



Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde

Tatiane de Oliveira Silva Alencar^{1,*}; Elaine Alane Batista Cavalcante²; Bruno Rodrigues Alencar³

¹Professora do Departamento de Saúde, Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, Brasil.

²Farmacêutica Clínica Industrial do Programa Farmácia Popular do Brasil de Simões Filho-BA, Brasil.

³Professor do Departamento de Saúde, Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste artigo é discutir a reorientação da assistência farmacêutica para o atendimento das políticas de saúde mental a partir da reforma psiquiátrica no cenário de saúde brasileiro. Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, cuja análise de dados fundamentou-se na análise de conteúdo de documentos relacionados à saúde mental e à assistência farmacêutica, no período de 1990 a 2011. Os resultados da análise revelam que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil exigiu modificações importantes na organização da assistência farmacêutica no campo da saúde mental, desde os aspectos estruturais de organização até a gestão de recursos financeiros. Contudo, modificações ainda precisam ser implementadas, visando disponibilizar melhor qualidade dos serviços, inclusive a partir da efetiva participação do farmacêutico, o que poderá provocar novas formas de trabalho em saúde e o estreitamento entre a assistência farmacêutica e a saúde mental.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, a pessoa com diagnóstico de doença mental era tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento. Buscava-se afastar os loucos do convívio social. Aqueles que pertenciam às famílias ricas eram presos em suas casas e os pobres perambulavam pelas ruas ou eram abrigados nas Santas Casas de Misericórdia. A rigidez das regras e as excessivas medidas de segurança destas instituições pareciam justificar a pretensa periculosidade dos doentes mentais, a necessidade de exclusão dos mesmos e, conseqüentemente, o afastamento do seu meio familiar, da sua comunidade e da sua vida (Guimarães et al., 2010).

Mobilizações políticas e sociais das décadas de 1970 e 1980 promoveram um processo de redemocratização do Brasil que caracterizou o movimento pela reforma sanitária e também contribuíram para uma nova forma de pensar sobre a saúde mental. Conseqüentemente, foram instituídas legislações que visam normatizar e aprimorar a assistência às pessoas portadoras de transtorno mental, nos diferentes níveis de atenção à saúde. A partir de então, a área da saúde vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas (Quinderé & Jorge, 2010; Luzio & Yasui, 2010) que tem possibilitado mudanças nas concepções dos profissionais sobre os transtornos mentais e os tratamentos, com reflexos na assistência prestada a estes doentes (Guimarães et al., 2010).

No momento de reforma da saúde e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, paralelamente o Brasil aplicava novos tratamentos na área de saúde mental, oportunizando, mais tarde, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo principal objetivo era reintegrar os pacientes à sociedade e evitar a exclusão dos mesmos por meio de internações psiquiátricas desnecessárias (Luzio & Yasui, 2010).

A partir da Lei nº 10.216, de 4 de junho de 2001 (Brasil, 2001a), que trata da reforma psiquiátrica brasileira, houve a incorporação de avanços nos serviços e assistência aos portadores de transtornos mentais, com destaque para ações mais humanizadas e de respeito aos direitos dos doentes. Neste cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram incorporados na política de Saúde Mental por meio da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002a), que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental.

Neste sentido, destacamos que a reforma psiquiátrica brasileira também exigiu modificações na assistência farmacêutica, compreendida como um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, incluindo atividades de pesquisa, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos. Estes são entendidos como insumos essenciais para a saúde que devem estar acessíveis e serem utilizados de forma racional (Brasil, 2004a).

Autor correspondente: Tatiane de Oliveira Silva Alencar - Departamento de Saúde - Curso de Ciências Farmacêuticas - Universidade Estadual de Feira de Santana - BA - Av. Transnordestina, s/n - Novo Horizonte - CEP.44.036-900 - fone: (75) 31618159 - e-mail: tatifarmauefs@yahoo.com.br

No conjunto destas ações, os CAPS devem ser referência para a dispensação de medicamentos na saúde mental. Sabe-se, contudo, que a Estratégia Saúde da Família também tem responsabilidades neste processo, devendo dispor de equipe para a adequada assistência a esse grupo de usuários, de modo a atender as diferentes necessidades e também aos objetivos da política de saúde mental e de assistência farmacêutica, especialmente no que se refere à disponibilidade, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos.

Neste sentido, ainda existem lacunas no processo de reorientação da assistência farmacêutica, que perturbam a lógica das atividades, implicando diretamente na saúde dos usuários portadores de doenças mentais. A partir dessa realidade, faz-se necessário direcionar um novo olhar sobre os serviços que vêm sendo desenvolvidos de modo a garantir uma melhor assistência farmacêutica a esses usuários, visto que o uso racional dos medicamentos é essencial no tratamento dos transtornos mentais.

Nesta perspectiva, o objetivo desse artigo é discutir a reorientação da assistência farmacêutica para o atendimento das políticas de saúde mental contextualizadas na Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da revisão e análise de documentos relacionados a essas duas áreas da saúde coletiva: a assistência farmacêutica e a saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de abordagem qualitativa. Como fontes de dados foram utilizados documentos oficiais, incluindo portarias, políticas e relatórios relacionados à assistência farmacêutica e à saúde mental, totalizando de quinze documentos. O período de análise das fontes de dados foi compreendido entre 1990 e 2011. O método de análise dos dados foi a análise de conteúdo, que busca sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Caracteriza-se como sendo uma leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, contexto e processo de produção da mensagem (Bardin, 1979; Minayo, 2007). Assim, a partir da leitura exaustiva dos documentos, foram selecionados os seguintes núcleos de sentido: reforma psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial, tratamento e assistência farmacêutica. Assim, esses núcleos foram discutidos a partir de três categorias de análise: um histórico da reforma psiquiátrica no Brasil; os Centros de Atenção Psicossocial como estratégias para o cuidado em saúde mental; e a reorientação da assistência farmacêutica para saúde mental.

RESULTADOS

A reforma psiquiátrica no Brasil: um breve resgate histórico

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), embora contemporâneo da reforma sanitária brasileira, o processo de reforma psiquiátrica tem uma

história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Foi inspirada pela experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas da saúde mental no Brasil.

Em termos históricos, a partir da década de 80 o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou importância política e social. Este momento abriu a possibilidade de mudanças efetivas no setor saúde e permitiu a participação de outros atores sociais no processo de reformulação da assistência em psiquiatria (Guimarães et al., 2010; Gonçalves & Sena, 2001). A construção de um novo espaço social para a loucura exigia que a noção de cidadania e a base do saber psiquiátrico fossem questionadas. Era preciso inventar outros locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com estes sujeitos (Almeida, 2002).

Diante desses questionamentos e necessidades, ocorreu no Rio de Janeiro, no ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Contemporâneo a este marco histórico, ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que consolidou o lema *Por uma sociedade sem manicômios* (Guimarães et al., 2010).

Neste período, a política nacional para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da reforma psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos, ocorrendo a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ocorreu também o fechamento de um conjunto significativo de hospitais psiquiátricos que não atendiam minimamente aos critérios básicos de assistência (Luzio & Yasui, 2010; Brasil, 2005).

Desta forma, em 1989 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP. Este representou a implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social (Onocko-Campos & Furtado, 2006; Borges & Baptista, 2008).

Acompanhando o debate político e coletivo de construção da reforma psiquiátrica, ocorreram as conferências nacionais. Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental; e, em 2001, a III Conferência, que adotou o slogan “Cuidar sim, excluir não” (Brasil, 1992; Brasil 2001b). Neste mesmo ano, a Lei nº 10.216 (Brasil 2001a) estabelecia os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e enfatizava o tratamento preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, a inserção na família, no trabalho e na comunidade. Reafirma, portanto, os desafios, conflitos e tensões que marcam a reforma psiquiátrica brasileira, compreendida pela transformação de práticas, saberes, valores sociais e culturais. A IV Conferência ocorreu em 2010 e adotou como lema “Saúde Mental: direito e compromisso de todos” (Brasil, 2010a).

Em relação a este novo panorama, Gonçalves & Sena (2001) destacam que a questão crucial da

desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. O objetivo é o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento. Busca-se, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Visualizando tais modificações, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) assegura que o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo devido ao estabelecimento de mecanismos seguros para a redução de leitos e expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste sentido, destaca ainda que o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), o Programa de Volta para Casa, as Residências Terapêuticas e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Além disso, o Ministério da Saúde destaca a necessária articulação com a atenção básica, mediatizada pelo apoio matricial, que consiste em um arranjo organizacional capaz de viabilizar o suporte técnico para as equipes responsáveis pelas ações básicas de saúde. Neste sentido, o apoio matricial surgiu a partir da constatação de que não haverá avanço da reforma psiquiátrica sem haver articulação com a atenção básica (Dimenstein et al., 2009). Contudo, esta iniciativa deve partir do CAPS, pois estes são os serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma.

Os Centros de Atenção Psicossocial: estratégias para o cuidado em saúde mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram nas cidades brasileiras na década de 80, sendo que as suas diretrizes para funcionamento foram estabelecidas por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002a) e os serviços foram regulamentados pela Portaria nº 189, de 20 de março de 2002 (Brasil, 2002b), momento no qual estes serviços experimentaram grande expansão. Assim, os CAPS devem ampliar seu campo de ação aos mais diversos âmbitos – técnico, social, político e teórico - e também devem ser substitutivos ao hospital psiquiátrico e não complementares a este.

Esta perspectiva contempla a definição proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) que define o CAPS como:

“[...] um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. Um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida [...], realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.”

Neste contexto, os CAPS têm como um de seus pilares básicos a responsabilização pela clientela atendida de forma que possa ser “culturalmente sensível”, ou seja, capaz de restabelecer laços sociais enfraquecidos por longos anos de hospitalização, ao mesmo tempo em que funciona como um lugar de referência para seus usuários (Almeida, 2002).

Os CAPS têm como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à saúde mental na rede básica; realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica, dentro de sua área assistencial (Brasil, 2005; Brasil, 2004b).

Para o atendimento destas funções e responsabilidades, os CAPS devem ter um ambiente terapêutico acolhedor, capaz de incluir pessoas em situação de crise. O sucesso do acolhimento na crise é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Para isto, oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas como, psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso do medicamento, atendimento domiciliar aos usuários e aos familiares (Brasil, 2005; Brasil, 2004b).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil), CAPSad (álcool e droga) e CAPS adIII (Brasil, 2002a; 2010b). Os dados do Ministério da Saúde registram que, no Brasil, existem um total de 1621 CAPS distribuídos nas diferentes regiões brasileiras, sendo 761 CAPS I, 418 CAPS II, 55 CAPS III, 128 CAPSi, 258 CAPSad e 1 CAPS ad III (Brasil, 2012a).

Todas estas modificações e avanços são extremamente importantes ao considerarmos os determinantes históricos e sociais que condicionaram esse campo da saúde. Contudo, Quinderé & Jorge (2010) ressaltam que as práticas relacionadas ao cuidado dos pacientes com transtornos mentais ainda mantêm aspectos do manicômio, principalmente no que se refere às práticas medicamentosas, sendo este inclusive, um discurso emergente entre os usuários. Neste sentido, Onocko-Campos & Furtado (2006) complementam que a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental requerida pelo CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional.

Ademais, é importante destacar que a incorporação de ações de monitoramento e avaliação do tratamento farmacológico dos diversos transtornos mentais é uma necessidade ainda não atendida nos serviços que constituem a assistência em saúde mental. Particularmente, em relação atenção básica, Camuri & Dimenstein (2010) revelam que os usuários fazem uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos, deslocando-se para a unidade

apenas para solicitar a renovação de sua receita e adquirir mais medicamentos. Isso porque as ações neste sentido estão voltadas para a disponibilidade de medicamentos, sem necessariamente estar associado ao uso racional dos mesmos. Discutir a reorientação da assistência farmacêutica como estratégia para aprimoramento destas ações no trabalho em saúde mental é um caminho a ser seguido.

A reorientação da assistência farmacêutica na saúde mental

O Sistema Único de Saúde tem alcançado avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação social. Neste contexto, políticas na área da assistência farmacêutica foram atualizadas no sentido de reforçar e dinamizar a organização dos serviços de saúde estaduais e municipais, tornando-os mais eficientes, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações. Contudo, no campo da saúde mental, alguns aspectos necessitam de maior discussão para seu aprimoramento.

A reorientação da assistência farmacêutica integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e deve ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face de sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde (Brasil, 2001c). Neste sentido, o medicamento como instrumento estratégico para a melhoria das condições de saúde da população inclusive na saúde mental está associado a um ciclo dinâmico de atividades, a saber: seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional (Acurcio, 2003; Marin et al., 2003).

Considerando estas atividades, conforme aponta Gomes et al. (2007), a assistência farmacêutica pode ser considerada sob dois aspectos: o primeiro relacionado a ações técnico-gerenciais (ações logísticas relacionadas à gestão do medicamento; farmacovigilância; treinamento de profissionais; educação permanente; avaliação da assistência farmacêutica; adequação da estrutura física da farmácia local; disponibilidade de equipamentos; tecnologia gerencial e de conhecimento) e o segundo a ações técnico-assistenciais (dispensação especializada; promoção de informações sobre uso racional de medicamentos; adesão à terapêutica; educação em saúde; seguimento farmacoterapêutico; conciliação de medicamentos; atenção farmacêutica). Aspectos estes presentes nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Na prática, porém, encontramos um descompasso entre essas atividades que acabam por centrar-se, apenas, em algumas ações técnico-gerenciais, limitando as possibilidades de contribuição das ações técnico-assistenciais do farmacêutico para as ações integrais da saúde (Alencar et al., 2011a).

No que se refere à disponibilidade, os medicamentos para a saúde mental são aqueles constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renam (Brasil, 2012b), totalizando um número de 29 denominações genéricas de fármacos em 67 apresentações farmacêuticas. Entre as classes farmacológicas encontram-se os anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor, antiparkinsonianos, antipsicóticos, ansiolíticos e

hipnosedativos. Esta seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia, terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos.

O financiamento da assistência farmacêutica para a aquisição de medicamentos encontra-se regulamentado pelas Portarias nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 (Brasil 2010c); Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), que institui o Pacto pela Saúde; e a Portaria nº 204 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007), que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Para exemplificar em valores, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apontam que somente para a assistência farmacêutica, o orçamento do Ministério da Saúde passou de R\$ 1,91 bilhão, em 2003, para quase R\$ 7 bilhões em 2010 (Brasil, 2011).

Tais dispositivos possibilitaram a reorganização da rede de assistência, visando, inclusive, atender à demanda de pessoas que sofrem com transtornos mentais, estabelecendo que os medicamentos essenciais para a saúde mental devam estar disponíveis onde existam serviços para atendimento a estes pacientes, desde a atenção básica até a rede hospitalar.

Para além dos avanços ocorridos no âmbito do financiamento dos medicamentos, é preciso lembrar que a garantia da assistência à saúde mental exige, além das estruturas e serviços já disponíveis, ações relacionadas ao uso correto do medicamento, que consistem em fornecer ao paciente o medicamento apropriado para sua situação clínica, nas doses e período de duração do tratamento que satisfaçam suas necessidades e ao menor custo possível (OMS, 1986).

Uma das possibilidades de se alcançar esse objetivo é na realização das ações técnico-assistenciais pelo farmacêutico, uma oportunidade de efetivar a adequada orientação ao usuário ou ao responsável por ele, podendo evitar ou reduzir riscos ou falhas relacionadas à terapêutica (Brasil, 1998a). Contudo, este profissional ainda não integra formalmente as equipes de saúde dos programas instituídos pelas políticas do governo federal, inclusive na Estratégia Saúde da Família e nos programas de saúde mental, ficando a sua participação condicionada aos interesses políticos nas esferas municipal e estadual.

Para exemplificar tal situação, particularmente na atenção básica, os trabalhadores não fazem acompanhamento da utilização de medicamentos. Em geral, não alteram a dosagem e nem suspendem o medicamento. O que ocorre é a renovação de receitas e o encaminhamento para um especialista (Dimenstein et al., 2009; Camuri & Dimenstein, 2010). Ou seja, pouco ou nada é feito em relação ao uso dos medicamentos para este grupo de usuários que, diante das suas particularidades e subjetividades inerentes ao processo da doença mental, podem apresentar limitações diversas para o uso correto dos mesmos.

Dessa forma, todas as possibilidades que poderiam ser produzidas no momento da dispensação são anuladas pelo ato mecânico da entrega de medicamentos, desenvolvido, muitas vezes por pessoas não preparadas para tal atividade, desprovidas de orientações básicas

bem como dos dispositivos de relacionamento, tais como o acolhimento, resolubilidade e vínculo necessários ao trabalho em saúde (Alencar et al., 2011b).

Essa realidade, por sua vez, constitui um descumprimento de legislações vigentes, que são, na prática, fiscalizadas de forma diferente nos setores público e privado, tanto pela Vigilância Sanitária quanto pelos Conselhos Profissionais. Por vivermos num estado de direito, todas as exigências da Portaria nº 344/98 (Brasil, 1998b) que trata sobre o comércio e dispensação de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, devem ser aplicadas e cumpridas por todos, inclusive pelos órgãos e instituições públicas de qualquer esfera governamental. A Vigilância Sanitária deve fiscalizar e exigir que os estabelecimentos públicos que dispensam medicamentos psicotrópicos como as unidades de saúde da família e os CAPS, por exemplo, possuam farmacêutico responsável pelo uso racional de medicamentos e pelo cumprimento das normas sanitárias, visando à proteção da população dos riscos e agravos à saúde.

Dessa forma, para que se efetive a reorientação da assistência farmacêutica, o trabalho do farmacêutico na equipe de saúde, tanto para a realização das atividades técnico-assistenciais quanto técnico-gerenciais, ainda constitui-se um obstáculo que precisa ser superado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão possibilita compreender que a reforma psiquiátrica proporcionou rupturas no processo de atenção ao sujeito portador de transtornos mentais. Contudo, ela precisa ser continuada vislumbrando um novo modo de pensar e fazer a saúde mental, bem como “[...] o surgimento de novos sujeitos e novas práticas que ressignifiquem continuamente o cuidado em saúde mental no SUS” (Jorge et al., 2011, p.3058). Isso sugere modificações na atitude dos trabalhadores e gestores da saúde, bem como a superação da desarticulação da rede de atenção à saúde mental conforme propõe os documentos legais trazidos ao longo da discussão.

Especificamente no que se refere à Assistência Farmacêutica, as ações precisam ocorrer de modo adequado, no sentido de garantir o cumprimento legal, buscando a integralidade das ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais. Além disso, a inserção do farmacêutico na equipe mínima dos serviços de saúde mental, especialmente nos CAPS e unidades de saúde da família, favorecerá a realização das atividades gerenciais e clínicas na perspectiva da promoção do uso racional dos medicamentos. Como algumas contribuições deste profissional que podem ser visualizadas destacam-se:

- participação na seleção dos medicamentos mais custo-efetivos para os transtornos mentais, a partir de critérios farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos, além das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde tais como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e Formulário Terapêutico Nacional;

- estabelecimento de uma programação mais coerente às demandas, embasadas em dados epidemiológicos e de consumo real, possibilitando minimizar prejuízos por falhas deste processo técnico-gerencial, bem como garantir melhores resultados no processo de aquisição

e distribuição, considerando as particularidades e necessidades dos diferentes serviços de saúde mental;

- fornecimento de orientações científicas quanto ao armazenamento de medicamentos nos serviços e acondicionamento nos domicílios, garantindo assim a estabilidade e a manutenção da qualidade do produto;

- participação, juntamente com os demais trabalhadores da equipe de saúde, na construção de protocolos clínicos e projetos terapêuticos juntamente com os demais membros da equipe de saúde, no sentido de garantir a escolha da melhor terapia para cada situação, em função das particularidades (aspectos farmacodinâmicos e farmacocinéticos) de cada fármaco;

- orientação aos trabalhadores da equipe de saúde quanto aos aspectos relacionados aos medicamentos para o tratamento dos transtornos mentais;

- promoção da adesão dos usuários ao tratamento a partir do estabelecimento de estratégias que identifiquem e monitorem o uso dos medicamentos, minimizando desde os riscos provenientes da não adesão até mesmo a prejuízos clínicos e financeiros relacionados à falha na terapêutica;

- participação nas visitas domiciliares auxiliando na identificação dos portadores de transtornos mentais e na construção de vínculo, bem como a intervenção na terapêutica, identificando hábitos, estilos de vida e outros fatores que possam influenciar no tratamento;

- desenvolvimento da prática da dispensação farmacêutica, da conciliação de medicamentos, da educação permanente em saúde e do acompanhamento farmacoterapêutico de forma efetiva e resolutiva;

- disponibilização de informações sobre saúde-doença e tratamentos medicamentoso e não medicamentoso capazes de contribuir na promoção do uso racional e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Estas são algumas das possibilidades capazes de aprimorar as ações de assistência farmacêutica nos serviços de saúde mental, fundamentadas, efetivamente na participação do farmacêutico, e capazes de provocar novas formas de trabalho em saúde e o estreitamento entre a assistência farmacêutica e a saúde mental.

ABSTRACT

Pharmaceutical services and Mental Health in the Unified Public Health System

The aim of this paper is to discuss the reorganization of pharmaceutical services to attend the mental health policies arising from the psychiatric reform in the Brazilian health scenario. This is a qualitative literature review, in which analysis of data was based on content analysis of the documents related to mental health and pharmaceutical services in the period 1990 to 2011. The analytical results show that the process of psychiatric reform in Brazil has triggered major changes in the organization of pharmaceutical services in the mental health field, from the structural and organizational profile to the management of financial resources. However, major changes still need to be implemented, in order to make available a better quality of service, starting with the more effective participation of the pharmacist, which could lead to new ways of

working in health and a narrowing of the gap between pharmaceutical care and mental health care.

Keywords: Pharmaceutical Services. Mental Health. Unified Health System

REFERÊNCIAS

- Acurcio, FA. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Acurcio, FA (org.). Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. p.32-62.
- Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: Editora UEFS; 2011a.
- Alencar TOS, Bastos VP, Alencar BR, Freitas IV. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2011b;32(1):89-94.
- Almeida FP. O Desafio da Produção de Indicadores para Avaliação de Serviços em Saúde Mental: um Estudo de Caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Bardin L. Análise conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):456-468.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1992. [acesso 2010 nov. 20] Disponível em: <http://bvsBrasil.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998a. [acesso 2010 nov. 30] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998b. [acesso 2010 nov. 30] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 4 de junho de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001a. [acesso 2010 nov. 30]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002a. [acesso 2010 nov. 30] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002b. [acesso 2010 nov. 30] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004a. [acesso 2010 nov.] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. [acesso 2010 nov. 20] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. [acesso 2010 nov. 30] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2010a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010b. [acesso 2010 set. 22] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010c.

[acesso 2010 jan. 01]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa>.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família é bem avaliado por 80,7% dos Brasileiros, segundo IPEA. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acesso 2011 jul. 07] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Dados em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a. [acesso 2012 jul. 01]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012b. [acesso 2012 abr. 03]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>.

Camuri D, Dimenstein M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc.* 2010;19(4):803-13.

Dimenstein M, et al. Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude Soc.* 2009;18(1):63-74.

Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: FUNED; 2007. 48 p.

Gonçalves AD, Sena RR. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Lat Am Enferm.* 2001;9(2):48-55.

Guimarães NA, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal Brasileira (1953-2001). *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(2):274-82.

Jorge, MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2011;16 (7):3051-60.

Luzio CA, Yasui S. Além das Portarias: desafios da Política de Saúde Mental. *Psicol Estud.* 2010;15(1):17-26.

Marin N, Luiza VL, Osorio de Castro CGS, Machado dos Santos S (Org). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde; 2003.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):1053-62.

Organización Mundial de la Salud (OSM). Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos. Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra: OBRASIL; 1986.

Quinderé PHD, Jorge, MSB. (Des) Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. *Saúde Soc.* 2010;19(3):569-83.

Recebido em 09 de maio de 2012

Aceito em 04 de julho de 2012

