

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ELISA FRAGA GOMES

**IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA E DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA APLICADA
A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

VITÓRIA

2013

ELISA FRAGA GOMES

**IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA E DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA APLICADA
A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof^oMsc. Filipe Dalla Bernardina Folador

VITÓRIA
2013

ELISA FRAGA GOMES

**IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA E DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA APLICADA
A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Salesiana de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em: 06 de dezembro de 2013

Prof. Msc. Filipe Dalla Bernardina Folador, FCSES - Orientador

Prof. Msc. Evandro Carlos Lebarch, FCSES

Prof. Msc. Rodrigo Alves do Carmo, FCSES

Para minha mãe, minha guerreira,
meu alicerce, meu bem maior.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida.

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional, em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão, pelo carinho e conselhos que sempre me ajudaram a fazer a escolha certa.

À minha avó pelas gargalhadas proporcionadas.

À Dona Ângela pelo carinho e atenção.

Às minhas queridas amigas, Eliana, Lídia e Suellen pelos momentos incríveis que me proporcionaram na minha vida acadêmica.

Ao meu amado amigo Jeff, confidente, conselheiro e acima de tudo companheiro dos momentos de alegrias. Pelos melhores sorrisos e abraços.

À amiga Isabela, por ser meu maior exemplo de fé e força.

Ao meu primo e amigo Rodolfo pelo carinho e atenção que sempre teve por mim.

Às amigas Laís e Larissa pelas crises de risos na faculdade.

À amiga Dayana Valesca por ter sido uma das primeiras a me acolher na faculdade salesiana, e por sempre estar disposta a me ajudar.

Ao meu orientador Filipe por ter se disposto a me ajudar, aconselhar e tirar dúvidas na elaboração desse trabalho.

À todos vocês minha gratidão!

Todos estes que aí estão
Atravancando o meu caminho,
Eles passarão...
Eu passarinho!
(Mário Quintana)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo ressaltar a importância da assistência e atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais. Um dos objetivos é verificar o papel do farmacêutico no âmbito da saúde mental, ressaltar de que maneira a assistência e a atenção podem contribuir com a qualidade de vida dos pacientes e também os pontos críticos que envolvem os programas de Saúde Mental no Brasil. Sabe-se que existem poucos estudos sobre atenção farmacêutica voltada para pacientes com transtornos mentais, bem como a participação do farmacêutico praticamente não é vista nem salientada nessa área da saúde. Na rede de atenção à Saúde Mental criada a partir da reforma psiquiátrica, nota-se que mesmo na atenção básica já existem problemas, pois nas equipes da estratégia da saúde da família os profissionais não estão capazes para lidar com a subjetividade dos pacientes. Nos Centros de Atenção Psicossocial o farmacêutico na maioria das vezes não fazia parte da equipe multidisciplinar, somente quando o serviço era destinado para álcool e drogas ele era referenciado. Em relação a assistência farmacêutica muitas vezes o paciente tem o acesso ao medicamento mas sem nenhuma orientação adequada do farmacêutico, com isso o uso racional e seguro do medicamento acaba não ocorrendo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Farmacêutica. Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

This study aimed to highlight the importance of pharmaceutical care and attention applied to patients with mental disorders. One goal is to determine the role of the pharmacist in the health mental note of how the care and attention can contribute to the quality of life of patients and critical points involving programs of Mental Health in Brazil. It is known that there are few studies focused on pharmaceutical care for patients with mental disorders, as well as the participation of the pharmacist is hardly seen or emphasized that area of health. The network for the attention to Mental Health created from the psychiatric reform, note that even in primary care there are already problems because the strategy teams of family health professionals are not able to deal with the subjectivity of patients. Psychosocial Care Centers in the pharmacist most often not part of the multidisciplinary team, only when the service was intended for alcohol and drugs he was referenced. Regarding pharmaceutical care the patient often has access to medication but without any proper guidance of the pharmacist, thus the rational and safe use of the drug ends up not happening.

Keywords: Mental Health. Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Transtornos mentais por diagnóstico	36
Gráfico 2 – Expansão do CAPS no Brasil (1998-2011).....	52
Gráfico 3 – Leitos psiquiátricos no SUS por ano (Brasil, 2002 – 2011).....	53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Cobertura por município dos CAPS.....	54
Ilustração 2- Ficha de problemas de saúde.....	74
Ilustração 3 - Ficha de medicamentos.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Frequência absoluta (N) e relativa (%) de licenças médicas de servidores públicos estaduais devido a transtornos mentais e comportamentais, segundo principais causas, Alagoas. Brasil, janeiro a dezembro de 2009.....	35
Tabela 2- Evolução dos diferentes tipos de CAPS.....	52
Tabela 3- Medicamentos utilizados no tratamento da depressão em pacientes com comorbidades clínicas.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

AF- Atenção Farmacêutica

BZD - Benzodiazepínicos

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CFF - Conselho Federal de Farmácia

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ESF - Estratégia da Saúde da Família

IMAO - Inibidores da Monoaminoxidase

OMS - Organização Mundial da Saúde

PRM - Problema Relacionado ao Medicamento

RNM - Resultados Negativos Associados à Medicação

SNC- Sistema Nervoso Central

SUS- Sistema Único de Saúde

TGO - Transaminase glutâmico oxalacética

TGP- Transaminase glutâmico pirúvica

WHO - Worl Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1	TIPOS DE TRANSTORNOS MENTAIS	31
2.2	EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS	34
2.3	POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE MENTAL	37
2.3.1	Políticas de Saúde Mental no Brasil e na Espanha	38
2.3.2	Atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais	40
2.3.3	Assistência farmacêutica no âmbito da saúde mental	42
2.4	ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA	43
2.5	ATENÇÃO FARMACÊUTICA VISANDO O USO RACIONAL DO MEDICAMENTO	48
2.6	SURGIMENTO DOS CAPS NO BRASIL	50
2.6.1	Tipos de atendimento oferecido pelo CAPS	54
2.6.2	Tipos de CAPS existentes	55
2.6.3	Distribuição de medicamentos para pacientes do CAPS	55
2.6.4	Atenção farmacêutica e o CAPS	56
2.7	CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	60
2.7.1	Interações medicamentosas e efeitos adversos dos medicamentos psicotrópicos	61
2.7.2	Contribuição do farmacêutico na aplicação de atenção farmacêutica aos pacientes com transtornos mentais	64
2.7.3	A contribuição da família no tratamento de pacientes com transtornos mentais	67
2.7.4	Declaração do presidente do CFF sobre a contribuição do Farmacêutico na saúde mental	68
2.7.5	Contribuição do farmacêutico com a prescrição farmacêutica	69
2.7.6	Condutas farmacêuticas baseadas em evidências científicas	71
2.8	PROPOSTA DE UM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	72
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	85

ANEXO A95
ANEXO B96

1 INTRODUÇÃO

As perturbações mentais e comportamentais são uma série de perturbações definidas pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Embora os sintomas variem bastante, esses comportamentos caracterizam-se, na maioria das vezes, por uma associação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas (BRASIL, 2002, p.31).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002, p.30) elas resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os fatores biológicos seriam a relação entre a doença e por exemplo, alterações anatômicas e anormalidades nos circuitos neuronais. Também sabe-se que quase todas as perturbações mentais e comportamentais graves comuns estão associadas a um expressivo componente de risco genético.

Os fatores psicológicos estão relacionados com a afetividade, e um dos exemplos é a relação da criança com o seu cuidador, quando ela é privada de afeto por parte deles, há maior probabilidade de manifestar perturbações mentais e comportamentais, que pode ocorrer durante a infância ou até mesmo em uma outra fase da vida (BRASIL, 2002, p.39).

Por fim os fatores sociais, como a urbanização, causam maior “stress” para a população possibilitando o aparecimento de algum tipo de transtorno mental. A pobreza também é um importante fator, uma vez que os pobres e os desfavorecidos apresentam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, até mesmo por transtornos devido ao uso de substâncias lícitas e ilícitas. O racismo também é um fator que pode levar a pessoa a ter algum tipo de transtorno como a depressão (BRASIL, 2002, p.39).

Sabe-se que o número de brasileiros com transtornos mentais cresce a cada ano, conseqüentemente o consumo de psicotrópicos também aumenta. Dados da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002, p.7) “indicam que 450 milhões de pessoas atualmente apresentam perturbações mentais ou neurobiológicas ou problemas psicossociais, como aqueles que estão relacionados com o abuso de álcool e de drogas.”

A depressão é atualmente uma das principais causas de incapacitação no mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais enfermidades, a nível mundial. No mundo inteiro, 70 milhões de pessoas são dependentes do álcool. Aproximadamente 50 milhões possuem epilepsia, e 24 milhões com esquizofrenia (BRASIL, 2002, p.7).

De acordo com relatos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002, p.17) a ONU proclamou princípios relativos a saúde mental, dentre eles: não deverá existir discriminação por doenças mentais, todo o doente deverá ter os cuidados necessários na sua própria comunidade e também deverá ser tratado de forma menos restritiva.

Entre as legislações criadas que envolvem a saúde mental existe a portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999 (BRASIL, 2003) que cria o programa de aquisição dos medicamentos para a área de saúde mental. No artigo 4 regulamenta-se o incentivo à assistência farmacêutica básica visando garantir o acesso aos medicamentos essenciais de Saúde Mental, na rede pública.

E também a Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001 (BRASIL, 2001,p.10) que dispõe dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais como:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, condizente às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Já no artigo 3º da mesma lei, consta:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, p.12).

Como os pacientes com transtornos mentais utilizam medicamentos essenciais, é mais do que necessário que exista uma assistência farmacêutica eficaz para efetivar o melhor tratamento para estes pacientes, já que o medicamento na maioria dos casos psiquiátricos é de uso fundamental.

De acordo com o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002, p. 52), é necessário que o uso racional e seguro dos psicofármacos seja garantido, como também o acesso gratuito a esses medicamentos. Também é importante garantir que os serviços de saúde mental ofereçam orientações sobre a utilização dos medicamentos aos pacientes e seus familiares.

O capítulo 64 do relatório relata sobre a moção de apoio a elaboração de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental, onde existe apoio à realização de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental, com a execução da assistência farmacêutica, bem como a realização de farmacovigilância. E também orientações sobre os medicamentos, tais como informações de efeitos colaterais, interações medicamentosas e reações adversas, como também garantir o uso racional, seguro e eficaz dos medicamentos (BRASIL, 2002, p. 185).

Apesar de estar clara a importância da assistência farmacêutica há algumas contradições ainda atuais que precisam ser sanadas como referidas no trabalho de Ivama e outros (2002, p. 15) em que:

Apesar de existir definições sobre a Assistência Farmacêutica e a política de medicamentos, existem problemas relacionados a sua implementação, como: a definição de mecanismos e instrumentos para a sua organização, e avaliação de redirecionamentos.

A assistência farmacêutica engloba desde a seleção dos medicamentos até a sua distribuição, tem como um dos objetivos garantir o acesso dos pacientes ao medicamento. Enquanto a atenção farmacêutica é um componente da assistência farmacêutica, que possibilita um estreitamento do elo farmacêutico- paciente tendo como um dos princípios a qualidade de vida do paciente.

Inúmeras são as justificativas para pacientes com transtornos mentais terem a garantia do acesso a assistência e a atenção farmacêutica de maneira eficaz, seja para eles terem o acesso garantido dos medicamentos psicotrópicos visando sempre o uso racional dos medicamentos, como também terem um acompanhamento farmacoterapêutico que possibilite que sejam conhecidos os seus problemas de saúde e os medicamentos utilizados, para que o profissional farmacêutico possa contribuir com a sua qualidade de vida. Várias pessoas tem deixado seu trabalho, sua vida cotidiana por estarem incapacitadas de exercer suas atividades normalmente devido a algum tipo de transtorno mental. Esses pacientes precisam de ajuda de profissionais de saúde habilitados, para que possam restabelecer a sua vida normalmente. Desde a reforma psiquiátrica, que teve como princípio criar recursos substitutivos para diminuir a ocupação de leitos psiquiátricos,

até os dias atuais, são elaboradas políticas e legislações para apoiar esses pacientes que muitas vezes precisam ser reinseridos na sociedade. Resta saber se estas políticas bem como as leis são eficazes, se estes pacientes como todos os outros que precisam do serviço de saúde realmente possuem acesso que tenha equidade, integralidade e universalidade, já que esses são os princípios do sistema único de saúde (SUS). Pacientes com transtornos mentais necessitam de uma assistência e atenção farmacêutica com qualidade, já os pacientes têm acesso aos medicamentos essenciais, os quais muitas vezes possuem reações adversas e resultados negativos associados à medicação que podem ser minimizados com uma atenção farmacêutica efetiva.

É importante que os pacientes tenham um diagnóstico minucioso, pois o número elevado de pacientes com transtornos mentais pode estar relacionado com diagnósticos incorretos, certificar de que apresenta por exemplo, o quadro clínico de depressão e não um simples momento de tristeza. Que o diagnóstico seja fechado corretamente para que o paciente não use medicamento de forma desnecessária.

No momento do diagnóstico deve-se levar em conta a subjetividade do paciente, seus anseios, suas aflições que são causados por serem portadores de um transtorno mental. Outro ponto importante de ser salientado e que em alguns casos, os pacientes são portadores de um tipo de transtorno mental mas não são diagnosticados, talvez pelo simples fato do paciente não conseguir expressar claramente os seus sintomas, dificultando um possível diagnóstico.

O farmacêutico deve estar inserido em programas de saúde mental para orientar os pacientes sobre o uso racional dos medicamentos, já que assim como todos os outros pacientes que possuem algum tipo de enfermidade, estes estão susceptíveis ao uso irracional de medicamentos por diversos fatores como: dificuldades em geral devido a incompleta sanidade mental, elevado número de prescrições e com isso maior probabilidade de interações medicamentosas e pelas inúmeras propagandas de indústrias farmacêuticas que circulam pela mídia, impulsionando e estimulando os pacientes na compra abusiva, sem nenhuma indicação médica.

Além do número de pacientes com transtornos mentais estar em ascensão, o consumo de medicamentos psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos também tem crescido muito, fato este que foi verificado no seguinte estudo:

Confirma-se o uso indevido dos benzodiazepínicos (BZD) no Brasil, principalmente por idosos que esperam pelo efeito hipnótico da medicação e por indivíduos de meia idade, em especial as mulheres que procuram pelo efeito ansiolítico (ORLANDI; NOTO, 2005, p.900).

Ainda segundo Orlandi e Noto (2005, p. 901) o uso indiscriminado pode acontecer devido alguns fatores, tais como: falta de informação e pouca percepção das consequências danosas relacionadas ao uso indevido de BZD.

Tal afirmação deixa claro que o farmacêutico deve realizar a atenção farmacêutica, como por exemplo no momento da dispensação de medicamentos, certificando se o paciente realmente necessita dele, ou até mesmo se há necessidade de oferecer as informações necessárias ao paciente como, por exemplo, as reações adversas e interações medicamentosas.

Apesar da nítida importância do farmacêutico na área da saúde mental em relação à promoção e prevenção da saúde, de acordo com Luccheta e Mastroianni (2012, p.166) “são poucas as informações sobre a inserção do farmacêutico na área da atenção farmacêutica em saúde mental. Nota-se que a prática farmacêutica junto com a população portadora dessas doenças é muito reduzida ou pouco divulgada.”

E também existem poucos estudos que enfatizam a atenção farmacêutica aos pacientes com doenças mentais, pode-se perceber que normalmente a atenção farmacêutica está mais voltada para pacientes diabéticos e hipertensos como é observado no trabalho de Oshiro e Castro (2006, p. 27), “onde as pesquisas envolvendo saúde da mulher, saúde mental, fitoterapia/homeopatia no período de 1999 a 2003 só somam no total 14,2%.”

A partir dessa realidade fixa-se uma realidade que pode ser analisada em duas partes, ou farmacêutico não tem interesse em trabalhar com pacientes com transtornos mentais, ou não são oferecidas por parte do governo oportunidades para promover ações nessa área, como a atenção farmacêutica.

O principal objetivo do trabalho é destacar a importância da assistência e atenção farmacêutica voltada aos pacientes com transtornos mentais.

Além disso busca-se verificar o papel do farmacêutico no âmbito da saúde mental, ressaltando de que forma a assistência e atenção farmacêutica podem contribuir para a qualidade de vida desses pacientes e adicionalmente verificar quais os pontos críticos que envolvem os programas de saúde mental no Brasil.

O trabalho é um estudo de revisão literária sobre a importância da assistência e atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais, realizado mediante levantamento de artigos em revistas indexadas como Scielo, Lilacs, Capes manuais do Ministério da Saúde e livros, para leitura e análise do assunto em questão.

Houve um limite quando o quesito era ano de publicação, procurando sempre por artigos do ano de 2000 em diante, tendo preferência pelo idioma português, não excluindo o espanhol e o inglês. Alguns dos descritores utilizados foram: “assistência farmacêutica”, “Centro de atenção psicossocial”, “saúde mental”, “atenção farmacêutica” e “transtornos mentais”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TIPOS DE TRANSTORNOS MENTAIS

Existe uma enorme variedade de transtornos mentais que são classificados de acordo com o CID-10 que vão do F00 ao F99. Os transtornos que serão abordados no presente trabalho são aqueles considerados mais comuns e que ocorrem em grande parte da população como a esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, ansiedade generalizada, transtorno do pânico e transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas.

- F20-F29 Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes

Dos três transtornos será citada a esquizofrenia por ser mais comum na população em geral.

A Esquizofrenia tem prevalência de 0,5 a 1% na população geral e incidência de cerca de 4 casos novos por ano numa população de 10.000 habitantes. Acometendo quase que igualmente homens e mulheres raramente ocorrem antes da puberdade ou após os 50 anos de idade (LEITÃO; MARI, 2000, p. 16).

Segundo a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002, p.297) os sintomas da esquizofrenia são divididos em positivos e negativos. Os sintomas positivos são: idéias delirantes, alucinações, discurso feito de maneira desorganizada entre outros. Enquanto os negativos incluem: embotamento afetivo e alogia, esta que constitui-se por uma perda de compreensão (lógica) dos pensamentos.

Existem três formas clínicas da esquizofrenia, conforme a Organização Mundial da Saúde (1993, p.88) são elas:

Esquizofrenia paranóide (F20.0): é o tipo mais comum em alguns lugares do mundo, em seu quadro clínico existem delírios relativamente estáveis, em alguns momentos acompanhado de alucinações, principalmente da variedade auditiva e perturbações da percepção. Dentre seus sintomas estão os delírios de perseguição, alucinações olfativa e vozes alucinatórias.

Esquizofrenia hebefrênica (F20.1): ocorrem mudanças afetivas de maneira proeminente, o pensamento não é organizado e o discurso cheio de divagações e incoerências. Normalmente inicia-se entre 15 e 25 anos em muitos casos ocorre um rápido desenvolvimento dos sintomas negativos principalmente o embotamento afetivo.

Esquizofrenia catatônica (F20. 2): perturbações psicomotoras proeminentes são aspectos essenciais e dominantes, podendo ser alternado com hipercinesia e esturpor, também pode ser observado excitação, negativismo e rigidez.

É importante salientar que sintomas catatônicos não podem ser considerados diagnósticos de esquizofrenia, pois podem ser ocasionadas por doença cerebral, perturbações metabólicas causadas por álcool e drogas, e também nos transtornos de humor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.88).

- Transtornos do humor (afetivos)

Entre os transtornos do humor está a síndrome depressiva. Segundo Rang (2007, p 557) deste grupo de transtorno a depressão é o mais proeminente, ela pode variar de uma afecção muito leve, beirando a normalidade, à depressão psicótica, em que dentre os sintomas estão as alucinações e os delírios. No mundo inteiro a depressão é uma grande causa de incapacidade e até mesmo de morte prematura.

Nos episódios depressivos típicos de todas as variedades seja leve, moderado ou baixo, o paciente sofre de humor deprimido, autoestima reduzida, alterações do sono, apetite diminuído entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.117).

Enquanto nos episódios depressivos leves o paciente sente-se angustiado pelos sintomas depressivos e tem alguma dificuldade em continuar sua vida cotidiana, mas dificilmente irá abandoná-la. Já nos episódios moderados essa dificuldade em manter suas atividades habituais é mais agravada. Por fim nos episódios depressivos graves sem sintomas psicóticos, o paciente apresenta angústia ou agitação e o suicídio é um grande perigo nesses casos. Enquanto nos casos que existem sintomas psicóticos ocorrem sintomas de delírios, alucinações e retardo psicomotor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.119).

Outro tipo de transtorno de humor (afetivo) é o transtorno afetivo bipolar que conforme os estudos de Kasper (apud SANCHES; JORGE, 2004, p. 54) é considerado um dos transtornos psiquiátricos mais graves e de maior prevalência na população.

Ainda segundo Kasper (apud SANCHES; JORGE, 2004, p.54) o transtorno é ocasionado por variações do humor entre exaltação e depressão, tem o curso recorrente e crônico, ocorrendo uma elevada taxa de mortalidade e incapacidade para seus portadores.

Conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (1993, p.114) é um transtorno que tem como características a alteração dos níveis de humor e também da energia do paciente, podendo ocorrer a elevação e diminuição de ambos, ocasionando a depressão e mania ou hipomania.

- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes.

Dentre esses transtornos está o transtorno do pânico, que se caracteriza pela presença de ataques de pânico periódicos que se manifestam numa sensação de medo ou mal-estar prolongado acompanhada por sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma abrupta, atingindo intensidade máxima em até 10 minutos. (SALUM et al., 2009, p.87).

Assim como em outros tipos de transtornos ansiosos, os sintomas mais comuns são: palpitações, sensação de asfixia, dores torácicas de forma abrupta, tonturas e sentimentos de irrealidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.137).

Outro tipo de transtorno caracterizado nesse grupo é o de ansiedade generalizada que de acordo com Silveiras, Baptista e Priszkulnik (2009, p.142) apresenta sintomas como nervosismo, tensão muscular, sudorese, tonturas e palpitações. Sua epidemiologia mostra uma incidência entre 3 e 8% e a proporção homens/mulheres é de 2:1.

Nos casos de ansiedade generalizada os sintomas ansiosos excessivos permanecem em grande parte do dia, tendo no mínimo seis meses de duração (DALGALARRONDO, 2008, p.304).

- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Conforme o estudo de Zaleski e outros (2006, p. 143) o abuso de substâncias é o transtorno que mais tem acometido pacientes com transtornos mentais.

Ainda nesse estudo Lotufo-Neto e Gentil (apud ZALESKI et al., 2006, p. 143) constataram que alguns sintomas de ansiedade foram encontrados em pacientes dependentes de álcool, diagnosticados com transtorno do pânico.

“Nesse grupo de transtornos mentais estão incluídos o álcool e diversas drogas como: cocaína, canabíoides, opiáceos, sedativos e hipnóticos dentre outros” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.72).

Esses transtornos podem causar desde a intoxicação aguda, até o transtorno psicótico residual de início tardio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.72).

O consumo de substâncias psicoativas tem crescido nos últimos anos, na maioria dos casos os usuários começam a consumir essas substâncias na adolescência e não tem distinção de gêneros, tanto homens quanto mulheres consomem substâncias psicoativas.

verificou-se que em relação ao consumo de álcool 48% da população adulta é abstinente (sendo essa parcela composta por 35% dos homens e 59% das mulheres). Em relação à faixa etária de 18 a 24 anos, apenas 38% são abstinentes, enquanto acima de 60 anos o índice de abstinência chega a 68% (LARANJEIRA; et al., 2007, p.72).

De todos os transtornos citados anteriormente pode-se dizer que este é o que está em maior ascensão, devido ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Enquanto não houver políticas eficazes que minimizem esse alto consumo de drogas, o número de dependentes só aumentará.

É preciso que os profissionais de saúde, como o farmacêutico mostrem de forma educativa as reais consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas, que sejam feitas mais campanhas, programas e políticas que conscientizem a população sobre o uso das substâncias psicoativas. Além de salientar o perigo da associação de, por exemplo, álcool e substâncias depressoras do sistema nervoso central, como os benzodiazepínicos, em que há efeitos potencializados podendo causar até mesmo depressão respiratória e levar o paciente a óbito.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais além de ser um problema de saúde pública são grande causa de incapacitação de trabalhadores, fato este que foi descrito por Silva e outros (2009, p. 507), o qual observaram que em Alagoas, no ano de 2009, 8.249 servidores públicos estaduais afastaram-se das suas atividades laborais por inúmeras causas. Dos afastamentos ocorridos, 1.668 (20,2%) foram ocasionadas por transtornos mentais e comportamentais, conforme demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 1 - Frequência absoluta (N) e relativa (%) de licenças médicas de servidores públicos estaduais devido a transtornos mentais e comportamentais, segundo principais causas, Alagoas. Brasil, janeiro a dezembro de 2009.

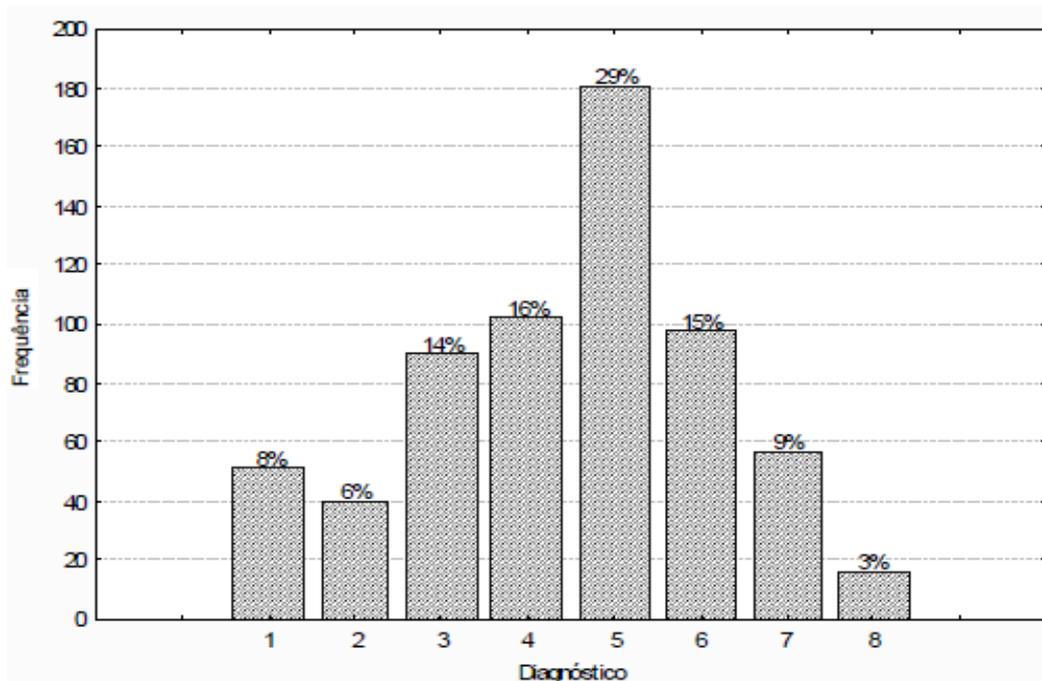
CID-10	Número de casos	%
F32.0 Episódio depressivo leve	178	10,7
F32.1 Episódio depressivo moderado	153	9,2
F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	151	9,1
F33.2 Transtorno depressivo recorrente – episódio atual grave sem sintomas psicóticos	136	8,2
F41.0 Transtorno de pânico-ansiedade paroxística episódica	114	6,8
F33.1 Transtorno depressivo recorrente- episódio atual moderado	113	6,8
F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo	92	5,5
F43.0 Reação aguda ao estresse	84	5,0
F33.0 Transtorno depressivo recorrente- episódio atual leve	78	4,7
F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	51	3,1
F41.1 Ansiedade generalizada	45	2,7
F20.0 Esquizofrenia paranóide	31	1,9
F33.3 Transtorno depressivo recorrente – episódio atual grave com sintomas psicóticos	30	1,8
F43.1 Estado de estresse pós traumático	27	1,6
F31.0 Transtorno afetivo bipolar- episódio atual hipomaniaco	26	1,6
Demais doenças do código F	359	21,5
TOTAL	1.668	100,0

Fonte: SILVA et al.(2012, p.508)

Existe uma grande dificuldade em localizar estudos atuais que relatem a epidemiologia dos transtornos mentais no Brasil, sem especificar algum estado ou alguma região brasileira. Normalmente os autores especificam uma determinada cidade e analisam a prevalência ou incidência dos transtornos.

Foi elaborado um estudo por Porcu e outros (2007, p. 147) em que foi avaliado a prevalência de transtornos mentais em pacientes atendidos em um ambulatório de residência médica, dando origem ao gráfico abaixo:

Gráfico 1-Transtornos mentais por diagnósticos



legenda:

- D1 Transtornos Mentais Orgânicos, incluindo somáticos
- D2 Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do Uso de Substâncias
- D3 Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes
- D4 Episódio Maníaco e Transtorno Afetivo Bipolar
- D5 Episódio Depressivo, Transtorno Depressivo Recorrente
- D6 Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes
- D7 Retardo Mental
- D8 Transtornos Emocionais e de Comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

Fonte: PORCU, M etal; 2007.

A partir da análise do gráfico pode-se perceber que a maior prevalência é a de episódio depressivo e também transtorno depressivo recorrente, assim como no estudo de Alagoas. Sendo que os pacientes que apresentam esse quadro clínico são do sexo feminino, entre 31 e 45 anos de idade, em relação à escolaridade possuem o segundo grau completo, e também são casados e empregados (PORCU et al., 2007, p. 147).

As doenças muitas vezes diferem em relação ao gênero como, por exemplo, o alcoolismo representa o principal problema de saúde mental no grupo masculino, já

nas mulheres percebe-se um maior predomínio dos transtornos da ansiedade, estados fóbicos e depressões (SANTOS; SIQUEIRA, 2010, p. 242).

A depressão tem probabilidade de ocorrer em mulheres duas vezes maiores do que em homens, com o aparecimento geralmente entre os 20 e 40 anos (MORENTE; GASTELURRUTIA, 2003, p.6).

No município de São José do Rio Preto, Berto e outros (apud MEDEIROS, 2005, p.93), “elaboraram um estudo sobre a análise da morbidade dos transtornos mentais, tendo como foco a população de usuários do SUS, por meio dos atendimentos feitos nos serviços ambulatoriais e nas emergências psiquiátricas no ano de 2002.”

Os diagnósticos que foram encontrados no ambulatório são:

transtornos de humor 49%; transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes 19%; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes 14%; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool 4%, drogas, 1% e outros 13% (BERTO et al. apud MEDEIROS, 2005, p.93).

2.3 POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE MENTAL

Conforme os estudos de Puel e outros (2004, p.16) a rede de serviços públicos de saúde mental compreende as seguintes áreas de atendimento: a de atenção básica, onde atuam as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), os centros de atenção psicossocial (CAPS) que tem como um dos objetivos a reinserção do paciente na sociedade, com o devido acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, as residências terapêuticas, que tem como objetivo a reabilitação e inserção social do paciente, e o atendimento hospitalar, que é feito em hospitais gerais.

A implantação da assistência farmacêutica na saúde mental é uma estratégia que possibilita um atendimento de qualidade e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, deve-se considerar que a terapia medicamentosa é apenas um dos recursos terapêuticos utilizados para o tratamento dos transtornos mentais, portanto partem de um contexto onde outras formas de intervenção associadas a ela, buscam atender as várias necessidades do indivíduo, proporcionando de forma multidisciplinar o controle da doença e melhoria da qualidade de vida (PUEL et al., 2004,p. 39).

A assistência farmacêutica tem muito a contribuir com o paciente pois possibilita o acesso aos medicamentos necessários ao seu tratamento bem como as outras etapas do ciclo da assistência farmacêutica, mas esses pacientes necessitam muito mais do que o medicamento, precisam de um profissional que saiba lidar com a sua subjetividade, e que esteja disposto a possibilitar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes em questão.

2.3.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil e na Espanha

O principal objetivo da reforma psiquiátrica era a criação de serviços substitutivos que fizessem com que ocorresse uma diminuição de leitos psiquiátricos no Brasil. Com isso ocorreu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, as residências terapêuticas e o programa “de volta para a casa”, entre outros serviços que beneficiam o paciente com transtorno mental.

Fluxograma 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: BRASIL (2004, p.11).

Os serviços substitutivos então formam a chamada rede de atenção á saúde mental, que envolve desde a estratégica da saúde da família até os centros de atenção psicossocial.

As residências terapêuticas, são casas criadas no espaço urbano com intuito de oferecer moradia aos pacientes com transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e atuar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2005, p.14).

Ainda segundo dados do documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.16) o programa de volta para a casa, foi criado com intuito de contribuir financeiramente para a inserção do paciente na sociedade que tem longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos. O auxílio reabilitação é de R\$ 240,00.

Muitos pacientes antes de se dirigirem para um centro especializado como o CAPS, vão para serviços de atenção básica como foi observado nos dados Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.3), o qual revela que as equipes de atenção básica realizam trabalhos na área de saúde mental. Porém essas equipes muitas vezes não estão preparadas para atender esse tipo de paciente, ou por falta de recurso pessoal, ou até mesmo falta de capacitação por parte dos profissionais.

Diante deste fato é necessário que tenha políticas de formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que acrescentem a subjetividade do paciente e os problemas mais graves de saúde mental (BRASIL, 2007, p.3).

Apesar dos órgãos federais salientarem a importância de ações na atenção básica visando a saúde mental, os autores Tanaka e Ribeiro (2009, p.478) afirmam que a inclusão efetiva de assistência a saúde mental na atenção básica é uma realidade que quase não ocorre.

O mesmo fato foi observado por Nunes, Jucá e Valentim (2007, p. 2376) em que também afirmam que:

[...] existem poucos dados sobre a implementação de saúde mental na rede básica. Além disso relatam que [...] não existe uma estratégia na ESF para ser trabalhada na saúde mental, estratégia que abrange ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além de práticas individuais.

Silveira e Vieira (2009, p.141) as fragilidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na saúde mental podem ocorrer devido a alguns fatores como: falta de

experiência dos profissionais para lidar com pacientes com transtornos mentais e tendência a sempre medicar os sintomas que o paciente apresenta.

Assim como no Brasil, na Espanha também existe uma rede de serviços de saúde mental que é composta por alguns serviços como: Centro de Atenção a Drogas dependências, atenção primária de saúde, centro de saúde mental, comunidade terapêutica entre outros (TELLERÍA et al., 2000, p. 41).

Nessa rede de serviços de saúde mental na Espanha, o elemento central é o centro de saúde mental, o qual é a porta de entrada para o sistema, e deve ser responsável pelo processo terapêutico do paciente. O princípio básico da rede de atenção a saúde mental é que toda a estrutura deve estar orientada a dar resposta as necessidades dos pacientes (TELLERÍA et al., 2000, p. 41).

Outra semelhança encontrada nos dois países reside no fato de que assim como no Brasil, pacientes com transtornos mentais na Espanha tem o primeiro contato com serviços de saúde mental na atenção primária. Dados epidemiológicos obtidos na *Consejería de Sanidade de La Comunidad de Madrid* (2010, p.21) mostram que o principal ponto de contato com a saúde mental para a maioria dos pacientes é a atenção primária.

Um aspecto muito importante nesse contexto é a formação de profissionais de Atenção primária para contribuir com a aderência dos pacientes com transtornos mentais ao tratamento bem como com a sua continuidade (CONSEJERÍA DE SANIDADE DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2010, p.21).

Conforme Knapp e outros (2007, p.235) existem alguns fatores que tornam a atenção psiquiátrica no nível primário pouco satisfatório como: diagnóstico e tratamento dos problemas psiquiátricos mais frequentes inadequados por parte dos médicos, falta de recursos para a resolução de problemas psiquiátricos comuns dentre outros fatores.

Pode-se perceber que existem fragilidades nas políticas de saúde mental que se assemelham nos dois países, tanto no Brasil quanto na Espanha necessitaria de estratégias que capacitassem os profissionais, para lidar com o sofrimento psíquico dos pacientes bem como com a sua subjetividade.

2.3.2 Atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais

Para aplicação da atenção farmacêutica em pacientes com transtornos mentais é necessário que haja uma interação médico-farmacêutico, com destaque para alguns pontos como:

Certificar se o paciente possui outras enfermidades diferentes do transtorno mental, bem como toda a medicação que ele utiliza, pois na maioria das vezes os psicotrópicos interagem com esses medicamentos causando reações adversas, da mesma forma que algumas doenças podem causar sintomas psiquiátricos como o hipertireoidismo, por exemplo (FRIDMAN; FILINGER, 2002, p.243).

Cuidar das interações medicamentosas e os efeitos colaterais, os profissionais devem desmitificar o fato que o medicamento cura quaisquer doenças. Também é importante a realização de reuniões com os profissionais da saúde (enfermeiros, assistentes sociais e outros), a fim de identificar o ponto de vista de cada profissional sob o paciente para que possa ser definido os parâmetros de abordagem terapêutica (FRIDMAN; FILINGER, 2002, p.243).

Segundo Fridman e Filinger (2002, p.244) atualmente é inconcebível trabalhar sozinho na área da saúde, a atenção farmacêutica deve ser integrada a equipe básica de saúde, se existe a pretensão de ser assistencial.

Morente e Gastelurrutia em seu estudo sobre seguimento farmacoterapêutico para pacientes com depressão informam a importância do farmacêutico na aderência do paciente no seu tratamento, já que esses pacientes podem deixar de cumprir o seu tratamento por algumas razões, dentre elas: a ideia de que a medicação cria dependência, a presença de outras enfermidades que também necessitam da administração de medicamentos fazendo com que a quantidade dos mesmos aumente e não ser consciente da importância do medicamento. (MORENTE; GASTELURRUTIA, 2003, p. 24).

É necessário que o farmacêutico informe ao paciente que no início do tratamento, serão necessárias algumas semanas para que se note uma melhora no quadro clínico, para que o paciente não pense que o medicamento não está sendo efetivo e queira interromper o tratamento. Da mesma forma quando ocorrer melhoras no quadro clínico ele também não deverá interromper, deve-se salientar o cumprimento do tratamento dentro do prazo que foi estabelecido pelo médico (MORENTE; GASTELURRUTIA, 2003,p.25).

Portanto, o farmacêutico pode desempenhar um papel importante no acompanhamento do tratamento antidepressivo ajudando na solução de possíveis RNM, aumentando a satisfação do paciente com a medicação e articulando com a

equipe de saúde para proporcionar o melhor tratamento farmacológico para o paciente (MORENTE; GASTELURRUTIA, 2003, p.20).

No estudo elaborado por Chamero (2004, p.106) são abordadas questões importantes na entrevista com pacientes com transtornos mentais, algumas delas são: na relação farmacêutico-paciente ambos devem conhecer os seus respectivos nomes, o paciente deve compreender o papel do farmacêutico e deve-se explicitar os objetivos dessa relação.

Nas condutas empáticas deve-se manter atenção nos sentimentos do paciente, demonstrar atitude de conforto no momento da entrevista e manter contato com os olhos (CHAMERO, 2004, p. 106).

Outros pontos salientados no momento da entrevista são: organizar as perguntas com um pouco de sensibilidade para diminuir a ansiedade do paciente, pedir para o paciente esclarecer questões que ficaram vagas e ajudar o paciente a focar a conversa nas preocupações relacionadas ao seu tratamento farmacológico (CHAMERO, 2004, p. 106).

O farmacêutico é o último profissional de saúde em contato com o paciente psiquiátrico antes que ele administre a medicação, portanto sua contribuição para promover uma melhor qualidade de vida ao paciente é essencial (CHAMERO, 2004, p. 106).

2.3.3 Assistência farmacêutica no âmbito da saúde mental

A assistência farmacêutica pode ser vista sob dois pontos: o primeiro quando diz respeito a ações técnico-gerenciais (como farmacovigilância, avaliação da assistência farmacêutica, e treinamento de profissionais) e o outro ponto são as ações técnico-assistenciais, (educação em saúde, seguimento farmacoterapêutico e atenção farmacêutica) (GOMES apud ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2012, p. 492).

Os medicamentos que são disponibilizados para pacientes com transtornos mentais são aqueles encontrados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, estes que devem estar disponíveis desde a atenção básica até para o atendimento hospitalar.

[...]

Porém além de garantir o acesso do paciente ao medicamento é necessário a orientação no que diz respeito ao uso racional do medicamento, que

poderá ser feita pelo farmacêutico nas ações técnico-assistenciais. Mas infelizmente este fato não ocorre pois o farmacêutico ainda não faz parte formalmente dos programas elaborados pelas políticas do governo federal, até mesmo na Estratégia da Saúde da Família e nos programas de saúde mental (GOMES apud ALENCAR; CAVALCANTE E ALENCAR, 2012, p. 492).

É lamentável que o medicamento dispensado para pacientes com transtornos mentais não seja realizado por um farmacêutico, e seja feito por qualquer outro profissional de saúde que irá somente fazer o simples ato mecânico de entrega do medicamento, pois estes são pacientes que mais do que qualquer outro, precisam de um farmacêutico para lhe oferecer informações sobre o seu tratamento farmacológico.

Pode-se dizer que ainda existem muitos obstáculos na assistência farmacêutica no âmbito da saúde mental, pois somente financiar medicamentos essenciais sem uma correta dispensação para esses pacientes, ainda é muito pouco para promover a qualidade de vida e promoção da saúde dos mesmos.

2.4 ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O conceito de assistência farmacêutica fundamenta-se em:

[...] um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL apud CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009, p. 20).

A assistência farmacêutica de acordo com o estudo de Marin e outros (2003, p. 133) possui um ciclo com várias etapas, dentre elas a seleção de medicamentos em que é feito o formulário terapêutico que abrange informações técnico-científicas mais importantes e atualizadas sobre cada um dos medicamentos selecionados.

A programação consiste na garantia da disponibilidade dos medicamentos antecipadamente selecionados nas quantidades necessárias e tempo adequado para atender às necessidades de uma população de interesse, por meio de um serviço ou de uma rede de serviços de saúde, considerando um determinado tempo (MARIN, 2003, p. 137).

A aquisição que constitui num conjunto de procedimentos pelo qual tem o processo de compra dos medicamentos, conforme uma programação criada com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade além de manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006, p. 43).

O armazenamento abrange várias atividades dentre elas: recebimento de medicamentos, o estoque dos mesmos, além da segurança, conservação e entrega (MARIN, 2003, p. 140).

A distribuição inicia-se a partir de uma solicitação de medicamentos (que em grande parte é feita pelo requisitante) para um nível de distribuição envolvido, com o intuito de prover as necessidades dos medicamentos por um determinado tempo (MARIN, 2003, p. 145).

Por fim a dispensação deve certificar que o paciente receba o medicamento de boa qualidade, na dose prescrita, na quantidade adequada e que receba as informações necessárias para que seja feita o seu uso racional (MARIN, 2003, p. 150).

Fluxograma 2 - Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Marin et al. (2003, p.130)

A assistência farmacêutica é uma atividade muito importante que possibilita que as várias etapas que envolvem o fármaco, desde a sua pesquisa até a sua utilização,

aconteçam de forma segura e racional, beneficiando individualmente e coletivamente os usuários de medicamentos do país (STORPIRTIS et al., 2008).

É de extrema e fundamental importância a participação do farmacêutico em todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, para que ocorra uma efetiva contribuição para o uso racional do medicamento.

Um dos objetivos da assistência farmacêutica é garantir o acesso dos medicamentos aos pacientes, porém atualmente ocorrem casos de judicialização de medicamentos, em que as pessoas, por diversos motivos buscam pleiteá-los na esfera judicial.

No estudo de Sartório (2004) as argumentações que os pacientes utilizavam para conseguir o direito na justiça ao acesso do medicamento eram: direitos constitucionais, universalidade, a possibilidade do risco de vida, etc.

De acordo com dados de Messender, Castro e Luiza (2005, p. 527) os principais medicamentos que eram solicitados através de mandados judiciais eram: para os sistemas nervoso e cardiovascular e também aqueles relacionados ao trato alimentar.

A judicialização de medicamentos merece um olhar crítico, pois acesso aos medicamentos é um direito do cidadão, que a assistência farmacêutica tem como um dos objetivos garanti-lo. É necessário que estudem as causas que levam aos pacientes a recorrer na justiça, e quais as falhas no sistema de saúde Brasileiro estão levando para acontecer esse fato.

Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreendem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e obtenção de resultados definitivos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BISSON, 2007, p. 8).

A atenção farmacêutica engloba várias atividades voltadas para o paciente entre elas: dispensação ativa, uso racional dos medicamentos, farmacovigilância e outros. A dispensação ativa consiste no fornecimento do medicamento correto com orientações sobre a forma adequada de administração, sobre a utilização terapêutica e verificar se o tratamento está eficaz (MARQUES, 2008, p. 25).

A Atenção farmacêutica pode ser feita por várias metodologias, no Brasil as mais citadas são: “Método Dáder, Pharmacotherapy Work Up e Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM)” (CORRER; OTUKI, 2011, p.1).

Porém das mais citadas, o mais utilizado por pesquisadores e farmacêuticos é o Método Dáder e o modelo de minnesota (FREITAS; PEREIRA, 2008, p.603).

O método dáder se baseia na história farmacoterapêutica do paciente no qual se obtêm o conhecimento dos problemas de saúde do paciente e dos medicamentos que ele utiliza. Ele consiste em várias etapas, que ocorrem desde a oferta do serviço para o paciente até as entrevistas sucessivas que finalizam o acompanhamento farmacoterapêutico.

O modelo de Minnesota ou dos Alcoólicos Anônimos, trata-se de um modelo grupal que tem como objetivo o alcance dos 12 passos como evolução do tratamento e busca uma reorganização na vida do sujeito (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005,p. 130)

Através da atenção farmacêutica feita a um paciente, pode-se verificar se existem ou não problemas relacionados com medicamentos (PRMs). Estes que são classificados da seguinte forma segundo Machuca e outros (2004, p.6), “como problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.”

Essa definição de PRM foi elaborada no Segundo Consenso de Granada onde definiu que os PRMs eram resultados clínicos negativos, porém o termo problemas relacionados com medicamentos era definido e classificado por vários autores de maneira diferente gerando muita confusão (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2010, p.22).

Ainda de acordo com Hernández; Castro e Dáder (2010, p.22) surgiu a necessidade de utilizar termos biomédicos que trariam uma maior especificidade e não era refutável. No Terceiro Consenso de Granada ficou definido que o termo PRM seria RNM (resultados negativos associados á medicação)

Os RNM foram então conceituados da seguinte forma:

são problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los

utiliza-se uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o doente (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2010, p. 23).

Quadro 1 - Classificação de RNM, segundo o Terceiro Consenso de Granada.

NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

Fonte: HERNANDES; CASTRO; DADER (2009, p.28).

Assim como antes ocorria com os PRMs a classificação dos RNMs é de acordo com a necessidade, efetividade e segurança como são demonstrados pela figura.

Para analisar se o medicamento é necessário, deve-se considerar que o tratamento apresente uma prescrição consciente por parte do médico e que o paciente possua um problema de saúde que a justifique. Em relação à efetividade, normalmente associa-se fatores como posologia, interações com outros medicamentos, dentre outros fatores. Já em relação a segurança, está é uma característica particular de cada medicamento e tem relação com os possíveis efeitos indesejados que o mesmo possa ter.

O farmacêutico é o profissional mais habilitado para exercer a atenção farmacêutica pelos seguintes fatores: é o profissional de saúde que a população tem mais acesso, tem formação especializada em medicamentos, é o último profissional que tem

contato com o paciente, antes que ele opte por adquirir ou não o medicamento (STORPIRTIS et al., 2008).

Esse mesmo fato foi relatado por Correr e Otuki (2011, p.1), que afirma que os farmacêuticos são os profissionais especializados em medicamentos por isso, são aptos em resolver possíveis problemas relacionados ao medicamento, com objetivo de salientar o uso racional e assim garantir sua máxima efetividade e segurança.

Segundo Freitas, Maia e Iodes (2006, p. 15) a AF serve como um elo entre o profissional farmacêutico e o paciente, contribuindo para sua pronta recuperação. O maior interesse do farmacêutico é o bem estar do paciente, o qual se sente seguro em saber que está apoiado por um profissional habilitado.

Ivama e outros (2002, p. 20) relatam que a atenção farmacêutica é uma das portas de entrada do sistema de farmacovigilância, pois aponta os problemas relacionados à segurança, bem como a efetividade, e também os desvios da qualidade dos medicamentos através acompanhamento farmacoterapêutico.

Farmacovigilância é a ciência e as atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados com a droga e os seus objetivos específicos são: melhorar o cuidado e segurança do paciente em relação ao uso de medicamento e todas as intervenções médicas e paramédicas, melhorar a saúde pública e segurança em relação ao uso de medicamentos, dentre outros (WHO, 2013).

2.5 ATENÇÃO FARMACÊUTICA VISANDO O USO RACIONAL DO MEDICAMENTO

Além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes a AF prioriza o uso racional dos medicamentos e o farmacêutico tem como responsabilidade educar as pessoas a fazer o uso racional, já que o número de pessoas que se automedicam cresce com o passar do tempo, como foi observado no estudo de Ribeiro e outros (2004, p. 79) “em que dentre as formas dos pacientes se automedicarem as mais comuns foram “ir a uma farmácia e solicitar um remédio (12,12%)”, “administrar medicamento por indicação de parentes ou amigos (9,34%)” e “administrar remédio caseiro (8,83%)”.

De acordo com Aquino (2008, p.735) os dados em relação ao uso irracional de medicamentos no Brasil são preocupantes. Dados revelam que aproximadamente

um terço das internações que ocorrem no país teve como causa o uso incorreto de medicamentos.

A Atenção Farmacêutica faz com que o profissional farmacêutico volte a ter o mesmo contato direto com o paciente de quando ainda existiam os boticários, que acabaram se extinguindo por causa da forte industrialização, e surgimento das grandes indústrias farmacêuticas. O paciente confia no profissional e este trabalha para que o bem estar do paciente seja sempre contemplado. Segundo Angonesi e Sevalho (2010, p. 3607) o profissional deve manter a sua atenção na subjetividade do paciente e assim poderá exercê-lo como uma pessoa única.

Para Vieira (2007, p.218) a profissão farmacêutica chegou a ter uma perda de identidade além de existir uma carência na população de um farmacêutico mais atuante em defesa do uso racional dos medicamentos, fatos estes que podem ser conquistados novamente com a prática da atenção farmacêutica.

De acordo com Mendes (2008, p. 570) não é mais admissível que a atuação do farmacêutico se limite à aquisição e à distribuição de medicamentos. O farmacêutico deve voltar a ter o contato mais próximo com o paciente, não apenas vender o medicamento como um balconista, mas sim esclarecer para o paciente que ele está naquele ambiente de trabalho para ajudá-lo a recuperar a sua saúde tendo como principal foco a sua qualidade de vida.

Para aplicar a AF nos pacientes é necessário que o profissional tenha os conhecimentos técnicos necessários e também tenha habilidades na comunicação com o paciente, para que ele consiga todas as informações necessárias para implementar um acompanhamento farmacoterapêutico adequado.

O estudo elaborado por Oliveira e outros (2005, p. 412) demonstrou quais os principais obstáculos enfrentados na implementação da atenção farmacêutica nas farmácias, a partir do questionamento feito para os farmacêuticos sobre o assunto.

Os resultados obtidos foram: 33% demonstraram desinteresse e 67% insegurança; dentre estes últimos 18% afirmaram ter dificuldade de iniciativa, ou desejam implantar, entretanto, admitem existir muitos obstáculos a serem superados, principalmente aqueles que são a aceitação por parte dos proprietários e/ou gerentes (49%) (OLIVEIRA, et al., 2005, p.142).

2.6 SURGIMENTO DOS CAPS NO BRASIL

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) são a principal referência da rede de atenção à saúde mental, em todos os estudos que envolvem a saúde mental, o CAPS é sempre mencionado nos artigos científicos da área, por isso existe a necessidade da abordagem do assunto, desde o seu surgimento até a distribuição de medicamentos feitos aos pacientes.

O CAPS surgiu a partir da reforma psiquiátrica que segundo Alves e outros (2009, p.90) trata-se de um movimento que surgiu na Itália na década de 60 com início de um projeto mais concreto de desinstitucionalização, que teve por objetivo a desconstrução do modelo manicomial.

No Brasil a reforma veio surgindo em 1987 com a Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, estes que influenciados pela psiquiatria democrática Italiana lançaram o tema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (ALVES et al., 2009, p. 90).

Um dos principais objetivos da criação dos Centros de Atenção Psicossocial é a atenção voltada para complexidade do paciente, ou seja, a sua subjetividade e com a ajuda de uma equipe multiprofissional, oferecer o melhor tratamento terapêutico.

A partir de então surgiu o projeto de lei 3.657, submetido em 12/9/1989 conforme declarado no estudo de Gentil (1999, p.7) “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.”

Conforme Oliveira e Freitas (2008, p.3) o CAPS é um serviço governamental que tem como objetivo à substituição de hospitais psiquiátricos.

A criação do CAPS teve como principal objetivo acabar com a situação precária dos hospitais psiquiátricos, ter uma atenção voltada para o sujeito portador de transtornos mentais com maior humanidade de forma que ele seja reinserido na sociedade e que não sofra nenhum tipo de exclusão.

A Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002 no artigo primeiro estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial são classificados nas seguintes categorias: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e CAPSad os quais são determinados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004, p. 31).

A portaria também define o que cada CAPS deve oferecer desde o recurso humano até o horário de funcionamento.

O CAPS proporciona aos pacientes a reinserção na sociedade através de atividades que envolvam esportes, trabalho, cultura e lazer, sempre com o cuidado para que eles tenham sempre o tratamento terapêutico adequado (BRASIL, 2004, p. 13).

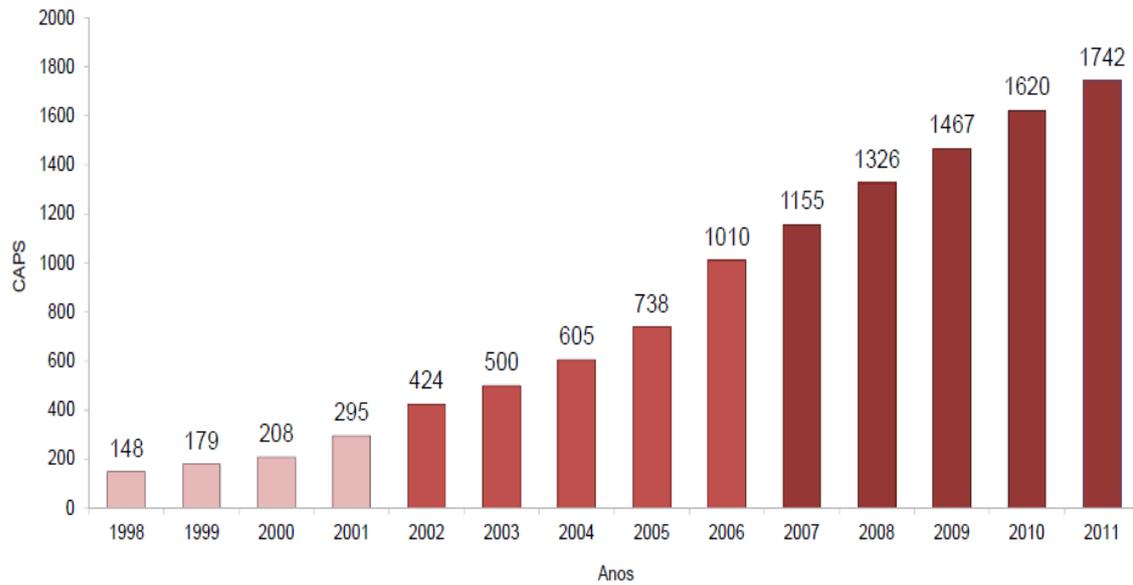
O CAPS I oferece atendimento para municípios que tem população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes com o horário de funcionamento de 8 às 18 horas nos cinco dias da semana, o CAPS II destinado para a população do município entre 70.000 e 200.000 mil habitantes com o mesmo horário de funcionamento que o CAPS I. Já o CAPS III é para a população acima de 200.000 mil habitantes que funciona 24 horas por dia todos os dias da semana (BRASIL, 2004, p.31).

Já os serviços voltados para populações mais específicas como o CAPSad e o CAPSi tem o mesmo horário de funcionamento que o CAPS I, porém a população atendida pelo Capsad e acima de 70.000 mil habitantes e a do CAPSi e de 200.000 (BRASIL, 2004, p. 34).

Os pacientes que são atendidos no CAPS são aqueles que sofrem de algum tipo de transtorno mental, desde crianças até idosos. Podem ser também pessoas dependentes de substâncias psicoativas, como álcool e drogas, tendo como referência o CAPSad para atendê-las, assim como as crianças e adolescentes são atendidas no CAPSi.

O gráfico demonstra claramente a expansão do número de CAPS no Brasil, o modelo assistencial criado com intuito de reduzir o número de leitos psiquiátricos mostra-se em ascensão.

Gráfico 2- Expansão do CAPS no Brasil (1998-2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Tabela 2- Evolução dos diferentes tipos de CAPS.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

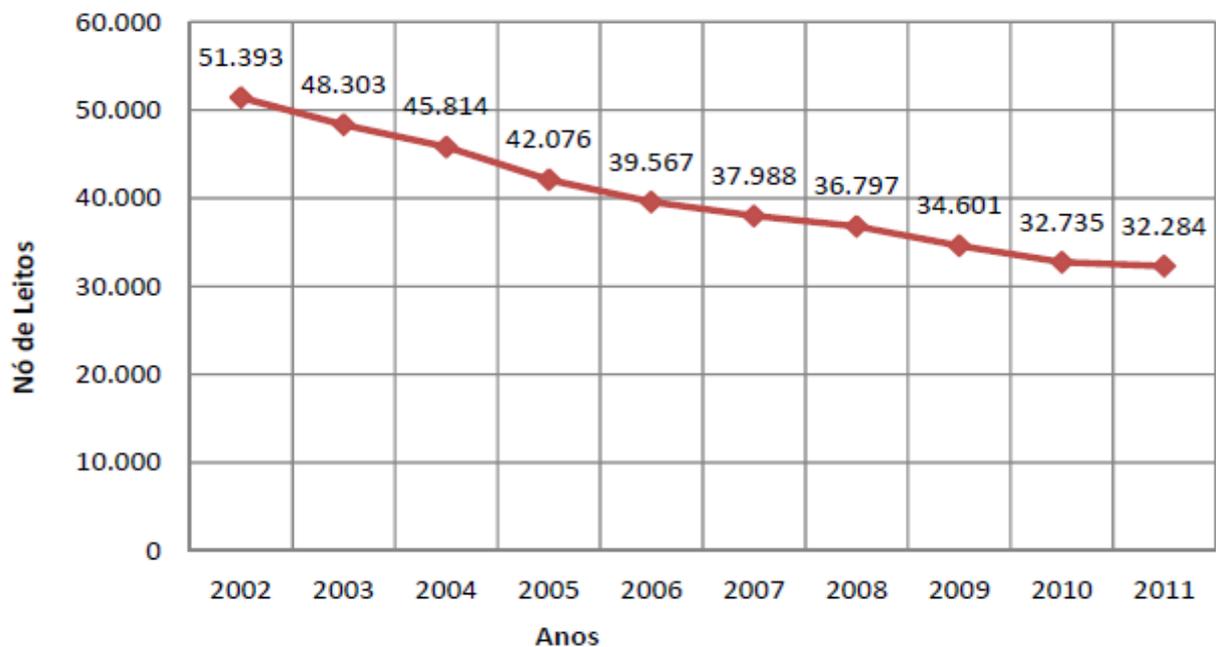
A tabela acima demonstra a evolução dos tipos de CAPS a partir do ano de 2006, pode-se dizer que todos aumentaram o seu número com o decorrer do tempo, sendo

que os serviços que apresentaram um crescimento mais tímido foram aqueles voltados para populações específicas como, crianças e adolescentes (CAPSi) e usuários de álcool e outras drogas (CAPSad).

Nota-se também a presença do CAPSad III que surgiu a partir do ano de 2011, o serviço funciona durante 24h nos 7 dias da semana.

O gráfico seguinte demonstra a redução do número de leitos psiquiátricos com o passar do tempo, o surgimento dos CAPS influencia diretamente na redução do número de leitos, pode-se analisar então, que a reforma psiquiátrica atingiu o seu principal objetivo.

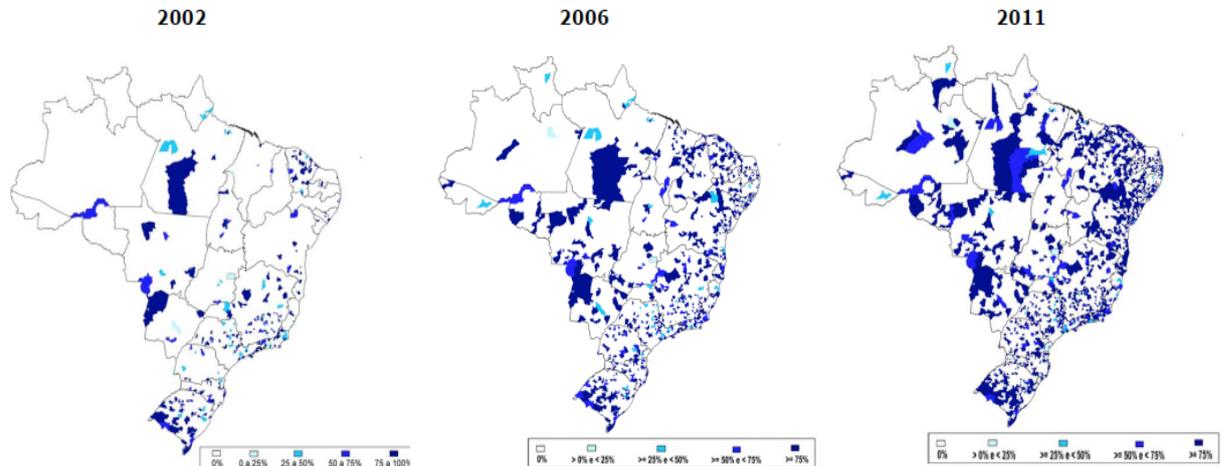
Gráfico 3- Leitos psiquiátricos no SUS por ano (Brasil, 2002 – 2011).



FONTE: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Em relação a cobertura dos centros de atenção psicossocial no ano de 2002, 2006 e 2011, pode-se analisar que em relação aos estados ocorreu um crescimento progressivo, com maior concentração nas regiões sul, sudeste e nordeste, esta que teve um grande adensamento, em contrapartida na região norte existem alguns locais que ainda não possuem o serviço.

Ilustração 1- Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.



Legenda

2.6.1 Tipos de atendimento oferecido pelo CAPS

Cada paciente do CAPS tem um projeto terapêutico individual, respeitando a sua especificidade, fazendo com que cada tratamento oferecido seja individualizado. Diante disso existem três tipos de atendimentos conforme as determinações da Portaria GM 336/02.

Segundo a portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002 define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que conforme o seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento oferecido aos pacientes que precisam de um acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor no CAPS (BRASIL, 2004, p.31).

A pessoa que necessita do atendimento intensivo na maioria das vezes é aquela que apresenta um estado mais grave do seu quadro clínico, um estado de crise no qual ela não consegue um convívio com a família, bem como com a sociedade. Já no semi-intensivo ela já teve uma melhora do seu quadro clínico, mas ainda necessita de uma equipe multidisciplinar para fazer o seu acompanhamento. Por fim no atendimento não intensivo o usuário já realiza suas atividades cotidianas

normalmente sem nenhum problema, e relaciona-se normalmente com a família e com a sociedade, ela já não precisa de um suporte contínuo.

2.6.2 Tipos de CAPS existentes

Os CAPS possuem diferenças entre si que variam de acordo com a estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Difere também quanto ao público atendido, ou seja, (CAPSad, CAPSi) (BRASIL, 2004, p.22).

Os tipos de CAPS que existem são:

CAPS I e CAPS II: são atendidos pacientes adultos com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III : o atendimento é feito durante todos os dias da semana, diurno e noturno para pacientes com transtornos mentais e persistentes. CAPSi: atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSad: atendimento de pessoas usuárias e dependentes de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), o serviço oferece leitos para que seja feito tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004, p.22).

Em todos os tipos de CAPS, os pacientes contam com o apoio de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que trabalham em conjunto em prol de proporcionar o melhor tratamento para esses pacientes.

2.6.3 Distribuição de medicamentos para pacientes do CAPS

Os centros de atenção psicossocial podem ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos e também os excepcionais, de acordo com a equipe responsável pela gestão local (BRASIL, 2004, p.20).

Os CAPS poderão receber às receitas prescritas por médicos da ESF e também da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência e inclusive em casos específicos, aos pacientes internados nos hospitais da região que necessitam manter o uso de medicamentos excepcionais de alto custo no seu tratamento (BRASIL, 2004, p.20).

O CAPS e a sua equipe gestora, necessitam de muito empenho na capacitação e supervisão das equipes de saúde da família para que seja feita o acompanhamento farmacoterapêutico para a realização de prescrições adequadas, tendo em foco o uso racional dos medicamentos na rede básica (BRASIL, 2004, p.20).

O credenciamento dos CAPS na rede de dispensação de medicamentos não é feito de maneira simples e tem que estar em conformidade com as normas locais da vigilância sanitária (BRASIL, 2004, p.20).

2.6.4 Atenção farmacêutica e o CAPS

Os centros de atenção psicossocial são formados por uma equipe multidisciplinar que tem como um dos objetivos a reinserção do paciente na sociedade. Porém apesar da existência dessa equipe, o paciente como no estudo de Mostazo e Kirschbaum (2003, p.789) quando mencionam os profissionais só se limitam aos médicos, enfermeiros e psicólogos sendo que a equipe é constituída por vários profissionais como: auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, entre outros. O profissional farmacêutico raramente é citado.

O mesmo fato é observado por Antunes e Queiroz (2007, p.211) que apesar de existir uma equipe multidisciplinar, o médico é o principal mentor da equipe. Por outro lado muitas vezes o próprio usuário não quer ser atendido por essa equipe eles procuram o serviço com algum sintomas e buscam um alívio imediato para ele. A resistência às praticas terapêuticas mais demoradas, como a psicoterapia, é grande.

Ciente de que no CAPS são dispensados medicamentos para pacientes com transtornos mentais, em nenhum material bibliográfico encontrado foi citada a presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar, somente no CAPS álcool e drogas o profissional foi referido. Salienta-se a importância da sua inclusão na equipe, pois o profissional mais apto para dispensar medicamentos é o farmacêutico, ele não deve ser substituído por outro profissional de saúde, sua participação é indispensável, da mesma forma que os médicos, enfermeiros e psicólogos.

Tomasi e outros (2010, p.809) relata que no que diz respeito aos tipos de transtornos, os de humor representaram a maior proporção dos diagnósticos (39%), seguidos da esquizofrenia (24%) e das neuroses (13%). O mesmo foi analisado por Pelisoli e Moreira (2005, p.273) em que os transtornos do humor e de ansiedade representam maior proporção dos diagnósticos.

No CAPS são atendidos pacientes com transtornos mentais que fazem o uso de medicamentos sujeitos ao controle especial, como os antipsicóticos, ansiolíticos, barbitúricos, antidepressivos, estes que agem no sistema nervoso central com potencial efeito para a ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas. Como já foi relatado a importância da atenção farmacêutica aos pacientes com transtornos mentais independente de serem freqüentadores do CAPS ou não, é importante salientar que, principalmente os pacientes que freqüentam esse serviço deveriam ter acesso a atenção farmacêutica, já que nesses centros existe a equipe multidisciplinar e nela deveria estar integrado o farmacêutico, um profissional que poderia contribuir na qualidade de vida desses pacientes promovendo o uso racional do medicamento, a aderência ao tratamento, sanando dúvidas dos pacientes e familiares quanto a medicação.

Conforme a portaria nº 344 de 12 de maio de 1988, a qual aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, tanto na guarda dos medicamentos, quanto nos balanços é imprescindível a atuação do farmacêutico, não podendo ser substituído por outro profissional (BRASIL, 1998)

Assim como nos Centro de Atenção Psicossocial quanto em drogarias e farmácias hospitalares que possuem medicamentos sujeitos ao controle especial, a importância da presença do farmacêutico é fundamental, não somente na dispensação quanto na promoção do uso racional do medicamento.

Alguns autores enfatizam a preocupação do uso correto de medicamentos por pacientes do CAPS.

[...] existe a preocupação de que a administração dos fármacos pelos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seja feita de maneira adequada, a fim de evitar os problemas relacionados ao uso irracional de medicamentos (BRAGA et al., 2005, p.75).

Como já salientado é de suma importância aplicar a Atenção Farmacêutica a pacientes com transtornos mentais já que na maioria das vezes os pacientes fazem uso de psicotrópicos como demonstra o estudo de Kantorski e outros (2011, p.1483) em que, dentre os usuários, 91,8% (1.067) afirmaram administrar algum psicotrópico. Dos usuários com transtorno depressivo maior, 18% utilizavam Diazepam.

Ciente da importância que o CAPS tem em relação aos pacientes, existem ainda muitos problemas que precisam ser sanados para que o cuidado seja ainda maior e melhor para eles. Conforme Ballarín e outros (2011, p.608) a escassez de recursos materiais, a estrutura física sem adequações, os diferentes tipos de vínculo empregatício e o desconhecimento do papel do CAPS por parte de alguns profissionais figuraram como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral.

Como todas as instituições brasileiras, problemas existem e persistem, mas não impossibilita que a equipe multidisciplinar promova um cuidado especial para estes pacientes, e também é necessário que o farmacêutico seja inserido nessa equipe, já que o serviço dispensa medicamentos para os pacientes, a presença deste profissional é imprescindível.

Da mesma forma que o CAPS promove a reinserção dos pacientes com transtornos mentais na sociedade, o profissional farmacêutico trabalha para promover o uso racional do medicamento, analisando cada caso individualmente para proporcionar o melhor tratamento para esses pacientes.

Através da aplicação do método dáder, bem como na realização do estado de situação, em que se analisa os problemas de saúde do paciente e os medicamentos que utiliza, pode ser reconhecer os possíveis RNM que surgiram no tratamento medicamentoso, por exemplo, o paciente é esquizofrênico e administra uma certa dose de medicamento no horário correto e não tem o costume de esquecer, mas está tendo alucinações. Analisando o caso pode-se dizer que o paciente provavelmente tem um RNM relacionado com a inefetividade quantitativa, ou seja, possivelmente o medicamento está numa dose inferior do que o correto. A partir de então o farmacêutico comunica o médico sobre o caso do paciente para que seja feita uma intervenção no tratamento medicamentoso, a fim de que a dose prescrita seja alterada e o paciente não tenha mais alucinações. Após a decisão do médico o paciente é informado se ocorrerá mudança na dose do seu medicamento ou não.

Para um melhor entendimento de como é feito o trabalho de um farmacêutico no CAPS, foi feita uma pesquisa de campo no centro de atenção psicossocial álcool e drogas, justamente por ser um dos serviços em que foi mencionado em artigos científicos a presença desse profissional, diferente dos outros tipos de CAPS.

Sobre a assistência farmacêutica, na instituição é elaborado um relatório mensal feito pelo farmacêutico com o consumo de medicamentos utilizados na farmácia, bem como o consumo de cada paciente com um devido medicamento. Os medicamentos da farmácia são os medicamentos essenciais e da atenção básica. Depois de constituído o relatório, é enviado para a central de assistência farmacêutica (SAF) onde é feita a dispensação para as unidades de saúde.

Alguns medicamentos são específicos para o CAPSad como a naltrexona e o dissulfiram.

O CAPSad não possui médicos psiquiatras, somente dois clínicos gerais que fazem a prescrição dos medicamentos. Munido a prescrição, o paciente vai à farmácia do próprio estabelecimento e recebe o medicamento, na falta desse medicamento o paciente é encaminhado para uma unidade de saúde com o consentimento do farmacêutico.

O farmacêutico presta atenção farmacêutica não só para o paciente, mas também para a família, que muitas vezes tem dúvidas frequentes sobre o tratamento. Relata-se que além da atenção farmacêutica, o profissional faz o acolhimento dos pacientes que chegam ao serviço, participa uma vez na semana de grupo com alcoolistas, interage diariamente com profissionais de outras áreas seja da enfermagem, serviço social, médicos, artistas plásticos entre outros. Seu trabalho é considerado muito prazeroso justamente por não ficar somente na farmácia do Caps, é um trabalho multidisciplinar onde a opinião de cada profissional é levada em consideração.

Em relação aos problemas que deveriam ser sanados no CAPS sabe-se que existe falta de acessibilidade para pacientes cadeirantes, já que é uma casa com escadas é quando tem alguma oficina no segundo andar o paciente é impossibilitado de participar. Também comenta-se que a casa onde foi alugada para o serviço, teve que ser adaptada faltando ainda algumas estruturas para melhorar o atendimento. Outro ponto levantado é que deveria haver a presença de médicos psiquiatras e também a presença de farmacêutico em tempo integral, existe um único farmacêutico da equipe que trabalha somente no horário da manhã, na parte da tarde a equipe de enfermagem fica responsável pelas suas funções.

A dispensação de medicamentos e o atendimento de pacientes também podem ser feitas em unidades de saúde que tem o programa de saúde mental, possuem uma

equipe multidisciplinar assim como o Caps, na região da Serra, localizadas em Feu Rosa, Jacaraípe, Serra Dourada, Serra Sede, Boa Vista e Novo Horizonte.

2.7 CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

O farmacêutico tem muito a contribuir na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais, seja para esclarecer dúvidas quanto a sua doença, seja para promover a aderência no seu tratamento medicamentoso, salientar a importância do uso racional dos medicamentos bem como não praticar a auto medicação. Porém esse profissional deve saber lidar com o sofrimento psíquico do paciente, entender sua subjetividade, ter plena noção que esses pacientes em questão não necessitam somente de uma medicação para minimizar seus problemas, mas precisam de um apoio psicológico aliado ao medicamento.

Em relação a aderência, conforme Dalla e outros (2009, p.4) o seu aumento depende na maioria das vezes na melhora da comunicação do médico com seu paciente, principalmente quando são salientados os aspectos da doença bem como o seu tratamento, assim como aspectos fisiopatológicos e os efeitos colaterais que podem ocorrer com uso de medicamentos.

Salienta-se que essa importância na comunicação com o paciente cabe também aos farmacêuticos principalmente quando o assunto é em relação aos medicamentos utilizados e situações relacionadas ao uso, como por exemplo os efeitos colaterais.

Grande parcela de pacientes com transtornos mentais não aderem ao seu tratamento como foi observado por Cardoso e Galera (2009, p.162) em que no tratamento de pacientes psiquiátricos, cerca de 50% das pessoas não tem aderência ao tratamento medicamentoso. E nesse caso, isto é particularmente importante pois, a não adesão ao tratamento farmacológico pode contribuir para que o paciente tenha recaídas ocasionando uma possível hospitalização.

Os fatores que interferem na adesão do paciente ao seu tratamento podem ser os seguintes: a não aceitação da doença, a desconfiança quanto aos pontos positivos do tratamento, o surgimento dos efeitos colaterais, a difícil conformidade que possui aquela doença e medo de possíveis reinternações, entre outros (CARDOSO; GALERA, 2009, p.162).

Diante desses fatores o farmacêutico tem muito a contribuir, esclarecendo que o tratamento medicamentoso é necessário e benéfico pois possibilita que o paciente tenha melhora no seu quadro clínico, e que poderá ocorrer efeitos colaterais que muitas vezes fazem parte de um tratamento medicamentoso. Deverá também salientar que é de extrema importância que o paciente não deixe de administrar a medicação, inclusive no horário correto, para que não ocorra um agravamento.

Além de o farmacêutico ajudar na adesão ao tratamento medicamentoso é necessário que o profissional esteja seguro e habilitado para lidar com esses pacientes, para isso é necessário que tenha conhecimentos teóricos bem concretizados, como por exemplo a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos psicotrópicos.

É cristalino que não é a totalidade dos profissionais que possuem habilidades plenas de lidar com pacientes com transtornos mentais, pois muitas vezes há o conhecimento teórico, entretanto uma qualidade imprescindível é saber lidar com a subjetividade do paciente, e isto definitivamente não são todos que possuem.

Muitas vezes os pacientes não tem adesão ao seu tratamento pelo diversos efeitos adversos provocados pelos psicotrópicos bem como as interações medicamentosas que possam surgir, cabe ao farmacêutico analisar a melhor terapia medicamentosa para o paciente para que ele não tenha esses efeitos indesejados.

2.7.1 Interações medicamentosas e efeitos adversos dos medicamentos psicotrópicos

As interações medicamentosas certamente são um dos grandes PRMs encontrados em pacientes que utilizam medicamentos psicotrópicos. É um dos grandes motivos que certificam que esses pacientes devem ter assistência farmacêutica plena e que sejam submetidos ao serviço de farmácia clínica para que façam o uso racional dos medicamentos e não sofram de nenhum RNM em virtude de uma interação medicamentosa seja por potencialização ou diminuição do seu efeito.

O farmacêutico aplicando a atenção farmacêutica para pacientes com transtornos mentais, fica ciente dos medicamentos que eles utilizam bem como as principais interações que podem ocorrer, a partir de então pode sugerir uma intervenção que

possibilite a resolução desses problemas, salientando que o médico prescritor deve estar de acordo com a intervenção.

Outro fato importante de ser enfatizado é no momento da dispensação do medicamento, o profissional poderá se informar com o paciente se ele utiliza mais algum tipo de medicamento e verificar se existe alguma interação na sua farmacoterapia.

No estudo feito por Alano, Corrêa e Galato (2012, p.760) houve 163 medicamentos envolvidos com PRMs, respectivo ao sistema nervoso eram (33,1%), sendo o clonazepam responsável por 3,7% do total.

Nesse estudo, as interações medicamentosas foram causadoras de 14,5% dos PRMs estando relacionadas [...], à segurança, representadas por medicamentos do SNC, como por exemplo, a interação medicamentosa entre paroxetina e risperidona, [...] (ALANO; CORRÊA; GALATO 2012, p.761).

Na interação entre paroxetina e risperidona, ocorre um aumento do nível plasmático da risperidona ocasionando uma elevação dos sintomas extra-piramidais (ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012, p.761).

Outras interações medicamentosas foram expostas por Fridman e Filinger (2003, p.353) como, uso concomitante de IMAO e antidepressivos tricíclicos, aumento do metabolismo hepático provocado pelos barbitúricos, e redução do metabolismo hepático dos barbitúricos pela IMAO com aumento de sua toxicidade.

Em algumas vezes pode ocorrer do paciente ter um transtorno mental associada com uma comorbidade clínica, como uma cardiopatia por exemplo, nesses casos é ainda mais importante o cuidado na administração dos medicamentos para que não aconteça nenhum efeito indesejado.

Os estudiosos Teng, Humes e Demetrio (2005, p.155) citam que alguns antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, os antidepressivos tricíclicos e os novos antidepressivos (Bupropiona, Mirtazapina, Venfalaxina e Duloxetina) podem tratar a depressão porém elevar o risco cardiovascular por apresentarem características cardiotóxicas, mesmo que seja em níveis terapêuticos. A tabela abaixo demonstra as classes de antidepressivos utilizados em pessoas com depressão e comorbidade clínica e quais os possíveis efeitos adversos que podem surgir.

Tabela 3- Medicamentos utilizadas no tratamento da depressão em pacientes com comorbidades clínicas

Classe	Nome	Dosagem usual (mg/dia)	Indicações de uso	Perfil de efeitos adversos
ISRS	Fluoxetina	20-80	Baixo potencial arritmogênico, mesmo em doses elevadas.	Grande potencial de interações medicamentosas(exceto citalopram,escitalopram e sertralina). Agitação, alteração do sono, disfunção sexual e distúrbios gastrintestinais.
	Sertralina	50-200		
	Paroxetina	20-60		
	Citalopram	20-60		
	Escitalopram	10-30		
	Fluvoxamina	50-150		
Antidepressivo tricíclico	Nortriptilina	50-150	Eficácia comprovada nessa população. Útil em pacientes com depressão associada á dor, inapetência ou insônia	Antiarrítmico 1A (risco de arritmias cardíacas). Baixa incidência de efeitos anticolinérgicos(boca seca, visão borrada, constipação, tontura e hipotensão)
Novos antidepressivos	Bupropiona	150-300	Útil em pacientes com hipersônia, lentificação psicomotora, ou disfunção sexual induzida por ISRS	Agitação, insônia, náusea e convulsões.
	Mirtazapina	15-45	Eficaz em depressões graves, melhora da ansiedade, apetite e distúrbios do sono. Poucas interações medicamentosas.	Ganho de peso, sedação, lentificação cognitiva, distúrbios motores.
	Venlafaxina	75-300	Eficaz em depressões graves, menor interação medicamentosa que do que os ISRS.	Hipertensão sistólica (doses mais altas). Agitação, insônia, perda de peso e disfunção sexual.
	Duloxetina	60-120	Poucas interações medicamentosas, limitadas ao CYP 2D6 . Ação dual benéfica contra dor.	Náuseas, (início do tratamento). Elevação da PA dose-dependente.

Fonte: TENG; HUMES; DEMETRIO (2005).

Uma das maiores queixas de pacientes que utilizam psicotr3picos 3 o ganho de peso. No trabalho de Azevedo e outros (2007, p.188) 3 salientado que praticamente todos os antipsic3ticos est3o associados a aumento de peso e os mais relacionados s3o a clozapina e olanzapina, apesar de existir estudos que afirmam que a quetiapina e a risperidona t3m aumentam o risco de obesidade.

Teixeira e Rocha (2006, p. 187) relacionam o ganho de peso provocado pelos antipsic3ticos com o bloqueio dos receptores H1 bem como pelo fato de que alguns destes medicamentos bloquearem os receptores histam3nicos, estuda-se a afinidade desses receptores com o ganho de peso, sendo a olanzapina o medicamento que possui maior afinidade.

Sabe-se t3m que o bloqueio dopamin3rgico provocado por esses medicamentos ocasiona efeitos orex3genos (produ3o do apetite) o mesmo fato 3 provocado pelo bloqueio dos receptores serotonin3rgicos 5HT2C (TEIXEIRA; ROCHA, 2006, p.187).

Al3m do ganho de peso os pacientes que utilizam antipsic3ticos t3m se queixam de efeitos relacionados a fun3o sexual, um dos fatores importantes que levam a n3o ades3o ao tratamento, sendo t3m considerado o mais dif3cil de se lidar (NATIONAL SCHIZOPHRENIA FOUNDATION apud CORD3S; LARANJEIRAS 2006, p. 169).

No tratamento da ansiedade s3o utilizados v3rios medicamentos dentre eles os BZD, o qual uma dos principais inconvenientes e que podem levar ao abuso ou depend3ncia. Outro medicamento utilizado 3 a buspirona que tem como efeitos adversos n3useas, vertigem, cefal3ia, e em algumas vezes nervosismo e excita3o (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO, 2001 p. 235).

2.7.2 Contribui3o do farmac3utico na aplica3o de aten3o farmac3utica aos pacientes com transtornos mentais

Na literatura 3 dif3cil encontrar casos de aten3o farmac3utica aplicada aos pacientes com transtornos mentais, s3 foram encontradas duas refer3ncias abordando esse assunto.

O autor Gon3alves (2011, p.30) realizou aten3o farmac3utica com uma paciente com transtorno mental do Caps - Leste no munic3pio de Teresina. Foram feitas

entrevistas e estudo do prontuário da paciente. Ao todo foram feitas 10 entrevistas ao longo de 5 meses com a paciente.

Os problemas de saúde apresentados eram hipertensão arterial sistêmica e transtorno afetivo bipolar. A paciente fumava, ingeria bebida alcoólica, não praticava exercícios físicos e não fazia uma dieta balanceada (GONÇALVES, 2011, P.34).

Ainda de acordo com Gonçalves (2011, p.34) os medicamentos utilizados pela paciente eram: carbamazepina (200 mg), clonazepam (2mg), haloperidol (1mg), hidroclorotiazida (25mg) e maleato de enalapril (5mg). Os sintomas queixados por ela eram: sonolência, tontura, náuseas, confusão mental, dentre outros sintomas

Nas primeiras entrevistas a paciente relata que não tomava a medicação de acordo com a prescrição médica e não demonstrava interesse em realizar o tratamento de forma adequada devido às várias reações adversas (GONÇALVES, 2011, p.35).

O autor solicitou a realização de exames laboratoriais para analisar perfil lipídico, glicemia, TGO, TGP e fosfatase alcalina. Verificou a possibilidade de interações medicamentosas entre os medicamentos e analisou que a dose da carbamazepina estava elevada. Verificou-se também que a paciente utilizava muitos alimentos fermentados como queijos, vinhos tintos, chocolates entre outros que poderiam ter interação com os medicamentos. Depois dos resultados laboratoriais observou-se taxas elevadas do perfil lipêmico. Com o passar das entrevistas e dos conselhos do farmacêutico para tentar manter um hábito de vida saudável a paciente foi se sentindo estimulada e reduziu o consumo de tabaco, abandonou a ingestão de álcool e relatou que estava tendo uma vida mais saudável (GONÇALVES, 2011, p.35).

A paciente no final das entrevistas agradeceu a oportunidade de ter um acompanhamento farmacoterapêutico e seguiu corretamente as instruções do farmacêutico, relatou que as suas reações adversas tinham diminuído bastante e estava muito bem (GONÇALVES, 2011,p.39).

Ao longo das 10 entrevistas foram identificados os seguintes PRMs: PRM 1, 4, 5 e 6. As intervenções sugeridas foram as seguintes: alertar para uso correto do medicamento de acordo com a prescrição médica, orientar sobre a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico e alertar o médico para a redução da posologia da carbamazepina (GONÇALVES, 2011,p .55).

Apesar desse estudo ter sido feito com somente uma paciente, pode-se dizer que ele logrou êxito, pois o acompanhamento farmacoterapêutico fez com que os hábitos de vida da paciente mudassem, ela passou a ter uma melhor qualidade de vida e

sentiu-se estimulada e feliz por perceber que o seu tratamento estava surtindo efeitos.

Dois estudos de casos foram relatados por Marques (2009, p.33) em que foram feitos atenção farmacêutica para pacientes com transtornos mentais.

O primeiro caso é de uma paciente, MASB, 39 anos, sexo feminino, do lar. Portadora de distúrbios mentais utiliza maleato de levomepromazina 25 mg (0-0-1) e cloridrato de biperideno 2mg (1-0-0). Interrompeu o uso de haloperidol 5mg sem autorização médica. Ela queixava-se de ganho de peso após o início do tratamento. Não ingere bebida alcoólica e fuma 20 cigarros de palha por dia. A paciente sofre de um problema de saúde associado a insegurança não quantitativa da medicação. Pois vários medicamentos antipsicóticos podem levar ao aumento de peso, não dependendo da dose. Alguns medicamentos antipsicóticos atípicos não possuem essa característica. (MARQUES, 2009,p.34)

O problema não foi resolvido, pois a paciente não tem condições financeiras de comprar um antipsicótico atípico como a risperidona, que tem menor possibilidade de levar ao ganho de peso. A paciente aceitou o PRM, após conscientização da necessidade de usar os medicamentos e ter um controle alimentar (MARQUES, 2009, p.34).

Como a paciente não tem condições financeiras de adquirir o medicamento, através do componente especializado da assistência farmacêutica, o SUS fornece outros tipos de antipsicóticos atípicos como a quetiapina e a olanzapina de maneira gratuita. Dessa forma o farmacêutico poderia intervir relatando para o médico sobre essa possibilidade de aquisição do medicamento para que seja feita uma intercambialidade.

O segundo caso foi do paciente FSS, 23 anos, sexo masculino, estudante. Portador de depressão endógena e síndrome do pânico. Em tratamento com paroxetina 30mg (1-0-1), bromazepam 3mg (0-0-1) e flunitrazepam 1mg (0-0-1). Queixando- se dos seguintes sintomas: tremor excessivo, visão dupla, esquecimento de fatos recentes e queimação no estômago. O paciente consome em média 1 litro de café por dia, não pratica nenhum exercício físico e não realiza nenhuma dieta.O paciente sofre de um problema de saúde associado à insegurança não quantitativa da medicação, a paroxetina leva a um aumento da acidez ácida por ser um inibidor seletivo da recaptção da serotonina, a qual estimula receptores do trato gastrointestinal, ocasionando aumento da secreção gástrica(MARQUES, 2009, p.35).

Ele também sofre de um problema de saúde associado com a insegurança quantitativa, pois ocorre interação entre dois benzodiazepínicos fazendo com que ocorressem efeitos indesejados (MARQUES, 2009, p.35).

Foi feito um comunicado ao médico, informando sobre o estado do paciente e ele suspendeu o flunitrazepam e inseriu risperidona 1mg (0-0-1) tendo resolvido o problema. Em relação a acidez gástrica, o médico alterou a dose de paroxetina para 45mg (1-0-0) administrando-a com o estômago cheio (MARQUES, 2009, p.36)

O usuário foi aconselhado a não consumir grandes quantidades de café, já que segundo algumas literaturas a cafeína é panicogênica. O mesmo continua sob seguimento farmacoterapêutico. (MARQUES, 2009, p 35)

2.7.3 A contribuição da família no tratamento de pacientes com transtornos mentais

É importante salientar a participação da família no tratamento do paciente com transtorno mental. Muitas vezes é difícil um ente próximo saber lidar com a doença do paciente, como na esquizofrenia que existem sintomas de delírios, alucinações.

De acordo com o estudo de Colvero, Ide e Rolim (2004, p.202) a família ao relatar sobre sua convivência com o familiar doente, afirma que a insegurança e o desconforto são proeminentes, pois convivem com a sensação de algo súbito possa acontecer em qualquer momento.

Já Gonçalves e Sena (2001, p.52) indicam que algumas famílias de pacientes com transtornos mentais relataram ser muito difícil sustentar um membro da família que não possui condições de trabalhar devido a sua doença, principalmente quando não existe uma renda familiar alta.

Macedo, Andrade e Silva (2009, p.19) afirmaram que a doença mental é cheia de estigmas, que acabam atingindo os membros da família, que na maioria das vezes já carregam consigo preconceitos em relação a doença mental.

Outro importante problema relacionado a este assunto foi salientado por Sena e Gonçalves (2001, p.51) que na prática, grande parte dos profissionais de saúde dificilmente estão dispostos a trabalhar com a subjetividade do paciente, com isso esperam que as famílias aceitem o seu familiar com uma doença mental sem oferecer orientações adequadas.

Caso os profissionais de saúde fossem capacitados para lidar com a subjetividade dos pacientes e soubessem oferecer orientações ao familiar do paciente como:

explicar o seu tratamento farmacológico, bem como quais os efeitos adversos que possam surgir, a família não ficaria tão sobrecarregada e o tratamento terapêutico do paciente teria uma maior efetividade.

O medicamento é visto pelas famílias como a melhor solução para esses pacientes, pois é a maneira de melhorar os sintomas, evitar recaídas e possíveis crises. Assim o cuidador do paciente deve ter as orientações e conhecimento necessário mesmo que mínimo sobre a medicação, como: posologia e horário de administração.

Diante de todas as problemáticas vividas por uma família que tem um paciente com transtornos mentais, cabe ao farmacêutico orientar ao cuidador sobre o tratamento do transtorno, os sintomas causados, salientar a importância da farmacoterapia e o uso correto do medicamento, bem como os efeitos adversos que poderão ocorrer.

Com a contribuição de um profissional habilitado, minimiza-se os pontos críticos e a família sente-se mais confiante com o tratamento de um paciente com transtorno mental, percebendo que a probabilidade de uma vida normal existe e é tão maior quanto mais forem submetidos a um acompanhamento por um farmacêutico.

2.7.4 Declaração do presidente do CFF sobre a contribuição do Farmacêutico na saúde mental

Ciente da importância de ter a assistência e atenção farmacêutica na saúde mental e que a presença do farmacêutico é ainda muito pequena, o Conselho Federal de Farmácia (2010) orientou a participação dos profissionais na IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

O presidente do Conselho Jaldo de Souza Santos propõe que a Assistência Farmacêutica na área da saúde mental seja caracterizada em dois eixos principais: Ações Técnico-Assistenciais e Ações Técnico-Gerenciais. Que as Ações Técnico-Assistenciais tenham como foco o paciente, e não o medicamento e que sua ação seja aliada com as outras práticas, da atenção à saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade do serviço (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

O presidente enfatiza o foco da assistência para o paciente e não o medicamento, que seja um processo educacional no qual o profissional explique porque o paciente utiliza um dado medicamento, e que ele deve ser administrado corretamente e de forma racional. Que o farmacêutico ofereça condições para que o paciente possa compreender a sua doença (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

Espera-se que essa proposta tenha motivado os farmacêuticos a participarem da conferência, e que tenha possibilitado compreender as particularidades da farmácia clínica aplicada aos pacientes com transtornos mentais. O farmacêutico tem grande importância na saúde pública, como também na área de saúde mental, pois pode compartilhar o seu conhecimento na elaboração de estratégias para proporcionar uma qualidade de vida para esses pacientes.

A Secretária Geral do Conselho, Lérica Maria Vieira, representante no CNS, salientou ser uma nova área de atuação para o farmacêutico, e também relatou existir a necessidade da assistência farmacêutica com qualidade na área de saúde pública (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

2.7.5 Contribuição do farmacêutico com a prescrição farmacêutica

A prescrição farmacêutica faz com que o profissional se aproxime ainda mais do paciente, fique ciente da farmacoterapia utilizada por ele bem como alerte sobre possíveis RNMs que possam futuramente ser causado pela medicação e assim evitá-los ou minimizá-los. Além de ser uma tendência mundial de grande importância para o profissional.

Apesar do farmacêutico não ser habilitado para a realização de diagnóstico, ele é o principal profissional que domina a área de medicamentos, seja a parte de farmacodinâmica ou de farmacocinética, por este fato fica claro que ele tem conhecimento suficiente para prescrever medicamentos e pode ajudar muito para um melhor tratamento farmacoterapêutico.

O farmacêutico podendo prescrever possivelmente evitaria muitos casos de automedicação, muitas vezes os pacientes vão as drogarias para adquirir um medicamento por indicação de amigos ou parentes, ou por alguma propaganda na mídia, não existe critérios com finalidade terapêutica para essa aquisição, e muitas vezes o paciente sequer sabe dos riscos que um medicamento pode causar sendo administrado da forma incorreta ou até mesmo se associado com algum outro medicamento. Nesse momento o profissional informa sobre as possibilidades de interação medicamentosa, e dos males da automedicação.

Evitando a automedicação é uma maneira de se também evitar as intoxicações causadas por medicamentos, como por exemplo, o paracetamol, um medicamento

isento de prescrição, muito utilizado pela população mas que se for administrado várias vezes, pode ser tóxico ao organismo. Segundo Itho (2007, p.95) a toxicidade em adultos ocorre quando a dose for maior que 7,5g, e tem relatos de óbito com doses superiores a 15g, entre os sintomas de intoxicação estão: náusea, vômito, vertigem, erupção cutânea, etc. Como o profissional é ciente dessas informações ele salienta ao paciente sobre a posologia correta do medicamento, e alerta sobre a intoxicação.

A prescrição farmacêutica tem como um dos importantes motivos valorizar a profissão farmacêutica, que infelizmente ainda é visto por muitos por aquela pessoa que simplesmente “vende medicamentos”. Além de também preocupar-se com o uso racional de medicamentos, com a prescrição possivelmente haveria uma maior conscientização da população sobre a maneira correta de administrar medicamentos.

A prescrição farmacêutica influencia diretamente em duas áreas muito importantes como a assistência farmacêutica que é a parte que abrange todo o ciclo do medicamento, que especificamente na prescrição farmacêutica estaria relacionada ao ato da dispensação e também a atenção farmacêutica devido a formação de um elo profissional-paciente com um possível surgimento de um acompanhamento farmacoterapêutico.

Conforme a Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013, no artigo 3º:

define-se a prescrição farmacêutica como ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013, p. 3)

O artigo 3º da resolução deixa bem claro que o maior objetivo é e sempre será a manutenção da saúde do paciente e nada mais do que justo o farmacêutico propiciar essa ajuda aos pacientes.

Na resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 segundo o Conselho Federal de Farmácia (2013, p.5) dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico entre elas:

- VII - Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento;
- XV - Prevenir, identificar, avaliar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia.

Essa resolução demonstra claramente a aproximação do farmacêutico ao paciente, fazendo com que a atenção farmacêutica seja colocada em prática, visando o melhor acompanhamento farmacoterapêutico.

2.7.6 Conduas farmacêuticas baseadas em evidências científicas

Para o paciente ter o melhor acompanhamento farmacoterapêutico é de grande importância que a conduta do farmacêutico seja baseada em evidências, ou seja, que as informações passadas para o paciente sejam alicerçadas por um conhecimento científico.

Em muitos casos só o conhecimento adquirido na graduação, não é suficiente para uma boa conduta farmacêutica, por isso é necessário que o profissional esteja disposto a se interar dos conhecimentos de caráter científico.

Entre os conhecimentos de caráter científico estão: “ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta análises, com relevância clínica e que tenha aplicabilidade às condições locais” (HOPIE, 2010, p. 2).

Pelo fato de existir grande número de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, pelas inúmeras propagandas fornecidas pela mídia e também pelo grande acesso que os prescritores têm aos representantes de medicamentos, o farmacêutico tem o grande desafio de criar habilidades técnicas para uma avaliação crítica e também aplicar informações científicas sobre a terapêutica (HOPIE, 2010, p. 2).

O profissional que já é acostumado a ter sua conduta baseada em evidências científicas, quando avalia uma prescrição, por exemplo, pode identificar e solucionar erros que possam surgir. Casos de erro de posologia ou tempo de administração, ou até mesmo quando o medicamento prescrito não foi o melhor indicado para aquele tipo de doença.

Com isso o farmacêutico influencia diretamente na qualidade de vida do paciente, pois ele minimiza os riscos que afetam o seu estado de saúde. A partir da detecção do erro na prescrição, ele se comunica com o prescritor para que o erro seja desfeito, e nesse caso como o farmacêutico já tem um conhecimento científico embasado, a comunicação com o prescritor seria facilitada.

No estudo elaborado por Guzzato e Bueno (2007, p. 23) um dos maiores erros identificados nas prescrições foi em relação a posologia, outros erros também foram constatados como: legibilidade, via de administração e concentração.

Se todos os profissionais farmacêuticos tivessem suas condutas baseadas em evidências científicas, pode-se dizer que certamente os erros identificados nas prescrições seriam minimizados e os pacientes não teriam a qualidade de vida prejudicada. Mas para que isso aconteça é necessário empenho e dedicação por partes dos profissionais, para que eles possam oferecer o melhor tratamento terapêutico.

As condutas baseadas em evidências representam um processo contínuo de aprendizado para o profissional, sem as evidências as condutas tornam-se irracionais e desatualizadas (WANNMACHER, p.2).

A conduta baseada em evidências especificamente em relação a pacientes com transtorno mentais, em relação por exemplo, ao diagnóstico os estudos transversais podem ser uma boa evidência e em relação a terapia pode-se utilizar estudos randomizados (LIMA; SOARES; BACALTCHUK, 2000, p. 143).

Tem se o exemplo de um caso clínico em que o paciente questiona o psiquiatra se os antidepressivos melhorariam seu estado de “tristeza e desânimo”, o médico por sua vez poderia responder por si só ao questionamento do paciente, mas ele optou por buscar evidências científicas que comprovam que os antidepressivos melhorariam sua distímia (LIMA; SOARES; BACALTCHUK, 2000, p. 144).

A conduta baseada em evidências feita em pacientes com transtornos mentais e de grande relevância pelo fato de serem pacientes que muitas vezes utilizam mais de um medicamento e também por algumas vezes os medicamentos apresentarem muitas reações adversas, por isso é necessário que o profissional busque por evidências científicas que respaldem a sua conduta e também possibilite que o paciente tenha o melhor tratamento farmacológico.

2.8 PROPOSTA DE UM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Como existem poucos estudos que abordam a atenção farmacêutica aos pacientes com transtornos mentais, surge a necessidade de propor um acompanhamento farmacoterapêutico a esses pacientes, o qual se buscará no método dáder, por ser um dos mais utilizados no Brasil, porém com algumas modificações pois os pacientes em questão necessitam de um tratamento diferencial.

A primeira etapa seria a oferta de serviço que como o próprio nome já diz é oferecer ao paciente o acompanhamento farmacoterapêutico, explicando como isso poderá ajudar na sua qualidade de vida. Existem alguns indicativos no paciente que sugerem que seja feita o acompanhamento como: quando ele tem alguma dúvida em relação ao medicamento, relata alguma queixa do medicamento ou PRM, quando ele tem alguma preocupação em relação ao seu medicamento ou seus problemas de saúde.

O farmacêutico deve evitar utilizar palavras muito técnicas, deve tentar uma aproximação com o paciente de uma maneira normal, como se estivesse conversando normalmente com uma pessoa, perguntar o que ele gosta de fazer, se tem filhos, se trabalha, para que assim o paciente fique mais a vontade e a conversa flua de maneira mais fácil.

Se por acaso não for o próprio paciente que solicitará por uma ajuda ao farmacêutico por ter dúvidas no seu tratamento medicamentoso for algum familiar que tenha essas dúvidas, pois é ele o cuidador do enfermo, o profissional deve conter todas as informações do paciente com essa pessoa para que depois de ciente dos problemas de saúde e os medicamentos que utiliza, possa traçar um acompanhamento farmacoterapêutico adequado. Se não for possível fazer o acompanhamento com o paciente por ele não estar em pleno estado de lucidez ou outro fator que o impossibilite, o responsável será o seu cuidador.

Por fim deve ser combinado o dia e a hora da primeira entrevista, informar o paciente que ele traga a sacola de medicamentos, com todos que ele utiliza seja os atuais e também os que já utilizou. E também toda a documentação clínica, como análises laboratoriais, relatórios com diagnóstico e outros (HERNÁNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.33).

É necessário que fique claro que o profissional deve estar seguro e habilitado para fazer o acompanhamento farmacoterapêutico com esses pacientes, que ele já tenha

prática com outros pacientes com enfermidades mais leves como: diabéticos ou hipertensos.

A segunda etapa seria a primeira entrevista, através dela obtêm-se os problemas relacionados á saúde do paciente e os medicamentos que ele administra. A entrevista dividi-se em três partes: preocupações e problemas de saúde, medicamentos e revisão geral por sistemas (HERNÂNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.36).

Na parte de preocupação e problemas de saúde o farmacêutico questiona o paciente sobre quais são seus problemas de saúde, como dito anteriormente o profissional deve evitar palavras técnicas, o tom da conversa tem que ser normal para que o paciente não se sinta inferiorizado em relação ao farmacêutico. Como por exemplo: “Como vai o Senhor? Tem passado bem ultimamente? Alguma coisa o vem incomodando?”

O farmacêutico deve conduzir a conversa de maneira que obtenha as informações necessárias, deixando sempre o paciente à vontade e se por ventura ele sair do foco da conversa o profissional deve intervir para que voltem no assunto, mas de uma maneira que o paciente não se sinta repreendido.

É importante saber o nível de preocupação que o paciente tem em relação ao seu problema de saúde e quando ele se iniciou. E também conhecer o seu estilo de vida, como por exemplo se ele faz alguma atividade física, se segue alguma dieta, se tem algum vício (álcool, cigarro e outros) .

Nessa parte pode-se anotar os problemas de saúde no documento adequado.

Ilustração 2 - Ficha de problemas de saúde

Entrevista Farmacêutica: **Problemas de Saúde** Data: Folha: /



Problema de Saúde: _____ Início: _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____

Fonte: Hernández, Castro e Dáder (2009).

Na parte relacionada com os medicamentos é necessário que se identifique o conhecimento e a adesão do paciente, como também a eficácia, segurança e efetividade de cada um dos medicamentos usados, e para que isso aconteça é importante fazer umas perguntas como:

- Quando você começou a utilizar esse medicamento?
- Foi o médico que prescreveu? (pode-se perguntar para ficar de uma maneira mais simples se foi o médico que pediu)
- Você por acaso sabe para que está tomando esse medicamento?
- Está se sentindo melhor com ele, ou existe algo que lhe incomode?
- Normalmente você lembra de tomar esse medicamento?

Pode-se também utilizar de uma ficha para preencher os medicamentos utilizados pelo paciente, bem como a substância ativa e o problema de saúde em questão.

Ilustração 3 - Ficha de medicamentos

Entrevista Farmacêutica: **Medicamentos** Data: Folha: /

Medicamento: _____		Percepção da Efetividade: <i>tá melhor?</i> _____	Data de início	
Substância Ativa: _____			Data de fim	
P.S. que trata: _____		Percepção da Segurança: <i>algo de estranho?</i> _____	Modo de uso e de administração	
Posologia prescrita			Observações	
Posologia utilizada				
Prescritor: _____				

Fonte: Hernández, Castro e Dáder (2009).

Por fim na parte de revisão geral por sistemas, que consiste em realizar uma série de perguntas sobre o funcionamento ou estado do organismo, por aparelhos e sistemas, desde a cabeça aos pés (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2010, p.39).

Pode-se perguntar se o paciente apresenta tonturas, se tem problemas de visão, audição, se tem dores na coluna ou em alguma outra parte do corpo entre outras perguntas.

Nessa fase o paciente pode mencionar algum problema de saúde que não foi mencionado anteriormente, como também o farmacêutico pode verificar as informações já obtidas.

Nas entrevistas feitas com o paciente com transtorno mental é muito importante que o paciente se sinta acolhido e seguro, que ocorra o estreitamento da relação farmacêutico paciente.

Se na entrevista o paciente indica que não exerce atividade física, que o farmacêutico o estimule, se ele relatar que fuma muito que o profissional mostre os malefícios do consumo de tabaco, que ele demonstre felicidade quando o paciente estiver bem. Porém o profissional não deve se envolver com a história do paciente, de forma que isso pode prejudicar tanto o farmacêutico como o próprio desenvolver do acompanhamento farmacoterapêutico.

Para que o profissional desenvolva a entrevista de maneira eficaz é importante que ele tenha um local específico (uma sala) para isso, que seja um ambiente calmo e que não tenha interrupções de outras pessoas.

A terceira etapa seria o estado de situação em que se obtêm a relação dos problemas de saúde e os medicamentos do paciente numa determinada data. Isso é feito com o preenchimento de um documento, nessa proposta de acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com transtornos mentais não se avalia a necessidade de fazer alterações nos documentos do método dáder.

Em relação a posologia, o farmacêutico deve verificar a informação do paciente, pois em alguns casos ele pode afirmar que toma a medicação mas na cartela por exemplo é encontrado o medicamento ou ele também pode ter jogado fora, em alguns casos o profissional deve entrar em contato com a família para colher informações sobre este fato.

O documento que representa o estado de situação está no anexo A, para um melhor entendimento de como é feito o preenchimento da ficha.

Já na quarta etapa na fase de estudo é a fase que permite obter informação objetiva sobre os problemas de saúde e a medicação do paciente. Tem o objetivo de encontrar a melhor evidência clínica disponível a partir de uma pesquisa de informação, utilizando fontes relevantes tendo como foco a situação clínica do paciente (HERNÁNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.50).

Nessa fase é fundamental que o profissional tenha o conhecimento teórico bem concretizado, como farmacologia dos psicotrópicos, patologia clínica, psiquiatria clínica, interações medicamentosas e outros.

Em alguns casos o paciente precisará de um tratamento psicológico aliado a farmacoterapia, é quando o farmacêutico deve incentivá-lo realizar esse tratamento para que ele tenha melhoras no seu quadro clínico.

Deve-se procurar na literatura as causas que sugerem os sinais e sintomas que o paciente possa ter, se o profissional não encontrar em livros deve procurar uma literatura especializada seja em artigos ou manuais online. As atitudes e tomadas de decisões clínicas do profissional tem que estar fundamentadas nas evidências clínicas disponibilizadas na literatura especializada.

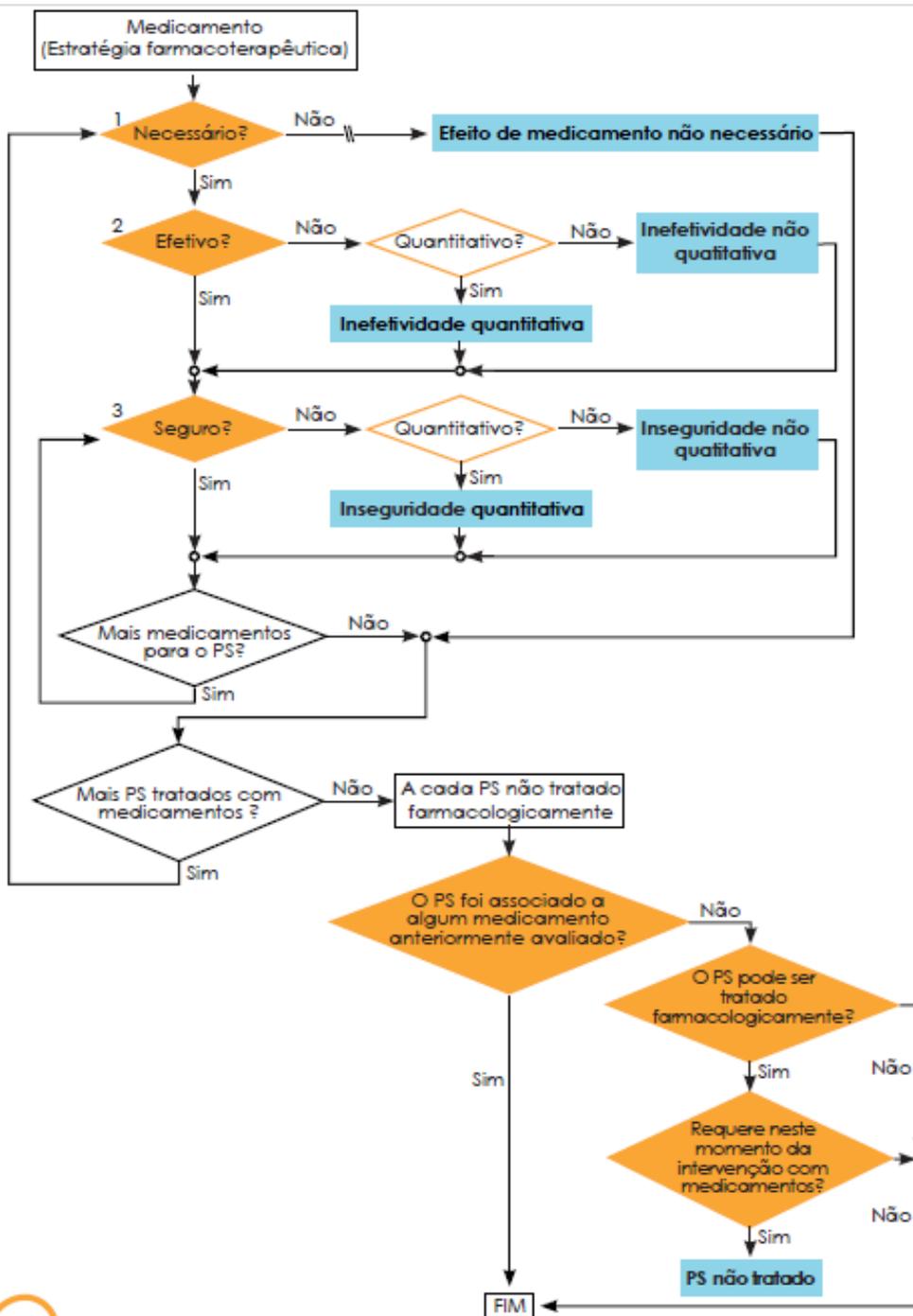
O farmacêutico deverá analisar as situações de gravidade que indiquem a recomendação de um médico psiquiatra.

Se o paciente já fizer um acompanhamento com o psicólogo, ou terapeuta ocupacional é necessário que o farmacêutico converse com esses profissionais para estabelecer a melhor farmacoterapia para o paciente.

O profissional deve esclarecer para o paciente com transtorno mental a importância de administrar o medicamento na posologia correta, no horário correto. Se por acaso o paciente tiver dificuldades com relação ao horário, que o profissional lance mão de artifícios como: desenhos que esquematizem um melhor entendimento como por exemplo, o sol para indicar o dia e a lua para indicar a noite, esses desenhos deve ser feitos na embalagem do medicamento. Já em relação a posologia deve frisar que se o paciente não administrar na dosagem correta o seu problema de saúde pode não ser melhorado.

Na fase de estudo é de extrema importância que o profissional saiba as interações medicamentosas, pois pacientes com transtornos mentais na maioria das vezes utilizam mais de um medicamento e também podem ter alguma comorbidade clínica, ou seja, o paciente pode ser depressivo e cardiopata.

Esquema 1- Esquema de identificação de RNM



Fonte: Hernández, Castro e Dáder (2009)

Na quinta etapa compreendida como fase de avaliação, tem como objetivo identificar os resultados negativos associados à medicação que o doente apresenta (HERNÁNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.61).

Nessa fase avaliará se o medicamento é necessário, seguro e efetivo é os possíveis RNM que possam surgir.

O medicamento é necessário quando o paciente apresenta um problema de saúde que justifique o seu uso. É efetivo quando atinge o objetivo terapêutico pretendido para a situação clínica do paciente. O medicamento é inseguro quando produz ou agrava algum dos problemas de saúde que aparecem no estado da situação (HERNÂNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.65).

Na sexta etapa considerada a fase de intervenção, tem como objetivo, resolver ou prevenir os RNM, preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados, ou assessorar e instruir o paciente. É a fase onde o paciente fica ciente e de acordo com as alterações que podem ocorrer na sua farmacoterapia.

Por isso a atenção farmacêutica estreita o elo com o paciente, pois ele também é o responsável pela melhora do seu quadro clínico. Porém o paciente pode ou não querer participar, fica a critério dele se quer somente seguir as orientações do profissional ou quer emitir a sua opinião sobre o melhor tratamento. A conversa deve ser de maneira educativa para que o paciente não fique com dúvidas.

Nessa fase o médico, no caso o psiquiatra fica ciente das intervenções farmacêuticas que serão tomadas podendo ser de acordo ou não.

O farmacêutico deve realizar um relatório em que consta o nome do paciente, os medicamentos utilizados, os problemas de saúde, os RNM, as possíveis causas que resultaram o RNM e a alternativa farmacoterapêutica mais apropriada para o paciente. Por fim o farmacêutico deixa claro que cabe o médico aceitar ou não a intervenção e está disposto a ajudá-lo em caso de dúvidas (HERNÂNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.74).

Se o seguimento farmacoterapêutico for realizado no CAPS é interessante que exista uma relação de interdisciplinaridade entre os profissionais, que o psiquiatra não tenha dúvidas que o farmacêutico possui o conhecimento necessário para fazer as intervenções. Que ambos possam contribuir da melhor maneira para o ótimo tratamento para o paciente. A partir do momento que o psiquiatra tiver confiança no farmacêutico, ele poderá sempre tirar dúvidas em relação a farmacoterapia do paciente, já que o profissional do medicamento é o farmacêutico.

Um dos principais objetivos dessa fase é prevenir os possíveis RNM que possam surgir e manter os resultados positivos que foram alcançados, tendo sempre como foco a qualidade de vida do paciente.

É extremamente importante que o paciente já tenha confiança e segurança no farmacêutico, que fique claro para ele que o profissional tem o conhecimento

necessário para poder ajudá-lo no seu tratamento, para que nessa fase ele reconheça que todas as intervenções serão benéficas para a sua saúde.

Quadro 2 - Tipos de intervenções

Categoria	Intervenção	Definição
Intervir na quantidade de medicamentos	Alterar a dose	Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez.
	Alterar a dosagem	Alteração na frequência e/ou duração do tratamento.
	Alterar a frequência da administração (redistribuição da quantidade)	Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as tomas do medicamento ao longo do dia.
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento (s)	Incorporação de um novo medicamento aos que o doente já usa (não substitui)
	Retirar um medicamento (s)	Abandono da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o doente utiliza.
	Substituir um medicamento (s)	Substituição de algum medicamento dos que o doente utilizava por outros de composição diferente, diferente forma farmacêutica ou via de administração.
Intervir na educação ao doente	Educar no uso do medicamento (diminuir o incumprimento involuntário)	Educação nas instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento.
	Alterar atitudes respeitantes ao tratamento (diminuir incumprimento voluntário)	Reforço da importância da adesão do doente ao seu tratamento.
	Educar nas medidas não farmacológicas	Educação do doente em todas as medidas higieno-dietéticas que favoreçam a realização dos objetivos terapêuticos.
<p>Não está claro: Não se estabelece com clareza qual é a ação que se deveria realizar. Encaminha-se ao médico para que este avalie a situação do doente e leve a cabo a ação mais adequada.</p>		

Fonte: Hernández, Castro e Dáder (2009)

Para um melhor entendimento de como é feita a ficha de intervenção, o documento está no anexo B.

Na sétima e última etapa estão as entrevistas farmacêuticas sucessivas, após a fase de intervenção fecha o processo de seguimento do paciente. A partir daqui, o

acompanhamento farmacoterapêutico ao paciente só termina quando este ou o farmacêutico decidirem abandoná-lo (HERNÂNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.77).

Essa etapa tem como objetivo verificar se as intervenções surtiram resultados, e também analisar se é necessária a realização de mais intervenções. Convém que através das entrevistas sucessivas se conheça os problemas de saúde e os medicamentos que o paciente administra no momento (HERNÂNDES; CASTRO; DÁDER, 2010, p.78).

O farmacêutico deve sempre salientar pacientes com transtornos mentais o uso racional dos medicamentos, que a compra seja sempre feita com receita e não comprar por indicação de vizinhos ou amigos.

Todas as etapas do acompanhamento farmacoterapêutico foram elaboradas a fim de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais, bem como fomentar a aproximação do farmacêutico com esses pacientes. Uma maneira de solucionar os possíveis RNM que possam surgir na sua terapia medicamentosa e também salientar aspectos importantes relacionadas a ela como: uso racional e seguro e adesão ao tratamento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ciente de que existem poucos estudos da atenção farmacêutica no âmbito da saúde mental, fica a dúvida do porque isso acontece se é por causa da falta de interesse por parte dos profissionais ou falha por parte do governo, que não criou oportunidades para aplicar a atenção farmacêutica a esses pacientes.

O profissional para aplicar a atenção farmacêutica nesses pacientes precisa muito mais do que um conhecimento teórico bem sedimentado, é necessário que ele saiba lidar com a subjetividade do paciente. O farmacêutico deve conhecer as políticas nacionais que existem nessa área, entender a reforma psiquiátrica bem como as instituições criadas a partir dela.

Já o governo criou leis, portarias para amparar esses pacientes além de ter criado a rede de atenção à saúde mental que inclui os CAPS, a ESF, porém existem falhas nesses sistemas. Nos centros de atenção psicossocial o farmacêutico quase não é mencionado pelos próprios pacientes, no programa de saúde da família os próprios profissionais relatam sentir dificuldades em lidar com o sofrimento psíquico, além de não existirem estratégias de saúde mental na ESF.

Como os centros de atenção psicossocial possuem uma equipe multidisciplinar, reforça-se a importância do farmacêutico nessa equipe, já que são dispensados medicamentos nesse serviço, que tenha a presença de farmacêuticos atuantes pois são insubstituíveis para exercer essa função.

O governo precisa capacitar os profissionais que lidam com pacientes com transtornos mentais da mesma forma que precisam criar estratégias de saúde mental na ESF, caso contrário existirão lacunas a serem preenchidas. E a aplicação da atenção farmacêutica seria bem difícil.

Ciente da epidemiologia dos transtornos mentais percebe-se a necessidade da criação de mecanismos para prevenir uma maior ascensão do número de pacientes, seja pelo diagnóstico mais minucioso para realmente ter a certeza de que a pessoa sofre de algum tipo de transtorno, seja pela participação de profissionais da área da saúde nas políticas públicas, incluindo o farmacêutico, para que sejam estudadas as melhores estratégias para proporcionar uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

O farmacêutico tem muito a contribuir na área de saúde mental, através da realização assistência farmacêutica com farmácia clínica ativa. Na assistência é de extrema importância que ele participe de todos os ciclos, desde a seleção até a distribuição e armazenagem de medicamentos, de forma que o paciente receba com segurança e eficácia o acesso ao medicamento a fim de evitar o não recebimento e a judicialização dos mesmos.

Já na atenção farmacêutica o profissional pode propor um acompanhamento farmacoterapêutico para tentar solucionar os possíveis RNM que possam vir a surgir durante o seu tratamento farmacológico. Porém como já foi citado o profissional além de ser capacitado para aplicar a AF deve ser habilitado, e saiba lidar com a subjetividade do paciente.

Características como uso racional de medicamentos e aumento da aderência ao tratamento farmacológico podem e devem ser objetivos atingidos pelo farmacêutico, principalmente pelo fato de alguns medicamentos causarem efeitos colaterais que contribuem para que o paciente perca a adesão ao seu tratamento.

A área de saúde mental merece um olhar atencioso, pois os transtornos mentais existem e acometem grande parte da população de todo mundo, mas parece que esse fato ainda não foi o suficiente para o governo. Pois os pontos críticos das políticas de saúde mental são considerados importantes e necessitam de solução o mais breve possível, afinal a população tem direito ao acesso dos princípios do SUS como a: equidade, integralidade e universalidade.

Historicamente os pacientes com transtornos mentais eram excluídos da sociedade, por serem considerados “diferentes” da população em geral, com os movimentos que surgiram na Itália que motivaram a reforma psiquiátrica viu-se a necessidade de ter um maior cuidado com esses pacientes a fim deles serem reinseridos de volta na sociedade, bem como a sua família, sua vida cotidiana.

De fato houve essa reinserção dos pacientes na sociedade, mas não foi de maneira integral, pois reinserir o paciente na sociedade sem oferecer, por exemplo, uma farmácia clínica e uma assistência farmacêutica plena ainda está longe de ser o suficiente.

A elaboração do acompanhamento farmacoterapêutico para esses pacientes foi a maneira de aproximar o farmacêutico a esses pacientes, já que esse elo ainda não

está sedimentado, bem como salientar que é possível a aplicação desse método a esses pacientes, certamente não é uma tarefa fácil, mas não é por isso que não deve-se ao menos tentar que ela seja feita e elaborada.

Se pelo menos esses pacientes tivessem acesso a essa atenção farmacêutica que ainda é muito pouco disseminada, poderia-se dizer que esses pacientes são bem assistidos e amparados pela saúde.

O que resta é o profundo desejo de que a realidade da saúde mental mude, que um dia o farmacêutico esteja inserido em todos os programas da saúde mental desde a ESF até na área da saúde pública ajudando na elaboração de políticas nessa área. Que ele esteja também inserido na equipe multidisciplinar de todos os Centros de Atenção Psicossocial não só no álcool e outras drogas, dispensando os medicamentos, fornecendo a farmácia clínica e interagindo com os outros profissionais para proporcionar a melhor terapêutica para esses pacientes. Por fim que a saúde mental minimize suas lacunas para que só assim o paciente tenha acesso universal e integral aos seus serviços.

REFERÊNCIAS

- ALANO, G. M ; CORRÊA, T. S ; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 757-764, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300023&script=sci_arttext>. Acesso em : 13 abr. 2013
- ALVES, C. F.et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**,v. 72, n. 2009. Disponível em:< <http://diariomental.org/portal/wp-content/uploads/2013/06/UMA-BREVE-HIST%C3%93RIA-DA-REFORMA-PSIQUI%C3%81TRICA-ARTIGO.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.
- ALENCAR, T. O. S; CAVALCANTE, E. A. B; ALENCAR, B. R. Assistência Farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.33, n.4, p. 489-495, 2012. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2381/1322> Acesso em: 14 abr. 2013.
- ANDREATINI, R; LACERDA, R. B; ZORZETTO, D. F. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira Psiquiatria**,v.23, n.4, 233-42, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7172.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2013.
- ANDRETTA, I; OLIVEIRA, M. S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicologia clinica**, vol.15, n.2, p.127 – 139, 2003. Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a10.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2013.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica:fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.3, p. 3603-3614, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900035&script=sci_arttext> Acesso em: 20 abr. 2013.
- ANTUNES, S. M; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 23, n.1, p.207-215, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100022&script=sci_arttext> Acesso em: 20 abr. 2013.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?.**Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, p.733-736, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2013.
- AZEVEDO, C. M. L. L et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**,v 34, supl 2, 184-188, 2007.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000800007&script=sci_arttext> Acesso em: 20 abr. 2013.

BALLARIN, M. L. et al. Centro de atenção psicossocial: Convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 603-611, out./dez. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000400011&script=sci_arttext> Acesso em: 20 abr. 2013.

BISSON, Marcelo. **Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**. 2ª edição. Barueri, SP. Manole, 2007.

BRAGA, Diene. et al., Estudo do uso racional medicamentos por usuários do centro de atenção psicossocial –caps VI. **Infarma**, v.17, n.7/9, p. 74-77, 2005. Disponível em:< <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/19/inf008.pdf>> Acesso em 21 abr. 2013.

BRASIL. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 29p, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf> Acesso em: 09 dez. 2013

BRASIL. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 86p, 2004. Disponível em:< http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 21 abr. 2013

BRASIL. Saúde Mental em Dados- 10. **Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Brasília, Ano VII, nº 10, 28p. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 05 maio. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília : CONASS, 2003. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf> Acesso em 05 maio 2013.

BRASIL. Lei 10.216/2001 (lei ordinária) 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. D.O eletrônico de 09/04/2001, P.2. Disponível em:< http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.216-2001?OpenDocument > Acesso em 05 maio 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental**. Brasília, 51p, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf > Acesso em : 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. **Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica**, Brasília, 7p, 2007.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2013.

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 dezembro de 2002. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível

em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf> Acesso em 21 de abr. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília, 86p, 2004.

Disponível em:<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf> Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Direção-Geral da Saúde/OMS**, Lisboa, 1ª edição, 205p, 2002.

Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf> Acesso em: 31 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 100p, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>

Acesso em: 31 de marc. 2013.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.1, p.161-170, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100021&script=sci_arttext> Acesso em: 31 mar. 2013.

CHAMERO, M.C.G. Pacientes psiquiátricos: La mejora de su calidad de vida a través de La atención farmacêutica. **O F F A R M**, v.23, n.4, p 104-109, 2004.

Disponível em:<

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13060305&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=9&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=4v23n04a13060305pdf001.pdf> Acesso em 31 mar. 2013.

COLVERO, L. A; IDE, C. A. C, ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola de Enfermagem USP**,v.38, n.2,p.197-205,2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf> > Acesso em: 31 mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. CFF orienta a participação de farmacêuticos na Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=385&titulo=CFF+orienta+a+participa%C3%A7%C3%A3o+de+farmac%C3%AAuticos+na+Confer%C3%AAncia+Nacional+de+Sa%C3%BAde+Mental>> Acesso em: 01 abri. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA , Conselho Regional de Farmácia do Paraná. A assistência farmacêutica no SUS. **Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR.** Brasília. 66p. 2009. Disponível em: < http://www.cff.org.br/userfiles/Manual%20SUS_internet.pdf> Acesso em: 01 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A assistência farmacêutica no SUS. **Conselho Regional de Farmácia do Paraná ; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia , Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR.** Brasília, 66p. 2009. Disponível em: <<http://www.sbfsc.org.br/site/admin/conteudo/pdfs/3174449762.pdf>> Acesso em : 06 abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013, Brasília: CFF, 2013. Disponível em:< http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf> Acesso em: 12 out. 2013

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013, Brasília: CFF,2013. Disponível em:< <http://www.ib.unicamp.br/ensino/graduacao/farmacia/files/farmacia/585.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2013

CORDÁS, T. A; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Revista Psiquiatria Clínica**,v. 33, n.3, 168-173, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a07v33n3.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2013.

CORRER, C.J; OTUKI, M.F. Método Clínico de Atenção Farmacêutica. 22p, 2011. Disponível em:<<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Plan Estratégico de Salud Mental-2010-2014. **Dirección General de Hospitales.**Madrid, 299p, 2010 . Disponível em: <<http://www.femasam.org/documentos/Plan%20Salud%20Mental%202010%20-%202014.pdf>>Acesso em: 09 abril 2013.

DALLA, M.D.B; et al. Aderência ao tratamento medicamentoso. **Projeto Diretrizes**, 11p, 2009. Disponível em: < http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf> Acesso em: 09 abr. 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV-TR. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. 4ª edição. Lisboa: climepsi, 2002.

FREITAS, O. ; PEREIRA, L. R. L. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>> Acesso em: 11 maio 2013.

FREITAS, R.M; MAIA, F.D; IODES, A.M.F. Atenção farmacêutica aos usuários do centro de atenção psicossocial – capsVI. **Infarma**, v.18, n. 9/10, p.12-16, 2006.

Disponível em< <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf12a16.pdf>> Acesso em: 11 maio 2013.

FRIDMAN, G.A; FILINGER, E.J. Atención Farmacêutica em pacientes psiquiátricos ambulatorios. Interación médico-farmacéutico. **Pharmaceutical Care Espanã**, n.4, p.242-244, 2002. Disponível em:< <http://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=124&tipo=completo>> Acesso em: 11 maio 2013.

FRIDMAN, G.A; FILINGER, E.J. Atención Farmacéutica en Pacientes Ambulatorios com Trastornos Psiquiátricos. **Acta farmacéutica bonaerense**.v. 22, n. 4, 2003.

Disponível em:<

http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/4/LAJOP_22_4_3_1_9O7RO4404H.pdf> Acesso em 11 mai. 2013.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2,p. 48-55, 2001.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>> Acesso em: 04 maio 2013.

GONÇALVES, M. P.V. **Atenção farmacêutica a usuária portadora de transtorno psicossocial**. 2011.71f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Farmácia)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

GUZZATTO, P; BUENO,D. Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma unidade básica de saúde de porto alegre – RS. **Revista HCPA** n.27,v.3,p. 20-6,2007.

Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/1982/1670>> Acesso em 12 maio 2013.

HERNÁNDEZ, D. S; CASTRO, M. M. S; DÁDER, M. J. F. Método Dáder- Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. **Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica (CTS-131)**. Lisboa, 2010. Disponível em:<

http://www.racine.com.br/pci/downloads/Manual_Metodo_Dader.pdf> Acesso em 12 maio 2013.

HOPIE, L. H. Conduas fundamentadas em evidências e a atuação do farmacêutico. **Boletim Farmacoterapêutica**. Ano XV, Número 02, mar-abr/2010. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/boletim/2010/farmacoterapeutica.pdf>> Acesso em: 18 maio 2013.

IVAMA, A. M et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.24 p. Brasília. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>> Acesso em 10 mar.2013.

ITHO, S. F. **Rotina no atendimento ao intoxicado**. 3.ed. Vitória: CIP,2007.

KNAPP, M et al. Salud Mental En Europa: Políticas e Práticas. **Ministerio de Sanidad y Consumo**. Barcelona, 489p, 2007. Disponível em:<<http://www.femasam.org/documentos/2007%20Observatorio%20Europeo.%20Salud%20mental%20en%20Europa%20pol%C3%ADticas%20y%20pr%C3%A1ctica.pdf>> Acesso em: 10 de abr. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Secretaria Nacional Antidrogas**, p.76, 2007. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf> Acesso em: 08 jun. 2013.

LEITÃO, R. J; MARI, J. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22(Supl I), p.15-7,2000.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000500006> Acesso em: 08 jun. 2013.

LIMA, M. S; SOARES, B. G.O; BACALTCHUK, J. Psiquiatria baseada em evidências. **Revista Brasileira Psiquiatria**, n.22, v.3, p.142-6,2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3at.pdf>> Acesso em: 08 jun. 2013

LUCCHETTA, R. C; MASTROIANNI, P. C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 33, n.2, p 165-169. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2085/1231> Acesso em : 09 jun. 2013.

MACEDO, F. M. S; ANDRADE, M. ; SILVA, J. L .L. A reforma psiquiátrica e implicações para a família : o papel do enfermeiro no programa saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.2, p.19-23, 2009.

Disponível em:<<http://www.uff.br/promocaodasaude/reforma%20psiquiatica7.pdf>> Acesso em: 09 jun. 2013

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ, L. F. ; Faus M.J. **Método Dáder- Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico**. GIAF-UGR, 2003. Disponível em: <<http://www.pharmanet.com.br/atencao/metododader.pdf>> Acesso em: 09 jun.2013.

MARIN, N et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. **OPAS/OMS**. Rio de Janeiro. 373p. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf> Acesso 10 mar. 2013.

MARQUES, Luciene. **Atenção Farmacêutica em distúrbios menores**. 2ª edição. São Paulo: Medfarma, 2008.

MARQUES, Luciene. **Atenção Farmacêutica em Distúrbios Maiores**. São Paulo: Livraria e Editora Medfarma, 2009.

MEDEIROS, E. N. Estudos epidemiológicos sobre saúde e doença mental. In: _____. Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos. João Pessoa: 2005. 109p.

MENDES, G. B. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 569-577, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700003&script=sci_arttext> Acesso em: 15 jun. 2013.

MOSTAZO, R.R; KIRSCHBAUM, D.I. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.6. p.786-91, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600013&script=sci_arttext> Acesso em: 15 jun. 2013.

MORENTE, A. G .D ; GASTELURRUTIA, M. A. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico sobre Depresión. **Universidad de Granada**. 2003 56 p. Disponível em: <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf> Acesso em: 04 de maio 2013.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J; VALENTIM, C.PB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2013.

OLIVEIRA, C. P. A; FREITAS, R.M. Instrumento projetivo para implantação da atenção farmacêutica aos portadores de transtornos psicossociais; atendidos pelo centro de atenção psicossocial. **Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. V.4, n.2, p.1-15. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38680/41527>> Acesso em: 27 jun. 2013

OLIVEIRA, A. B. et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 41, n. 4, out./dez., 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v41n4/a02v41n4.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10**:Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas-tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed,1993.

ORLANDI, P; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, n 13. p 896-902. 2005.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>> Acesso em: 27 jun. 2013

OSHIRO, M. L; CASTRO, L. L. Evolução da pesquisa em atenção farmacêutica no Brasil: um estudo descritivo do período 1999 – 2003. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, p.24-31, jun.2006. Disponível em: <

http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/Evolucao_da_pesquisa.pdf> Acesso em: 27 jun. 2013

PELISOLI, C. L; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatria**, v.27, n. 3, p. 270-277,2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082005000300006&script=sci_arttext> Acesso em: 28 jun. 2013

PUEL, E et al. Plano Estadual de Saúde Mental2005 – 2006. **Divisão de Políticas de Saúde Mental**. Florianópolis, 57p, 2004. Disponível em:< http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Plano_EstSMental20052006%20revis%C3%A3o%202.doc> Acesso em: 28 jun. 2013

RIBEIRO, V.V et al. Uma abordagem sobre a automedicação e consumo de psicotrópicos em campina grande-pb. **Infarma**, v.15, n. 11-12, 2004. Disponível em:< <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/i07-abordagem.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2013.

RANG, H.P et al. **Rang&dale farmacologia**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SANTOS, E. G; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.**Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Vitória v.59,n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000300011&script=sci_arttext> Acesso em: 29 jun. 2013.

SANCHES, M; JORGE, M.R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Revista Brasileira Psiquiatria**, n. 26 (Supl III), p. 54-6, 2004. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700013> Acesso em: 29 jun. 2013

SALUM, G. A; BLAYA, C; MANFRO, G.G. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, n.2, v.31, p.86-94, 2009.

Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000200002&script=sci_arttext> Acesso em: 29 jun 2013

SILVARES, E. F. M; BAPTISTA, F.A.J; PRISZKULNIK, L. **Psicopatologia: Aspectos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILVA, E. B .F et al. Transtornos mentais e comportamentais:perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiologia Serviço. Saúde**, Brasília,v. 21,n.3, p.505-514, jul-set 2012.

Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a16.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2013.

SILVEIRA, D. P; VIEIRA, A. L. S. Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.139-148, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext> Acesso em: 28 jun. 2013.

STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12,n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024> Acesso em: 28 jun. 2013.

TANAKA, O.Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.477-486, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci_arttext> Acesso em: 28 jun. 2013.

TEIXEIRA, P. J. R; ROCHA, F. L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. **Revista Psiquiatria RS**, v. 28, n.2, p.186-196, 2006.

Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000200011&script=sci_arttext> Acesso em : 06 abr. 2013

TELLÉRIA, D. A. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. **Asociación Española de Neuropsiquiatria**. Madrid, v. 4,105p, 2000. Disponível em:<<http://www.femasam.org/documentos/2000%20AEN.%20Hacia%20una%20atenci%C3%B3n%20comunitaria.pdf>> .Acesso em: 06 abr. 2013

TENG, C. T; HUMES, E.C; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista Psiquiatria Clínica**,v.32, n. 3, 149-159, 2005. Disponível:<

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832005000300007&script=sci_arttext> Acesso em: 06 abr. 2013.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma

análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.807-815, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The purpose of pharmacovigilance.**

Disponível em:<<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/3.html>> Acesso em 22 de março de 2013.

WANNMACHER, L. Condutas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária á saúde. **Ministério da Saúde**. 7p, 2010. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Tema01-aps.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2013.

ZALESKI, M. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.28, p. 142-8, 2006.

Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 08 abr. 2013.

ANEXO B- Ficha de intervenção

Identificação	
Data:	RNM:
Classificação do RNM (Marcar uma opção)	Situação do PS (Marcar uma opção)
Problema de Saúde não tratado	Problema manifestado
Efeito de medicamento desnecessário	Risco de aparecimento
Inefetividade não quantitativa	Medição inicial
Inefetividade quantitativa	
Insegurança não quantitativa	
Insegurança quantitativa	
Medicamento (s) implicado (s)	
Código	Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica
Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas)	
Administração errada do medicamento	
Características pessoais	
Conservação inadequada	
Contraindicação	
Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada	
Duplicação	
Erros na dispensação	
Erros na prescrição	
Incumprimento	
Interações	
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento	
Probabilidade de efeitos adversos	
Problema de saúde insuficientemente tratado	
Outros	
Descrição:	

Atuação			
Data:	Objetivo:		
O que se pretende fazer para resolver o problema			
Intervir na quantidade dos medicamentos	Modificar a dose		
	Modificar a dosagem		
	Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)		
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento		
	Retirar um medicamento		
	Substituir um medicamento		
Intervir na educação do doente	Modo de uso e de administração do medicamento		
	Aumentar a adesão ao tratamento (atitude do doente)		
	Educar em medidas não farmacológicas		
	Não está claro		
Descrição:			
Via de comunicação			
Verbal com o doente	Escrita para o doente		
Verbal doente-médico	Escrita doente-médico		
Resultado			
O que aconteceu com a intervenção?	Data:		
O que aconteceu com o problema de saúde?	Data:		
Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final:
Intervenção aceite			
Intervenção não aceite			

Fonte: Hernández, Castro e Dáder (2009)