

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SYMONE NOGUEIRA BEZERRA

**COMPREENDENDO O PROCESSO TERAPÊUTICO E O USO DE
PSICOFÁRMACOS DAS USUÁRIAS DO CAPS:** Uma revisão integrativa.

Ic6
2021

SYMONE NOGUEIRA BEZERRA

**COMPREENDENDO O PROCESSO TERAPÊUTICO E O USO DE
PSICOFÁRMACOS DAS USUÁRIAS DO CAPS: Uma revisão integrativa.**

Monografia submetida à disciplina de TCC II, do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para a aprovação e nota para conclusão do curso.

Orientador(a): Leticia Augusto Oliveira da Silva

Icó
2021

SYMONE NOGUEIRA BEZERRA

**COMPREENDENDO O PROCESSO TERAPÊUTICO E O USO DE
PSICOFÁRMACOS DAS USUÁRIAS DO CAPS:** Uma revisão integrativa.

Monografia aprovada em ____/____/_____, como requisito para a aprovação na disciplina de TCC II, do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado.

BANCA EXAMINADORA:

Letícia Augusto Oliveira da Silva

Orientador(a)

Lucas Ledo Alves

Examinador

Weydna da Silva Freitas

Examinador (a)

Icó

2021

Dedico este trabalho as Marias que compõe o meu ciclo familiar e que sempre me deram exemplos de força, determinação e resistência. A elas: Maria Tomaz Bezerra, Maria de Lourdes, Maria Nogueira, Maria Giselda, e Francisca Maria, a minha dedicação.

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por ter me fortalecido até a reta final acadêmica. A minha família e amigos, em especial aos meus pais, que não mediram esforços para que eu finalizasse essa formação. Não poderia deixar de agradecer as minhas amigas que vivenciaram junto comigo as dores e as delícias da graduação: Rayssa Rolim e Marina Bezerra.

Aos meus professores que contribuíram, ao longo desses cinco anos, na minha formação acadêmica e na minha posição ético profissional. A minha orientadora Leticia Augusto que junto comigo, através das orientações me conduziu da melhor forma no processo da construção desse trabalho, em meio às barreiras e angústias de uma pandemia.

Agradeço aos meus avaliadores pela atenção com o meu trabalho e pelas contribuições já feitas no projeto de pesquisa.

Não me venha falar na malícia

De toda mulher

Cada um sabe a dor e a delícia

De ser o que é.

EPÍGRAFE (COSTA, 1982)

RESUMO

As mulheres estão no grupo de pessoas que mais consomem psicofármacos. Além disso, os ansiolíticos e sedativos se posicionam na categoria de maior comercialização logo após as drogas que estimulam o sistema nervoso central. Dessa forma, o ponto de partida desse projeto de pesquisa se baseia em responder um problema de pesquisa que está entrelaçado à compreensão de quais os fatores que influenciam o consumo de psicofármacos por mulheres usuárias do Centro de Atenção Psicossocial, com objetivo de descrever a relação do processo terapêutico das usuárias do CAPS e sua conexão com a medicalização ou farmacologia e psicofarmacologia. Assim como, conhecer a dinâmica do serviço prestado do CAPS, esclarecer o processo terapêutico, mulher e transtorno mental: compreender sua relação. Através de uma revisão integrativa, os resultados e discussões deste trabalho possibilitou uma variedade de estudos por meio da análise e resultados de dez artigos que apontam que a mulher procura mais meios de resoluções ou de ajuda psicológica, com isso há um maior uso da medicação, por parte do gênero feminino, como instrumento de cuidado ou resolução de algum problema ou sintoma da doença. Concluindo que fazer uso ou não da medicação, é uma escolha que não deve ser imposta e sim discutida entre profissional e paciente, assim como os benefícios e malefícios deste uso. Dessa forma, pressupõe que tal decisão não pode ser colocada como único recurso terapêutico para o cuidado do sujeito adoecido.

Palavras-chave: Caps. Mulheres. Processo Terapêutico. Psicofármacos.

ABSTRACT

Women are in the group of people who most consume psychotropic drugs. In addition, anxiolytics and sedatives are placed in the most commercialized category right after drugs that stimulate the central nervous system. Thus, the starting point of this research project is based on answering a research problem that is intertwined with the understanding of which factors influence the consumption of psychotropic drugs by women users of the Psychosocial Care Center, aiming to describe the relationship of the therapeutic process of CAPS users and its connection with medicalization or pharmacology and psychopharmacology. As well as knowing the dynamics of the service provided by the CAPS, clarifying the therapeutic process, women and mental disorders: understanding their relationship. Through an integrative review, the results and discussions of this work enabled a variety of studies through the analysis and results of ten articles that indicate that women seek more means of resolution or psychological help, with this, there is a greater use of medication, by the female gender, as a tool for care or resolution of any problem or symptom of the disease. Concluding that using or not the medication is a choice that should not be imposed, but discussed between professional and patient, as well as the benefits and harms of this use. Thus, it presupposes that such a decision cannot be placed as the only therapeutic resource for the care of the sick person.

Key words: Caps. Women. Therapeutic process. Psychopharmaceuticals.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro de categorização.....25

Quadro 1 – Quadro de categorização.....26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA EM DESFECHO DA REFORMA SANITÁRIA.....	14
3.2 CONHECENDO A POLITICA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
3.3 PROCESSO TERAPÊUTICO: PSICOTERAPIA E MEDICAÇÃO E OS EFEITOS DA CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE	17
3.4 A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO	20
4 METODOLOGIA	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

A aptidão a medicalização tem aumentado de tal forma que os psicofármacos têm sido utilizados como artifício terapêutico mais usado para o tratamento de sintomas como solidão, ausência de felicidade, insegurança, preocupação, medo, sem que seja questionada outra forma de resolver determinadas situações (XAVIER, 2014).

O Brasil revelou um aumento de mais de 20% no uso de antidepressivos em uma pesquisa feita pela Funcional Health Tech entre os anos de 2014 e 2018. Segundo o estudo, as mulheres estão no grupo de pessoas que mais consomem psicofármacos, se destacando as que têm aproximadamente 40 anos de idade. Além disso, demonstrou que os ansiolíticos e sedativos se posicionam na categoria de maior comercialização logo após as drogas que estimulam o sistema nervoso central (ICTQ, 2020).

Dessa forma, o ponto de partida desse projeto de pesquisa se baseia em responder um problema de pesquisa que está entrelaçado à compreensão de quais os fatores que influenciam o consumo de psicofármacos por mulheres usuárias do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Vale ressaltar, que o CAPS é um serviço de atenção em saúde com o foco no sujeito em sofrimento e em um conjunto de práticas pautadas em contextos sociais político ideológico e ético, voltado para substituir o antigo modelo asilar psiquiátrico e propor um atendimento interdisciplinar e um trabalho em rede (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Nesse sentido, de forma geral, há poucos estudos relacionados à realidade e de como acontece na prática o processo terapêutico nos equipamentos de saúde mental. Dessa forma, a ausência de literatura nessa área da pesquisa no CAPS, pode fortalecer práticas reducionistas e promover o consumo inadequado de psicofármacos.

Portanto, compreender a dinâmica de como se estende o processo terapêutico das usuárias do CAPS e os fatores que as levaram a determinado consumo, se faz necessário para que haja uma maior conscientização da sociedade ao uso e abuso de psicofármacos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever a relação do processo terapêutico das usuárias do CAPS e sua conexão com a medicalização ou farmacologia e psicofarmacologia.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a dinâmica do serviço prestado do CAPS;
- Esclarecer o processo terapêutico;
- Compreender a relação da mulher e o transtorno mental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA EM DESFECHO DA REFORMA SANITÁRIA.

No Brasil a preocupação com a doença mental ou a uma disciplina psiquiátrica inicia-se em 1841 com a fundação do Hospital D. Pedro II no Rio de Janeiro, inaugurando a era dos manicômios. O interesse do Estado pelos loucos sempre esteve ligado à filantropia e a um cuidado voltado a cura ou o afastamento dessas pessoas ao meio social (SOARES, 2006).

Essa responsabilidade advinda do Estado começou com a proclamação da república e mais tarde intensificado pela Liga Brasileira de Higiene Mental (REIS et al., 2010), a qual visavam estratégias de caráter médico-social direcionadas à saúde mental (SOARES, 2006).

Os hospitais psiquiátricos eram sustentados em um modelo de ação voltado para uma visão positivista, organicista e segregacionista do transtorno mental. A política higienista tomou ainda mais força depois da Revolução de 1930, onde baseou – se em uma “intervenção de parlamentares higienistas na Assembleia Constituinte de 1934, que inaugurava um período em que a questão da higiene e da Saúde Pública passa a ser responsabilidade do Estado” (SOARES, 2006).

Nesse período, já era notório o descaso com a saúde mental, refletido pelo abandono e a deterioração dos equipamentos manicomial administrados no tratamento moral e respondendo a uma lógica de controle dos corpos, do tempo e da mente dos internos (AMARANTE, 2007).

A partir do fim da década de 1960, assistiu-se a uma inflação desnorteada e desequilibrada de leitos psiquiátricos, funcionando sob conjunturas precárias e não humanas que pesava drasticamente no orçamento da Saúde. Todo esse entorno se deu devido ao desenvolvimento da “indústria da loucura”, a qual se reiterava na compra de serviços de saúde privados pelo setor público (AMARANTE, 2007).

A Reforma Sanitária começou a ser pensada antes do restabelecimento do Estado de Direito no Brasil, trazendo um movimento voltado às discussões de cunho radical e de intensas consequências em contextos que se instalavam para além da transformação de um modelo político-assistencial (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013).

É a partir da Reforma Sanitária que se iniciou pautas da ordem da psiquiatria. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativo nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013).

Influenciada pela desinstitucionalização na Itália, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, traz um movimento de reabilitação psicossocial como novo modelo de atenção em saúde mental. A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi um marco histórico para o setor de saúde mental (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013).

Destarte, foi a partir desta Declaração em Caracas que o Brasil comprometeu-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, reavaliar criticamente o papel do hospital psiquiátrico, garantindo os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e assegurando a sua integração em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Amarante (1996) revela que a reforma sanitária propôs um conjunto de medidas de cunho administrativo, destacando abordagens técnicas centradas em intervenções medicalizantes, focadas nos sintomas e no diagnóstico, afastando o sujeito e suas singularidades desse contexto (AMARANTE, 1996).

Contudo, o movimento pela reforma psiquiátrica foi além dessa perspectiva medicalocêntrica, uma vez que a procura por transformações no modelo de saúde são de cunho qualitativos e não somente de reestruturação administrativa (AMARANTE, 1996).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica permitiu uma ressignificação do cuidado oferecido às pessoas em situação de sofrimento psíquico, trazendo uma nova forma de compreender as experiências desse sujeito e assim como novas práticas de assistência clínica institucional e social para a política de saúde mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.2 CONHECENDO A POLITICA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

É a partir da reforma psiquiátrica que a política de saúde mental começa a remeter seu olhar para um modelo de intervenção mais amplo, voltado para atenção psicossocial. Nesse sentido Yasui (2009) aponta a atenção psicossocial como um novo paradigma de cuidado que se fundamenta em princípios e valores que promove a integração do sujeito dito louco nos espaços das relações sociais. A substituição dos moldes asilar e a essa nova abordagem recriam espaços teóricos e técnicos que são denominados de CAPS.

O atendimento do CAPS esta direcionado aos sujeitos em sofrimento psíquico, visando à reabilitação psicossocial, através da promoção do exercício da cidadania, de uma autonomia possível e da interação social. A política do CAPS implica num movimento de mudança de todas as práticas dos serviços de saúde mental, uma vez que os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral estão implicados nesse processo de inserção e integração (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Vale ressaltar, que a política nacional tem como critério práticas multiprofissionais voltadas ao respeito às diferenças, acesso às informações e valorização da liberdade, como artifícios de proporcionar espaços facilitadores da ressignificação do sofrimento e o entendimento dos diversos fatores do adoecimento, com o foco no sujeito e não na doença (BRASIL, 2004).

A atenção à saúde no Brasil se transformou notoriamente a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da constituição de 1988, e a execução da Política Nacional de Saúde Mental, que teve sua efetivação a partir da Lei 10.216, de 2001 e foi aprofundada com a regulamentação dos serviços de modalidade CAPS, substituindo os hospitais psiquiátricos (TAVARES; SOUSA, 2009).

Os CAPS surgem em uma perspectiva de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, sendo a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, no qual seu foco está destinado para o sujeito em sofrimento e não para a doença em si, revelando a construção de estratégias terapêuticas articuladas com o social. Esse novo modelo psicossocial traz para o Brasil uma nova forma de fazer saúde mental, na lógica de repensar, reconstruir e desconstruir práticas reducionistas e integrar a sociedade em uma espécie de envolvimento coletivo com a saúde dos usuários (BRASIL, 2004).

Dessa forma, os CAPS, são instituições designadas a acolher os sujeitos com intenso sofrimento ou grave comprometimento psíquico, abrangendo pessoas que apresentam transtornos mentais, incluindo usuários dependentes de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) que através destas obtiveram prejuízos significantes em suas vidas. Vale ressaltar que crianças e adolescentes com transtornos mentais também são atendidas por esse serviço (BRASIL, 2004).

Destarte, os CAPS se estabelecem com o intuito de atender a população através do atendimento médico e psicológico, incentivando a autonomia do sujeito e a reinserção social por meio da garantia de direitos, como acesso a trabalho e lazer assim como o fortalecimento de vínculos entre família e comunidade (BRASIL, 2004).

O acolhimento às demandas desses sujeitos se inicia de acordo com a organização do serviço, de forma que o primeiro contato vise compreender a situação, iniciar o vínculo terapêutico e de confiança do sujeito com a instituição. Assim o serviço do CAPS não está destinado apenas em estabelecer um diagnóstico, mas em um cuidado em todos os contextos que aqueles sujeitos se apresentam (BRASIL, 2004).

Os CAPS funcionam em uma organização de rede de serviços de saúde mental de cada território, dando suporte e supervisionando a atenção à saúde mental na rede básica. As

intervenções desses serviços, muitas vezes, superam a própria instituição física, na procura de uma rede de apoio social potencializadora de suas práticas com a atenção ao sujeito, sua história de vida, sua cultura e aos contextos o qual o usuário se insere (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que os usuários precisam estar informados qual a função do CAPS e como ele chega a população, para que estes estejam em pleno conhecimento das intervenções ali utilizadas e como demanda a prática da política de saúde mental (BRASIL, 2004).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, que se estabelece em um conjunto de ações que respeite a sua singularidade, sua realidade dentro e fora da unidade e proponha atividades durante a permanência do usuário no serviço, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2004).

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer atendimentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Vale ressaltar, que se necessário, estas modalidades terapêuticas podem ser executadas em atendimento domiciliar (BRASIL, 2004).

O atendimento intensivo se refere a uma estratégia terapêutica diária quando o usuário se encontra com severo sofrimento psíquico, em circunstância de crise ou complicações intensas no meio social e familiar, necessitando de uma atenção contínua (BRASIL, 2004).

A modalidade do atendimento semi-intensivo é oferecido quando o sofrimento do usuário diminuiu, ou seja, quando há melhora nos contextos em que sua crise ou agravamento psíquico afetou. Entretanto, ainda precisa de um cuidado direto da instituição para se reorganizar e recuperar sua autonomia (BRASIL, 2004).

O atendimento não-intensivo pode ser ofertado até três dias no mês, sendo indicado para o usuário que não precisa de suporte contínuo para viver em sua comunidade, família ou trabalho (BRASIL, 2004).

Nesse sentido cada CAPS deve construir seu projeto terapêutico do serviço levando em conta as diferentes abordagens e considerações técnicas dos profissionais dos CAPS, a participação dos familiares e usuários e os diversos fatores culturais, sociais e político de onde o sujeito se situa (BRASIL, 2004)

3.3 PROCESSO TERAPÊUTICO: PSICOTERAPIA E MEDICAÇÃO E OS EFEITOS DA CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Os psicofármacos surgiram como uma revolução no tratamento daqueles ditos loucos. Em um viés de substituição dos tratamentos de choque e manicômios, os psicofármacos, possibilitou a diminuição do sofrimento e sintomas do sujeito adoecido, além da integração do sujeito na sociedade (KIMURA, 2005).

Entretanto, com a evolução da indústria farmacêutica no avanço significativo de fármacos mais eficientes e com menos efeitos adversos para o tratamento do desajustamento psíquico, aliados a uma prática mecanicista que visa o tratamento imediato dos problemas e uma cura mágica, transformou os medicamentos como um novo modo de viver (KIMURA, 2005).

Segundo Rocha (2004), o consumo de fármacos teve um aumento significativo ao passo que outros estudos também revelam o uso irresponsável dos psicofármacos (ROZEMBERG, 1994; NOTO et al., 2002; CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004).

Carvalho e Dimenstein (2004) acreditam que essa nova forma de responder ou resolver “problemas” da maneira mais rápida possível, coloca na medicação uma expectativa de bem-estar ou a resolução do problema em um período de tempo curto, transformando – o em mais um instrumento de normatização.

Diferente dessa prática imediatista, a psicoterapia, atua de forma oposta da promessa dos medicamentos atuais que estão focados na abolição total dos sintomas em curto prazo (RODRIGUES, 2003).

Kimura (2005) propõe que a mídia, juntamente com essa perspectiva mecanicista, incentiva uma ideia que nega a necessidade de sentir – se angustiado, uma vez, que os fármacos são produzidos para abolir esse sofrimento.

Rozemberg (1994) aponta que além dos medicamentos terem se tornados as pílulas da felicidade, a classe médica também teve um papel fundamental no status “cura por si mesmo”, uma vez que as medicações foram sendo prescritas como fator principal da cura e os serviços psicológicos considerados desnecessários no tratamento do sujeito em sofrimento.

Ao invés de promover uma competição ou uma exclusão Karasu (1982 apud KATZ, 2005 apud Kimura, 2005) entendia que a ampliação dos efeitos benéficos do tratamento psicofármaco associado à psicoterapia guiaria a uma integração, cada uma gerando um efeito diferente e não uma competição.

Segundo Karasu (1982), os medicamentos agem sobre a elaboração do sofrimento afetivo e sintomas em curto prazo, já a psicoterapia atua nas relações interpessoais e no ajustamento social em um tempo mais duradouro.

Dessa forma o consumo correto da medicação pode facilitar o processo de tratamento e colaborar para um maior conhecimento sobre as experiências do paciente e fortalecer a aliança terapêutica (POWELL, 2001).

A medicalização é um tema bastante relevante na perspectiva social e segundo Zola (1972, apud CARVALHO; S.R. et al., 2015) seu marco inicial se estabeleceu na década de 1970, através de marxistas e liberais humanistas.

Em uma denotação geral, a medicalização se representa como um problema desconhecido ou como algo afastado aos olhos da medicina, a qual, segundo Rose (2007), se retifica como uma instituição de controle social e como uma classe que se denomina ou é denominada maior que as outras.

Dessa forma, caracteriza a medicina como um repositório da verdade, que em nome da saúde, responsabiliza o sujeito pelo seu próprio adoecimento, assumindo uma postura supostamente neutra, atravessada de juízos morais (ROSE, 2007).

Juntamente com esse contexto, Russo (2004), apresenta esferas que eram consideradas distantes ou excluídas do campo da saúde, como o espiritual, moral, legal e criminal. Logo, os problemas relacionados ao campo social passaram a ser cada vez mais solucionados sobre ótica de uma doença que precisa ser tratada, ou seja, medicalizada.

Destarte, essa interpretação possibilitou a Conrad (1975 apud CARVALHO; S.R. et al., 2015) estabelecer uma definição da medicalização, a qual, se caracteriza pela delegação médica para conceder um tipo de tratamento aos indivíduos que apresentam um determinado comportamento ou uma complicação não médica, transtorno ou problema médico.

Nessa circunstância, os pacientes teriam sua singularidade excluída e desrespeitada, favorecendo o não questionamento das práticas interventivas desses profissionais. Assim os médicos se tornaram alvo de grandes críticas ao cenário adotado pela classe da medicina (CARVALHO; S.R. et al., 2015).

Segundo os autores Carvalho e S.R. et al. (2015), a crítica do conceito de medicalização representa uma resposta as perspectivas sociológicas funcionalistas que firmavam o pensamento de que a medicina efetuava uma prática de manutenção e correção social fundamentados em uma lógica capitalista.

Vale ressaltar que estas críticas sobre a medicalização têm dado recursos para se repensar e refletir o papel da indústria farmacêutica (DONNANGELO, 1976; CONRAD; 2005 apud CARVALHO; S.R. et al., 2015) e seus efeitos sobre a subjetividade e os hábitos, culturalmente adotados, do consumo da medicação (CONRAD, 1975; RUSSO, 2004; LIMA; SARTORI, 2012; CAMARGO JR).

Dessa forma a medicina moderna surge como forma de entender o enaltecimento do saber médico, compreendendo a estratégia biopolítica, uma vez que a sociedade capitalista investiu em um controle social através do corpo (COSTA et al., 2006).

3.4 A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO

Contudo, Foucault (1989, p.82 apud COSTA et al., 2006, p.366) ressalta que “não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos”. Assim, o corpo começa a ter um novo significado para o capitalismo e a medicina.

Para Costa (2006), é através e a partir do capitalismo, que há uma idealização do corpo como uma potencialidade para produção e com isso a prática médica ganha uma nova posição.

O corpo feminino, desde o fim do século XVIII, é associado de forma gradativa aos órgãos reprodutivos, uma vez que essa associação foi amplamente endossada pelo discurso médico e de autoridades que traziam restrições dos papéis sociais e econômico das mulheres (COSTA et al., 2006).

Segundo Costa et al. (2006), a repartição sexual do trabalho era uma lógica reforçada pelo capitalismo industrial urbano, o qual, limitava as atividades femininas ao espaço doméstico (COSTA et al., 2006).

A prática médica que diferenciava os corpos de homens e mulheres em uma distinção exuberante determinava funções ao corpo feminino como o de ser mãe e esposa, cuidadora do ambiente familiar e a exclusão dos seus desejos sexuais (MARTINS, 2005).

Essas condições destinadas às mulheres começam a mudar em meados da segunda metade século XIX, trazendo uma perspectiva contrária aos papéis determinantes que foram postos as mulheres nos séculos anteriores (COSTA et al., 2006).

Dessa forma, as mulheres começaram a entrar em discussões a respeito de acesso à educação, a prostituição e direitos, a inclusão no mercado de trabalho, a se casar mais tarde e reduzir o número de filhos (COSTA et al., 2006).

Contudo, a não satisfação das mulheres com a lógica das limitações dos papéis, somente ao papel familiar, fez surgir uma necessidade de expansão profissional da mulher, quebrando valores culturais que determinava o meio político, econômico e social como um espaço apenas de cunho masculino (CARVALHO, 2001).

Na contemporaneidade, a mulher tem uma participação mais ativa no mercado de trabalho e no meio político. Entretanto, existe uma precariedade e desigualdade nas condições de trabalho ofertadas as mulheres (CARVALHO, 2001).

Além desses problemas, as mulheres assumiram ainda mais papéis, uma vez que o papel de cuidado da família ainda é padronizado para o corpo feminino. Dessa forma, muitas mulheres assumiram um amontoado de atividades, com dupla jornada de trabalho, resultando em um sofrimento ou adoecimento psíquico (CARVALHO, 2001).

De acordo com Paiva (1993), as antigas atribuições postas às mulheres ainda se mantêm, devendo cumprir todas as tarefas desempenhadas por homens, garantindo novamente uma diferenciação social desigual e perigosa.

Carvalho (2001) aponta que com isso as mulheres se encontram em um espaço turbulento imposto pela cultura patriarcal que submete o gênero feminino as condições precárias em todos os aspectos políticos, econômicos e sociais.

Atualmente, a mulher em seu contexto geral se depara com problemas como pobreza, desemprego, ausência de necessidades básicas, injustiça sociais que comprometem o processo de saúde/doença de toda população, atravessando as mais variáveis lutas e sofrimentos (CARVALHO, 2001).

Diante disso, a medicalização é colocada em um lugar de valor e conseqüentemente passa a ser vista como o único viés para resolutividade do sofrimento ou adoecimento psíquico que são resultantes de um processo de luta para sobrevivência (CARVALHO, 2001).

Conforme Carvalho (2001), os sintomas se apresentam como resultado dessas desigualdades sociais, mesmo que em contextos parecidos o sexo masculino e o sexo feminino resultam um percurso de reações e emoções diferenciadas, uma vez que há um padrão para normatizar como deve ser o comportamento da mulher.

Dessa maneira, os resultados das relações de gêneros interferem gradativamente no que é proposto para o processo de tratamento da mulher ou do homem, uma vez que em uma sociedade patriarcal o corpo feminino é visto como o mais frágil enquanto o corpo do homem revela fortaleza (OLIVEIRA, 2000).

Essa lógica, segundo autor se refere a uma perspectiva de que a cachaça é para o homem assim como o diazepam é para a mulher, limitando a prescrição médica associada a valores machistas e reducionistas que são vistos de forma natural pela sociedade e principalmente para indústria médica (OLIVEIRA, 2000).

Dessa forma, o uso de medicalização por mulheres não se detém somente de uma lógica natural e biológica, mas em uma perspectiva histórica e econômica, influenciada pela

indústria farmacêutica como uma técnica passível de solucionar todos os problemas e o enquadramento destes em um diagnóstico medicalocêntrico que precisa ser tratado (OLIVEIRA, 2000).

4 METODOLOGIA

A pesquisa exploratória possibilita uma maior intimidade com o problema de pesquisa, como forma de deixá-lo mais específico e abrangente nas construções de contingências, deixando a pesquisa mais flexível. Dessa forma, esta pesquisa tem como finalidade principal o aprimoramento de ideias e o exploramento de hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Destarte, o tipo de estudo está direcionado em uma pesquisa qualitativa, permitindo ao pesquisador uma visão mais ampla dos dados estudados, considerando que todos os dados adquiridos são importantes e devem ser analisados. Visando um olhar minucioso para o ambiente e os sujeitos ali inseridos, que serão observados como um todo, e que não podem ser reduzidos a variáveis (GODOY, 1995).

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se desenvolve por meio do seu empirismo, pela subjetividade e a implicação do pesquisador que se relaciona com um espaço mais profundo das relações, através de significados, crenças, valores.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa é a abordagem metodológica que mais possibilita uma variedade de estudos referente às revisões, a qual permite a inclusão de estudos primários e secundários: integrando dados da literatura teórica e empírica, uma vez que consegue englobar definições de conceitos, análise de teorias, evidências e de problemas metodológicos de um tópico específico.

A revisão integrativa é construída através de seis fases: iniciando pela elaboração da pergunta norteadora, logo após é iniciado a busca pela base de dados, dando continuidade na coleta de dados e seguindo para análise desses estudos colhidos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A quinta a fase desse processo integrativo é denotado através das discussões desses resultados e finalmente finalizado pela sexta fase que esta direcionada para a apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online, no período de abril de 2020 a junho de 2021. Sendo utilizados para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “CAPS”, “Mulheres”, “Processo Terapêutico” e “Psicofármacos”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e em inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e ao processo terapêutico de usuárias do CAPS e artigos publicados referidos bancos de dados nos últimos quinze anos.

A síntese dos dados extraídos, analisados, por meio de evidências de estudos descritivos (não-experimentais), possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. A categorização desses dados foram demonstrados através de um quadro que apresenta título, autores, local da pesquisa, objeto de estudo e ano de publicação, que foram analisados de acordo com os objetivos deste trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dez artigos categorizados no seguinte quadro se referem à análise feita para a discussão dos resultados, através de um viés exploratório com objetivo de classificar os artigos que correspondem aos objetivos da pesquisa.

Quadro 1 – Quadro de categorização
Bezerra (2021).

Título	Autores	Local da Pesquisa	Objeto de Estudo	Data de Publicação
Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado	BEZERRA, Indara Cavalcante et al.	CAPS – FORTALEZA – CE	PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES.	2016
Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres.	VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al.	Unidade Básica de Barbacena – Minas Gerais	Usuárias da Unidade Básica.	2013
Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem.	KANTORSKI, Luciane Prado et al.	CAPS II de Alegrete – Rio Grande do Sul	Processo de trabalho no CAPS.	2013
Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III	RASCH, Scheila Silva et al.	CAPS AD III	Prontuários de usuárias.	2015
Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. Análise Psicológica	RABASQUINHO, Cidália; PEREIRA, Henrique.	Serviço de psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato	Utentes atendidos pelo serviço.	2007.

		Lusitano em Castelo Branco.		
Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres.	BRANDÃO, Thaís Oliveira; GERMANDO, Idilva Maria Pires.	Comunidade do Município de Messejana – CE.	Autobiografia de três mulheres.	2009
A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica	MEDEIROS, Luciana Fernandes de.		Artigos.	2019
Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento.	KIMURA, A. M.	Atendimento Psicodinâmico	Profissionais	2005
Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS	CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid et al.	CAPS i, II e III, localizados no Sudeste do País.	Profissionais.	2018
O grupo psicoterapêutico no Caps	CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nedio.	CAPS II	Usuários.	2006

Segundo, Bezerra et al. (2016), as condutas clínicas referente ao cuidado do adoecimento psíquico se estende ainda como uma medicalização social, que se apresenta amplamente aceita na atualidade. Práticas estas que privilegiam o diagnóstico orgânico, terapias medicalizantes, que se guiam em tratamentos de cuidado unidirecionais, o qual, o paciente não tem muitas escolhas, restando apenas à adaptação ao suporte ofertado.

Fazer uso ou não da medicação, é uma escolha que não deve ser imposta e sim discutida entre profissional e paciente, assim como os benefícios e malefícios deste uso.

Dessa forma, pressupõe que tal decisão não pode ser colocada como único recurso terapêutico para o cuidado do sujeito adoecido (BEZERRA; et al., 2016).

Vidal et al. (2013), apontam que, embora, o número de mulheres em uso de psicofármacos apresenta-se elevado, não foi analisado como excessivo. Entretanto, o que chama a atenção para reflexão é o grande percentual de mulheres sem nenhum indicador de transtorno mental fazendo uso de medicamentos psiquiátricos e outras que apresentavam sintomas psíquicos não estavam fazendo uso de nenhum psicofármaco.

Dessa forma, é preciso compreender como acontece a dinâmica desse processo terapêutico e de como tem se direcionado na prática o cuidado com esse sujeito adoecido e em qual ótica essas ações terapêuticas têm se baseado ou se sustentado.

Bezerra et al. (2016) confirmam que dentro das suas pesquisas foi revelado que o processo terapêutico no CAPS está muito alinhado em uma abordagem direcionada unicamente na prescrição de medicamentos, reforçando e mantendo uma prática terapêutica para o transtorno mental em si e não para o sujeito adoecido.

Entretanto, em um estudo realizado em um CAPS de Alegrete, localizado no estado do Rio Grande do Sul, notou-se que a utilização da medicação é visto como um instrumento de trabalho que dão autonomia aos sujeitos que estão em atendimento, uma vez que esse uso é discutido com o paciente, sendo ele o protagonista desse processo, e não a doença (KANTORSKI, 2013).

Dessa maneira percebe-se que essa conversação possibilita ao indivíduo em sofrimento psíquico a integração e inteiração do seu processo terapêutico, como sujeito que decide junto com a equipe a negociação do seu tratamento e se percebe e é percebido como o principal detentor da sua história, das suas experiências e do seu sofrimento.

Em uma realidade diferente, porém bastante comum, segundo Bezerra et al. (2016), os atendimentos nos CAPS ocorrem em detrimento de uma prática que prejudica o manejo da relação terapêutica integral, que através das demandas, do tempo e da ausência de profissionais acaba sendo limitado e desfavorecendo a autonomia dos sujeitos.

Rasch et al. (2015), apontam ao que se refere aos projetos terapêuticos singulares, instituídos pelo Ministério da Saúde, os dados apresentam que o cuidado exclusivamente para com a mulher já vem de longa data, entretanto existem evasões consideráveis no decorrer do tratamento, indicando a urgência de fortalecer o cuidado e de pensar propostas diversas na construção do projeto terapêutico.

Rasch et al. (2015) observam também que os tempos de afastamento do equipamento se reestrutura em momentos diferentes da vida do usuário atravessados por idas e vindas do

cuidado próprio. Fazendo – se necessário perceber e questionar a cronologia desse projeto de cuidado.

Nessa situação a medicação foi demarcada como uma importante aliada no processo terapêutico, contribuindo dentro das síndromes de abstinência da substância, da ansiedade e da fissura (RASCH; et al., 2015).

Constantinidis et al. (2018) apontam que o acolhimento tem sido uma importante aliada como estratégia de inclusão na realização dos projetos terapêuticos, além de contribuir para o decurso da formação de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, o qual, remete-se a desinstitucionalização preconizado pela reforma psiquiátrica.

Os CAPS que realizam, de fato, oficinas, atividades em grupos assim como um projeto terapêutico singular, elaborado de forma diversificada para cada usuário demonstram e representam avanços micropolíticos e mediadores de uma relação, terapêuticos ou não, entre utentes e profissionais (CONSTANTINIDIS, et al., 2018).

Destarte, grupos e atividades terapêuticas, por um lado, são considerados uma estratégia de incluir o usuário no equipamento e por outro lado existe a compreensão da importância dessas atividades no intuito de contribuir para uma visão de territorialidade, com práticas voltadas para a família e a comunidade (CONSTANTINIDIS, et al., 2018).

Rabasquinho e Pereira (2007) analisaram que os resultados de uma pesquisa feita com utentes atendidos no serviço de psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano, revelaram que as mulheres tem uma porcentagem maior em relação aos homens ao que diz respeito ao consumo de antidepressivos e ansiolítica: 68,6% e 64,7% respectivamente.

Segundo Rabasquinho e Pereira (2007) esta desigualdade poder ser compreendida por diversos fatores, um destes, pode ser entendido como a maior facilidade que a mulher tem em apropriar-se do papel de doente, uma vez que a mulher foi socialmente posta como o gênero mais frágil, assim a doença é vista como algo que expõe fraqueza do ser humano, e assim sendo culturalmente bem aceita para o gênero feminino.

Rabasquinho e Pereira (2007) revelam que na maior parte dos casos em seus estudos não é a ansiedade que levam as usuárias na busca de tratamento. Destaca também que são as mulheres solteiras que mais pontuam nessa busca. Segundo os autores a ausência de sentido de utilidade pela não efetividade de algumas funções sociais, pode esclarecer essa diferenciação.

Dessa forma, a mulher procura mais meios de resoluções ou de ajuda psicológica, e, com isso há um maior uso da medicação, por parte do gênero feminino, como instrumento de

cuidado ou resolução de algum problema ou sintoma da doença. Brandão e Germando (2009) expõe essa análise através de narrativas mulheres idosas que apresenta claramente o enredo das relações de gênero e seus atravessamentos com o nervosismo e o sofrimento psíquico.

Segundo Medeiros (2019) são essas mulheres que chegarão à idade idosa fazendo uso desordenado e frequente de fármacos psicotrópicos, principalmente calmantes. Esse uso do calmante pode ser considerado como uma sustentação de que ela vai desenvolver suas funções com qualidade, sem deixar de ser útil e produzir suas obrigações.

Em idosas (os) a automedicação desenfreada pode contribuir para não transparência de determinadas doenças, além de efeitos indesejados. Entretanto, para Medeiros (2019), decidir como e quando tomar a medicação pode gerar um sentimento de autonomia do sujeito, mas não deixa de gerar prejuízos.

Em relação aos espaços de saúde mental, como o CAPS, vale ressaltar que a forma com que as relações se estabelecem dentro daquele ambiente entre usuários e a equipe, assim como a família e seus laços sociais, podem facilitar ou atrapalhar o tratamento, uma vez que no sentido da medicação, a equipe atua de forma intermediária: comunicando e orientando aquele sujeito sobre atuação do psicotrópico em sua vida.

Essas relações assim como a negociação dessa medicação, podem ser sustentadas em grupos de oficinas. No CAPS da cidade de Alegrete – RS, essas oficinas são chamadas de Grupo de Medicação, com intuito de discutir com os usuários sobre seu processo terapêutico, assim como o esclarecimento de dúvidas e questionamentos, compartilhando informações que colaboram para efetividade do tratamento (KANTORSKI, 2013).

Segundo Kantorski (2013) é através do grupo de medicação, que o indivíduo que anteriormente passou por experiências de internações, que o CAPS surge como um equipamento que proporciona um processo terapêutico em liberdade, com auxílio de profissionais capacitados que promovem suporte integral aos usuários e suas famílias.

Assim, nessa perspectiva, o sujeito tem uma maior resolutividade frente às crises no seu contexto familiar, evitando a internação e, por consequência, favorecendo a diminuição do tempo do tratamento.

Em um mesmo contexto, Rabasquinho e Pereira (2007) denunciam o motivo de ter extraído uma porcentagem alta de ansiedade para os que vivem na zona urbana em maior escala referente aos que moram na zona rural. Segundo os pesquisadores, existem maiores fatores estressantes na vida urbana em detrimento as atividades e responsabilidades diárias que as cidades requerem.

Dessa forma, ausência de uma rede de apoio ao mais variados níveis, principalmente humanos, diferente ao que ocorre em zonas rurais, podem responder as dúvidas dessa diferenciação (RABASQUINHO; PEREIRA, 2007).

Kimura (2005), em sua análise de discursos de falas de psicólogos referente ao uso da medicação em integração com a psicoterapia observou que alguns terapeutas percebem a importância da psiquiatria para orientar o paciente quanto ao uso e ao desuso contínuo da medicação.

Destarte, mencionam os benefícios da medicação no desempenho do processo psicoterapêutico assim como a exclusão da internação, contribuindo para o egresso dos sintomas que dificultam a escuta do consulente. Dessa forma, a medicação facilita a análise, por meio do contato da escuta, percepção e orientação do cliente (KIMURA, 2005).

Em uma pesquisa feita no CAPS II do Rio Grande do Sul em 2006 constatou-se que o CAPS foi tido, pelos usuários, como um espaço de inserção social e de contribuição para uma nova ocupação na família, uma vez que muitos familiares se envolvem nas atividades da instituição. Muitos chegaram a comparar o equipamento como uma família ou a um trabalho (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Uma dessas atividades que compõe o processo terapêutico do usuário são os grupos psicoterapêuticos, que são compreendidos pelos usuários como um espaço de ajuda, onde discutem a relevância de ajudar a si próprio e solicitar ajuda quando necessitam, e, também, debatem sobre a quem pedir ajuda (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

O grupo psicoterapêutico se estabelece como um lugar familiar para os usuários, onde os mesmo discutem limites internos e externos, como o do sigilo ao escutar as demandas do outro e a discussão permanece apenas naquele momento, sem que se discuta fora daquele espaço ou com outras pessoas que não pertençam ao grupo ajuda (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Além desses limites, os usuários, compreendem que o grupo se fortalece também através do compartilhamento, da percepção e da importância da presença de todos que fazem o grupo, das regras instituídas e pelo sentimento de pertença de cada integrante ao grupo ajuda (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Segundo Cardoso e Seminotti (2006), o sentimento de pertença dos usuários ao grupo equivale-se pela pertença ao CAPS, uma vez que o grupo se estabelece como uma das atividades proposta pelo equipamento. Para os autores, o referido CAPS viabiliza novas formas de integrar na família e na sociedade.

Entretanto, o sentir-se doente ainda é a condição principal do sentimento de pertença ao CAPS e ao processo terapêutico. Porém, os usuários, conseguem discriminar a condição de estar doente da condição de estar louco. Vinculam a loucura com o descontrole, onde o único local de ajuda seria o hospital psiquiátrico (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Dessa forma, o CAPS é assimilado como um lugar antagônico ao hospital psiquiátrico. Contudo, essa dissemelhança também estima uma relação. Assim, o CAPS e o hospital psiquiátrico se estabelecem nessa relação, fundamentalmente, diferentes, entretanto claramente interligadas (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados fornecidos e discutidos neste trabalho possibilita uma reflexão sobre o uso de psicofármacos e o processo terapêutico de usuárias do CAPS, proporcionando uma troca de conhecimentos e experiências que possivelmente podem ser refletidos em outras situações ou cenários da sociedade brasileira.

Compreende-se a relevância de estimular orientações sobre o uso e não uso da medicação e seus possíveis efeitos colaterais com os usuários de equipamentos de saúde assim como a comunidade que estes estão inseridos, ressaltando que o processo terapêutico se dá com práticas conjuntas através da disponibilidade dos profissionais, para auxilia-los quando necessário.

Vale ressaltar que o processo terapêutico através de práticas conjuntas, de acordo com a realidade de cada sujeito, contribui para uma vida mais saudável, promovendo a reinserção social do usuário, de forma mais efetiva.

A ausência de pesquisas, ao que diz respeito, ao numero significativo de mulheres em uso de psicofármacos, principalmente no centro sul do nordeste brasileiro, pode fortalecer práticas antigas que fogem da política de saúde mental, sustentados por uma práxis de exclusão que vão à contra mão da reforma psiquiátrica.

Compreender quais fatores levam ao alto índice de consumo de medicação por mulheres e como tem se sustentado o processo terapêutico destas, possibilita reflexões sobre os desfechos da cultura patriarcal e seus efeitos na saúde mental da mulher, permitindo a elaboração de práticas pautadas no respeito e na validação da historia de vida de cada sujeito.

O projeto terapêutico de cada indivíduo deve ser pautado nas demandas tragas pelo próprio sujeito, percebendo – o como dono de sua própria história e de suas dores, sendo assim, o sujeito principal de comunicação para dar inicio a construção de um planejamento terapêutico em consonância com a relação profissional e o usuário.

Compreendendo, o atual momento pandêmico, é preciso trazer questionamentos e levantamento de pesquisas de como tem se conduzidos as práticas dos centros de atenção psicossocial para que não se perca os vínculos e manejos do processo terapêutico com os usuários.

A medicação pactuada com a psicoterapia deve ser algo, sobretudo analisado, estudado e conduzido de forma conjunta de acordo com cada caso e situação, com intuito de promover qualidade de vida para os usuários, através de cuidados humanitários focados no acolhimento e na inserção desse sujeito na comunidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Scielo-Editora, Fiocruz, 1994.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental, v. 11, n. 1, p. 21-28, 2008.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado**. Saúde em debate, v. 40, p. 148-161, 2016.

BRANDÃO, Thaís Oliveira; GERMANDO, Idilva Maria Pires. **Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres**. Psicologia & sociedade, v. 21, n. 1, p. 5-15, 2009.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 26 out. 2020.

CAMARGO JR, K. R. C. **Medicalization, pharmaceuticalization and health imperialism**. Cad. Saúde Pública, v. 29, n.5, p.844-846, 2013.

CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nedio. **O grupo psicoterapêutico no Caps**. Ciência & saúde coletiva, v. 11, p. 775-783, 2006.

CARVALHO, L. F. **Dependência química em mulheres: um estudo sobre o consumo de medicamentos ansiolíticos no serviço público de saúde de Natal/RN**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2001.

CARVALHO, L.F; DIMENSTEIN, M. **O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres.** Estudos de Psicologia, v.9, n.1, p. 121-129, 2004.

CARVALHO, S. R. et al. **Medicalização: uma crítica (im) pertinente?.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 1251-1269, 2015.

CONRAD, P. **The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of Deviant Behavior.** Soc. Probl., v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

CONRAD, P. **The Shifting Engines of Medicalization.** Journal of Health e Social Behaviour, v.46, n. 1, p. 3-14, 2005.

CONSTANTINIDIS, T. C. et al. **Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS.** Trends in Psychology, v. 26, n. 2, p. 911-926, 2018.

COSTA, T. et al. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 20, p. 363-380, 2006.

COSTA, G. **Dom de Iludir.** Direção artística: Mariozinho Rocha. São Paulo: Philips: 1982.

CURWIN, J.; SLATER, R. **Quantitative methods for business decisions.** 3 o ed. Bath: Pad Bond, 1991.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas.** Educar em revista, n. 24, p. 213-225, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GERHARDT, T. E. et al. **Estrutura do projeto de pesquisa: Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 67-90, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GODOY, A.S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE-revista de administração de empresas, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 297-305, 2009.

ICTQ. **CRESCE MAIS DE 20% O CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL**. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/farmacia-clinica/1105-cresce-mais-de-20-o-consumo-de-antidepressivos-no-brasil>. Acesso em: 24 set. 2020.

KARASU, T. B. **Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model**. The American Journal of Psychiatry, 1982.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. **Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, 2013.

KATZ, P. **The Role of the Psychotherapies in the Practice of Psychiatry the Position of the Canadian Psychiatric Association**. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 31, n. 5, p. 458-465, 1986.

KIMURA, A. M. **Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicologia). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2005.

KINNEAR, Thomas C.; TAYLOR, James Ronald. **Marketing research: an applied approach**. McGraw-Hill Companies, 1987.

LIMA, C. M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia E Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, v. 4, n. 1, p. 134-246, 2012.

MARTINS, A. P. V. **A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia**. Fiocruz, 2001.

MEDEIROS, Luciana Fernandes de. **A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, p. 448-454, 2019.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. **O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011.

NOTO, A.R. et al. **Analysis of the prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities of São Paulo, Brazil.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v.24,n.2, p.68-73, 2002.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita.** p. 151-151, 2000.

POWELL, A. D. **The medication life.** Journal of Psychotherapy Practice and Research, v.10, n.4, p.217-222, 2001.

RABASQUINHO, Cidália; PEREIRA, Henrique. **Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. Análise Psicológica.** v. 25, n. 3, p. 439-454, 2007.

RASCH, Scheila Silva et al. **Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III.** Revista Psicologia em Pesquisa, v. 9, n. 2, 2015.

REIS, Alberto Olavo Advincula et al. **Breve história da saúde mental infantojuvenil.** Lauridsen-Ribeiro, Tanaka OY, organizadores. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec, p. 109-30, 2010.

ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: Bases Conceituais. 2ª ed.** São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2013.

RODRIGUES, J. T. **A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo.** Psicologia em Estudo, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Editora Fiocruz, 2001.

ROSE, N. **Beyond medicalisation**. Lancet, v. 369, n. 9562, p. 700-702, 2007.

ROTELLI, F. et al. A instituição inventada. **Desinstitucionalização**, v. 2, p. 89-99, 1990.

ROZEMBERG, B. **O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores**. Revista de Saúde Pública, v. 28, n.4, p. 300-3008, 1994.

RUSSO, J.A. **Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea**. In: Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. p. 95-114, 2004.

SILVEIRA, D.T; CÓRDOVA, F. P. Unidade 2– A pesquisa científica. **Métodos de pesquisa**, v. 1, p. 31, 2009.

SOARES, A.O. **Serviço Social e Saúde Mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação?**. Departamento de Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-RJ, 2006.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S.M.G. **O usuário de CAPS: quem é esse sujeito?**. Revista Psicologia e Saúde, 2009.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. **Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013.

XAVIER, M.S. et al. **O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial.** Escola Anna Nery, v. 18, n. 2, p. 323-329, 2014.

YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível.** Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009.

ZIKMUND, W. G. **Business research methods.** 5.ed. Fort Worth, TX: Dryden, 2000.

ZOLA, I. K. **Medicine as an institution of social control.** The Sociological Review. v.4, p. 487-504, 1972.