Grande do Sul [Internet]. Rev. Perspectiva. 2020 [citado 04 fev 2024];44(165):153-160. Disponível em: <http://ojs.uricer.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/80/19> doi: 10.31512/persp.v.44.n.165.2020.80.p.153-160
32. Almeida LM, Fernandes WOB, Ferreira EMR. Uso abusivo de psicofármacos e o papel do farmacêutico na prevenção da medicalização [Internet]. Rev. Saúde & Ciência Online. 2021 [citado 25 abr 2024];10(2):109-123. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/390/449> doi: 10.35572/rsc.v10i2.390
33. Silva SN, Lima MG. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. Cien. Saude Colet. 2017 [citado 20 abr 2024];22(6):2025-2036. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en.au:%22Martins%20Neto.%20Viviana%22/biblio-840016>
34. Xavier MS, Castro HN, Souza LGD, Oliveira YSL, Tafuri NF, Amâncio NFG. Automedicação e o risco à saúde: uma revisão de literatura [Internet]. Brazilian Journal of Health Review. 2021 [citado 29 mar 2024];4(1):225-240. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22665/18160> doi: 10.34117/bjhrv4n1-020
35. Gonçalves J Júnior, Moura SES, Dantas GCL, Lima AM, Brito WSB, Siebra BOB et al. Influência da publicidade na automedicação na população de um município brasileiro de médio porte [Internet]. Rev. de Saúde e Ciências Biológicas. 2018 [citado 20 abr 2024];6(2):152-155. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1447/633> doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1447.p152-155.2018
36. Silva IDD, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Wanderley VB, Nunes VMA et al. Acesso e implicações da automedicação em idosos na atenção primária à saúde [Internet]. J. Health NPEPS. 2019 [citado 05 jan 2024];4(2):132-150. Disponível em:

- <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4100/3350> doi:
10.30681/252610104100
37. Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e interconsulta [Internet]. Cien. Saude Colet. 2012 [citado 21 jan 2024];17(9):2377-2386. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/praticas-que-integram-a-saude-mental-a-saude-publica-o-apoio-matricial-e-a-interconsulta/8472>
38. Matoso KFC, Moura PC. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos atendidos na atenção primária de Fexlândia, Minas Gerais [Internet]. Rev. Brasileira de Ciências da Vida. 2018 [citado 12 mar 2024];6(3):1-25. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/588/339>
39. Bezerra IC, Morais JB, Paula ML, Silva TMR, Jorge MSB. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado [Internet]. Saúde debate. 2016 [citado 14 jan 2024];40(110):148-161. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/snNxwyPzGPKHZJGZBFgcWxx/?format=pdf&lang=pt> doi:
10.1590/0103-1104201611011
40. Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil [Internet]. Cien. Saude Colet. 2015 [citado 05 jan 2024];20(2):325-332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9dRB7Bb9656Lxsr3ZRjmYYf/?format=pdf&lang=pt> doi:
10.1590/1413-81232015202.17872013
41. Peralta PEC, Nascimento AKC, Santiago E. Medicalização, saúde mental e biopolítica: uma revisão integrativa [Internet]. Rev. Saúde e Pesquisa. 2023 [citado 19 abr 2024];16(2):453-466. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11360/7372> doi:
10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11360
42. Merhy EE, Onocko-Campos RT, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
43. Colaço RF, Onocko-Campos RT. Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras [Internet]. Cien. Saude Colet. 2022 [citado 03 abr 2024];27(7):2553-2562. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HgzrfYxtGKCPMyCpXrLT4jH/?format=pdf&lang=pt> doi:
10.1590/1413-81232022277.17162021
44. Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Aurea AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009 [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2013 [citado 07 abr 2024];29(8):1605-1616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HLVK3jgXsFtP5Z54rCdFzGG/?format=pdf&lang=pt> doi:
10.1590/0102-311X00070912

45. Ministério da Saúde (BR). Proposta de método ativo de atualização da RENAME: Parte 1 – Guia para identificação sistemática de necessidades de análise do elenco da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
46. Organização Mundial da Saúde. Perspectivas sobre a Política de Medicamentos: A seleção de medicamentos essenciais. Geneva: Organização da Saúde; 2002.
47. Preciado PB. Texto Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições; 2018.
48. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para o Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão [Internet]. Cien. Saude Colet. 2011 [citado 05 mar 2024];16(4):2067-2076. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/q86RvXbff5DkhGjLZFWf9Ky/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S1413-81232011000400006
49. Caponi S. O mercado dos psicofármacos e a gestão das emoções em tempos pós pandêmicos [Internet]. Política & Sociedade. 2022 [citado 03 fev 2024];21(51):143-157. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/91508/53366> doi: 10.5007/2175-7984.2022.e91508
50. Castro MR, Figueiredo FF. Saberes tradicionais, biodiversidade, prática integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS [Internet]. Hygeia – Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2019 [citado 01 mar 2024];15(31):56-70. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/46605/26405> doi: 10.14393/Hygeia153146605
51. Gonçalves RN, Gonçalves JRSN, Buffon MCM, Negrelle RRB, Rattmann YD. Plantas medicinais na atenção primária à saúde: riscos, toxicidade e potencial para interação medicamentosa [Internet]. Rev. de APS. 2022 [citado 25 abr 2024];25(1):120-153. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16611/24826> doi: 10.34019/1809-8363.2022.v25.16611
52. Silva, MC, Colino OS, Pontes Neto JG. Interações medicamentosa em fitoterápicos [Internet]. Research, Society and Development. 2021 [citado 16 abr 2024];10(15):1-8. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22892/19997/272053> doi: 10.33448/rsd-v10i15.22892
53. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos [Internet]. Estud. Psicol. (Natal). 2012 [citado 03 mar 2024];17(3):469-476. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S1413-294X2012000300016
54. Souza LDM, Maragalhoni TC, Quincoses MT, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2012 [citado 08 mar 2024];28(6):1167-1174. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zTMDmqMsPHstc7kfkCpPFCs/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S0102-311X2012000600015

55. Gonçalves, JS, Silva LL, Abdala GA, Meira MDD, Santos ACM, Silva MFF. Religiosity and common mental disorders in adults [Internet]. Rev. Enferm. 2017 [citado 20 jan 2024];11(4):1708-1715. Disponível em: https://www.academia.edu/66745762/Religiosity_and_common_mental_disorders_in_adults doi: 10.5205/relou.10438-93070-1-RV.1104sup201713
56. Berni LEV. Psicologia e saúde mental indígena: um panorama para construção de políticas públicas. Psicol. Am. Lat. 2017 [citado 23 abr 2024];(spe):64-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000200006
57. Maziero C, Godoy CMT, Campos JRR, Mello NA. O lazer como fator de permanência e reprodução social no meio rural: estudo do município de Saudade do Iguaçu, PR [Internet]. Interações (Campo Grande). 2019 [citado 27 mar 2024];20(2):509-522. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/8rJVkcZb8wNHGgyPY3hMD5d/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.20435/inter.v0i0.1763
58. Moraes SRS, Sena L, Baldo AM, Souto BS. Saúde mental em territórios rurais: a experiência do PET-Saúde GraduaSUS UNIVASF [Internet]. Extramuros – Rev. de Extensão da UNIVASF. 2020 [citado 22 jan 2024];8(1):85-99. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1042/763>
59. Dantas MB, Dimenstein M, Leite JF, Macedo JP, Belarmino VH. Território e Determinação Social da Saúde Mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo [Internet]. Athenea Digital. 2020 [citado 13 mar 2024];20(1):1-21. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-1-dantas-dimenstein-leite-et-al/2169-pdf-pt> doi: 10.5565/ver/athene.2169

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho abordou aspectos gerais de saúde mental e aqueles relacionados às comunidades indígenas e quilombolas em diferentes regiões do país. Pela perspectiva macro, evidenciou-se que as políticas, tanto de Saúde Mental como de Assistência Farmacêutica, embora prevejam um sistema robusto e humanizado, cujo escopo advém de um debate que considera as interfaces entre SM e AF, ainda padece de uma grande carência de investimento e de uma essencial necessidade de rompimento com antigos paradigmas que permeiam a práxis em SM. Evidencia ainda que, embora o debate exista, o interesse econômico das indústrias farmacêuticas e de instituições psiquiátricas privadas prevalecem, modulando o poder decisório de modo tal que dificulta a implementação de políticas que promovam a autonomia dos usuários e principalmente a sua independência dos medicamentos, bem como do biopoder de controle dos corpos exercido pelo sistema através da figura do médico.

Assim, foi possível sublinhar ainda os impactos na ponta desse sistema nas comunidades indígenas e quilombolas. Enquanto as comunidades estudadas carecem do acesso a cuidados básicos em saúde mental e profissionais especializados, o único recurso a elas destinado para a assistência em SM é o medicamento. Paradoxalmente, as comunidades mais empobrecidas acessam majoritariamente o meio de cuidado mais dispendioso, seja pela compra desse medicamento e pelo seu impacto no orçamento familiar, seja pelo impacto no orçamento público através dos aumentos contínuos na verba destinada a compra de psicofármacos que podem, inclusive, onerar sinergicamente o sistema pelo mau uso desses medicamentos, pelas reações adversas que podem provocar ou simplesmente pela baixa eficiência que a farmacoterapia isolada pode ter.

Comunidades tais como as indígenas e quilombolas possuem vulnerabilidades sociais e econômicas históricas que se sustentam por meio desse quadro de precariedade no acesso, não só à saúde mas a recursos de modo geral. Assim, embora a saúde mental, de modo particular, seja amplamente afetada pelas condições de vida ao qual as pessoas são expostas, a condução dos investimentos em condições dignas de vida para as comunidades pelo Estado, incluindo em SM, revela a intencionalidade do sistema político e econômico em manter essas populações em estado de anestesia e enfraquecimento da coletividade como modo de manutenção e perpetuação de tais iniquidades. Iniquidades tais que são essenciais para a existência do acúmulo de recursos por uma fina camada social.

Assim, o debate em saúde mental é, por excelência, um debate essencialmente político e que deve se voltar para a reflexão sobre autonomia e construção de uma sociedade que seja

alicerçada na solidariedade e na coletividade. Isso significa inverter o *modus operandi* de um alinhamento geral com a individualidade promovido pelo neoliberalismo e voltar a perspectiva para o crescimento comum e coletivo contemplando a interdependência intrínseca que a vida em sociedade nos impõe.

Desse modo, é vital que haja uma mobilização coletiva em prol do fortalecimento do controle social e que se ocupe lugares à mesa desse debate de modo a inverter o processo de controle e de obtenção de lucro a partir do direito alheio. É importante salientar ainda que os avanços feitos ao longo dos últimos anos, desde a implementação do SUS, a conquista de direitos e a própria existência do presente debate, resistem através dos movimentos e articulações da sociedade civil. Não há direito que seja dado, tudo é fruto de luta política. E precisamos seguir mobilizados para a superação das iniquidades.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, R.; DIAS, M. K. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 33, p. 1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>.
- CLARK, A. E.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; FISHMAN, J. R. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, [S.l.], v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1519765>.
- CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore, Eua: Ohns Hopkins University Press, 2007. 224 p.
- FOUCALT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001. 250 p.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.
- KRENAK, Ailton. História indígena e o eterno retorno do encontro. **INDÍGENA E AFROBRASILEIRA**, p. 114, 2012.
- MAFFACCIOLLI, R.; TORRES, R. D.S.; BÓGUS, C. M. Determinantes Sociais da Saúde de Povos Indígenas e Quilombolas no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 1120-1135, 2021.
- MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. **Medical Care**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.
- MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. **Selling Sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients**. [S.l.]: Bold Type Books, 2005, 272 p.
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000100017>.
- ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001100019>.

SANTOS, J. C. G.; CAVALCANTE, D. S.; VIEIRA, C. A. L.; QUINDERÉ, P. H. D. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-21, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-7331202333010>.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a "Determinação Social da saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009. Disponível em: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=406345800004>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ANEXO I – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO
GERAL POR
FAMÍLIA

DATA: / /
NÚMERO DA FAMÍLIA:
ENTREVISTADOR:
RESPONDENTE: _____ COMUNIDADE/ESTADO:

DADOS DO
RESPONDENTE:

1. SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	2. ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> só escreve o nome <input type="checkbox"/> até um ano de escolaridade <input type="checkbox"/> ensino fundamental i incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental ii incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto	3. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viuvo 5. RAÇA/ETNIA: <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> amarelo
4. OCUPAÇÃO		
6. RELIGIÃO		

INFORMAÇÕES
SOBRE A FAMÍLIA

1. INFRAESTRUTURA E ASPECTOS SANITÁRIOS DA MORADIA:

1. TIPO 1. <input type="checkbox"/> tijolo 2. <input type="checkbox"/> taipa 3. <input type="checkbox"/> madeira 3. <input type="checkbox"/> material aproveitado 4. <input type="checkbox"/> telhas 5. <input type="checkbox"/> palha 6. <input type="checkbox"/> outras	2. ACESSO À ÁGUA 1. <input type="checkbox"/> rede pública 2. <input type="checkbox"/> poço 3. <input type="checkbox"/> cacimba 4. <input type="checkbox"/> chafariz 5. <input type="checkbox"/> açude 6. <input type="checkbox"/> clandestini 7. <input type="checkbox"/> cedida	3. TRAT. DA ÁGUA 1. <input type="checkbox"/> filtrada 2. <input type="checkbox"/> fervida 3. <input type="checkbox"/> não tratada 4. <input type="checkbox"/> cloração 5. <input type="checkbox"/> outras	4. ENERGIA 1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> relógio próprio 3. <input type="checkbox"/> relógio improvisado 4. <input type="checkbox"/> relógio comunitário	5. DESTINO DOS DEJETOS 1. <input type="checkbox"/> fossa séptica 2. <input type="checkbox"/> céu aberto 3. <input type="checkbox"/> buraco 4. <input type="checkbox"/> outras	6. DESTINO DO LIXO 1. <input type="checkbox"/> coleta pública 2. <input type="checkbox"/> queimado 3. <input type="checkbox"/> enterrado 4. <input type="checkbox"/> a céu aberto 5. <input type="checkbox"/> outras
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1.1 RENDA FAMILIAR:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> até ½ sm 2. 2. <input type="checkbox"/> 1 sm 3. <input type="checkbox"/> entre 1 e 2 sm 4. <input type="checkbox"/> entre 2 e 4 sm 5. <input type="checkbox"/> acima de 4 sm</p>	<p>1.2 O SUSTENTO DA FAMÍLIA É PROVENIENTE DE (MAIS DE UMA OPÇÃO):</p> <p>1. <input type="checkbox"/> agricultura familiar de subsistência 2. <input type="checkbox"/> roçado 3. <input type="checkbox"/> criação de animais 4. <input type="checkbox"/> venda agropecuária 7 5. <input type="checkbox"/> trabalho assalariado 6. <input type="checkbox"/> prestação de serviços 7. <input type="checkbox"/> aposentadoria 8. <input type="checkbox"/> programas sociais 9. <input type="checkbox"/> artesanato 10. <input type="checkbox"/> comércio 11. <input type="checkbox"/> outros, quais: _____</p>	<p>1.3 TEMPO DE RESIDÊNCIA DA SUA FAMÍLIA NA COMUNIDADE:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> desde a fundação 2. <input type="checkbox"/> até um ano 3. <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 4. <input type="checkbox"/> 2 a 4 anos 5. <input type="checkbox"/> 4 a 6 anos 6. <input type="checkbox"/> 6 ou mais anos</p>
<p>1.4 ONDE A FAMÍLIA MORAVA ANTES:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> zona rural do mesmo município 2. <input type="checkbox"/> zona rural de outro município 3. <input type="checkbox"/> em outro estado 4. <input type="checkbox"/> zona urbana do mesmo município 5. <input type="checkbox"/> zona urbana de outro município</p>	<p>1.5 NÚMERO DE MORADORES NA RESIDÊNCIA:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> até 2 2. <input type="checkbox"/> de 3 a 5 3. <input type="checkbox"/> de 5 a 7 4. <input type="checkbox"/> mais de 7</p>	

2. ATENÇÃO À SAÚDE:

<p>2.1. A FAMÍLIA É ATENDIDA:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> pelo agente comunitário de saúde 2. <input type="checkbox"/> pela equipe da esf/nasf 3. <input type="checkbox"/> pela equipe do posto de saúde 4. <input type="checkbox"/> pela equipe da ubs/centro de saúde 5. <input type="checkbox"/> pela equipe do hospital/upa</p>	<p>2.2 O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE A FAMÍLIA FAZ CONSULTAS ESTÁ:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> na comunidade 2. <input type="checkbox"/> no distrito 3. <input type="checkbox"/> no município 4. <input type="checkbox"/> em outro município</p>	<p>2.3 O HOSPITAL QUE A FAMÍLIA FREQUENTA É:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> do município 2. <input type="checkbox"/> regional 3. <input type="checkbox"/> de outro município</p>
<p>2.4 .QUAIS SÃO OS PROGRAMAS DE SAÚDE QUE ASSISTEM/ASSISTIAM À FAMÍLIA:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> saúde bucal 2. <input type="checkbox"/> saúde da criança 3. <input type="checkbox"/> vacinação -imunização/ incluindo para covid-19 4. <input type="checkbox"/> programa nacional de combate à dengue 5. <input type="checkbox"/> farmácia popular 6. <input type="checkbox"/> ambulância</p>	<p>2.5 AS DOENÇAS MAIS COMUNS IDENTIFICADAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS ENTRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> doenças infecciosas e parasitárias (sarampo, caxumba, coqueluche, paralisia infantil, tétano, dst's, aids, dengue, zika, calazar, verminoses em geral) 2. <input type="checkbox"/> doenças crônicas</p>	<p>2.6. ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA FAZ USO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESSIVOS OU OUTRO PSICOFÁRMACO:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não</p>

<p>7. <input type="checkbox"/> saúde da mulher/ pré-natal/cuida mais brasil</p> <p>8. <input type="checkbox"/> programa de volta para casa</p> <p>9. <input type="checkbox"/> saúde na escola</p> <p>10. <input type="checkbox"/> academia da saúde</p> <p>11. <input type="checkbox"/> algum específico para populações tradicionais:</p> <p>_____</p> <p>12. <input type="checkbox"/> outros,QUAIS:</p> <p>_____</p>	<p>degenerativas (hipertensão, diabetes)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> doenças do aparelho respiratório (tuberculose, pneumonia, asma, bronquites)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> neoplasias (câncer)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> transtornos mentais e do comportamento (uso de álcool, uso de drogas, tentativa de suicídio, etc)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> causas externas (violência, acidentes de trânsito)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> covid-19</p>	<p>2.7. USA ESSE MEDICAMENTO:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> regularmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> esporadicamente</p> <hr/> <p>2.8. QUEM PASSOU A MEDICAÇÃO (MOSTRAR A CAIXA):</p> <p>1. <input type="checkbox"/> psiquiatra</p> <p>2. <input type="checkbox"/> médico do posto ou da esf/nasf</p> <p>3. <input type="checkbox"/> recomendação de outra pessoa</p>
<p>2.9. TEMPO DE USO:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> até 3 meses</p> <p>2. <input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses</p> <p>3. <input type="checkbox"/> entre 6 meses e 2 anos</p> <p>4. <input type="checkbox"/> mais de 2 anos</p> <p>2.12. ESSA INTERNAÇÃO ACONTECEU:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> no hospital psiquiátrico</p> <p>2. <input type="checkbox"/> no hospital geral</p> <p>3. <input type="checkbox"/> no caps iii</p> <p>4. <input type="checkbox"/> na upa</p> <p>5. <input type="checkbox"/> na comunidade terapêutica</p>	<p>2.10. ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA FREQUENTA/JÁ FREQUENTOU UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/CAPS:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>	<p>2.11. ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA JÁ PRECISOU SE INTERNAR POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS/SAÚDE MENTAL:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>

3. DIMENSÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

<p>3.1 FAMÍLIA ESTÁ INCLUSA NO CADÚNICO?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>	<p>3.2 FAMÍLIA É BENEFICIÁRIA DO BOLSA FAMÍLIA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>	<p>3.3 HÁ INTEGRANTE DA FAMÍLIA INCLUSO NO PETI?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>	<p>3.4 HÁ INTEGRANTE DA FAMÍLIA INCLUSO NO PROJovem URBANO/ RURAL</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. PROGRAMAS DE CRÉDITO (GOVERNAMENTAIS QUE A FAMÍLIA TEM ACESSO):

<p>1. <input type="checkbox"/> água para todos (cisternas, sistemas de produção, barragens, irrigação)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> luz para todos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> habitação rural</p> <p>4. <input type="checkbox"/> minha casa minha vida</p> <p>5. <input type="checkbox"/> pronaf</p> <p>6. <input type="checkbox"/> aquisição de alimentos (paa)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> assistência técnica e extensão rural (ater)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> outros, quais:</p>

ANEXO II - Questionário de Perfil Farmacoterapêutico - Psicofármacos

1- Você usa medicamentos para ansiedade, depressão, calmante, para dormir ou qualquer outro de uso controlado ou consome outro tipo de substância para cuidar do seu bem estar mental? Ex: chás, garrafadas, ervas, etc.

SIM NÃO

2- Se usa, quais são e como usa?

- Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____
Há quanto tempo usa? _____ Prescrito: sim não

- Substância: _____ Forma (chá, garrafada, etc) : _____
Finalidade: _____ Há quanto tempo usa? _____
Prescrito: sim não

3- Onde obtém seus medicamentos psicotrópicos? (Mais de uma resposta possível)

- Posto ou outro estabelecimento de saúde público
- Drogeria - Programa Farmácia Popular
- Drogeria - comprado
- Recebe de vizinhos, parentes, amigos ou doação
- Outros _____

4- Se usa medicamentos prescritos, o prescritor ofereceu alguma outra alternativa para tratamento/acompanhamento? (encaminhamento para outros profissionais ou serviços de atenção à saúde mental).

Sim Não

5- Faz algum tratamento além do medicamentoso e/ou uso de substâncias alternativas?

Não
 Sim

Se sim, onde faz? _____

6- Faz acompanhamento periódico com o prescritor?

Sim Não

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Você está sendo convidado pelos pesquisadores Magda Dimenstein, João Paulo Macedo, Jader leite, Saulo Fernandes e Telmo Ronzani, a participar da pesquisa “*Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso*”.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de vida e saúde mental em populações quilombolas e indígenas, pois são povos que vivem um conjunto de situações adversas no seu dia-a-dia que podem interferir, por exemplo, em uso prejudicial de álcool e/ou drogas e em casos de depressão.

Caso decida participar, serão aplicados dois instrumentos para auxiliar na identificação desses problemas na comunidade: o primeiro é o *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*, que serve para avaliar o padrão de uso de álcool (baixo ou médio risco, uso prejudicial, dependência); o segundo instrumento relativo à saúde mental e sofrimento psíquico (*Self-Reporting Questionnaire – SRQ-14*) objetiva identificar nos últimos 30 dias se você tem se sentido triste e sem energia. Cada um desses instrumentos leva cerca de 15 a 30 minutos para serem respondidos. A aplicação dos dois instrumentos será realizada por um pesquisador com auxílio de um bolsista de pesquisa. Após essa etapa, será feita uma entrevista caso a pontuação alcançada em qualquer uma das ferramentas requerer.

Por último, serão realizadas algumas rodas de conversas para conversarmos coletivamente sobre os resultados desses instrumentos. Essas conversas servirão para discutir os possíveis fatores que estão associados à existência desses problemas na comunidade, bem como pensar estratégias de intervenção. Nenhum resultado (diagnóstico) será apresentado individualmente e sua privacidade será preservada. Vamos procurar garantir um ambiente adequado e reservado para que essa atividade seja o mais confortável possível.

Em termos dos riscos, este estudo poderá, ocasionalmente, provocar algum mal-estar de ordem física e/ou psicológica aos participantes em decorrência de tratar de **temas sensíveis relativos ao consumo de substâncias psicoativas e evidências de transtornos mentais**. Caso ocorram, a participação na pesquisa será interrompida imediatamente e será viabilizado

o acompanhamento em saúde mental do participante, observando os cuidados diante da pandemia da COVID-19, com uso, inclusive, de teleatendimento. Os participantes serão encaminhados, sem nenhum ônus, para estabelecimentos privados que disponibilizam tais serviços. Dessa forma, será fornecida assistência integral aos participantes.

Para minimizar possíveis desconfortos, será dada total atenção à realização da coleta de dados de forma individual e com privacidade, respeitando o horário e local indicados pelo morador. Serão tomadas todas as precauções em termos de biossegurança, como uso de máscaras e distanciamento social durante a aplicação das ferramentas e da realização das rodas de conversa. Quanto às rodas, será garantido o sigilo das informações, de forma que as conversas serão baseadas nos resultados gerais da comunidade, sem identificação de nenhum caso em particular. Em ambas as situações, individual ou em grupo, a qualquer incômodo mencionado por parte dos respondentes a coleta será interrompida.

Ademais, como medidas de precaução a fim de evitar qualquer dano ou para minimizar esses riscos, haverá disponibilização contínua de espaços para esclarecimentos e orientação pela equipe de pesquisadores por meio de tecnologias de informação e comunicação via WhatsApp, *Google Meet* e/ou Skype.

Você tem o direito de se recusar a participar, retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, assim como a não responder alguma questão, sem nenhum prejuízo. Não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Não é possível definir benefícios pessoais diretos da pesquisa. Contudo, a sua participação vai ajudar a conhecer mais detalhadamente como está o estado de saúde mental e bem-estar da sua comunidade, assim como pensar nas estratégias de intervenção e cuidado mais adequadas à sua realidade e necessidades. Nesse sentido, considera-se que há benefícios coletivos e indiretos que serão auferidos aos participantes na medida em que será possível fazer um rastreamento de problemas associados ao uso de álcool e outras drogas e de transtornos mentais comuns, e a partir dessa detecção precoce, dar seguimento a um plano de cuidados continuados na RAPS.

É garantida a você indenização com despesas quanto aos cuidados em saúde diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. As despesas que você tiver em decorrência de sua participação nesta pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação, serão ressarcidas pelos pesquisadores.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Magda Dimenstein - (85)99134-2343, e-mail: mgdimenstein@gmail.com (Rua Carlos Vasconcelos 1259 apt 802, Aldeota, Fortaleza CE, CEP 60115171) ou para João Paulo Macedo - (86)99946-2381, e-mail: jampamacedo@gmail.com

Qualquer dúvida sobre aspectos éticos dessa pesquisa você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Central, Lagoa Nova. Natal/RN. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep – que tem por objetivo garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas. Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra

701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Como o termo ocupa mais de uma página é necessário que todas elas sejam rubricadas e a última assinada, caso você aceite participar.

(assinatura do Participante)

(assinatura do Pesquisador)

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa *“Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso”*, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Todas as páginas anteriores serão rubricadas.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “*Saúde Mental e Povos Tradicionais: desenvolvimento de tecnologias de detecção, análise e atenção para populações vulneráveis de difícil acesso*”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

_____, _____, _____.
(local e data)

Assinatura do Responsável