



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

GRAZIELA DA CRUZ SAMPAIO

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

TERESINA-PI

2020

GRAZIELA DA CRUZ SAMPAIO

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Citó Lopes Resende Santana.

GRAZIELA DA CRUZ SAMPAIO

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Linha de pesquisa: Atenção Integral à Saúde da Mulher

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lorena Citó Lopes Resende Santana.

Aprovada em _____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lorena Citó Lopes Resende Santana
Orientadora/Presidente– PMPSM/UFPI
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Prof. Dr^a. Rosimeire Ferreira dos Santos
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Examinador Interna

Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Examinador externo ao Programa

Prof. Dr. Emanuel José Batista de Lima
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
Examinador Externo

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, pela sua misericórdia, bondade e graça me acompanharem todos os dias da minha vida, fazendo com que eu vença todos os obstáculos em busca dos meus sonhos, e por ser minha fonte de força e descanso quando as barreiras pareciam intransponíveis

Aos meus pais, Maria de Jesus e Matias Cruz, por sempre me darem muito apoio e incentivo na conquista dos meus sonhos.

Às minhas irmãs, Graziane e Giseli Sampaio, por estarem sempre ao meu lado nas lutas e dificuldades e nas conquistas e vitórias ao longo da minha vida.

Ao meu marido, companheiro, amor e amigo de uma vida Marcos Sampaio por estar sempre ao meu lado durante toda essa jornada, me incentivando para buscar minha qualificação profissional e pelo seu amor incondicional.

À minha família, avôs, tios (as), primos(as), sogros, cunhados e sobrinhos pela torcida e incentivo sempre.

À minha amiga e líder espiritual Alexandra Pas pelas orações e palavras de força e coragem desde o processo de seleção até a conclusão dessa pesquisa.

As amigas de fé e oração Maria Eduarda, Micheli, Vanessa, Raquel pelas orações e apoio.

A Marta Evelin, por ser uma amiga e profissional que me inspira.

Aos demais familiares e amigos que contribuíram com orações e demonstrações de carinho durante o tempo que me dediquei ao desenvolvimento do mestrado.

AGRADECIMENTOS

À professora, Dr^a. Lis Cardoso Marinho Medeiros, pelas contribuições para esse estudo, pela luta e exemplo de profissional determinada e que nos permitiu, por meio do Mestrado em Saúde da Mulher, contribuir para aperfeiçoamento dos serviços nos quais estamos inseridos.

A todos os professores do Mestrado, pela troca de conhecimentos e experiências que proporcionaram meu amadurecimento profissional.

À minha orientadora, Prof. Dr^a. Lorena Citó Lopes Resende Santana pela confiança e respeito com os quais me conduziu nesse processo desde o início da pesquisa. Obrigada por acreditar em mim, pela paciência e incentivo de sempre. Gratidão.

Aos meus amigos e companheiros mestrados, em especial Anaíde, Amanda, Cláudia, Diliane, Luciana, Sara pelas horas e aprendizado compartilhados durante esses anos e pelas palavras de apoio, amizade e irmandade.

Aos colegas de mestrado, em especial Djalma pelo apoio, incentivo e companheirismo para que a publicação de um livro com autoria coletiva com os colegas da nossa turma, se concretizasse.

Aos funcionários do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, em especial a Andrea, por contribuírem com a organização da estrutura física, administrativa e solicitações dos mestrados sempre em tempo oportuno.

A Secretária Municipal de Saúde de União, Dra. Anne Costa pelo apoio e incentivo na realização dessa pesquisa.

Aos profissionais da equipe de ESF de Novo Nilo, a enfermeira Gabriela, médica Laiane, agentes comunitários de saúde Gracinha, Ahmilene, Irani, Helena e Gustavo e as técnicas de enfermagem Socorro, Anadia e Edna pelo auxílio e disponibilidade de cada um em colaborar na coleta dos dados para esta pesquisa, através de visitas domiciliares e busca ativa de prontuários.

Aos todos os profissionais da equipe NASF, em especial a nutricionista Vanessa Lira, técnica de referência em saúde mental de Novo Nilo pela colaboração na coleta de dados, apoio e incentivo.

Aos pacientes da UBS de Novo Nilo que aceitaram participar deste estudo que sempre demonstraram interesse e disponibilidade. Meus sinceros agradecimentos.

A Tácito, estatístico que efetuou a tabulação dos dados. Obrigada pela paciência, disposição e agilidade.

As amigas, a enfermeira Camila e Sara e a médica Layane por não medirem esforços para me ajudar na conclusão do Mestrado e pela torcida positiva de sempre.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), por ter me aberto portas e por ter contribuído com minha qualificação profissional.

**“Aquele que é capaz de fazer infinitamente mais
do que tudo que pedimos ou pensamos,
de acordo com seu poder que atua em nós”.**
Efésios 3:20

SAMPAIO, GRAZIELA DA CRUZ. **Qualidade de vida dos usuários de psicotrópicos na atenção primária à saúde**. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2020

RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) pode ser compreendida por diversos conceitos dependendo de uma interpretação subjetiva, mas que insere o bem-estar mental, social, cultural sem necessariamente ter um estado total de ausência de doença. Dessa forma, falar em QV remete a diversos influenciadores e o uso de psicofármacos é um deles. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso racional de medicamentos psicotrópicos pelos usuários de saúde mental que fazem uso de psicotrópicos e são atendidos pela Atenção Primária, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona rural do município de União/Piauí. Trata-se de estudo epidemiológico populacional, analítico, observacional e transversal. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados: questionário sociodemográfico, prontuários e um Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida/WHOQOL-bref (questões envolvendo uma avaliação individual da QV, a satisfação com a própria saúde e a classificação em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo em cada domínio o escore que varia entre 0 a 100 pontos e quanto maior a escore, melhor é a avaliação da QV). Após apreciação descritiva, realizou-se a análise estatística. A amostra pesquisa foi constituída de 76 usuários de saúde mental adultos cadastrados na UBS, e dentre os pesquisados são em maioria do sexo feminino, faixa etária de 40 a 60 anos ou mais, casados e com o diagnóstico de transtorno de ansiedade, as variáveis estatisticamente significantes foram estado civil e depressão. E os resultados encontrados quanto à prevalência dos medicamentos psicotrópicos, a prescrição mais frequente foi de antidepressivos (57,9%) seguido dos ansiolíticos (47,4%), e que destes (88,9%) são benzodiazepínicos. Quanto aos transtornos psiquiátricos, o registro mais citado nos prontuários foram os transtornos de ansiedade, seguido de registros inexistentes sobre qual transtorno o usuário de saúde mental teria para justificar a prescrição de psicotrópicos. As maiores médias de QV em três domínios foram apresentadas pelos pacientes que fazem uso de medicamentos fitoterápicos, com escores acima de 70. As maiores médias de QV foram observadas no domínio relações sociais e as menores médias no domínio meio ambiente. As mulheres apresentaram maiores médias de QV quando comparados aos homens. Considerando que nenhum domínio teve o valor máximo alcançado, são necessários esforços para a melhoria da QV dos usuários em sofrimento psíquico e mental na Atenção Primária, por meio de ações promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos. A fim de colaborar nessas ações foram elaborados um boletim e um folder informativo como instrumentos de suporte técnico para os profissionais na assistência a essa população.

Palavras-chave: Psicotrópicos. Qualidade de Vida. Atenção Primária

SAMPAIO, GRAZIELA DA CRUZ. **Qualidade de vida dos usuários de psicotrópicos na atenção primária à saúde** Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2020

ABSTRACT

Quality of Life (QOL) can be understood by several concepts depending on a subjective interpretation, but which inserts mental, social, cultural well-being without necessarily having a total state of absence of disease. Thus, talking about QoL refers to several influencers and the use of psychotropic drugs is one of them. The aim of this study was to evaluate the rational use of psychotropic drugs by mental health users who use psychotropics and are attended by Primary Care, in a Basic Health Unit (UBS) in the rural area of the city of União / Piauí. This is a population, analytical, observational and cross-sectional epidemiological study. The instruments used for data collection: sociodemographic questionnaire, medical records and a Quality of Life Assessment Instrument / WHOQOL-bref (questions involving an individual assessment of QOL, satisfaction with one's own health and classification in 4 domains: physical, psychological, social relations and environment, with the score ranging from 0 to 100 points in each domain and the higher the score, the better the QOL assessment. After descriptive assessment, statistical analysis was performed. The research sample was constituted of 76 adult mental health users registered at UBS, and among those surveyed are mostly female, aged 40 to 60 years or older, married and diagnosed with anxiety disorder, the statistically significant variables were marital status and depression. And the results found regarding the prevalence of psychotropic drugs, the most frequent prescription was antidepressants (57.9%) followed by anxiolytics (47.4%), and of these (88.9%) are benzodiazepines. As for psychiatric disorders, the most cited record in the medical records was anxiety disorders, followed by nonexistent records about which disorder the mental health user would have to justify the prescription of psychotropic drugs. The highest means of QOL in three domains were presented by patients using herbal medicines, with scores above 70. The highest means of QOL were observed in the social relations domain and the lowest means in the environment domain. Women had higher mean QoL when compared to men. Considering that no domain had the maximum value reached, efforts are needed to improve the QOL of users in psychological and mental suffering in Primary Care, through actions promoted by both health professionals and public managers. In order to collaborate in these actions, a newsletter and an information folder were created as technical support instruments for professionals assisting this population.

Key-words.: Psychotropic Drugs. Quality of Life. Primary attention

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- Distribuição quanto aos transtornos psiquiátricos identificados-	50
Gráfico 02- Percentual da classificação terapêutica de medicamentos psicotrópicos	50
Gráfico 03- Uso de Benzodiazepínicos entre os medicamentos classificados como ansiolíticos ...	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas da população e os escores de domínios de qualidade de vida. União - Piauí, 2019.	40
Tabela 2- Distribuição dos escores médios de Qualidade de vida das mulheres e amostra geral em cada domínio do WHOQOL-bref. União - Piauí, 2019.	45
Tabela 3- Correlação Spearman entre as variáveis com os domínios da escala WHOQOL-BREF. União - Piauí, 2019.	46
Tabela 4- Modelos de regressão para os desfechos de QV em seus diferentes domínios (WHOQOL-bref). União - Piauí, 2019.	48
Tabela 5- Correlação entre psicotrópicos e os domínios do Whoqol-bref físicos psicológicos relações pessoais e meio- ambiente	51
Tabela 6-Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escore.....	55
Tabela 7-Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escala Likert	55
Tabela 8- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escore.....	56
Tabela 09-Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escala Likert	56
Tabela 10- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escore.....	57
Tabela 11- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnostico de transtorno ansioso. Dados em formato de escala Likert.....	57
Tabela 12- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escore.....	58
Tabela 13- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escala Likert.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
GTA	Grupo Técnico de Atenção
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPN	Humanização do Parto e do Nascimento
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OT	Oficinas Terapêuticas
PICS	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Saúde mental na atenção primária á saúde e RAPS.....	18
2.1.2 A saúde mental do município de União/PI	22
2.2 Sofrimento psíquico e mental.....	26
2.2.1 Transtornos de Ansiosos.....	26
2.2.2 Transtornos Depressivos	27
2.3 Psicotropicos utilizados no tratamento de transtorno mentais.....	27
2.4 Qualidade de vida	28
2.5 Práticas Integrativas.....	30
2.5.1 Atividade física e Transtornos mentais.....	30
3 Objetivos	32
3.1 Objetivo geral.....	32
3.2 Objetivos específicos	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 Aspectos éticos e legais.....	37
4.2 Desenho e população.....	33
4.3 Amostra.....	34
4.4 Seleção dos participantes.....	35
4.4.1 Critério de inclusão	35
4.4.2 Critério de exclusão	35
4.5 Instrumento de coleta de dados	35
4.5.1 Questionário sóciodemográfico.....	35
4.5.2 Sistema de dados dos prontuários manuais dos pacientes.	36
4.5.3 World health Organization Quality of life instrument, bref version (WHOQOL bref).....	36
4.6 Coleta de dados	37
4.7 Análise dos dados	37
4.8 Plano de intervenção para reduzir o uso indiscriminado de psicotrópicos por pacientes assistidos em uma UBS da Zona Rural de União - PI.....	38
5 RESULTADOS DISCUSSÃO.....	40
6. CONCLUSÃO	60
7.REFERÊNCIAS.....	61

ANEXOS.....	71
ANEXO A: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida/ The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL bref.	72
ANEXO B: Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	76
ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética.....	77
APÊNDICES	81
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	82
APÊNDICE B: Questionário sócio demográfico da pesquisa.....	84
APÊNDICE C: Boletim informativo para profissionais	85
APÊNDICE D: Folder informativo para a população.	90

1. INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com questões relacionadas à Qualidade de vida (QV) vem de um movimento simbiótico dentro das ciências humanas, de saúde e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do processo saúde-doença, assim define-se QV como um conceito complexo e em contínua construção que engloba mais de uma área interdisciplinar de conhecimento, além de unir diversas formas de ciência e do conhecimento popular (CAMPO VERDE *et al.*, 2019; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Assim, a qualidade de vida erroneamente é abordada somente como sinônimo de saúde, porém trata-se de um conceito mais abrangente nas teorias interdisciplinares, onde as condições de saúde seriam apenas um dos aspectos a serem considerados. Entre essas teorias destaca-se a influência dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) na qualidade de vida (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Os Determinantes Sociais em Saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa na sua coletividade vive e trabalha. São considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam como fatores de risco à população e também na ocorrência de problemas de saúde e, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego; o que reflete a natureza subjetiva da qualidade de vida e reforçando a sua ligação com contexto cultural e social que envolve a experiência pessoal, o meio ambiente e a situação de saúde. É necessário compreender o processo saúde-doença de um indivíduo e de uma coletividade, observando a interrelação que esses determinantes sociais em saúde possuem a fim de reduzir as iniquidades e corrigir os problemas sociais e de saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

As percepções de pior QV dos usuários avaliados podem estar relacionadas com condições de saúde e habitação precárias, problemas nas relações sociais e condições psicológicas, sugerindo falta de recursos de saúde, cultura, educação, lazer, saneamento, entre outros que afetam diretamente a QV dessas pessoas (ALMEIDA-BRASIL, 2017).

Além disso, o mundo tem passado por um processo de transição demográfica, onde a população de idosos passa a aumentar constantemente. O envelhecimento global apresenta-se como um grande desafio, uma vez que esse fenômeno gera modificações no âmbito econômico e social, trazendo consequências para a saúde pública. Por isso, tem se pensado cada vez mais nas condições em que essa população envelhece, e relacionando aos fatores que influenciam na

qualidade de vida, como faixa etária, gênero e condições sociais vulneráveis (ALMEIDA *et al.*, 2020; FERREIRA, MEIRELES, FERREIRA, 2018).

Pesquisas apontam que o sexo feminino tem cerca de duas vezes mais chance de apresentar sofrimento em relação ao sexo masculino. Essa dissimetria pode estar relacionada à diferença de gênero e os papéis sociais da mulher e do homem. Tais diferenças nos papéis femininos e masculinos, em cidades rurais, sobretudo da região Nordeste do Brasil, assumem características culturais patriarcais acentuadas, sendo a imagem masculina cercada pelo pensamento de virilidade e a imagem da mulher nordestina associada à submissão, fragilidade e sensibilidade, torna-a desse modo mais suscetível ao sofrimento psíquico e mental (BRASIL 2013a, BRILHANTE, 2015).

Diante desse contexto citado, viver em cidades rurais pode ser fator de vulnerabilidade para o sofrimento psíquico e mental em mulheres. Pode-se observar que as construções sociais sobre os gêneros como crenças de que o “homem que é homem é forte e não adocece” colaboram para o modo como homens e mulheres expressam seu sofrimento mental (BRILHANTE, 2015).

E essas crenças exercem influência direta nos diagnósticos psiquiátricos entre os gêneros, há diferença em torno dos transtornos mais comuns para homens e mulheres, o primeiro envolve o uso nocivo de substâncias psicoativas ou distúrbios antissociais e segundo os transtornos de humor e alimentares (ALVES, 2017).

Diante do sofrimento psíquico e mental um dos tratamentos recomendados é o uso de psicotrópicos, que são medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e que podem levar à dependência. Pode-se observar o aumento do número de prescrições e o possível abuso desses medicamentos, com indicações duvidosas e durante períodos prolongados, como problemas relevantes na saúde mental, devido aos riscos que esses medicamentos acarretam a curto e longo prazo, como a redução da capacidade funcional em idosos (FALCI *et al.*, 2019).

O sofrimento psíquico e mental e uso de psicofármacos pode influenciar na QV da população. O estudo realizado por Azevedo (2017) no interior de Minas Gerais com pessoas diagnosticadas com depressão apontou por meio de correlação parcial, que os sintomas de depressão foram associados a menores escores de QV global e funcional, afirmando que o sofrimento psíquico influencia na percepção dos usuários em saúde acerca da sua própria vida.

A Atenção Básica (AB), atualmente nomeada de atenção primária, é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que possibilita o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que

demandam do cuidado em saúde mental. Essa realidade permite aos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) encontrarem-se próximos da população, permitem conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram e os componentes que envolvem essa relação; com isso diagnosticar o sofrimento biopsicossocial da população e utilizar-se dos atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) nas intervenções no território (BRASIL, 2016).

Diante do exposto, a presente pesquisa teve o intuito de avaliar a qualidade de vida de pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópica e são atendidos na UBS Eduvigens Gonçalves Costa, localizado no povoado Novo Nilo na zona rural do município de União - PI, através da aplicação do questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life Breef* (WHOOL-bref).

2. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e RAPS

O cuidado com o usuário de saúde mental nasceu de movimentos de lutas sociais por 12 (doze) anos até a regulamentação e aprovação da Lei 10.216/2001, intitulada como a Lei da Reforma Psiquiátrica que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e recomenda a criação de dispositivos de cuidado em território, como por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas Terapêuticas (OT), Residências Terapêuticas (RT), Ambulatórios, Hospital-Dia, Hospitais Gerais, Atendimento em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e de Lazer (BRASIL, 2005).

Neste caso, foi preciso avançar bem mais do que descentralizar as ações para a esfera administrativa dos estados e municípios, de modo a superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão dos serviços, para assegurar o amplo acesso do usuário ao conjunto de ações e serviços, respeitando, assim, a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Assim, para que o sujeito seja atendido em seu território e tenha os cuidados necessários às suas demandas de saúde, é preciso que os dispositivos de cuidado dialoguem com a Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Queirós e Lima (2012), afirmam os profissionais que atuam na AB são atores estratégicos na promoção da saúde no território adscrito, porque a produção de cuidado num contexto social dos territórios que estão inseridas as equipes de ESF suscitam a necessidade de selecionar trabalhadores com o domínio de saberes e práticas diferenciadas. Sendo fundamental que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) consiga desenvolver estratégias baseadas na concepção das *práxis* populares, considerando a importância desse trabalhador para a realização de estudos de novas morfologias do trabalho no serviço de atenção primária a saúde e das mediações dessa categoria diante das lutas sociais.

Nesse contexto, a AB apresenta-se como porta de entrada na rede de serviços de saúde podendo acolher os usuários no território. Caracteriza-se um conjunto de serviços de saúde como mais proximidade à vida dos sujeitos, dando a possibilidade de conhecer e reconhecer com mais facilidade as questões de saúde que afligem certa comunidade. As ações desenvolvidas envolvem ações que abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde,

na autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Avançando nesse processo de atenção à saúde mental no Brasil, o Ministério da Saúde lança no ano 2011, o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). No tocante ao planejamento, à assistência e à articulação interfederativa, publicou também a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade envolve a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

A RAPS está baseada nos princípios da autonomia, do respeito aos direitos humanos e do exercício da cidadania prevê a promoção a equidade; reconhecimento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer os estigmas e os preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado e desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial e além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011b).

Em relação aos termos organizativos, é constituída por ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado orientam-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2015b).

A RAPS constitui-se como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Uma região de saúde deverá constar no território alguns serviços, como: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Esses dispositivos são importantes para que a Saúde Mental torne-se mais articulada e integrada de forma efetiva a rede SUS em toda sua complexidade político-organizativa, e possibilitando maiores investimentos financeiros e ampliação de serviços em saúde (SILVA, 2014).

Então a AB, componente essencial da RAS, propõe-se a ser: base resolutiva, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, apoiando a proposta de inserção das ações de

saúde mental a partir dos cuidados da rede de AB, atuando na coordenação do cuidado em articulação com outros dispositivos da rede (BRASIL, 2011b). Sendo a principal estratégia de cuidado para as demandas de sofrimento mental nos territórios. Evitando assim o atendimento especializado como primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental (BRASIL, 2015b).

Na realidade brasileira, o processo de integração da saúde mental à atenção primária é um novo modelo que tem sido norteador para experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. As instituições responsáveis pela gestão federal da saúde estimularam ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da AB, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes (BRASIL, 2011c).

O Relatório de Gestão 2003-2005, lançado pelo Ministério da Saúde Brasileiro em 2007, demonstra que a partir de 2005 os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica. Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - PPI, publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006, e intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população à atenção em saúde mental, em especial nos pequenos municípios brasileiros (BRASIL, 2006).

Conforme avaliação do Ministério da Saúde (MS) há um número expressivo de municípios onde os profissionais de saúde mental lotados em Centros e Postos de Saúde, realizam consultas, atendimento individual, atendimento em grupo, ações de promoção da saúde. Esta forma de atendimento ambulatorial na atenção básica, tradicional na saúde pública brasileira, necessita de maior efetividade, resolutividade e articulação mais orgânica com a rede de saúde (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou alguns motivos sobre a importância da integração de ações de saúde mental na atenção primária, recomendando ao território, à comunidade e às redes de serviços de saúde que se organizassem, de forma a

reconhecer que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, com ênfase nas novas formas de cuidar (OMS; WONCA, 2008).

Partindo do pressuposto que as perturbações mentais criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias e acarretando dificuldades econômicas e sociais substanciais que afetam a sociedade no seu todo. E que os problemas de saúde mental e física estão interligados, e assim muitas pessoas sofrem de ambos precisam que os serviços de cuidados primários sejam integrados para ajudar assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística. Afirma ainda que há um enorme déficit para o tratamento de pessoas com necessidades de saúde mental e com doenças físicas, assim como as pessoas com necessidades de saúde física com perturbações mentais (OMS, 2008).

Desse modo os cuidados primários para a saúde mental ajudam a diminuir este déficit, pois melhoram o acesso. E a integração da saúde mental nesses cuidados torna-se a melhor maneira de assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam e facilitam iniciativas comunitárias junto à população e a promoção da saúde mental, e a monitorização e a gestão a longo-prazo dos indivíduos afetados. Essa integração minimiza o estigma e a discriminação, além de eliminar o risco das violações dos direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos (OMS, 2008).

Outro ponto elencado para a integração de ações de saúde mental na atenção primária é sobre a boa relação custo-benefício, pois os serviços de cuidados primários para a saúde mental são caros como os hospitais psiquiátricos, tanto para os pacientes, como para as comunidades e os governos. Além disso, os pacientes e as suas famílias evitam os custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. Sendo assim pequenos investimentos governamentais que podem trazer benefícios importantes (OMS, 2008)

No Estado do Piauí, a Secretaria Estadual da Saúde do Piauí- SESAPI (2016) tem a RAPS composta por 45 (quarenta e cinco) CAPS, dos quais 29 (vinte e nove) correspondem à modalidade CAPS I, 9 (nove) CAPS II, 1 (um) CAPS III, 1 (um) CAPS i, 3 (três) CAPS ad, 2 (dois) CAPS ad II, 4 (quatro) RT, 1 (um) Hospital Psiquiátrico e 160 (cento e sessenta) Leitos em Hospitais Gerais do SUS (PIAUI, 2016).

2.1.2 A Saúde Mental no Município de União/PI

O município de União- PI localiza-se a 56 km da capital, segundo o IBGE (2019) a população do é 44.485 habitantes, sendo que 59,6% deles residem na zona rural do município. As localidades rurais são denominadas de: Novo Nilo, David Caldas, Baixa Grande, Mundo Novo, São João, Buriti Alegre, Divinópolis, Liberdade, Mussun, Cajueiro e Bandeira.

O serviço de saúde da Atenção Primária possui dezesseis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo cinco equipes na zona urbana e onze equipes na zona rural, dezesseis equipes do Programa de Saúde Bucal (PSB), três equipes do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) modalidade 1, com os seguintes profissionais: psiquiatra, psicóloga, enfermeira sanitária, assistente social, educador físico, nutricionista, fisioterapeutas, fonoaudióloga e 5 (cinco) academias de saúde e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), além de uma residência terapêutica, destaque-se o fato de ser única fora da capital do Estado, Teresina. Sobre a quantidade de pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica da área rural de Novo Nilo temos a seguinte distribuição: são cadastrados 1152 pacientes na UBS, e destes, 93 fazem uso de medicação psicotrópica (DATASUS, 2017).

Segundo Rosa e Bona (2007), o município de União foi pioneiro e um grande parceiro no processo de consolidação das bases da reforma psiquiátrica no Piauí, destacando-se como um dos primeiros municípios a implantar serviços em saúde mental preconizados pelo Ministério da Saúde, configurando-se como uma rede de cuidados em saúde mental, possuindo: 1 (um) CAPS e 1 (uma) RT que abriga 5 (cinco) moradores. A equipe técnica multiprofissional era composta por psiquiatra, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psicóloga, assistente social, educador físico, coordenador e vigilantes.

A implantação dessa rede de cuidados foi possível devido à capacitação das equipes de PSF/AB através do projeto do Ministério da Saúde de qualificação de CAPS, que objetivava capacitar e qualificar a equipe com o propósito de fortalecer os novos processos de trabalho em serviços abertos, comunitários para consolidação da supervisão clínica e melhor articulação da rede de serviços do município na otimização de recursos para a produção de saúde mental e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (ROSA; BONA, 2007).

As ações de implantação do matriciamento em saúde mental no município de União- PI aconteceram em conformidade com as Diretrizes da Política em Saúde Mental. Na AB essas ações já vinham sendo desenvolvidas desde 2008 pela equipe do CAPS, porém no formato de escalas pré-determinadas, porém esta organização não favorecia a vinculação do profissional do CAPS no território que se pretendia atuar, isto porque, o profissional indicado percorria

todas as localidades, comprometendo a criação de vínculo, de confiança, de apoio, em fim, de referência entre a comunidade e o técnico (MORAIS *et al.*, 2017).

No início de 2013, as ações realizadas pela equipe do CAPS passaram por avaliação, e constatou-se que, para o alcance dos objetivos, a melhor estratégia seria a escolha de um profissional que exercesse a função de técnico de referência para cada uma das 11 (onze) equipes de ESF da zona rural. E, dentro desse contexto que os profissionais do NASF exerceriam um papel importante para o desenvolvimento das ações em saúde mental no município (SAMPAIO *et al.*, 2015).

A estratégia encontrada foi descentralizar as ações, conforme preconiza a legislação que orienta a implantação das Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental na Atenção Básica. Estas foram divididas entre os profissionais do CAPS e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que foram configuradas da seguinte forma: sete equipes de ESF (Novo Nilo, David Caldas, Baixa Grande, Mundo Novo, Buriti Alegre, Liberdade e Bandeira) seriam acompanhadas pelo NASF. E, quatro equipes de ESF (Divinópolis, São João, Mussun e Cajueiro) seriam referenciadas pelo CAPS (SAMPAIO *et al.*, 2015).

Cabe mencionar um estudo sobre o mapeamento de incidência dos casos de suicídio na localidade rural Novo Nilo no período de 2005 a 2017 realizado pelas equipes do CAPS, ESF, NASF e comunidade. Os dados coletados identificaram 10 (dez) casos de suicídio e 19 (dezenove) casos de tentativas de suicídio (MORAIS *et al.*, 2017). Segundo relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nove pacientes referiram ideação suicida (desejos e pensamentos de cometer suicídio).

Diante desses dados coletados, pode-se apontar a necessidade da formulação de estratégias preventivas, e de ações para identificar os grupos vulneráveis e os fatores associados à ocorrência do suicídio, para assim traçar um plano de prevenção e rede de apoio a essas pessoas e suas famílias, envolvendo os profissionais de saúde da AB para que possam identificar precocemente as pessoas com comportamento suicida. Esta ação exige maior integração da equipe, planejamento das ações de prevenção e promoção de saúde e o fortalecimento da participação social na comunidade (MORAIS *et al.*, 2017).

A realidade acima reforça a importância das ações de matriciamento na Atenção Básica em todo o município com ênfase nas localidades rurais, com um técnico matricial de referência para cada área. Desse modo, os processos de trabalho da equipe do CAPS e do NASF sofreram modificações para atender à descentralização das ações em saúde mental. Foi determinado um dia de trabalho semanal para o deslocamento do profissional ao seu território, facilitando a

integração das equipes e o conhecimento das reais necessidades e dos problemas enfrentados pelas comunidades (SAMPAIO *et al.*, 2015).

As atividades para implementação foram planejadas em várias etapas: a primeira delas consistiu em realizar levantamento de todos os usuários cadastrados no CAPS por território. Na segunda houve a elaboração do perfil dos usuários. Na terceira, apresentou-se o perfil desses usuários para as equipes da ESF e análise detalhada dele. E, na quarta, construiu-se um cronograma de atividades a serem ofertadas para a comunidade e a inclusão da saúde mental na agenda da ESF e, na quinta e última etapa iniciou-se a oferta de rodas de cuidado, cursos, palestras, projetos de geração de renda e organização de festividades em datas comemorativas. O processo inicial das ações de saúde mental na atenção básica correspondeu ao deslocamento dos profissionais do CAPS e NASF para o território referenciado, porém a elaboração das atividades a serem ofertadas deu-se com construção coletiva de profissionais e moradores (SAMPAIO *et al.*, 2015).

A realização de rodas de cuidado foi o primeiro dispositivo criado para produzir encontros e trocas de experiências, tornando-se com o tempo o local impulsionador da construção de redes sociais, de articulação e mobilização das pessoas. A estratégia das rodas de cuidado também foi usada para desconstruir a formação de grupos específicos ligados a uma patologia (hipertensos, diabéticos, doentes mentais) e abrir espaços para a comunidade fortalecer vínculos e gerar afetos, permitindo a construção de novas formas de cuidado na atenção básica focada na promoção de saúde. As rodas de cuidado foram disparadoras de novas atividades que estão sendo desenvolvidas na comunidade como: curso de Agentes de Desenvolvimento Comunitário, projetos de geração de renda (criação de galinhas e horta) e Conselho Municipal de Saúde na escola (MORAIS *et al.*, 2017).

O guia prático em matriciamento em saúde mental elaborado pelo Ministério da Saúde, reafirma a importância dos grupos de cuidado na atenção primária à saúde, com ações educativas que envolvam um suporte psicoemocional e reflexão sobre os hábitos de vida dos participantes. Essas intervenções grupais na atenção primária atuam de modo terapêutico na redução do sofrimento emocional, reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes. E, ainda gera impactos na melhoria da capacidade de enfrentamento dos problemas diários e no aumento da autoestima e da resiliência (BRASIL, 2011c).

O grupo estabelece vínculos de cuidado bem-estruturados entre a equipe de saúde e os pacientes sustentando-se em quatro pilares: o acolhimento, a escuta, permite o desabafo e criação de espaços de reflexão para os usuários de saúde mental sobre seu sofrimento e suas causas, e o suporte

psicoemocional, reforçando a segurança daquele que sofre e empoderando-o na busca de soluções para problemas enfrentados (BRASIL, 2011c).

Muitos desafios foram encontrados para o desenvolvimento dessas ações previstas como, por exemplo, as dificuldades de estrutura física para o desenvolvimento dos grupos (sala de grupo, cadeiras), resistência do profissional médico para se integrar ao restante da equipe e falta de espaço na agenda de trabalho da equipe da ESF para reuniões, discussão de casos, planejamento e participação nas atividades coletivas. Percebeu-se que as atividades de promoção de saúde mental não eram prioridades na agenda da Atenção Básica e que os casos de atendidos eram repassados diretamente para o CAPS sem o acolhimento inicial. Outro grande desafio foi quanto à reorganização dos processos de trabalho dos profissionais para desviar o foco exclusivamente da assistência e atendimento individual para as atividades em grupo que favorecia a popularização dos saberes e tornava os serviços mais resolutivos (SAMPAIO *et al.*, 2015).

Desse modo, as ações de saúde mental na AB proporcionaram a mudança nos processos de trabalho das três equipes (CAPS, NASF e ESF), pelo viés das ações de matriciamento. As interconsultas, a apropriação de novos saberes, a aproximação das equipes com a comunidade foram essenciais para a concretização da humanização dos processos de trabalho e da adaptação desse processo à realidade local. As ações de matriciamento de saúde mental na atenção básica, além de ter modificado os processos de trabalho, desencadeou o entrelaçamento das ações de promoção de saúde e cuidado, dos profissionais com a comunidade, da teoria com a prática e do sonho com a realidade (SAMPAIO *et al.*, 2015).

Importante ressaltar que atualmente essas ações de matriciamento implementadas no município de União/PI continuam sendo executadas.

Para manutenção da saúde mental é necessário adaptar-se de modo bem-sucedido aos estressores advindos do meio interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados para a idade e congruentes com as normas morais locais e culturais. Ocorre o sofrimento psíquico e mental em casos onde não houve adaptação a esses estressores e com significativo prejuízo no desempenho de suas funções sociais, ocupacionais e físicas do indivíduo ou coletividade (SADOCK; RUIZ, 2017).

Segundo um estudo realizado ano de 2015 sobre as características sociodemográficas, práticas religiosas e culturais na população adscrita no território de Novo Nilo obtiveram os seguintes resultados: 31% dos moradores não apresentam escolaridade, 67% praticam agricultura de subsistência e 81% recebem benefícios do governo federal. Este estudo apontou ainda sérios problemas de saúde e total ausência de saneamento básico. A população participava ativamente dos eventos culturais e, quanto à religiosidade, 81% declaram-se católico, com a presença de rezadores (BATISTA *et al.*, 2016).

2.2 SOFRIMENTO PSÍQUICO E MENTAL

2.2.1 Transtornos Ansiosos

A ansiedade é caracterizada por exacerbação do pico adrenérgico, essa descarga possibilita a elevação de alguns sinais vitais, como a pressão arterial e frequência cardíaca, que ativam o estímulo da “luta e fuga”, porém o sentimento de autopreservação nesses casos é tão intenso que o indivíduo passa a hiperfocalizar os sintomas físicos, como a palpitação, taquicardia, tremores, síncope e vertigem, o que altera a sua percepção quanto ao meio ambiente ao qual o indivíduo em sofrimento psíquico se encontra, além de modificar alguns processos cognitivos (DALGALARRONDO, 2019).

Já a ansiedade patológica é caracterizada por antecipação, a longo prazo, de eventos negativos, que pode ocorrer quando o indivíduo enfrenta incertezas, ameaças existenciais ou perigos potenciais/ reais através de uma resposta emocional profundamente superior ao real estressor (DALGALARRONDO, 2019; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

As síndromes ansiosas representam os transtornos mentais mais frequentes ao nível internacional e nacional, com prevalência de 27,4% na população geral; quanto ao sexo observam-se maiores índices em mulheres, com taxa de prevalência 32,5% enquanto no sexo masculino esse índice é de 21,3% (COSTA *et al.*, 2019).

Os transtornos de ansiedade de origem primária, que não são consequências de doenças de nível orgânico, são ordenados inicialmente em dois grandes grupos: quadros em que a ansiedade é constante e permanente, como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e quadros onde existem crises de ansiedade abruptas e intensas, conhecidas como ataques de pânico, que a depender do seu caráter repetitivo pode configurar-se como transtorno do pânico (DALGALARRONDO, 2019).

O autor afirma que o quadro de TAG caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos em grande parte do dia, por vários meses; onde por consequência o indivíduo relata sentimentos de angústia, preocupação, além de sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, irritabilidade, dificuldade de concentração, assim como sintomas físicos como taquicardia, palpitações, dores de cabeça, vertigens e dores musculares. (DALGALARRONDO, 2019).

Em muitos pacientes a ansiedade pode apresentar-se sobre a forma de crises intermitentes com o surgimento de vários sintomas ansiosos em maiores intensidades. Assim, as crises de pânico, são marcantes na ansiedade, pois ocorre grande descarga do Sistema Nervoso Autônomo, gerando sintomas de taquicardia, palpitações, sensação iminente de morte, náuseas, formigamento, desconforto respiratório e asfixia, além de sentimentos de desrealização e personalização, gerando intenso sofrimento psíquico ao paciente (DALGALARRONDO, 20

2.2.2 Transtornos Depressivos

Trata-se de uma psicopatologia com etiologia complexa e que envolve diversos sintomas, por exemplo, os elementos que envolvem alterações de humor, como o humor deprimido e, na esfera volitiva, a perda de energia. Essa tristeza e esse desânimo patológico são mais intensos e frequentes do que ocorre ao longo da vida, tendo como consequência considerável impacto na saúde física e mental das pessoas acometidas (DALGALARRONDO, 2019; MARTINS, 2019).

Um transtorno de humor do tipo depressivo ocorre sem uma história prévia de mania ou hipomania com duração de pelo menos duas semanas. Normalmente o indivíduo é acometido pelo menos por quatro sintomas de uma lista que engloba alterações no apetite e peso, alterações no sono e na atividade física, falta de energia, sentimento de culpa, problemas para pensar e tomar decisões além de pensamentos recorrentes de morte (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Dentre as síndromes depressivas, destaca-se o transtorno depressivo maior como mais prevalente, afetando cerca de 350 milhões de pessoas no mundo, em todas as idades e ambos os gêneros, associado a um alto risco de recaída, que atinge cerca de 50% das pessoas após o primeiro episódio depressivo e até 80% após dois episódios (LEMOUT; GOUTLIB, 2019).

Estudo realizado por Gregoleti, Scortegagna e Portella (2016), destacou que as mulheres casadas, com faixa etária de 50 anos, têm mais depressão do que os homens, sendo observada significância com o uso de antidepressivos, ressaltando que as mulheres adoecem mais quando comparadas à população geral.

Segundo Dalgalarrondo (2019, p. 345), “os quadros depressivos caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à auto valoração, à vontade e à psicomotricidade”, o que corrobora a ideia da complexidade das síndromes depressivas e da necessidade de envolvimento de uma equipe multiprofissional no tratamento das pessoas acometidas.

2.3. PSICOTRÓPICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Segundo a Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998 essa classe de medicamentos é de prescrição restrita e assim sujeitos a controle especial, através do formulário azul e retenção da receita, mesmo assim o uso indiscriminado e por tempo indeterminado vem tornando-se um problema de saúde pública no Brasil (NORDON; HÜBNER, 2015).

Os psicotrópicos classificados como benzodiazepínicos são considerados psicofármacos psicolépticos, ou seja, ocasionam diminuição da atividade do Sistema Nervoso

Central (SNC) possuindo desta forma ação ansiolítica, sedativa, relaxante e anticonvulsivante devido ação de potencializar o efeito do neurotransmissor ácido gama aminobutírico (GABA) que por sua vez provoca intensa inibição sobre as atividades do SNC (KATZUNG, 2014).

Esses psicotrópicos são seguros e tornam-se necessários em determinadas condições de saúde, porém é preciso ter cautela na prescrição e manutenção deles. O baixo custo e facilidade de aquisição da prescrição na maioria das vezes favorecem ao uso indiscriminado e inadequado, pois se sabe que o tratamento farmacológico da maioria dos sofrimentos psíquicos e afecções no sono são essenciais devendo ser integrado com a adoção de mudanças de hábitos de vida e psicoterapia (TEIXEIRA, 2013).

Clark *et al.* (2013) chamam a atenção que o uso prolongado desses medicamentos quando ultrapassa períodos de 4 a 6 semanas tem-se como risco o desenvolvimento de tolerância, abstinência ao retirar e dependência entre seus consumidores.

Dentre os fatores contribuintes para tolerância e dependência dos psicotrópicos em questão tem-se: renovação e manutenção de prescrição sem reavaliação continuada, aumento da dose pelo paciente e sem a devida correção pelo médico e interrupção inadvertida após uso prolongado (KATZUNG, 2014; NORDON; HÜBNER, 2015).

Um estudo dos trabalhos compilados na revisão de Fiorelli; Assini (2017) demonstra que o uso de benzodiazepínicos no Brasil é prevalente nas mulheres e com tendência de maior uso com o avançar da idade.

A pouca percepção ou até mesmo a falta de informação sobre as consequências do uso dessa classe de psicofármacos pelo próprio médico, farmacêutico e/ou usuário torna esse fenômeno comum o que traz como ressalva a necessidade de controlar e disseminar informações aos envolvidos nessa problemática apontando para melhores métodos de prescrição, conduta e atuação frente a uso desses medicamentos (MATTE; PLETSCHE, 2014).

2.4 QUALIDADE DE VIDA (QV)

A qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação às expectativas, padrões e preocupações, de acordo com World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group, 1995). Conceito baseado na própria definição de saúde proposta pela OMS

e interpretada como a percepção individual de completo bem-estar, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença (OMS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um conceito transcultural que define a QV “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995). Abrange a complexidade do constructo, inter-relacionando aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças refletindo a natureza subjetiva do constructo que está enraizada no contexto cultural e social, ao considerar, também, outros fatores, tais como a experiência pessoal, o meio ambiente e a situação de saúde (ZHAN, 1992).

Diante da importância de tal conceito, foi elaborada escala WHOQOL-bref que é uma versão abreviada em português do World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100), contendo 26 questões referentes às duas últimas semanas antes da pesquisa. Esse instrumento de avaliação da qualidade de vida foi elaborado pelo grupo de trabalho liderado pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL group, 1995), responsável pelo seu desenho e pelas orientações para sua análise por meio da sintaxe proposta.

A subdivisão acontece através das perguntas sobre a qualidade de vida geral e as demais perguntas envolvem os quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente, sendo que em cada domínio o escore varia de 0 a 100 pontos (FLECK, 1999).

O WHOQOL-bref possui cinco escalas de respostas do tipo Likert: “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência) (FLECK, 1999). A escala de Likert é utilizada principalmente em estudos que medem percepções e interesses. E possibilita a aquisição de respostas mais próximas da realidade por meio das afirmações dos respondentes (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

O WHOQOL-bref é um instrumento que foi traduzido e validado no Brasil, e apresenta bom desempenho psicométrico e praticidade de uso, sendo uma alternativa para avaliar a qualidade de vida no país (FLECK, 2000).

2.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS

A prática de cuidados segundo Schveiter, Esper e Silva (2012) é uma das mais antigas do mundo e que não tinham dependência a um sistema e nem a uma profissão específica. Com a evolução e constante introdução de tecnologias e incorporação culturais as práticas de cuidados foram divididas em diversas tarefas.

As práticas integrativas e complementares em saúde aos poucos se tornaram uma realidade na RAPS no país. O avanço pode ser entendido como expressão de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde (TELESI JÚNIOR, 2016).

As terapias integrativas e complementares merecem amplo estudo tanto do ponto de vista de seu custo-efetividade quanto de sua constituição enquanto saber e técnica. É necessário desviar da tendência atual do modelo medicalizador e iatrogênico do cuidado terapêutico. Nesse sentido, elas podem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos, capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Conforme o preconizado na Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC) no SUS publicada em 2015, que prevê a inserção dessas práticas de serviços na atenção primária voltadas para a prevenção de doenças e como recurso terapêutico para o tratamento de doenças já estabelecidas (BRASIL, 2015a).

O município de União-PI reconhecendo a importância dessas práticas integrativas e complementares (PICS) tem inserido algumas dessas práticas integrativas nos serviços de atenção primária, são elas: plantas medicinais/fitoterapia, auriculoterapia e a meditação. Os profissionais das equipes NASF como os nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos são os responsáveis pela execução dessas atividades e multiplicadores desses conhecimentos para os profissionais das equipes de ESF do município (DATASUS, 2019a).

Essa implantação deu início na UBS Novo Nilo em grupos específicos como grupos de saúde mental e grupo de controle do tabagismo. A gestão municipal tem intuito de ampliar a oferta dessas práticas para todas as equipes de ESF.

2.4.1 Atividade física e transtornos mentais

Para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a atividade física é considerada um eixo estratégico no campo da saúde e por isso introduzida no Sistema Único de Saúde (SUS) o tema das práticas corporais/atividade física (MALTA, *et al.*, 2009). É proposto que sejam implantadas ações na rede básica de saúde e na comunidade relacionadas a aconselhamento/divulgação; intersetorialidade; mobilização de parceiros; monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

A prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon, mama e diabetes tipo II, atua no controle de valores pressóricos e, conseqüentemente, da pressão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão, entre outros (WHO, 2004).

Estudos apontam que a prática de atividade física regularmente proporciona aos idosos melhoria na saúde, motiva a autonomia e a valorização das suas capacidades (FLORES *et al.*, 2018) e ainda aumenta a vontade para realizar tarefas e de viver (AZEVEDO FILHO, 2018).

Desse modo, é importante tornar a atividade física e práticas corporais uma prática cotidiana como uma estratégia eficaz para melhorar qualidade de vida e estado de saúde físico e emocional para a população e tratamentos complementares para perturbações do humor (PETERSON *et al.*, 2015).

Observou-se que um baixo nível de aptidão física está mais fortemente associado ao aparecimento de sintomas depressivos elevados do que várias outras medidas de gordura, incluindo o IMC, a circunferência da cintura e a percentagem de gordura corporal (BECOFISKY *et al.*, 2015).

Mediante as informações citadas, verifica-se que a prática de atividade física e práticas corporais são comportamentos que podem contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos e/ou coletividades, em programas de promoção da saúde, como o Estratégia Saúde da Família (FERREIRA, 2015).

3. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

3.1.1 Avaliar o uso racional de medicamentos psicotrópicos pelos usuários de saúde mental atendidos na Unidade Básica de Saúde Eduvigens Gonçalves, localizada na zona rural do município de União - Piauí, em 2018 e 2019.

2.2 Objetivos específicos

3.2.1 Avaliar a qualidade de vida dos usuários de saúde mental que fazem uso de psicotrópicos;

3.2.2 Caracterizar os usuários de saúde mental que fazem uso de medicamentos psicotrópicos quanto à faixa etária, sexo, estado civil e diagnóstico de depressão e de ansiedade;

3.2.3 Conhecer a associação entre variáveis associadas (faixa etária, sexo, estado civil, diagnóstico de depressão e de ansiedade) ao transtorno mental comum com Qualidade de Vida na Atenção Primária em usuários de saúde mental que fazem uso de psicotrópicos;

3.2.4 Identificar a classe dos medicamentos psicotrópicos e os transtornos mentais mais frequentes;

3.2.5 Constatar a autoavaliação dos usuários de saúde mental em relação à qualidade de vida e correlacionar com o tratamento (se farmacológico ou não);

3.2.6 Elaborar material educativo para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida em pacientes com sofrimento psíquico e mental na Atenção Primária.

4. METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa respeitou as diretrizes das Resoluções 416/2012 e 510/2016 para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. E, foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o parecer de nº 2.602.044 de 09 de abril de 2018 e pela Secretaria Municipal de Saúde de União-PI representada pela Secretária Municipal de saúde que autorizou a realização da pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma via do mesmo e os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

4.2 Desenho e população

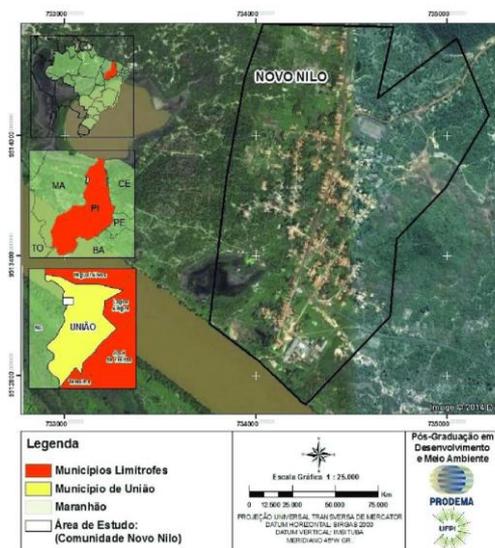
O estudo foi realizado a partir de pesquisa de campo que utilizou abordagem quantitativa de natureza exploratória. Trata-se de estudo epidemiológico populacional, analítico, observacional e transversal.

E os dados estão expressos para a execução das análises estatísticas foi considerado um nível de 5% de significância (o mesmo que 95% de confiança). Como amostra estatística considerou-se os resultados de 76 pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica, as informações foram submetidas ao pacote Software Microsoft Office Excel 2010 conforme a ferramenta desenvolvida por Pedroso, Pilatti e Reis (2010). Planilhas do aplicativo Microsoft Excel e posteriormente exportados e analisados no *software* R versão 3.4.2.

Abrange a população de pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica e reside na área rural de União-PI, localidade Novo Nilo I, no período de novembro de 2018 a março de 2019.

A UBS na qual os pacientes estão vinculados é composta por equipe multiprofissional conta com uma médica, uma enfermeira, um dentista e cinco agentes comunitários de saúde, três técnicas de enfermagem. Conta com estrutura adequada, possui consultório médico, odontológico e de enfermagem, sala de vacinação, sala de procedimentos emergenciais, farmácia básica e um auditório para realização de atividades coletivas (DATASUS, 2019a).

Atualmente um diagnóstico da situação do saneamento básico da região aponta: tratamento de água inexistente, serviço de coleta do lixo inexistente e a forma de escoamento sanitário realizada pelas vias de fossa rudimentar e ao céu aberto (DATASUS, 2019b).



Fonte: Mapa 1: Localização da Comunidade Novo Nilo, União/PI.

Fonte: BATISTA *et al.*, 2016

4.3 Amostra

A população da pesquisa foi constituída por grupo amostral de pacientes que faziam uso de medicamentos psicotrópicos cadastrados na UBS Eduvigens Gonçalves, esta UBS possui 1152 pacientes cadastrados, com idades 0 a 80 anos ou mais, destas 627 são do sexo feminino e 525 do sexo masculino (DATASUS, 2019b). Deste total, foi realizado o levantamento dos dados para a pesquisa, e identificou-se que 93 pacientes fazem uso de medicação psicotrópica.

A amostra foi estimada sendo considerados: a população finita de 93 pacientes, a proporção da amostra de 50%, com erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95 %. O critério de seleção da amostra foi escolhido de forma aleatória atendendo os critérios de exclusão.

Os dados foram coletados pela pesquisadora através da aplicação do teste QV WHOOL-bref e a busca de dados no sistema de prontuários da UBS em estudo. O ambiente utilizado foram os espaços da UBS e no domicílio de alguns pacientes devido à dificuldade de locomoção, reiterando que isso não foi um fator determinante para erro na coleta dos dados.

Apesar do Teste de QV ser um instrumento auto- aplicável, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e a baixa escolaridade dos participantes.

4.4 Seleção dos participantes

4.4.1 Critérios de inclusão

Usuários de saúde mental maiores de 18 anos que fazem uso de medicamento psicotrópico, e que recebem gratuitamente a medicação psicotrópica na UBS e são acompanhados pelas equipes de ESF e NASF através do apoio matricial.

Foram cumpridas as etapas do termo de consentimento livre e esclarecido, aos usuários de saúde mental com transtorno ou doença mental ou que possuem sua capacidade de decisão diminuída, tiveram o preenchimento realizado por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa.

4.4.2 Critérios de exclusão

Usuários de saúde mental que não aceitarem participar da pesquisa, e aqueles em que a capacidade de responder aos questionamentos fosse limitada devido ao seu problema mental, além daqueles que se recusassem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se de um questionário sociodemográfico, prontuários e a escala WHOQOL-bref.

4.5.1 Questionário sociodemográfico

Um questionário (APÊNDICE B) elaborado pelo os autores da pesquisa, contendo as informações sobre as variáveis selecionadas para análise: sexo, faixa etária, estado civil, classificação das medicações psicotrópicas e classificação dos transtornos mentais (CID).

Os diagnósticos foram classificados pelos pesquisadores do presente estudo, utilizando o preenchimento do sexo (masculino e feminino); data de nascimento (abaixo e 40 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), estado civil (solteiro, viúvo, casado e separado) e tipo de medicação psicotrópica (antidepressivo, ansiolítico e outros) e classificação dos transtornos mentais (transtornos ansiosos, transtornos depressivos e outros).

4.5.2 Sistema de dados dos prontuários manuais dos pacientes

Os prontuários foram consultados para a coleta das informações necessárias para o presente estudo.

4.5.3 World health Organization Quality of life instrument, bref version (WHOQOL-bref)

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-bref (ANEXO A) versão em português em uma versão abreviada do World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100), contendo 26 questões referentes às duas últimas semanas antes da pesquisa.

Neste instrumento há duas perguntas referentes à avaliação individual da QV e uma sobre a satisfação com a própria saúde e as demais envolvendo o domínio psicológico, físico, relação social e meio ambiente. E em cada domínio o escore varia entre 0 a 100 pontos e quanto maior a escore, melhor é avaliação da QV.

O domínio físico é composto por sete questões sobre presença de dor, fadiga, sono, dependência de medicação ou de tratamento, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana. O domínio psicológico (com seis questões) engloba aspectos relacionados, por exemplo, autoestima, concentração e espiritualidade (FLECK, 2000).

O domínio relações sociais, consta na tabela em Anexo B, por meio de três questões, aborda o suporte (apoio) social e a atividade sexual. O domínio meio ambiente (oito questões) investiga situações de segurança, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de adquirir informações, recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK, 2000).

Para avaliação dos dados de variação, média geral, médias de escores de cada uma das 25 questões do teste o WHOQOL-bref foi utilizado a partir da escala de Likert, a qual possui uma variação de 1 a 5 (Quadro 1). O WHOQOL-bref possui cinco escalas de respostas do tipo Likert: “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência) (FLECK 1999).

Quadro 1 - Escala WHOQOL

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, Nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

Fonte: Elaborado a partir de OMS (1994).

Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam de 1 a 5. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. E, quanto maior a pontuação, melhor essa percepção.

4.6 Coleta de dados

O levantamento dos dados ocorreu através da coleta das informações do questionário, e do teste de QV dos pacientes por meio de visitas domiciliares acompanhado dos Agentes Comunitários de Saúde e encontros coletivos pré-agendados na Unidade Básica de Saúde e na consulta dos dados do Prontuário da UBS em estudo, de acesso manual, sob a responsabilidade da Secretaria do Municipal de Saúde de União/PI (SMU).

4.7 Análise dos dados

De acordo com a OMS, o cálculo e as análises da pesquisa devem ser realizados através de um programa, com a finalidade de anular possíveis erros. Para realização dos cálculos, foi adotado o Software Microsoft Office Excel 2010, conforme a ferramenta desenvolvida por Pedrosa, Pilatti e Reis (2010). A sintaxe desenvolvida verifica os valores de entrada, recodifica as questões 3, 4 e 26 do questionário (as quais estão com a pontuação contrária), realiza a média por domínios, apresenta os resultados em escala de 0 a 100, além de eliminar os questionários que possuem mais do que seis questões incompletas.

Na análise descritiva utilizou-se para resumo dos dados o comportamento das variáveis. Foram utilizados também recursos tabulares e gráficos, além do cálculo de frequências absolutas (nº total) e relativas percentuais por meio das estatísticas descritivas: médias gerais e desvio padrão.

Em seguida, para análise dos dados gerais da amostra, foram cruzadas as variáveis de descrição do estudo (sexo, faixa etária, estado civil, depressão e ansiedade) com os domínios físicos, psicológico, relações sociais e meio-ambiente de QV e verificada a diferença entre as

médias de categorias dos domínios em relação às variáveis são significativa através do teste T (*p-valor < 0,05).

O teste t define como hipótese nula a diferença entre as médias serem iguais a zero, logo com a rejeição desta hipótese será atestada uma diferença significativa nas médias das categorias.

Após isso as associações foram verificadas da correlação de Spearman, regressão múltipla utilizando a seleção de Forward e do teste t (*p-valor < 0,05).

Forward é o método que inicia apenas com a variável que possui a maior correlação com a variável resposta(domínios), posteriormente é adicionado as variáveis seguintes uma por vez até encontra o modelo que melhor explique a variável resposta.

E para verificar as questões 1 e 2 (escore geral QV) da escala WHOQOL-bref foi utilizado a escala de Likert.

Foi previamente adotado nível de significância de 5% (o mesmo que 95% de confiança) para os testes.

4.8 Plano de intervenção para reduzir o uso indiscriminado de psicotrópicos por pacientes assistidos em uma UBS da Zona Rural de União – PI

Após um estudo de observação cuidadosamente realizado pela equipe ESF Edwirges Gonçalves Costa no Povoado Novo Nilo, localizada na zona rural há 25 km da zona urbana, foram coletados dados para um diagnóstico situacional da população adscrita que em sua maioria era constituída de aposentados, trabalhadores rurais, donas de casa solitárias e viúvos (as) com precárias condições socioeconômicas e baixa adesão às práticas recreativas em geral, e desta forma são consumidores regulares e de longa data de benzodiazepínicos (BZDs). Isso foi detectado através do registro de receitas renovadas mensalmente pela equipe, com média de trinta e seis receitas por mês no ano de 2017. Totalizando uma média de 432 receitas renovadas seguinte ano (MOURA; MARTINS, 2019).

Diante dessa realidade surge a elaboração de um plano de intervenção para reduzir o uso indiscriminado de psicotrópicos por pacientes assistidos em uma UBS da Zona Rural de União – PI com objetivo geral de elaborar um Plano de Intervenção para reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos por pacientes assistidos. Os objetivos específicos de identificar os usuários que apresentam transtorno mental; definir atendimento agendado na UBS para os pacientes com transtorno mental e incluir grupos de cuidado em saúde mental no processo de trabalho da equipe. O Plano operativo foi realizado de fevereiro a dezembro de 2018 contemplando os objetivos específicos com metas, prazos, seus respectivos responsáveis pela execução das ações e estratégias. (MOURA; SAMPAIO, 2019).

Nos dois primeiros meses realizou-se o perfil sócio demográfico dos habitantes da área;

mensalmente a médica generalista e a psiquiatra realizaram avaliação dos pacientes em uso crônico de psicotrópicos com individualização dos casos; incluiu-se a partir de então o dia de atendimento mensal em saúde mental contando com apoio de toda a equipe. E a realização de grupo de cuidado, com oficinas semanais envolvendo atividades das PICS, com os temas: habilidades socioemocionais; relaxamento e meditação guiado; fitoterápicos (plantas medicinais) e arteterapia, ministradas por um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (equipe de matriciamento em saúde mental) e os pacientes durante o período de 5 semanas (MOURA E SAMPAIO, 2019).

Com a implantação dessas ações esperava-se melhorar na qualidade de vida e do sono dessa população sem o uso indevido de BDZs. Para isso houve o envolvimento toda a equipe de saúde e os paciente para compreender os malefícios da medicação quando usada de forma não indicada ou de longa data. E com o acompanhamento da psiquiatra do matriciamento em Saúde Mental junto a médica da equipe quando necessário foi garantindo um desmame eficaz sem grandes prejuízos a saúde. Conclui-se assim que foi identificado melhoria na qualidade de vida dos pacientes com uso indiscriminados de BZDs expressando verbalmente o desejo de novas oficinas na UBS (MOURA E SAMPAIO, 2019).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01 - Características sociodemográficas da população e os escores de domínios de qualidade de vida. União - Piauí, 2019.

VÁRIÁVEIS	%	Domínios do WHOQOL-bref			
		Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Escores médios da Qualidade de Vida		59,45	59,76	61,51	56,42
Sexo					
Masculino	23,7	56,35	57,41	56,48	54,69
Feminino	76,3	60,41	60,49	63,07	56,95
Faixa Etária					
Abaixo de 40 anos	35,53	61,38	60,19	60,49	53,48
40 a 59 anos	30,26	58,7	57,97	65,58	57,48
60 anos ou mais	34,21	58,1	60,9	58,97	58,54
Estado Civil					
Solteiro	21,1	58,48	54,69	55,73	49,03*
Viúvo	11,8	46,03*	51,39*	51,85*	58,68
Casado	63,2	62,57*	62,67*	64,24	57,83*
Separado	3,9	54,76	65,28	77,78*	66,67
Depressão					
Não	82,9	61,56*	61,97*	61,64	58,19*
Sim	17,1	49,18*	49,04*	60,9	47,84*
Ansiedade					
Não	60,5	57,5	59,0	58,0	56,9
Sim	39,5	62,4	61,0	66,9	55,6

*p valor <0,005(Teste t).

FONTE: Pesquisa direta.

As variáveis sociodemográficas da população do estudo e os domínios de QV estão resumidos nas Tabelas 1, que são: sexo, idade, estado civil, depressão, ansiedade e os domínios de QV: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. A significância das variáveis foi avaliada através do teste t. A amostra pesquisada foi constituída de 76 indivíduos.

A maioria dos participantes do estudo foi do sexo feminino com 76,3% enquanto o sexo masculino foi composto por apenas 23,7%. O percentual com faixa etária de 60 anos ou mais foi de 34,21% e o estado civil casado com 63,2%. Os percentuais dos que não têm diagnóstico de depressão e os que possuem, respectivamente foram: 82,9% e 17,1%. Em relação ao diagnóstico de ansiedade, 60,5% não têm diagnóstico e 39,5% tem o diagnóstico concluído. É perceptível que neste estudo encontraram-se mais indivíduos com ansiedade 39,5% do que depressão 17,1%.

Em relação ao sexo, a predominância foi de mulheres e esse resultado também foi verificado em outras pesquisas como a de Parreira (2017), identificou maior prevalência de sofrimento psíquico e mental em mulheres rurais quando comparados a mulheres da zona urbana,

devido a alguns aspectos estressantes nas questões da saúde mental em mulheres da zona rural, como por exemplo, ter menos oportunidades de emprego remunerado e menos acesso aos serviços de saúde, em comparação com as mulheres da zona urbana.

Importante destacar que as cidades brasileiras de pequeno, médio e grande porte retratam diferenças culturais importantes no que tange à saúde mental de sua população, pois fatores inerentes a cada cidade exercem influências nas relações sociais e no viver de sua população. Isso indica que diversos fatores socioeconômicos e de gênero contribuem para maiores vulnerabilidades na população feminina (MOLEIRO *et al.*, 2019). Conforme afirmado por Borges (2015) existem evidências em estudos da relação entre o aparecimento do sofrimento psíquico e mental e associação entre o gênero, com maior prevalência entre as mulheres.

O resultado encontrado está em consonância com estudos de Botega (2015), que afirma que as mulheres em sofrimento psíquico e mental procuram mais ajuda e buscam tratamento de saúde. Enquanto os homens na mesma condição apresentam comportamentos mais agressivos e competitivos e quando associado à velhice, a falência do papel tradicional de provedor da família potencializa o sofrimento psíquico e mental.

Oliveira (2017) chama atenção sobre a desgastante função de cuidadora exercida pela mulher, especialmente se somada à sobrecarga advinda das demais funções domésticas e familiares ou quando não se encontra uma rede de apoio social que possibilite um melhor cuidado do outro e de si mesmo. Sendo assim, é possível que muitas das mulheres investigadas enfrentem essas mesmas condições.

Quanto à faixa etária, observou-se que os indivíduos acima de 60 anos, representados por 34,21% da amostra, possuíam menores escores de QV no domínio físico com 58,1; seguidos do domínio meio ambiente com 58,4. Acredita-se que os menores valores de escores no domínio físico e meio ambiente, em idosos, podem estar relacionados à redução da mobilidade, presença de dores, dependência de medicamentos para o controle de doenças crônicas, estado nutricional abaixo das necessidades diárias, além de outras condições em saúde.

Em um estudo realizado no Piauí acerca da avaliação nutricional em idosos, observou-se aumento do sobrepeso nesses indivíduos o que pode reduzir a mobilidade dos idosos (PEREIRA; SAMPAIO, 2019). Além disso, com a redução da mobilidade associada à ambientes com muitos obstáculos e baixo acesso aos gêneros alimentícios adequados, aumentou-se consideravelmente o risco de queda em idosos, tendo como uma das consequências as fraturas de fêmur. Tais fraturas para Porto *et al.* (2019), foram responsáveis por cerca de 11.941

internações num período de 5 anos na Bahia, apresentando uma taxa de letalidade de 4,4%, gerando altos custos ao sistema de saúde (PORTO *et al.*, 2019).

É importante ressaltar que as mulheres têm maior satisfação no domínio de relações sociais, que engloba as relações pessoais, apoio pessoal e vida sexual. O que justifica a melhor adesão no preenchimento dos instrumentos da pesquisa, com maior abertura para o diálogo demonstrando facilidade na expressão de dores, tristeza e angústia, na busca por cuidados em saúde e apoio social para os momentos estressores da vida. Os dados confirmam maior escore de QV no domínio relações sociais 63,07% que engloba as facetas de apoio social e relações pessoais.

O menor índice de satisfação, no domínio meio ambiente (56,95%), encontra-se relacionado à satisfação com a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, que em conformidade com Leite (2017) que deixa claro sobre as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Este mesmo autor enfatiza que ao se considerar os aspectos de condições socioeconômicas e estruturantes de vida, aumentam a vulnerabilidade de mulheres ao sofrimento psíquico e mental, sob a influência das relações desiguais de gênero, que se interagem e aumentam à prevalência entre as mulheres (LEITE, 2017).

Neste aspecto, os papéis femininos tradicionais como o papel de esposas, mães e filhas, aliados aos fatores sociais que envolvem desemprego, situação de violência e condições precárias de vida e saúde contribuem para o sofrimento psíquico das mulheres (MOLEIRO *et al.*, 2019). Fato que pode ter influenciado para menor escore de QV no domínio meio- ambiente na faceta ambiente do lar e recursos financeiros (Tabela 01).

No que diz respeito à variável de estado civil, a predominância foram de casados (63,2%), dados corroboram no estudo realizado no município do interior de São Paulo, com 84,9% dos participantes do sexo feminino, em estado civil de casados/união estável (59,3%) (MIASSO *et al.*, 2017) e outro estudo realizado na Atenção Básica por Sousa e Sousa (2016), também apresenta predominância do sofrimento psíquico e mental em mulheres casadas/união estável.

Os maiores escores de QV foram encontrados entre os separados e casados. Tendo a seguinte distribuição: casados, o escore médio da QV maior foi somente no domínio relações pessoais (64,24%), e nos demais domínios, os separados apresentaram os maiores escores médios de QV, com 65,28% no psicológico, 77,78% nas relações pessoais e 66,67% no meio ambiente. Os viúvos apresentaram o menor escore médio de QV no domínio físico (46,03%)

que tem relação com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, locomoção, atividades da vida diária, dependência medicação ou tratamento e capacidade de trabalho.

A literatura atual aponta que os indivíduos casados apresentam menores chances de sofrimento psíquico e mental, em decorrência do apoio social e familiar, porém nesta pesquisa os participantes casados apresentaram escore médio maior somente no domínio físico. Os demais domínios de QV tiveram maiores médias os participantes separados, no domínio relações sociais o que pode estar relacionado é o fato da amostra ser predominantemente feminina e estar inserida em relacionamentos abusivos, onde a depressão é uma das principais consequências da violência conjugal para as mulheres.

As mulheres que continuam em relacionamentos violentos ou abusivos estão mais predispostas a desencadear a depressão, muitas vezes como consequência do isolamento social. Acerca do isolamento, o estudo sinaliza que o relacionamento conjugal é permeado pela violência doméstica, as mulheres têm sua liberdade cerceada, o que gera afastamento do convívio familiar e social e, comprometimento na capacidade de estabelecer vínculos interpessoais (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado por Nardelli *et al.* (2020), em idosos atendidos na Atenção Primária, avaliando a qualidade de vida, observou-se que grande parte da população idosa que procurava o atendimento em saúde se tratava da população feminina, fator que vai de encontro com essa pesquisa, onde é possível perceber que as mulheres possuem maior procura e cuidado em saúde em relação aos homens da mesma faixa etária. Tais momentos oportunizados pelas atividades individuais e integrativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde possibilitam a troca de informações, formação de vínculos e suportes sociais.

Percebe-se que os pacientes sem diagnóstico de depressão apresentaram maiores escores médios de QV. No domínio psicológico (61,97%) seguido do domínio relação social (61,64%), e do domínio físico (61,56%) e com o menor escore médio de satisfação de QV no domínio meio ambiente (58,19%). Enquanto os pacientes com depressão apresentaram menores escores médios de QV (Tabela 1).

Esse resultado ratifica o estudo de Portugal *et al.* (2016) que revelou que indivíduos com depressão apresentaram menores escores nos domínios de qualidade de vida, quando comparado aos indivíduos sem o transtorno mental. Desta forma percebe-se que a presença de qualquer tipo de sofrimento associa-se aos menores escores de QV.

Existe uma relação do domínio meio ambiente com a depressão e pode ser ao fato de que indivíduos com depressão possuem sintomas que prejudicam a sua segurança física e proteção, sendo a depressão um comportamento preditor de suicídio. Além disso, a amostra trata-se de uma população vulnerável com menor poder aquisitivo com uma renda familiar de

um salário mínimo, moradores da zona rural, com menor acesso aos serviços e cuidados em saúde (DATASUS, 2019a).

Botega (2015) reforça que os indivíduos com depressão possuem como sintoma clássico, a constante sensação de vazio, de falta de sentido e de ausência de sentimentos, assim como perda de energia e fadiga, onde o indivíduo em sofrimento psíquico entra em desconforto com a própria existência, esses sintomas estão intimamente ligados ao domínio físico.

Em relação à variável ansiedade, os pacientes com esse diagnóstico apresentaram escores médios de satisfação da QV maiores no domínio relações sociais (66,94%), e os que não tinham diagnóstico de ansiedade apresentaram o escore médio de satisfação da QV maior somente no domínio meio ambiente (56,93%). Os dados encontrados estão em conformidade com a literatura como a de Sadock, Sadock & Ruiz (2017) e Dalgalarrodo (2019) que afirmam que a ansiedade pode interferir na qualidade de vida do cliente gerando sofrimento psíquico, como os transtornos ansiosos.

É importante destacar que nesse estudo, 47,4% dos indivíduos que fazem uso de algum tipo de ansiolítico, apenas 39,5% possuem diagnóstico definido como transtorno ansioso, porém é importante ressaltar que existem tratamentos polifarmacológicos, onde se faz uso de mais de uma classe de psicofármacos, a exemplo do transtorno de pânico: no qual podem ser prescritos um ou mais antidepressivos associados a um benzodiazepínico (NALOTO *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Costa *et al.* (2019) mostrou maior prevalência de transtorno de ansiedade em mulheres quando comparadas aos homens, confirma com o que foi encontrado nessa amostra. Nesse mesmo estudo, foi apontado ainda que as variáveis: anos de estudo, renda, doença crônica, tabagismo e abuso de álcool estavam associadas a ambos os sexos.

A tabela 1 apresenta resultados quanto à análise através do teste T, que verificou a significância das diferenças entre as médias das categorias das variáveis coletadas nos quatro domínios de QV. O resultado encontrado foi que somente as variáveis: estado civil e depressão, tiveram diferenças significativas entre a média de suas categorias em cada domínio.

Em relação à variável estado civil, os valores dos escores dos domínios os pacientes viúvos divergem estatisticamente no domínio físico, psicológico e relações sociais com relação aos demais. Já no domínio meio-ambiente, os valores dos escores dos pacientes solteiros divergem estatisticamente com os demais.

Na variável depressão, os valores dos escores dos domínios dos pacientes com diagnóstico de depressão divergem estatisticamente dos pacientes sem diagnóstico de depressão nos domínios físicos, psicológicos e de meio ambiente.

Tabela 02 - Distribuição dos escores médios de Qualidade de vida das mulheres e amostra geral em cada domínio do WHOQOL-BREF. União - Piauí, 2019.

	Domínios do WHOQOL-BREF			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo Feminino	60,41 (16,31)	60,49 (15,4)	63,07 (19,32)	56,95 (13,82)
Amostra Geral	59,45 (16,48)	59,76 (15,4)	61,51 (19,58)	56,42 (13,48)

FONTE: Pesquisa direta

O resultado da avaliação é expresso em uma escala percentual para cada domínio, onde valores mais altos indicam melhor qualidade de vida. De acordo com a tabela 2, é possível evidenciar que as médias de satisfação dos domínios de QV da amostra geral que apresentou maior escore médio no domínio relação social 61,5 (DP=19,58) e o menor escore médio foi do domínio meio ambiente 56,42 (DP=13,48).

Devido a prevalência do sexo feminino entre os pesquisados, foi analisado esses dados isoladamente e percebeu-se um maior número no domínio relação social 63,0 (DP=19,32) seguido do domínio psicológico e físico que tiveram as médias de 60,49 (DP=15,40) e 60,41 (DP= 16,31) respectivamente. O menor escore manteve-se no domínio meio ambiente 56,95(DP=13,82).

Sabendo que a maior satisfação de QV foi identificada no domínio de relações sociais (63,07%) é necessário lembrar que engloba as relações pessoais, apoio pessoal e vida sexual. O segundo maior resultado se deu no domínio psicológico, que abrange os sentimentos positivos e negativos, raciocínio, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência física, espiritualidade e crenças pessoais, seguido do domínio físico tem relação com a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, locomoção, atividades da vida diária, dependência medicação ou tratamento e capacidade de trabalho.

Tendo a menor satisfação no domínio meio ambiente, que está relacionado à satisfação com a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

Os resultados encontrados estão em concordância a estudos nacionais realizados com

usuários da Atenção Primária como os apresentados por Almeida-Brasil *et al.* (2017) e Ascefet *et al.* (2017) em que a melhor média para o domínio relações social e a menor média o domínio meio-ambiente foram elencados, geralmente por serem realizados em comunidades que estão em áreas de maior vulnerabilidade social.

A localização da UBS pode influenciar na QV dos pacientes, sobretudo nas unidades localizadas em regiões rurais, como é o caso desse estudo. Dados registrados no cadastro do território da UBS da zona rural de União-PI no DATASUS (2019b) demonstram o diagnóstico da situação do saneamento básico da região, que aponta: tratamento de água inexistente, serviço de coleta do lixo inexistente e a forma de escoamento sanitário realizada pelas vias de fossa rudimentar e ao céu aberto.

Tal realidade tem influência para se tenham as menores médias da QV no domínio meio-ambiente, destacando-se a importância de melhorar os investimentos e políticas de desenvolvimento e planejamento, para que se obtenha uma melhora da QV de populações que vivem em áreas vulneráveis, que costumam ser geralmente afastadas dos serviços de saúde e saneamento básico como aponta também o estudo de ALMEIDA-BRASIL *et al.* (2017).

Tabela 03 - Correlação Spearman entre as variáveis com os domínios da escala WHOQOL-BREF. União - Piauí, 2019.

VARIÁVEIS	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Sexo	0,08	0,081	0,128	0,076
Faixa Etária	0,027	0,025	-0,050	-0,135
Estado Civil	0,153	0,233*	0,269*	0,249*
Depressão	-0,235*	-0,266*	-0,043	-0,275*
Ansiedade	0,136	0,028	0,220	-0,069

* p-valor < 0,05

FONTE: Pesquisa direta

Na variável faixa etária nos domínio meio ambiente e de relações sociais foram negativos, mas não significativo o que expressa que essa variável dos pacientes não influenciou para menores escores nesses domínios.

Foi possível identificar na variável ansiedade uma correlação negativa, porém não ocorreu associação significativa, no domínio meio ambiente que envolve o ambiente no lar,

transporte, recursos financeiros, cuidados de saúde, lazer. Vale ressaltar ainda que os pacientes com ansiedade possuem menores valores nesse domínio (tabela 1).

Cabe lembrar que nesse estudo os transtornos ansiosos não apresentaram significância estatística com nenhuma das variáveis, o que não evidencia a literatura atual que associa a ansiedade com menores valores de QV, porém esse dado pode ser explicado pelo tamanho reduzido da amostra, além do fato dos pacientes aqui descritos já fazem uso de algum tipo de terapia medicamentosa o que de certa forma pode influenciar nesses escores (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

A variável estado civil está correlacionada significativamente para os domínios psicológicos, relações sociais e meio ambiente. Sendo importante observar que na tabela 1, os casados apresentam maior escore de QV no domínio de relações sociais (64,24%), já nos viúvos, o maior escore deu-se no domínio de meio ambiente (58,68%), os solteiros apresentaram maior escore de QV no domínio físico (58,48%) enquanto que os separados obtiveram maiores escores no domínio das relações sociais (77,78%).

Desse modo, os resultados citados na tabela 01 apontam que os pacientes que fazem uso de psicotrópico e que são separados possuem maiores escores de satisfação de QV em três domínios, no domínio relações sociais, o que abrange as relações pessoais, no apoio pessoal e na vida sexual, seguido do domínio de meio-ambiente (66,67%) e o domínio psicológico (65,28%).

Quanto a variável depressão, foi possível perceber a existência de correlação negativa com todos os domínios, porém apenas nos domínios físico, psicológico e meio ambiente foram significativos, o que permite afirmar que esses influenciam de forma negativa na depressão. Na literatura esse fato é confirmado por Coutinho *et al.* (2016) e Amaral *et al.* (2018) quando enfatizam que os transtornos depressivos se constituem de um fenômeno complexo e multidimensional, que afetam diretamente a saúde mental, a qualidade de vida e a vida social do indivíduo como um todo fato que em parte auxilia no entendimento da sua relação com a multimorbidade, uma vez que os problemas psíquicos tornam as pessoas mais suscetíveis ao aumento do número de doenças.

Mostrou-se, ainda, que a depressão rege a relação entre a intensidade e a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos, assim como ela reduz o impacto dos acontecimentos e sentimentos positivos acerca da própria existência (SOBRINHO; CAMPOS, 2016).

A tabela 04 a seguir apresenta a regressão entre as variáveis de agrupamento e os domínios. Nela foram utilizados o método de seleção Forward que tem como procedimento

adicionar uma variável por vez sendo a primeira a ser adicionada aquela que apresenta maior correlação com a variável resposta.

Tabela 04 - Modelos de regressão para os desfechos de QV em seus diferentes domínios (WHOQOL-BREF). União - Piauí, 2019.

Variáveis explicativas	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
	β	P	β	P	β	P	β	P
R ²	0,14		0,13		0,04		0,14	
Constante	66,04	< 0,01*	64,71	< 0,01*	57,97	< 0,01*	59,65	< 0,01*
Sexo	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa Etária	-	-	-	-	-	-	4,36	0,16
Estado Civil	-15,63	< 0,01*	0,56	0,9	-	-	-9,25	0,01*
Depressão	-11,17	0,02*	-12,23	< 0,01*	-	-	-11,012	< 0,01*
Ansiedade	5,92	0,16	-	-	8,97	0,05	-	-

FONTE: Pesquisa direta

Por meio da análise multivariada, foi possível observar que as variáveis selecionadas para os modelos finais de cada domínio foram capazes de explicar a variabilidade (R²) do domínio físico em 14%, do psicológico em 13%, das relações sociais em 4% e do meio ambiente em 14%.

O resultado encontrado foi em conformidade aos estudos de Ribeiro *et al.* (2015) realizados em uma população de faixa etária semelhante a desta pesquisa, que mostrou que os indivíduos que apresentam sintomas de depressão têm alto nível de triglicérides, aumento da circunferência abdominal e alta densidade lipoproteica, ou seja, a forma que interage com o ambiente externo afetando a depressão.

O vínculo da depressão e ansiedade com outras doenças, entre elas Síndrome Metabólica (SM), tem sido investigado e traz novas informações, onde as patologias compartilham alguns sintomas e consequências, como o aumento da massa corporal total, diabetes, resistência à insulina e aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Ansiedade e depressão podem predispor à SM, já que estes distúrbios comportamentais muitas vezes ocorrem de forma simultânea e estão ligados a um maior risco cardiometabólico (RIBEIRO *et al.* (2015).

As seguintes variáveis foram as mais expressivas para cada domínio, no físico: estado civil ($\beta=-15,63$ e $p\text{-valor} = 0,01$); depressão ($\beta= -11,17$ e $p\text{-valor} = 0,02$) e ansiedade ($\beta= 5,92$ e $p\text{-valor} = 0,16$); no psicológico: : estado civil ($\beta=0,56$ e $p\text{-valor} = 0,9$); depressão ($\beta= -12,73$ e $p\text{-valor} = 0,01$); nas relações sociais: ansiedade ($\beta= -8,97$) e $p\text{-valor} = 0,05$), e no domínio meio ambiente: faixa etária ($\beta= 4,36$ e $p\text{-valor} = 0,16$), estado civil ($\beta= -9,25$ e $p\text{-valor} = 0,01$) e depressão ($\beta= -11,012$ e $p\text{-valor} = 0,01$).

No domínio físico, estado civil e depressão são significativas, e possuem influência na variação dos valores dos escores do domínio físico.

No domínio psicológico, as variáveis: depressão é significativa e pode influenciar nesse domínio. Estes dados conseguem explicar o percentual de 13% da variação do escore. Para Paglione *et al.* (2018) a espiritualidade, variável integrante do domínio psicológico, exerce influência na proteção contra o sofrimento psíquico e mental surgindo como um suporte para enfrentar as exigências diante dos estressores diários. Essa também pode estar associada a menores níveis de depressão, índices elevados de esperança e de bem-estar. No mesmo estudo observou-se que os indivíduos com maiores índices de religiosidade possuíam melhores funções emocionais, o que possibilita a esses pacientes uma maior probabilidade de resistência às crises situacionais e por consequência melhor qualidade de vida.

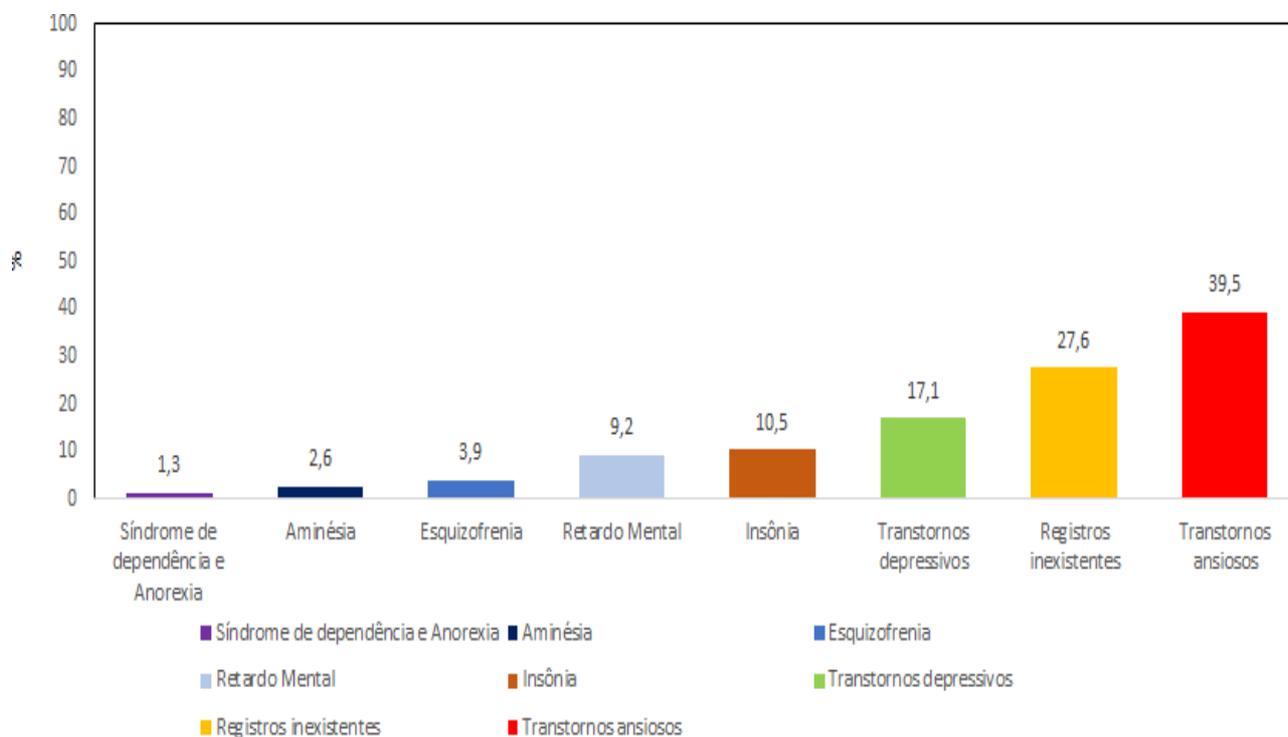
O modelo selecionado que melhor explica o domínio relações sociais foram as variáveis estado civil e ansiedade, tendo como significativa apenas o estado civil, ou seja, apenas essa variável influencia nos escores de domínio de relações sociais. E conseguem explicar 8% da variação do escore.

Para o domínio meio ambiente, das variáveis faixa etária, estado civil e depressão, somente a faixa etária não é significativo para o modelo. Logo, as variáveis estado civil e depressão possuem influência na variação dos valores do domínio meio ambiente. O modelo explica 14% da variação dos escores no domínio meio ambiente.

O mesmo resultado de prevalência do uso de psicotrópico antidepressivos foi encontrado em estudos realizados nos municípios de Ribeirão Preto, São Paulo (45,5%) e Água Doce, Santa Catarina (47,16%) em estudos de BORGES (2015) e PRADO (2017), respectivamente..

O gráfico 01 a seguir apresenta os transtornos psiquiátricos identificados pelo CID-10 ou registro de sintomas nos prontuários dos pacientes, percebeu-se maior prevalência do registro de transtornos ansiosos (39,5%), transtornos depressivos 17,1% e 27,6% registros inexistentes.

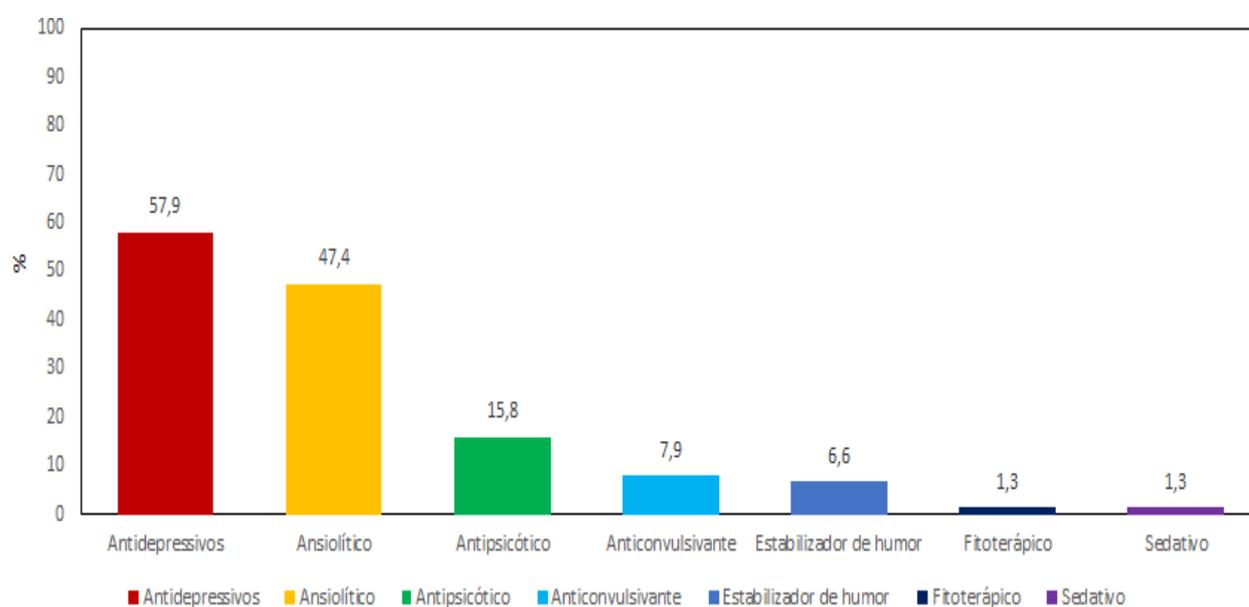
Gráfico 01: Distribuição quanto aos transtornos psiquiátricos, sinais e sintomas identificados.



Fonte: Pesquisa Direta

Quanto às características relacionadas à classe terapêutica dos medicamentos psicotrópicos, conforme disposto no gráfico 02, os resultados apresentaram-se com prevalência da classe dos antidepressivos (57,9%), ansiolítico (47,4%), antipsicótico (15,8%), anticonvulsivante (7,9%), estabilizador de humor (6,6%) e 1,3% fitoterápico e sedativo.

Gráfico 02 - Percentual da classificação terapêutica de medicamentos psicotrópicos



Fonte: Pesquisa Direta

Tais dados também foram encontrados em estudo de revisão sobre os transtornos comuns na atenção primária realizado em 2016, no qual se evidenciou a existência de uma prevalência relativamente elevada para ansiedade e depressão neste nível de cuidado em saúde, corroborando assim com os resultados encontrados nesta pesquisa, reforçando a necessidade da criação de estratégias no cuidado em saúde mental na APS, com ênfase nas abordagens integrativas e alternativas do SUS (MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

Quanto à análise realizada sobre a correlação dos medicamentos psicotrópicos e dos domínios de QV a pesquisa demonstrou que os participantes que usam medicamento psicotrópico ansiolítico apresentam maior média de escore de QV no domínio psicológico (60,76%), e menor média de escore de QV no domínio meio-ambiente (56,25%), seguido do anticonvulsivante que apresentam maior média de escore de QV no domínio psicológico (64,59%), e menor média por escore de QV no domínio meio-ambiente (53,65%), seguido dos que tomam antidepressivos apresentam maior média por escore de QV no domínio relação social (63,45%), e menor média por escore de QV no domínio meio-ambiente 57,03%.

Tabela 05 - Correlação entre psicotrópicos e os domínios do WHOQOL-BREF. (físico, psicológico, relações pessoais e meio- ambiente)

Psicotrópicos	Domínios do WHOQOL-BREF			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Ansiolítico	56,55	60,76	60,42	56,25
Anticonvulsivante	54,76	64,59	55,56	53,65
Antidepressivo	61,93	59,47	63,45	57,03
Antipsicótico	52,98	55,21	52,08	55,47
Estabilizador de humor	49,28	43,33	46,67	51,25
Fitoterápico para depressão	78,57	54,17	83,33	71,88
Sedativo	60,71	62,50	58,33	50,00

Fonte: Pesquisa Direta.

Podemos destacar que os indivíduos que usam antipsicótico revelam uma influência negativa nos escores de qualidade de vida dos domínios físicos, psicológicos e relações sociais, ao passo que os estabilizadores de humor usados no tratamento de indivíduos com transtorno bipolar possuem associação significativa apenas com o domínio físico, ou seja, o uso de tal medicamento promove uma redução nos valores dos domínios citados anteriormente, o que por consequência reduz a qualidade de vida desses pacientes, o que pode estar relacionado ao fato dos antipsicóticos e estabilizadores de humor gerar dependência medicamentosa, faceta do domínio físico (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

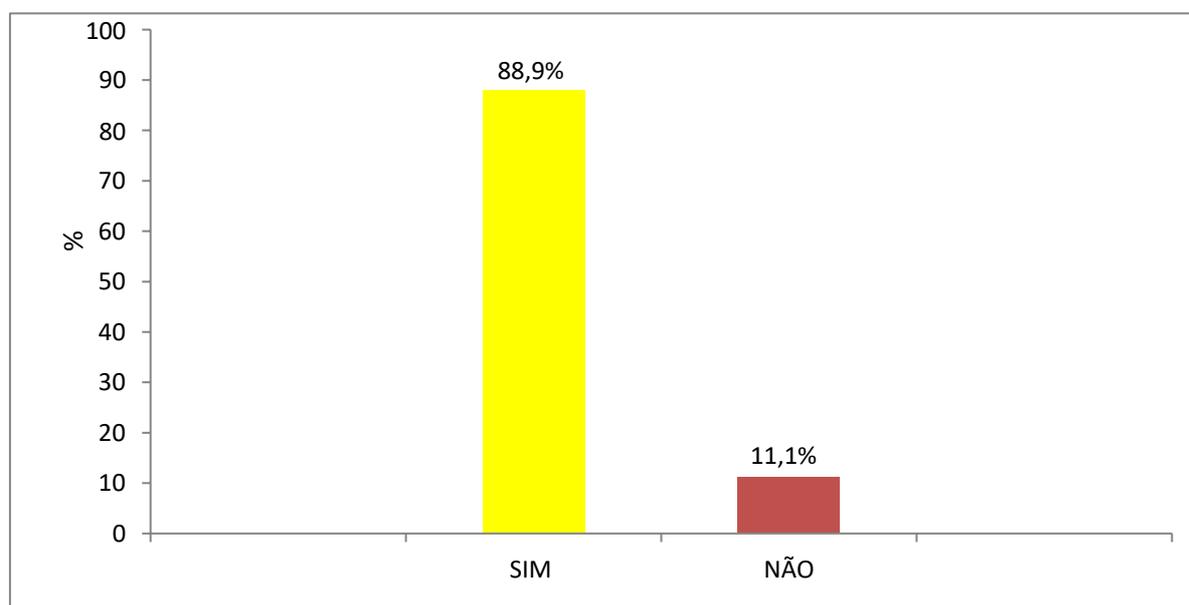
Sabe-se que os antipsicóticos, assim como todos os psicotrópicos, geram uma série de efeitos adversos, que influenciam negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Os antipsicóticos não são inofensivos, muito menos em pessoas frágeis e frequentemente poli medicadas, como caracterizado pela amostra desse estudo. Esses medicamentos produzem

principalmente devido à sua ação antidopaminérgica, um estado de desaceleração mental e física, com indiferença afetiva, que pode aliviar o sofrimento gerado pelo transtorno. Por outro lado, acabam distanciando os pacientes de seus familiares e da sua rede de apoio. Também causam sedação, limitando o autocuidado, além de prejudicar os processos cognitivos, como a atenção e memória (POLYANGUAS, 2018).

Cabe lembrar também que os indivíduos em uso de antipsicóticos podem tornar-se dependentes das medicamentosos, o que interfere negativamente nos escores de qualidade de vida do domínio físico, porque o uso pode causar hipotensão ortostática podendo levar ao aumento do risco de queda gerando restrição de movimentos, assim como podem ocasionar a síndrome metabólica, frequentemente associada com a obesidade, que influenciam na autoestima e imagem corporal desses indivíduos, e que é uma variável incluída no domínio psicológico (POLYANGUAS, 2018).

Com relação ao uso dos benzodiazepínicos (BZD), observou-se uma prevalência de 88,9% (gráfico 03) entre os ansiolíticos utilizados na população estudada.

Gráfico 03- Uso de Benzodiazepínicos entre os medicamentos classificados como Ansiolíticos.



Fonte: Pesquisa Direta.

Sabe-se que os tratamentos de primeira linha para o tratamento dos transtornos ansiosos são os inibidores da recaptação de serotonina (ISRS), como paroxetina e sertralina e os inibidores da receptação de serotonina e adrenalina (IRSN), venlafaxina e duloxetina, pois ambos os grupos possuem efeitos colaterais mais brandos do que os benzodiazepínicos (BZD), que são utilizados como adjuvantes dos tratamentos de primeira linha (NALOTO *et al.*, 2016).

Porém, o uso de BZD está ligado a uma série de efeitos colaterais, como a sonolência, sedação, ataxia, desatenção, fadiga, perda de memória e retardo psicomotor, sendo assim contraindicado em pacientes com risco para dependência/abuso de substâncias; devendo ser evitado em idosos por possuir uma meia-vida prolongada aumentando o risco de queda, e por consequência o de fraturas reduzindo a mobilidade física desses indivíduos. O aumento do número de fraturas em idosos pode estar relacionado a menores escores do domínio físico (Tabela 1) dos indivíduos acima de 60 anos, tendo como consequência a redução da qualidade de vida (NALOTO *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado por Silva, Almeida e Souza (2019) em mulheres que faziam o uso de benzodiazepínicos atendidas em uma Unidade de Saúde da Família, mostrou que 55,3% das mulheres atendidas na ESF faziam uso de algum tipo de BZD. Neste mesmo estudo foi possível perceber a associação significativa entre o uso dos BZD's com a associação de outros psicofármacos e com a presença de doenças crônicas, sendo a hipertensão e a diabetes as mais citadas.

Para Silva *et al.* (2015), o uso de indevido de benzodiazepínicos na APS é caracterizado pela medicalização de problemas sociofamiliares que acaba por gerar insônia e ansiedade, atingindo principalmente mulheres, donas de casa, com baixo nível de escolaridade, com idade superior a 53 anos e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos.

A prescrição indiscriminada dos BZD, para Fegadolli, Varella e Carlini (2019), deve-se ao fato dos profissionais da atenção primária dificilmente iniciar novos tratamentos, por medo de alterar as condutas dos outros profissionais médicos, e por fim acabam renovando receitas de tratamentos farmacológicos que já deveriam ter sido encerrados. O excesso de prescrição dos BZD além de estar associado ao baixo custo para a gestão em saúde, também pode estar relacionada a incerteza ou a falta de conhecimento dos profissionais em saúde da Atenção Primária na área da saúde mental.

Para Antoniassi-Júnior (2019), outro fator preocupante em relação aos usuários da Saúde Mental na APS, deve-se ao fato dos profissionais dos serviços de saúde encaminharem uma pequena parte dos pacientes atendidos para o psicólogo e a maior parte é direcionada ao psiquiatra, o que reforça a medicalização da saúde, onde os profissionais do território não enfatizam a importância das terapias complementares e integrativas. Além disso o mesmo estudo mostrou que esses profissionais não possuem acesso a contrarreferência desses pacientes, o que enfatiza a importância do trabalho interprofissional no âmbito da Atenção Primária (ANTONIASSI-JUNIOR, 2019).

Apesar de não ter ocorrido associação significativa entre o uso dos fitoterápicos e os escores de QV, foi possível perceber que os indivíduos que faziam uso de fitoterápicos para a depressão possuíam maiores escores de qualidade de vida. Esse dado reforça a ideia de que a medicalização não é o único fator que promove saúde mental. A partir de então, traz-se à tona a importância das terapias integrativas e complementares no tratamento de doenças e manutenção da saúde desses indivíduos.

Estudo realizado por Dacal e Silva (2018), mostrou a partir da análise dos dados, o impacto das práticas integrativas no alívio de sintomas psicológicos, a exemplo da ansiedade; emocionais, como o estresse; e físicos, tais como dores no corpo, cansaço, inchaço nas pernas e pés, e insônia, pois a percepção da dor está relacionada a um conjunto de fatores emocionais, motivacionais e culturais.

Situações de crise e eventos estressores comprometem a saúde mental, em um estudo realizado sobre a utilização da técnica auriculoterapia como técnica integrativa, mostrou-se eficaz na redução dos níveis de ansiedade da população estudada e por consequência associou-se a melhora na qualidade de vida dessas pessoas (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

A atividade física, variável presente no domínio físico através da faceta energia e fadiga, também promove saúde mental, onde os escores de qualidade de vida, depressão e ansiedade são maiores nos grupos que praticam atividade física (VANCINI *et al.*, 2017).

A qualidade de vida abrange principalmente a sustentação da capacidade funcional, autonomia e independência. Dentre outros componentes, estão envolvidos também a flexibilidade, força, o equilíbrio no desempenho das atividades cotidianas com segurança. O funcionamento do sistema sensorial é constituído pela preservação dos sentidos, representados pela audição, olfato, visão, paladar e tato, uma vez que a perda de tais sentidos pode interferir na participação dos idosos na prática de atividades físicas, na capacidade de interação, de participação, tornando-os deficientes no autocuidado e prejudicando assim a sua qualidade de vida (ALMEIDA *et al.*, 2020).

É possível inferir que a participação feminina na atividade física é maior, uma vez que os homens consideram algumas atividades inadequadas, por não exigirem esforços exaustivos ou por proporem atividades que consideram interferir na masculinidade, além de acreditarem na invulnerabilidade masculina, o que proporciona um déficit no autocuidado, reduzindo assim a sua expectativa de vida em 7 anos quando comparados às mulheres que praticam atividade física (ALMEIDA *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2015).

A maioria dos estudos sobre QV foi realizada em populações específicas, como idosos ou indivíduos com algum perfil de saúde definido, sendo escassos estudos realizados na

população geral atendida em serviços de Atenção Primária, fazendo-se necessárias mais pesquisas.

E por fim, os resultados deste estudo revelaram ainda através da análise do escore geral de qualidade de vida (auto-avaliação) da população em geral e do sexo feminino com diagnóstico de depressão e que não toma antidepressivo (coluna “não”) e que toma antidepressivo (coluna “sim”) e com diagnóstico de ansiedade que não toma ansiolítico (coluna “não”) e que toma ansiolítico (coluna “sim”).

O escore geral envolve as perguntas número 1 e 2 que englobam a auto-avaliação individual da QV através da percepção da qualidade de vida e a satisfação com a própria saúde dos participantes. Para melhor compreensão dos resultados foram utilizados dois métodos para análise das respostas, o de escore numa escala de 0 a 100 e escala Likert (1 a 5), a qual possibilita uma classificação a mais.

Tabela 06 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escore.

	Auto avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Antidepressivo		
Não	50,00	25,00
Sim	45,00	52,50

Fonte: Pesquisa Direta.

Tabela 07 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escala Likert.

	Auto avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Antidepressivo		
Não	3,00	2,00
Sim	2,80	3,10

Fonte: Pesquisa Direta.

Os pacientes da população geral com diagnóstico de depressão e que não tomam antidepressivo apresentaram escores de 50,0 e de 25,0 para a percepção da sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente. Os pacientes da população geral com diagnóstico de depressão e que tomam antidepressivo apresentaram escores de 45,0 e de 52,50 para a percepção da sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente.

Em suma, os maiores escores apresentados foram para percepção da QV com os pacientes que não toma antidepressivo (50,0) e para a satisfação com a saúde com os pacientes tomam antidepressivo (52,50).

Os pacientes da população geral com diagnóstico de depressão e não tomam antidepressivos percebiam a sua qualidade de vida nem ruim e nem boa/regular (3,0) e sentiam-se insatisfeitos com a saúde (2,0). Os pacientes da população geral com diagnóstico de depressão e uso de antidepressivos percebiam a sua qualidade de vida ruim (2,80) e que não se sentiam nem satisfeito e nem insatisfeito /regular com a saúde (3,10).

Segundo pesquisa realizada por Sobrinho (2016), a frequência e a intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos pelo indivíduo podem correlacionar-se de forma significativa com a depressão e risco de suicídio, o que aponta também para os resultados dessa pesquisa, ao ser possível observar que os indivíduos com diagnóstico de depressão, que não usava antidepressivo possuíam escore de satisfação da QV inferior aos que usavam alguma terapia medicamentosa.

Tabela 08 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escore.

	Auto avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Antidepressivo		
Não	50,00	0,00
Sim	44,44	52,78

Fonte: Pesquisa Direta.

Tabela 09 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno depressivo. Dados em formato de escala Likert.

	Auto avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Antidepressivo		
Não	3,00	1,00
Sim	2,78	3,11

Fonte: Pesquisa Direta.

Os maiores escores apresentados foram para percepção da QV com os pacientes que não toma antidepressivo (50,0) e para a satisfação com a saúde com os pacientes tomam antidepressivo o escore foi de (52,78). Importante destaque para o escore 0,0 de satisfação com saúde dos pacientes que não tomam antidepressivo.

Os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de depressão e não toma antidepressivo percebiam a sua qualidade de vida como nem ruim e nem boa/regular (3,0) e sentiam-se muito insatisfeitos com a saúde (1,0).

Os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de depressão e toma antidepressivo percebiam a sua qualidade de vida ruim (2,78) e relatavam que não se sentiam nem satisfeito e nem insatisfeito/regular com a saúde (3,11).

Tabela 10 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escore.

	Auto- avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Ansiolítico		
Não	64,71	67,65
Sim	73,08	65,38

Fonte: Pesquisa Direta.

Tabela 11- Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes da amostra geral com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escala Likert.

	Auto avaliação da qualidade de vida	
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Ansiolítico		
Não	3,59	3,71
Sim	3,92	3,62

Fonte: Pesquisa Direta.

Os pacientes da população geral com diagnóstico de ansiedade e não toma ansiolítico apresentaram escores de 64,75 e 67,65 para a percepção da sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente. Os pacientes da população geral com diagnóstico de ansiedade e toma ansiolítico apresentaram escores de 73,08 e 65,38 para a percepção da sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente.

Pacientes da população geral com diagnóstico de ansiedade e não toma ansiolítico percebiam a sua qualidade de vida nem ruim e nem boa/regular (3,59) e sentiam-se nem satisfeito e nem insatisfeitos/regular com a saúde (3,71). Os pacientes da população geral com diagnóstico de ansiedade e toma ansiolítico percebiam a sua qualidade de vida nem ruim e nem boa/regular (3,92) e não se sentiam nem satisfeito e nem insatisfeito/regular com a saúde (3,62).

Entretanto, pacientes do sexo feminino com diagnóstico de ansiedade e que não tomava ansiolítico apresentaram escores de 66,07 e de 69,64 para a percepção da sua qualidade de vida

e satisfação com a saúde, respectivamente. Os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de ansiedade e toma ansiolítico apresentaram escores de 77,50 e de 67,50 para a percepção da sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente.

Em suma, os maiores escores apresentados foram para percepção da QV com os pacientes que toma ansiolítico (77,50) e para a satisfação com a saúde com os pacientes que não toma ansiolítico (69,64).

Tabela 12 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escore.

Auto- avaliação da qualidade de vida		
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Ansiolítico		
Não	66,07	69,64
Sim	77,50	67,50

Fonte: Pesquisa Direta.

Tabela 13 - Auto-avaliação da qualidade de vida de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de transtorno ansioso. Dados em formato de escala Likert.

Auto- avaliação da qualidade de vida		
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde
Ansiolítico		
Não	3,64	3,79
Sim	4,10	3,70

Fonte: Pesquisa Direta.

Os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de ansiedade e não toma ansiolítico (60,3%) Tabela 01, não percebiam a sua qualidade de vida nem ruim e nem boa/regular (3,64) e não se sentiam nem satisfeito e nem insatisfeitos/regular com a saúde (3,79). Os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de ansiedade e que tomam ansiolíticos (39,5%) Tabela 01, percebiam a sua qualidade de vida boa (4,10) e sentiam-se nem satisfeito e nem insatisfeito /regular com a saúde (3,70).

Em relação aos resultados do estudo acerca da auto avaliação da qualidade de vida, relativa à questão 1 da escala, em que as mulheres com transtorno de ansiedade que faziam uso de algum tipo de ansiolítico apresentavam uma boa percepção da qualidade de vida, dado que não corrobora com a literatura que afirma que qualquer nível de sofrimento psíquico e mental

altera a QV dos indivíduos, porém esse dado pode justificar-se pelo fato de que as mulheres da UBS em estudo possuem maior adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterápico, além disso este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. Por seu desenho transversal, o estudo não foi capaz de avaliar esses pacientes ao longo do tempo, nem tecer relações de causa e efeito (PORTUGAL *et al.*, (2016), BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

Quanto às variáveis de saúde mental, ansiedade e depressão, os resultados deste estudo corroboram com os encontrados na literatura, os quais apontam que a presença de qualquer tipo de sofrimento relaciona-se à menores escores de QV, em especial a depressão (ALMEIDA-BRASIL, 2017). Os problemas relacionados à saúde mental têm sido relacionados a múltiplos fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais. Os contextos sociais, educativos, de trabalho e relacionados ao acesso aos serviços de saúde podem ser identificados como estressores psicossociais e ambientais.

Por fim, problemas econômicos também podem estar relacionados à alta prevalência desses quadros, em virtude da dificuldade de recursos financeiros, por se tratar de uma comunidade da zona rural e de baixo valor aquisitivo (ASCEF *et al.*, 2017; GATO *et al.*, 2018).

6 . CONCLUSÃO

A qualidade de vida do usuário de saúde mental que faz uso de psicotrópicos e que são atendidos pela Atenção Primária tem maiores escores de QV no domínio de relações sociais e os menores escores de QV no domínio de meio ambiente. Quando comparado à amostra geral, a população do sexo feminino obteve os maiores escores de QV nos quatro domínios.

Os pesquisados são em maioria, do sexo feminino, faixa etária acima de 40 anos, casados e com o diagnóstico de ansiedade. O estado civil e a depressão foram as variáveis que se associaram significativamente à QV da população que faz uso de medicação psicotrópica atendida na UBS pesquisada.

Os medicamentos psicotrópicos mais prevalentes foram da classe dos antidepressivos seguidos dos ansiolíticos e nos registros dos prontuários os transtornos ansiosos foram os mais encontrados.

As melhores médias de QV foram apresentadas pelos pacientes quem fazem uso de antidepressivo quando comparados aos pacientes quem fazem uso de ansiolítico. As maiores médias de QV em três domínios foram apresentadas pelos pacientes que fazem uso de medicação fitoterápica, apresentando um escore acima de 70.

Na análise do domínio geral de QV (auto-avaliação) concluiu-se que os pacientes do sexo feminino com diagnóstico de ansiedade e que toma ansiolítico apresentaram a percepção da sua qualidade de vida descrita como boa e a satisfação com a saúde classificada como regular.

Como resultado dessa pesquisa foram elaborados instrumentos de suporte técnico, um boletim informativo e folder informativo. Sendo o primeiro a fim compartilhar com profissionais da saúde da atenção primária resultados relevantes encontrados nessa pesquisa.

E o folder informativo, de linguagem acessível com o tema “grupos de atenção psicossocial” apresentando orientações sobre atividades de práticas integrativas de baixo custo financeiro e com os recursos disponíveis na localidade. E o intuito é colaborar para a execução de ações de promoção da saúde física e mental, controle na utilização de medicamentos psicotrópicos, autocuidado e melhoria na qualidade de vida dos usuários de saúde mental da atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, C.C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.5, pp.1705-1716. ISSN 1678-4561. Disponível em: [10.1590/1413-81232017225.20362015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015) Acesso: em 05 ago. 2019.

ALMEIDA, B. L. *et al.* Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física. **Rev FunCare Online**, v. 12, p. 466-470, 2020.

ALVES, T.M. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. **Working Paper**. v. 2, n. 3, p. 1-22, 2017.

AMARAL, *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, 2018.

ANTONIASSI JUNIOR, G. *et al.* Levantamento Epidemiológico em Saúde Mental de um Município do Interior de Minas Gerais. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 9, n. 3, 2019.

ASCEF, *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, sup. 2 set. 2017.

AZEVEDO, C. *et al.* Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. **Ver Esc Enferm USP.**, v. 51, e03245, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245> Acesso em 10 out. 2019.

AZEVEDO FILHO, E. R. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Prontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 9, n. 1, p. 14–23, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.010> Acesso em: 10 jan. 2020.

BARBOSA, M. R. M. *et al.* Da inexistência de dados aos dados da comunidade existente: o mapeamento da incidência de suicídio com a participação social. In: Congresso Piauiense de Saúde Pública, 2016. **SANARE**, v. 14, S.1, 2016.

BATISTA, W. F. M; SANTOS, K. P. P.; SANTOS, A. F. M; FIGUEIREDO, L. S.; BARROS, R. F. M. de. Sociedade e Cultura: O Caso da Comunidade Rural Novo Nilo. **Revista Espacios**, v. 37, n. 3, p. 20, 2015.

BECOFISKY, K.M.; SUI, X.; LEE, D.C.; WILCOX, S.; ZHANG, J.; BLAIR, S.N. A prospective study of fitness, fatness, and depressive symptoms. **Am J Epidemiol.**, v. 181, n. 5, p. 311-20, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwu330> Acesso em 10 mai. 2020.

BLEGER, J. **Temas de psicología**. Argentina: Nueva Visión, 1964.

BORGES, T. L.; KATHLEEN, M. H.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, p. 195-201, 2015.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A.L. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 38, n.3, p.195-201, 2015.

BORGHI, C. M. S. O; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artemed, 2015.

BRASIL. Lei nº 7.766, de 11 de maio de 1989. Dispõe sobre o ouro, ativo financeiro, e sobre seu tratamento tributário. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/DetailhaDocumento.action?id=132863>. Acesso em: 5 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, 20 setembro de 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processada Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html Acesso em 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental 2001**. Relatório Final. Brasília: Editora MS. 2002. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental Acesso em 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto de nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 10 jun. 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini *et al.* (Organizadora). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Caderno de Atenção Básica, n. 34**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Informativo Eletrônico Saúde Mental em Dados 12**. Brasília, v. 12. Out. 2015c. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiq_x4ag0czlAhUKGrkGHZX4CAEQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mhinnovation.net%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdownloads%2Finnovation%2Freports%2FReport_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf&usq=AOvVaw0vvcEFkfeQbOaCdvdLBg- Acesso em 07 de mai. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Versão Preliminar 09/2016 Versão Preliminar 09/2016 2 e-SUS Atenção Básica: Manual do Aplicativo ACS - Agente Comunitário de Saúde – Versão 2.0**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta de equipe. DATASUS. Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp. Acesso em: 14 de jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta de equipe. DATASUS. Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp. Acesso em: 14 de jun. de 2019a.

BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de informação E- SUS AB. DATASUS. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em 01 de janeiro de 2019b.

BRILHANTE, A.V.M. O “macho nordestino” em formação: sexualidade e relações de gênero entre adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 471-478, 2015.

CAMPOS, G. W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 199. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em 10 jun. 2018.

CAMPO VERDE, F. C. *et al.* Alma Ata: experiencias que validn sus propuestas 40 añosdespués, para proyectarlas al futuro. **An Fac med.**, v. 80, n.2, p. 222-228, 2019.

CARNEIRO *et al.* Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017.

CARON, J. Predictors of quality of life in schizophrenia. **Community Ment Health J**, v. 41, n. 4, p. 399-417, 2005.

CLARK, M. A. *et al.* **Farmacologia Ilustrada**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 92-100, jun. 2019.

COUTINHO *et al.* Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.17, n.3, p.338-351, dez. 2016.

DACAL, M. P. O, SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n. 118, p. 724-735, jun./set. 2018.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FALCI, D. M. *et al.* Uso de psicofármacos prediz incapacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 21, 2019.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, 2019.

FERREIRA, S. J.; DIETRICH, C. H. S.; PEDRO, A. D. Influência da prática de atividade física sobre qualidade de vida de usuários do SUS. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 106,

p. 792-801, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003001>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia.**, v. 21, n. 5, p.639-651, 2018.

FIORELLI, K.; ASSINI, F. L. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **ABCS Health Sci.**, v. 42, n. 1, p. 40-44, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br> Acesso em: 01 de dez. 2017.

FLECK, M. P.de A.(org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19- 28, 1999. Disponível em: [DOI:10.1590/S1516-44461999000100006](https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006) Acesso em 10 mai. 2018.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178- 183, 2000.

FLORES, T. R.; GOMES, A. P.; SOARES, A. L. G.; NUNES, B. P.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; GONÇALVES, H.; BERTOLDI, A. D. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, Sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201800010012>Acesso em: 10 jan. 2020.

GATO *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Av. enferm.**, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018.

GREGOLETI, V; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, S. A. Rastreamento sociodemográfico e clínico de indivíduos com depressão. **Estud. Interdiscipl. Envelhecim.**, Porto Alegre, v.21, n.1, p. 187-204, 2016.

GUERRA, C.C.M. *et al.* Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. **Rev Enferm UFPE**, v. 7, n. 6, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3437>. Acesso em 06 de jun. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico União PI**. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/uniao/panorama> Acesso em 01 de jan. 2019.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. Porto Alegre: AMGH, 2014.

LEITE, J.F.*et al.* Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 301-316, 2017.

LEMOULT, J.; GOTLIB, I. H. Depression: a cognitive perspective. **ClinPsychol Rev.**, v. 69, p. 51-66, 2019.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M.; GOSCH, C.S.; CRUZ, D. K.A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 18, p. 79-86, 2009.

MARTINS *et al.* Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 32- 41, mar. 2019.

MATTE, T. S.; PLETSCHE, M U. Abordagem sobre o uso irracional de benzodiazepínicos no Brasil. In: XXII Seminário de Iniciação Científica, 22, 2014, Ijuí, Santa Rosa e Três Passos. **Resumos do XXII Seminário de Iniciação Científica**. Ijuí: UNIJUÍ, 2014.

MIASSO, A.I. *et al.* Quality of life in Brazil's family health strategy: common mental disorders, use of psychotropic drugs and sociodemographic factors. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 31, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716301662> Acesso em: 21 mar. 2019.

MOLEIRO, F. *et al.* Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. Artigos Originais. **Promoção da Saúde. Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p.129-140, 2019. DOI: [10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140](https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140) Acesso em: 10 mar. 2019.

MORAIS, M. R. *et al.* O matriciamento como elo entre as equipes de saúde mental e de atenção básica. **Sanare**, v. 14, S.1, 2015.

MORAIS, R. M. *et al.* A inserção das ações de saúde mental na atenção básica como desencadeadora de mudanças nos processos de trabalho. In: CONGRESSO ESTADUAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PIAUÍ/COSEMS/PI. Resumos. COSEMS, Teresina, 2017.

MOURA, L. C.; MARTINS, Z. S. **Abordagem do uso indiscriminado de Benzodiazepínicos por pacientes assistidos em uma UBS da zona rural de União-PI.** In: Coletânea de Resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - UFPI. 1 ed. Teresina: Editora da Universidade Federal do Piauí (EDUFPI), v. 1, p. 247-249, 2019.

MOURA, N. C. D. *et al.* O uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **Sanare**, Sobral, v.15, n. 2, p.136-144, jun./dez., 2016.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de SaúdeMental**, v.15, p. 30-36, 2016.

NALOTO, D.C.C. *et al.* Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016.

NARDELLI, G. G. *et al.* Quality of life of elders in the primary health care in Uberaba, MG. **BioscienceJournal.**, v. 36, n.1, p. 276-286, 2020.

NÓBREGA, I. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p.135-154, 2016.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diag Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 66-69, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf> Acesso em: 01 de dez. 2017.

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **Saúde e Ciência em Ação**, v. 3, n. 1, p. 71-82, 2016. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br> Acesso em: 30 nov. 2017.

OLIVEIRA, E.N. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 71-78, 2017.

OPAS. OMS. BRASIL. **Com a depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&catid=845:noticias&Itemid=839. Acesso em: 11 de mar. 2017.

OPAS. OMS. BRASIL. **Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5391:tema-do-dia-mundial-da-saude-de-2017-depressao-e-debatida-por-especialistas-em-evento-na-opasoms&catid=845:noticias&Itemid=839 Acesso em: 25 jun. 2017.

PAGLIONE *et al.* Qualidade de vida, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante hepático. **Ver Esc Enferm USP**, v.53, e03459, 2019.

PARREIRA, B. D. M. *et al.* Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 51, e03225, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016033103225>. Acesso em 06 mai. 2019.

PEDERSEN, B.K.; SALTIN, B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. **Scand J Med Sci Sports.**, v. 3, p. 1-72, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sms.1258> Acesso em 20 jun. 2020.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa – PR. Brasil, v. 2, n. 01, jan./jun., P. 31-36, 2010. DOI: [10.3895/S2175-08582010000100004](https://doi.org/10.3895/S2175-08582010000100004) Acesso em 21 mar. 2018.

PEREIRA, R. L. M. R.; SAMPAIO, J. P. M. Estado nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, 2019.

- PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- PIAUI. Secretaria da Saúde do Estado do Piauí (SESAPI). **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado do Piauí**. 2016. Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/rede-psicossocial>. Acesso em: 10 de julho de 2019.
- POLYANGUAS, E. Uso de los antipsicóticos en adultos mayores. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid, v. 38, n. 133, p. 263-282, jun. 2018.
- PORTO, A. O. *et al.* Características sociodemográficas e custo de hospitalizações por fratura de fêmur em idosos na Bahia. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 297-309, 2019.
- PORTUGAL, F.B. *et al.* Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. 2015. Disponível em: [DOI: 10.1590/141381232015212.20032015](https://doi.org/10.1590/141381232015212.20032015) Acesso em: 10 mai. 2018.
- PORTUGAL *et al.* Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-498, 2016.
- PRADO, M. A. M. B. *et al.* Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747-758, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400007> Acesso em: 10 nov. 2018.
- QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-81, 2012.
- RIBEIRO, *et al.* Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 435-440, jun. 2015.
- ROCHA, F. M. M. **Mãos que tecem a rede: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado e saúde mental na atenção primária no município de União-Pi**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Centro de Ciências e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.
- ROSA, L. C. S; BONA, M. E. C. **União em saúde mental: experiências relacionadas à saúde mental no município de União -PI**. Teresina: EDUFPI, 2007.
- SADOCK, B; SADOCK V; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SAMPAIO, G. *et al.* O matriciamento como elo entre as equipes de saúde mental e de atenção básica. In: Congresso Piauiense de Saúde Pública, 2015. **SANARE**, v. 14, p. 133, S.1, 2015.
- SAMPAIO, G. DA C.; MOURA, L. C.; MEIRELES, G. P. **Abordagem do uso indiscriminado de benzodiazepínicos por pacientes assistidos em uma UBS da zona rural de União-PI**. Trabalhos inscritos na 6ª Mostra Piauí aqui tem SUS. COSEMS PI. 2019.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.** n. 118, p. 366-393, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008> Acesso em 10 jun. 2018.

SCHNEIDER, S.; FREITAS, T. D. Qualidade de Vida, Diversificação e desenvolvimento: referências práticas para análise do bem-estar no meio rural. **Olhares Sociais**, v.02, n.1, 2013.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M.V.; SILVA, M.J.P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012.

SILVA, E. Saúde mental, condições de vida e gênero: transtornos mentais comuns em assentamentos rurais. In: DIMENSTEIN, M; LEITE, J.; MACEDO, J.P.S.; DANTAS, C. (Orgs.) Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. São Paulo: **Intermeios**, p. 247-278, 2016.

SILVA, J.; PICHELLI, A.A.W.S.; FURTADO, F. M. S. **O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde**. In: CARVALHO, C.M.R.G.; ARAÚJO, L.F. (Orgs.). Envelhecimento e práticas gerontológicas. Curitiba: CRV - coedição: Teresina: EDUFPI; 2017.

SILVA JÚNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e PhraseCompletion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p. 1-16, 2014.

SILVA, P. A.; ALMEIDA, L. Y.; SOUZA, J. O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, 2019.

SILVA, V. P. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 1, p. 1393-1400, 2015.

SILVEIRA, R.E. *et al.* Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios. **Cultura de los Cuidados**, v.19, n.42, p.154-62, 2015.

SOBRINHO, A; CAMPOS, R. Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 47-59, mar. 2016.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 59-66, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602017000300009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 04 nov. 2019.

TEIXEIRA, W. S. Saúde mental: clonazepam é o psicotrópico mais consumido no Brasil. **CEMED**, v. 1, n.2, 2013. Disponível em: <https://cemedmg.wordpress.com> Acesso em: 30 de nov.2017.

TELES JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v.42, n. 1, p. 174-188, set. 2018.

TORRES, M. O. Caminhos do cuidado: formação em saúde mental na atenção básica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.19, p.77-96, 2016.

VANCINI *et al.* Pilates and aerobic training improve levels of depression anxiety and quality of life in overweight and obese individuals. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 75, n.12, p.850-857, 2017.

VIDAL, C.E.L. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad Saúde Colet**, v. 21, n. 4, p. 457-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a15.pdf>. Acesso em 06 de jun. 2017.

WHO. World Health Organization. **Mental health context: Mental health policy and service guidance package**. Geneva: WHO, 2003.

WHO. Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). **Coordenação Nacional para a Saúde Mental Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. 2008.

WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and common mental disorders—Global health estimates**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical activity: direct and indirect health benefits**. Geneva: WHO, 2003.

WHOQOL. The Whoqol Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. **Soc. Sci. Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WILHEIM, J. **Qualidade de Vida e Tecnologias Alternativas. Seminário de Tecnologias Apropriadas para os Assentamentos Humanos**. São Paulo, 1982.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **J Adv Nurs**, v. 17, n. 7, p. 795-800, 1992.

ANEXOS

ANEXO A: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida/ The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se sobre **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário

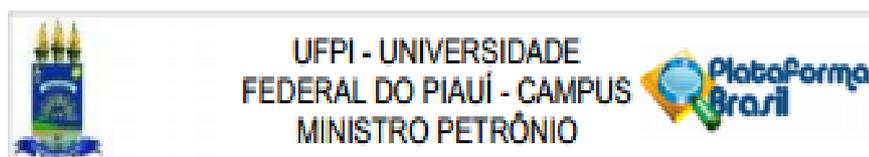
OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	QUESTÕES	FACETAS
Domínio físico	Composto de sete questões 3,4,10,15,16,17,18	3. Dor e desconforto; 4. Energia e fadiga; 10. Sono e repouso; 15. Mobilidade; 16. Atividades da vida cotidiana; 17. Dependência de medicação ou de tratamentos; 18. Capacidade de trabalho
Domínio psicológico	Composto de seis questões: 5,6,7,11,19,26	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração; 7. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio relações sociais	Composto de três questões: 20,21,22	20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual
Domínio meio ambiente	Composto de oito questões 8,9,12,13,14,23,24 25	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte
Domínio Geral	Questões Q1 e Q2	Q1 Avaliação individual da QV Percepção da qualidade de vida; Q2 Satisfação com a própria saúde

Fonte: Elaborado a partir de Fleck (2008).

ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: USO DE PSICOTRÓPICOS E O GRUPO DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83623317.5.0000.5214

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.602.044

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, trata-se de estudo do tipo transversal, descritivo e analítico. A amostra será constituída pelas 79 mulheres que fazem uso de medicação psicotrópica atendidas na Unidade Básica de Saúde de Novo Nilo, zona rural do município de União/PI.

Os dados serão coletados através dos prontuários das pacientes na atenção básica, da aplicação de um questionário específico (Apêndice A) e do procedimento da intervenção em grupo de cuidado com a duração de quatro meses. Serão incluídas: mulheres maiores de 18 a 75 anos, que fazem uso de medicação psicotrópica; pacientes que recebem gratuitamente a medicação psicotrópica na UBS e são acompanhados pela equipe de ESF e de apoio matricial pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ NASF. Caso sejam encontradas pacientes com transtorno ou doença mental ou em situação de diminuição em sua capacidade de decisão, serão cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa. Sendo importante relatar a importância das pessoas com essas especificidades citadas acima, também participarem deste estudo, considerando a relevância da pesquisa em contribuir na melhoria do atendimento da mulher em sofrimento mental em todos os níveis na atenção básica.



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.682.044

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Elaborar um protocolo de intervenção para o tratamento de mulheres com adoecimento mental na atenção básica;

Objetivos específicos:

- Registrar o perfil das usuárias;
- Verificar a real necessidade do uso dos psicotrópicos pelas usuárias;
- Verificar a eficácia da rede de cuidados na redução do uso de psicotrópicos no tratamento para mulheres com transtornos psiquiátricos;
- Reduzir o uso de psicotrópicos (ansiolíticos e antidepressivos) em mulheres com transtornos psiquiátricos no município de União/PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos, referindo-se apenas ao constrangimento em responder questões relacionadas a dados pessoais, o motivo da prescrição médica do psicotrópico e a existência de outras doenças associadas e uso de outros medicamentos. Este aspecto, no entanto, será contornado pela experiência das pesquisadoras nesse tema e com a realização da pesquisa através de questionário auto aplicável e em ambiente privado, garantindo o conforto e sigilo da paciente. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde Mental, permitindo verificar a eficácia do grupo de cuidado na redução do uso de psicotrópicos no tratamento para mulheres com transtornos psiquiátricos na atenção básica e desse modo construir um modelo de cuidado para a promoção da saúde mental na atenção primária a saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área de saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto encontra-se apto para ser desenvolvido.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-900

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.602.044

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_957893.pdf	09/04/2018 16:19:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	06/04/2018 21:32:21	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Outros	questionario_pesquisa.doc	06/04/2018 21:23:38	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_assinado.pdf	06/04/2018 21:22:56	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	04/04/2018 13:58:39	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Outros	Lattes.pdf	04/04/2018 13:51:37	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoREF.pdf	04/04/2018 13:47:33	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/04/2018 13:28:04	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	02/10/2017 16:01:39	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	02/10/2017 15:59:57	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	02/10/2017 15:57:10	LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Bairro: **Itinga** Município: **TERESINA** CEP: **64.001-900**
UF: **PI** Telefone: **(86)3337-0000** Fax: **(86)3337-0000** E-mail: **cep.ufpi@ufpi.edu.br**

Página 03 de 04



**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO**



Continuação do Processo 2.052.014

TERESINA, 16 de Abril de 2018

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: **Campus Universidade Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa**
Bairro: **Itinga** Município: **TERESINA** CEP: **64.001-900**
UF: **PI** Telefone: **(86)3337-0000** Fax: **(86)3337-0000** E-mail: **cep.ufpi@ufpi.edu.br**

Página 03 de 04

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Venho por meio deste convidar a Sra _____, DN ___/___/___a

participar de um estudo desenvolvido pela pesquisadora Graziela da Cruz Sampaio, Psicóloga e Coordenadora da equipe do Núcleo de Saúde da Família/NASF do município de União/Pi, titulado **“USO DE PSICOTRÓPICOS E O GRUPO DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA”** que tem como objetivo construir um protocolo de intervenção para o atendimento de mulheres com sofrimento psíquico e mental na atenção básica.

Dados de pesquisas citadas pelo Ministério da Saúde/2013, afirmam que as mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar sofrimento mental do que os homens e os transtornos psiquiátricos são frequentes na população e mais prevalentes no sexo feminino, entre indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda, tabagistas e mulheres vítimas de violência. Sendo importante encontrar ações eficazes de cuidado na saúde mental para garantir uma maior qualidade de vida e redução do uso de psicotrópicos em mulheres usuárias da atenção básica.

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, analítico, no qual será realizado questionário específico com as pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica atendidas na Unidade Básica de Saúde/UBS de Novo Nilo, município de União/PI.

A sua participação ocorrerá de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados somente em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu termo de consentimento sem que haja nenhuma implicação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos da pesquisa são mínimos, referindo-se apenas ao constrangimento em responder questões relacionadas a dados pessoais, o motivo da prescrição médica do psicotrópico e a existência de outras doenças associadas e uso de outros medicamentos. Este aspecto, no entanto, será contornado pela experiência das pesquisadoras nesse tema e com a realização da pesquisa através de questionário auto aplicável e em ambiente privado, garantindo o conforto e sigilo da paciente. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde Mental, permitindo verificar a eficácia do grupo de cuidado na redução do uso de psicotrópicos no tratamento para mulheres com transtornos psiquiátricos na atenção básica e desse modo construir um modelo de cuidado para a promoção da saúde mental na atenção primária a saúde.

A participante receberá uma via deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, bem como endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Portanto, venho através deste termo de consentimento convidar você a participar deste estudo que será realizado sob a orientação da Prof^ª Dr^ª. Lorena Santana Citó, Farmacêutica do Hospital Universitário do Piauí e orientadora do Programa de pós-graduação em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.

Em caso de dúvidas, favor manter contato com a pesquisadora Graziela da Cruz Sampaio através do telefone (86) 9952-8688 ou graz_sampaio@hotmail.com ainda ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, localizado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga; Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ; CEP: 64.049-550 - Teresina – PI; Telefone (86)3237-2332; e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

Eu, _____, após ter lido este termo ter sido devidamente esclarecida pelos pesquisadores, concordo em participar da presente pesquisa.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

(Pesquisador responsável)

(Testemunha)

(Testemunha)

APÊNDICE B: Questionário sócio demográfico da pesquisa

QUESTIONÁRIO n° _____	UBS:
Data de aplicação: ___/___/___	PRONTUÁRIO n°:
EQUIPE MATRICIAL	EQUIPE REFERENCIAL
Médico Psiquiatra:	Médico/ESF:
Téc. de Referência:	Enfermeiro/ESF:
1. DADOS DO USUÁRIO	Agente comunitário/ESF:
Sexo: MAS () FEM () Data de Nascimento: Idade: Estado Civil: Solteiro () Viúvo () Casado () Separado ()	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA EM USO 1. Antidepressivo () Qual: _____ 2. Ansiolítico () Qual: _____
HD/CID 10: Depressão () Ansiedade () Outros (): _____	3. Outros (): Qual: _____
OBS:	

APÊNDICE C: Boletim informativo para profissionais



Boletim Informativo



QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**SMS
Secretaria
Municipal de
Saúde**

Ano 2020 Nº01

EXPEDIENTE

**Lorena Citó
Orientadora**

**Graziela Sampaio
Mestranda**

Email:
Graz_sampaio@hotmail.com



**PREFEITURA
MUNICIPAL DE
UNIÃO PI**

INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com questões relacionadas à Qualidade de vida (QV) vem de um movimento simbiótico dentro das ciências humanas, de saúde e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do processo saúde-doença, assim define-se QV como um conceito complexo e em contínua construção que engloba mais de uma área interdisciplinar de conhecimento, além de unir diversas formas de ciência e do conhecimento popular (CAMPO VERDE et al, 2019; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018). As percepções de pior QV dos usuários avaliados podem estar relacionados com piores condições de saúde e habitação, problemas nas relações sociais e condições psicológicas, sugerindo falta de recursos de saúde, cultura, educação, lazer, saneamento, entre outros que afetam diretamente a QV dessas pessoas (ALMEIDA-BRASIL, 2017). Pesquisas apontam que o sexo feminino tem cerca de duas vezes mais chance de apresentar sofrimento em relação ao sexo masculino. E essa dissimetria pode estar relacionada à diferença de gênero e os papéis sociais da mulher e do homem. Tais diferenças nos papéis femininos e masculinos, em cidades rurais, sobretudo da região Nordeste do Brasil, assumem características culturais patriarcais acentuadas, sendo a imagem masculina cercada pelo pensamento de virilidade e já imagem da mulher nordestina associada à submissão, fragilidade e sensibilidade, sendo assim mais suscetível ao adoecimento mental (BRILHANTE, 2015). Diante do adoecimento mental um dos tratamentos recomendados é o uso de psicofármacos, que são medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e que podem levar à dependência. Pode-se observar o aumento do número de prescrições e o possível abuso desses fármacos, com indicações duvidosas e durante períodos prolongados, como problemas relevantes na saúde mental, devido aos riscos que esses medicamentos acarretam em curto e longo prazo, como a redução da capacidade funcional em idosos (FALCI et al., 2019). O adoecimento mental e uso de psicofármacos pode influenciar na QV da população. A Atenção Básica (AB), atualmente nomeada de atenção primária, é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que possibilita o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam do cuidado em saúde mental. Essa realidade permite aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a estarem próximos da população, e assim conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram e os componentes que envolvem essa relação; com isso diagnosticar o sofrimento biopsicossocial da população e utilizar-se dos atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) nas intervenções no território (BRASIL, 2016). Diante do exposto, a presente pesquisa teve o intuito de avaliar a qualidade de vida de pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica e são atendidos na UBS Eduvigens Gonçalves Costa, localizado no povoado Novo Nilo na zona rural do município de União - PI, através da aplicação do questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life Brief (WHOOL-brief)*.



QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FONTE DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio de questionário sociodemográfico, prontuários e a escala WHOQOL-bref. Na escala há perguntas sobre a satisfação com a própria saúde e as demais envolvendo o domínio psicológico, físico, relação social e meio ambiente. E em cada domínio o escore varia entre 0 a 100 pontos e quanto maior a escore, melhor é a avaliação da QV. **O domínio físico** é composto de aspectos relacionados sobre presença de dor, fadiga, sono, dependência de medicação ou de tratamento, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana. **O domínio psicológico** engloba aspectos relacionados a autoestima, concentração e espiritualidade. **O domínio relações sociais** aborda aspectos relacionados (apoio) social e a atividade sexual. **O domínio meio ambiente** aborda aspectos relacionados a segurança, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de adquirir informações, recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK, 2000).

RESULTADOS

No município de União/Pi a maioria dos participantes do estudo foram do sexo feminino com 76,3% enquanto o sexo masculino teve apenas 23,7%. A faixa etária de 60 anos ou mais foi de 34,21% e o estado civil casado com 63,2%. Os percentuais dos que não têm diagnóstico de depressão e os que possuem, respectivamente foram: 82,9% e 17,1%. E em relação ao diagnóstico de ansiedade, 60,5% não têm diagnóstico e 39,5% tem o diagnóstico concluído. É perceptível que neste estudo encontraram-se mais indivíduos com ansiedade 39,5% do que depressão 17,1%.

Os maiores escores de QV foram encontrados entre os separados e casados. Tendo a seguinte distribuição: os separados apresentaram os maiores escores médios de QV, com 65,28% no psicológico, 77,78% nas relações pessoais e 66,67% no meio ambiente. E os casados, o escore médio da QV maior foi somente no domínio relações pessoais (64,24%), e nos demais domínios. Os viúvos apresentaram o menor escore médio de QV no domínio físico (46,03%) que tem relação com dor e desconforto,

energia e fadiga, sono e repouso, locomoção, atividades da vida diária, dependência medicação ou tratamento e capacidade de trabalho.

Tabela 01 - Características sociodemográficas da população e os escores de domínios de qualidade de vida. União - Piauí, 2019.

VARIÁVEIS	%	Domínios do WHOQOL-BREF			
		Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Escore médio de Qualidade de Vida		59,45	59,76	61,51	56,42
Sexo					
Masculino	23,7	56,35	57,41	56,48	54,69
Feminino	76,3	60,41	60,49	63,07	56,95
Faixa Etária					
Até 40 anos	35,53	61,38	60,19	60,49	53,48
40 a 59 anos	30,26	58,7	57,87	65,58	57,48
60 anos ou mais	34,21	58,1	60,9	58,97	58,54
Estado Civil					
Solteiro	21,1	58,48	54,69	55,73	49,03*
Viúvo	11,8	46,03*	51,39*	51,85*	38,68
Casado	63,2	62,37*	62,67*	64,24	57,83*
Separado	3,9	54,76	65,28	77,78*	66,67
Depressão					
Não	82,9	61,56*	61,91*	61,64	58,19*
Sim	17,1	49,18*	49,04*	60,9	47,84*
Ansiedade					
Não	60,5	57,3	59,0	58,0	56,9
Sim	39,5	62,4	61,0	66,9	55,6

*P valor <0,005(teste T) FONTE: Pesquisa direta.

De acordo com a tabela 2, é possível evidenciar que as médias de satisfação dos domínios de QV da amostra geral que apresentou maior escore médio no domínio relação social 61,5 (DP=19,58) e o menor escore médio foi do domínio meio ambiente 56,42 (DP=13,48). Ao analisar somente entre as mulheres percebe-se maior número no domínio relação social 63,0 (DP=19,32) seguido do domínio psicológico e físico que tiveram as médias de 60,49 (DP=15,40) e 60,41 (DP= 16,31) respectivamente. O menor escore manteve-se no domínio meio ambiente 56,95(DP=13,82).

Sabendo que a maior satisfação de QV foi identificada no domínio de relações sociais (63,07%) é necessário lembrar que engloba as relações pessoais, apoio pessoal e vida sexual.

Tabela 02 - Distribuição dos escores médios de Qualidade de vida das mulheres e amostra geral em cada domínio do WHOQOL-bref. União - Piauí, 2019. FONTE: Pesquisa direta

	Domínios do WHOQOL-BREF			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo	60,41	60,49	63,07	56,95
Feminino	(16,31)	(15,4)	(19,32)	(13,82)
Geral	59,45	59,76	61,51	56,42
	(16,48)	(15,4)	(19,58)	(13,48)



RESULTADOS

Tabela 03 - Correlação Spearman entre as variáveis com os domínios da escala WHOQOL-BREF. União - Piauí, 2019

VARIÁVEIS	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Sexo	0,08	0,081	0,128	0,076
Faixa Etária	0,027	0,025	-0,050	-0,135
Estado Civil	0,153	0,233*	0,269*	0,249*
Depressão	-0,235*	-0,266*	-0,043	-0,275*
Ansiedade	0,136	0,028	0,220	-0,069

* p-valor < 0,05

FONTE: Pesquisa direta

Na variável faixa etária nos domínios de relações sociais e meio ambiente foram negativos, mas não significativo o que expressa que essa variável dos pacientes não influenciou para menores escores nesses domínios. A variável estado civil está correlacionada significativamente para os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Sendo importante observar que na tabela 1, os casados apresentam o maior escore de QV no domínio de relações sociais (64,24%), já os viúvos, maior escore deu-se no domínio de meio ambiente (51,85%) e os solteiros apresentaram maior escore de QV no domínio físico (58,48%) enquanto que os separados obteve-se os maiores escores no domínio de relações sociais (77,78%) E, na variável depressão, foi possível perceber que existiu uma correlação negativa com todos os domínios, porém apenas os domínios físico, psicológico e meio ambiente foram significativos, o que permite afirmar que a variável depressão tem uma associação significativa e negativa nesses domínios. Foi possível identificar na variável ansiedade uma correlação negativa, porém não ocorreu associação significativa. Vale ressaltar ainda que os pacientes com ansiedade possuem menores valores nesse domínio (tabela 1).

Tabela 04 - Modelos de regressão para os desfechos de QV em seus diferentes domínios (WHOQOL-bref). União - Piauí, 2019.

Variáveis explicativas	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
	β	P	β	P	β	P	β	P
R ²	0,14		0,13		0,04		0,14	
Constante	66,04	< 0,01*	64,71	< 0,01*	57,97	< 0,01*	59,65	< 0,01*
Sexo	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa Etária	-	-	-	-	-	-	4,36	0,16
Estado Civil	-15,63	0,01*	0,56	0,9	-	-	-9,25	0,01*
Depressão	-11,17	0,02*	-12,23	< 0,01*	-	-	-11,012	< 0,01*
Ansiedade	5,92	0,16	-	-	8,97	0,05	-	-

FONTE: Pesquisa direta

Por meio da análise multivariada, foi possível observar que as variáveis selecionadas para os modelos finais de cada domínio foram capazes de explicar a variabilidade (R²) do domínio físico em 14%, do psicológico em 13%, das relações sociais em 4% e do meio ambiente em 14%.

As seguintes variáveis foram as mais expressivas para cada domínio, no físico: estado civil ($\beta = -15,63$ e p-valor = 0,01); depressão ($\beta = -11,17$ e p-valor = 0,02) e ansiedade ($\beta = 5,92$ e p-valor = 0,16); no psicológico: estado civil ($\beta = 0,56$ e p-valor = 0,9); depressão ($\beta = -12,23$ e p-valor = 0,01); nas relações sociais: ansiedade ($\beta = -8,97$) e p-valor = 0,05, e no domínio meio ambiente: faixa etária ($\beta = 4,36$ e p-valor = 0,16), estado civil ($\beta = -9,25$ e p-valor = 0,01) e depressão ($\beta = -11,012$ e p-valor = 0,01). No domínio físico, estado civil e depressão são significativas, e possuem influência na variação dos valores dos escores do domínio físico. No domínio psicológico, as variáveis: depressão é significativa e pode influenciar nesse domínio. E o modelo selecionado que melhor explica o domínio relações sociais foram as variáveis estado civil e ansiedade, tendo como significativa apenas o estado civil, ou seja, apenas essa variável influencia nos escores de domínio de relações sociais. E conseguem explicar 8% da variação do escore. Para o domínio meio ambiente, das variáveis faixa etária, estado civil e depressão, somente a faixa etária não é significativo para o modelo. Logo, as variáveis estado civil e depressão possuem influência na variação dos valores do domínio meio ambiente. O modelo explica 14% da variação dos escores no domínio meio ambiente. Quanto às características relacionadas à classe terapêutica dos medicamentos psicotrópicos, conforme disposto no gráfico 01, os resultados apresentaram-se com prevalência da classe dos antidepressivos (57,9%), ansiolítico (47,4%), antipsicótico (15,8%), anticonvulsivante (7,9%), estabilizador de humor (6,6%) e 1,3% fitoterápico e sedativo.



Boletim Informativo



ANEXOS

ANEXO A: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida/ The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas.** Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	Muito	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como acima.

	nada	Muito pouco	Muito	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, **leia cada questão, veja a que você acha o círculo no número e lhe parece a melhor resposta.**

	nenhum	nenhum	nenhum	nenhum	nenhum
1. Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2. Que satisfação você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas 2 semanas.

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou o capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas

	nada	Muito pouco	Muito	Muito	Completamente
3. Em que medida você acha que sua dor (se houver) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida adiante?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aprecia a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguras você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável o seu ambiente físico (ruído, barulho, poluição, etc.) é?	1	2	3	4	5

semanas.

	nada	Muito pouco	Muito	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de manter sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disposto você está para receber informações que precisam ser tomadas no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem** ou **satisfeito** você se sente a respeito de várias aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	nenhum	nenhum	nenhum	nenhum	nenhum
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16. Quão satisfeito(a) você está com a sua casa?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de descansar (seu nível de atividade de seu dia-a-dia)?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito(a) você está com o tempo livre?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (parceiro, parentes, amigos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições de local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sente as experiências certas coisas nas últimas duas semanas.

	nenhum	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desânimo, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	QUESTÕES	FACETAS
Domínio físico	Composto de seis questões: 3,4,10,15,16,17,18	1. Dor e desconforto; 4. Energia e fadiga; 10. Sono e repouso; 15. Mobilidade; 16. Atividades de vida cotidiana; 17. Dependência de medicação ou de tratamentos; 18. Capacidade de trabalho.
Domínio psicológico	Composto de seis questões: 5,6,7,11,19,26	7. Satisfação pessoal; 6. Pensar, aprender, memória e concentração; 7. Auto-estima; 11. Imagem corporal e aparência; 19. Sentimentos negativos; 26. Equilíbrio emocional e gestão das emoções.
Domínio relações sociais	Composto de três questões: 20,21,22	20. Relações pessoais; 21. Suporte (Ajuda) social; 22. Atividade social.
Domínio meio ambiente	Composto de sete questões: 8,9,12,13,14,23,24,25	8. Segurança física e proteção; 9. Análise no lar; 12. Recursos financeiros; 13. Condições de saúde e acesso; disponibilidade e qualidade; 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 23. Participação em atividades de recreação/lazer; 24. Ambiente físico (poluição/ruído/vento/ruído); 25. Transporte.
Domínio geral	Questões Q1 e Q2	Q1. Avaliação individual da QV. Percepção da qualidade de vida. Q2. Satisfação com a própria saúde.

Fonte: Elaborado a partir de Fleck (2006).

APÊNDICE D: Folder informativo para a população.

FITOTERAPIA E PLANTAS MEDICINAIS

É um estudo das plantas medicinais e suas aplicações nos tratamentos de morbidades, seja na prevenção, alívio ou cura das doenças. Consiste na utilização externa ou interna de vegetais in natura ou na forma de medicamentos.

Os chás apresentam poderosas antioxidantes e polifenóis trazendo inúmeras vantagens para a saúde física e mental dentre elas:

- ♦ Auxilia no digestão;
- ♦ Purifica o organismo, eliminando toxinas;
- ♦ Efeito calmante e relaxante;
- ♦ Alivia o estresse, a ansiedade tóxica, insônia e depressão

CHÁS	
<p>Capim Cidreira, Capim Limão, Capim Santo (Cymbopogon citratus) Indicado principalmente no uso de suas folhas - secas ou não para os chás. Prepare uma infusão com uma colher de sopa destas plantas secas bem picadas, para cada xícara de chá. Abafe por 10 minutos e tome 2 vezes ao dia.</p>	<p>Erva cidreira (Melissa officinalis) A planta pode ser usada em chás, combatendo quadros de ansiedade, angústias e irritação. Neste caso, a melhor forma seria preparando uma infusão. Para isso, utilize cerca de 1 a 3 gramas de planta fresca para cada 100ml a 200ml de água. Abafe por cerca de 10 minutos e tome o líquido ainda morno, 3 vezes ao dia.</p> <p>Chá de Hortelã Modo de Preparo: Adicione 200ml de água fervente e algumas folhas de hortelã frescas ou secas. Misture os dois ingredientes e deixe decantar por 5 minutos, remova as folhas e beba o chá.</p>
<p>Marrubium (Aster/Pura alata) Principalmente suas folhas e flores podem ser usadas como calmantes, sedativas e indutoras de sono. Experimentalmente fazer uma infusão de folhas secas de marrubium. Para cada xícara de chá, use uma colher de sopa de folha seca bem picada, abafe por 10 minutos e tome 2 vezes ao dia, de preferência uma vez antes de dormir.</p>	<p>Camomila (Matricaria inonoides L.) As flores podem ser usadas em chás, como sedativas, em momentos de ansiedade e insônia. A melhor forma de uso em chás é preparando uma infusão: para cada xícara, use uma colher de chá de flores secas de Camomila, abafe por 10 minutos e tome 3 vezes ao dia.</p>



Fonte: UBS Novo Nilo, 2019

* Todas as fotos previamente autorizadas pelos participantes

Projeto de intervenção realizado como fruto da Dissertação de Mestrado intitulada **QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí/UFPI.

Lorena Citó
Orientadora

Graziela Sampaio
Mestranda

REALIZAÇÃO:



PROJETO: GRUPO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL UBS NOVO NILO



UNIÃO/PI
2020

Grupos de Atenção Psicossocial

Podem ser organizados nas UBS's e conduzidos por qualquer profissional da Atenção Básica. Esses grupos incluem usuários e familiares, devem estimular a troca de informações, sentimentos e experiências que melhorem o cuidado à saúde, a autonomia e a prevenção do uso abusivo de medicações psiquiátricas. Podem ser formados a partir dos problemas mentais mais comuns ou mais graves identificados pelas equipes da AB.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS

São ATIVIDADES para:

- ♦ a promoção da saúde, do autocuidado e da qualidade de vida;
- ♦ Promove a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

MEDITAÇÃO

Meditar é definido como a condição ou atitude de voltar-se para o centro no sentido de desligar-se do mundo exterior e voltar a atenção para dentro de si ou concentrar-se intensamente em algo.

Os efeitos sobre o psiquismo são subjetivos:

- ♦ estados de consciência e relaxamento;
- ♦ as sensações de bem-estar geral e de prazer;
- ♦ paz interior e de felicidade.

Fonte: UBS Novo Nilo, 2019



RESPIRAÇÃO

A respiração é a âncora para a prática da meditação.

- ♦ possibilita ao praticante a benefício da função fisiológica para aumentar sua atenção, concentração e proporcionar o relaxamento. O essencial é sentar-se com cabeça e coluna alinhada - costas eretas - relaxada.

Fonte: UBS Novo Nilo, 2019



ARTETERAPIA

Fonte: UBS Novo Nilo, 2019

utiliza materiais e técnicas expressivas diversas (pintura, modelagem, colagem) facilitando a expressão criativa e dinâmica de potencialidades latentes no ser humano.



Atuar na promoção e reabilitação da saúde, um tempo para si próprio, favorecendo o AUTOCONHECIMENTO.

Fonte: UBS Novo Nilo, 2019



Participar de um sessão de Arteterapia foi como voltar a minha alma, abraçando, sentindo, pensando e criando. Foi bom e por não preciso falar. Participante do grupo.



Fonte: UBS Novo Nilo, 2019

Fonte: UBS Novo Nilo, 2019

AUTOMASSAGEM

- ♦ Uma prática que estimula a interação mente-corpo, proporciona aos participantes uma maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, levando à melhoria da qualidade de vida. **utiliza-se do toque e movimento.**
- ♦ A pele ao ser tocada, leva os estímulos gerados, por meio de terminações nervosas, ao cérebro, que transmite as informações para outros órgãos.

- ♦ Promove a circulação e harmoniza as funções biológicas;
- ♦ Previne e alivia dores no corpo, na coluna, problemas de músculos, tendões e outras doenças;
- ♦ Melhora a postura e a consciência corporal;
- ♦ Acalma as emoções e favorece a concentração;
- ♦ Favorece o relaxamento das tensões musculares;
- ♦ Eleva a auto-estima e desperta o interesse em cuidar de si mesmo;
- ♦ Facilita o desenvolvimento do indivíduo como um todo;
- ♦ Restaura a sensibilidade e favorece o equilíbrio físico e emocional.

