

Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira*

THE SUPPLY AND USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN SOUTHERN BRAZIL

DESCRIPCIÓN DE OFERTA Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA REGIÓN SUR BRASILEÑA

Luciane Prado Kantorski¹, Vanda Maria da Rosa Jardim², Adrize Rutz Porto³, Gabriele Schek⁴, Jandro Moraes Cortes⁵, Michele Mandagará de Oliveira⁶

RESUMO

A descrição do consumo e da oferta de psicofármacos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é relevante para a efetividade da assistência dos serviços de saúde mental. Objetivou-se descrever o consumo e a oferta destes em CAPS dos tipos I e II na Região Sul do Brasil. Trata-se de um estudo de delineamento transversal, no qual foram pesquisados, em maio e junho de 2006, aspectos estruturais desse serviço, através dos prontuários de 1.162 usuários e de questionários respondidos por 30 coordenadores dos CAPS em que esses usuários encontram-se em acompanhamento. Identificaram-se usuários predominantemente do sexo feminino, adultos de meia-idade, de baixa condição econômica, majoritariamente com o diagnóstico de depressão maior e o consumo de antidepressivos. Constatou-se também que pode haver carência de distribuição e fornecimento de psicofármacos na rede do SUS, o que prejudica a terapia medicamentosa desse serviço especializado de saúde mental, diante das condições socioeconômicas dos usuários.

DESCRIPTORIOS

Serviços de Saúde Mental
Condução do tratamento medicamentoso
Assistência em Saúde Mental
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

The description of the supply and use of psychotropic drugs at the Centers for Psychosocial Care (CAPS) is relevant for the effectiveness of assistance from mental health services. The objective was to describe the use and supply of these drugs in CAPS types I and II, in Southern Brazil. This is a cross-sectional study, in which surveys were conducted, in May and June 2006, on the structural aspects of the referred service using charts of 1162 users, and self-applied questionnaires answered by 30 engineers working at CAPS where these users were being monitored. Users were identified as mostly female, adult, middle-aged, low economic status, mainly with a diagnosis of major depression and using antidepressants. It was also found that there might be a lack of distribution and supply of psychotropic drugs in the public health system (SUS) network, which affects the drug therapy of this specialized mental health service, given the socioeconomic conditions of the users.

DESCRIPTORS

Mental Health Services
Medication therapy management
Mental Health Assistance
Psychiatric nursing

RESUMEN

La descripción del consumo y de la oferta de psicofármacos en Centros de Atención Psicossocial (CAPS) es relevante para la efectividad asistencial de los servicios de salud mental. Se objetivó describir su consumo y oferta en CAPS de tipos I y II en región Sur de Brasil. Estudio transversal, en el cual fueron investigados en mayo y junio de 2006 aspectos estructurales del servicio, según historias clínicas de 1162 pacientes y cuestionarios autoaplicados a 30 coordinadores de CAPS en los que tales pacientes estaban en seguimiento. Se identificaron pacientes mayoritariamente femeninos, adultos, de mediana edad, de baja condición económica, prevalentemente con diagnóstico de depresión mayor y consumo de antidepressivos. Se constató también que puede existir carencia de distribución y provisión de psicofármacos en la red del SUS, lo que perjudica la terapia medicamentosa de ese servicio especializado en salud mental, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas de los pacientes.

DESCRIPTORES

Servicios de Salud Mental
Administración de terapia de medicación
Atención en Salud Mental
Enfermería psiquiátrica

* Extraído da Pesquisa "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)", Universidade Federal de Pelotas, RS, 2005.
¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta e Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. kantorski@uol.com.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. phein@uol.com.br ³ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. adrizeporto@gmail.com ⁴ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. gabischek@hotmail.com ⁵ Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. jandromcortes@hotmail.com ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. mandagara@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) visa oferecer atendimento à população moradora na área de abrangência, priorizando a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo com transtorno psíquico, em diferentes tipos de CAPS, conforme a realidade local e o porte populacional do município. Neste estudo, pesquisaram-se CAPS dos tipos I e II que, respectivamente, são implantados em municípios entre 20 a 70.000 habitantes e municípios entre 70.000 a 200.000 habitantes⁽¹⁾.

Além disso, são possibilitadas três modalidades de tratamento: intensivo — aquele destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo — necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico individual, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo — é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor⁽²⁾.

O tratamento psicofarmacológico está entendido como a tentativa de modificar comportamentos, humores e pensamentos patológicos pelo vértice da terapia biológica⁽³⁾. É extremamente relevante atentar para a estrutura do fornecimento da terapia medicamentosa de uso contínuo nos serviços de CAPS, pois o consumo de medicamentos é influenciado também pelos indicadores sociodemográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida dos indivíduos.

Tal fator é relevante de se observar, pois representa o processo de envelhecimento da população, o qual, sobretudo, interfere na demanda por medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de produtos de alto custo⁽⁴⁾.

Em um estudo de literatura, foram identificados os principais conteúdos relacionados à adesão do portador de doença mental ao tratamento psicofarmacológico, no qual os principais fatores relatados relacionaram-se ao usuário, tipo de medicamento e fatores sociais⁽⁵⁾.

Compreendendo a associação desses fatores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) referem que 50 a 90% dos medicamentos, nos países emergentes, ainda são pagos pelo próprio usuário dos sistemas de saúde⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, este estudo se propôs a fazer uma avaliação da estrutura dos CAPS da região Sul do Brasil, no que alude às políticas de acesso, descrevendo o consumo e a oferta de psicofármacos aos usuários em acompanhamento nesse serviço.

MÉTODO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, a qual ficou conhecida como CAPSUL, que teve por objetivos avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida. Neste recorte, optou-se por apresentar a estrutura dos serviços e também a etapa de delineamento transversal da pesquisa, tendo a coleta de dados ocorrido de 7 de maio de 2006 a 3 de junho de 2006.

Dos 102 CAPS da região Sul do Brasil, foi sorteada aleatoriamente uma amostra de 30 CAPS que respeitou a proporcionalidade de serviços por estado e por tipo de CAPS I ou II: três CAPS no Paraná; nove em Santa Catarina e 18 no Rio Grande do Sul. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 80%, e foi realizado o cálculo no *software* Epi-info 6.04 com a proporcionalidade diante da modalidade de atendimento dos usuários no CAPS.

As amostras foram de 1.162 usuários (61,4%) e de 30 coordenadores dos serviços, sendo utilizados itens referentes à distribuição e fornecimento de medicações dos questionários autoaplicados aos coordenadores e informações coletadas nos prontuários dos usuários, que dizem respeito às variáveis: sexo, idade, renda, ocupação, primeiro diagnóstico, fármaco mais consumido e gastos com psicofármacos. Os instrumentos de pesquisa utilizados para os usuários foram questionários fechados, nos aspectos socioeconômicos, e prontuário para conhecer a utilização dos fármacos.

As perdas nos prontuários situaram-se nas cidades de Timbó/SC, Passo Fundo/RS, Porto Alegre/RS, Carazinho/RS, Santa Maria/RS, e Içara/SC, pelo não preenchimento de 123 prontuários, o que resultou em 10,25%

das perdas totais. Essa perda, entre outras razões, pode ter se dado pela não-disponibilidade dos prontuários pelos serviços, em tempo hábil para o preenchimento dos dados necessários para a pesquisa. Cabe ressaltar que o CAPS de Timbó/RS tem cadastrados somente 13 usuários, portanto havia somente 13 prontuários. O banco de dados foi construído através da dupla digitação no *software* já mencionado e analisado por meio do *software* Stata 7.0.

O projeto de pesquisa CAPSUL foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas através do Ofício 074/05, de 11 de novembro de 2005.

RESULTADOS

Foi possível averiguar o perfil socioeconômico dos usuários dos serviços de CAPS da região Sul do país. Quan-

É extremamente relevante atentar para a estrutura do fornecimento da terapia medicamentosa de uso contínuo nos serviços de CAPS, pois o consumo de medicamentos é influenciado também pelos indicadores sociodemográficos...

to ao sexo, 742 deles eram do sexo feminino, possuindo uma representação percentual de 63,9%, contrastando com os sujeitos do sexo masculino que perfizeram 36,1% da amostra total.

Os usuários tinham idade média de 42 anos (DP 12,3). Já a faixa etária entre 15 e 18 anos apresentou-se com oito pessoas, enquanto que 207 possuíam mais de 18 anos e 46 tinham mais de 60 anos. Representa uma população predominantemente adulta (79,3%), sendo 17,6% de idosos e 3,1% de adolescentes.

No que se refere aos fatores socioeconômicos dos participantes do estudo, estes tinham fonte de renda financeira proveniente de: aposentadoria 23,6% (274 usuários), renda familiar 19,6% (228 usuários), auxílio-doença 19,0% (221 usuários), emprego 9,9% (115) e como pensionistas 77% (90 usuários). A renda no último mês, que correspondeu ao mês abril de 2006, foi em média de R\$ 338,02 (DP 369,48), enquanto que a renda familiar *per capita* foi 264,16 (DP 333,62), sendo que, ainda, 296 usuários mencionaram (26,84%) não possuem fonte de renda.

Já relativo ao diagnóstico, cerca de 70% dos usuários dizem conhecê-lo, conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição por primeiro diagnóstico referido pelo usuário de CAPS da Região Sul – Brasil – 2006

Diagnóstico*	Frequência n = 1.162
Transtorno Depressivo Maior	398 (34,3%)
Psicose	329 (28,3%)
Esquizofrenia	103 (8,9%)
Transtorno Bipolar	88 (7,6%)
Álcool e drogas	26 (2,2%)
Outros	185 (16%)
Não conhece	25 (2,2%)
Não respondeu	8 (0,7%)

* Os diagnósticos apresentados são da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.

Os usuários em 91,8% dos casos (1.067) afirmaram utilizar algum psicofármaco. Dos usuários diagnosticados com transtorno depressivo maior, tínhamos 6% utilizando o fármaco Haloperidol, 11% Fluoxetina, 11% Imipramina, 13% Lítio, 18% Diazepam e os demais usavam outros fármacos.

Ao fornecerem informações em relação à medicação, 57% dos coordenadores dos CAPS da região Sul referiram que o CAPS dispensava medicação no serviço e possuía medicação de urgência e emergência e 100% disseram que a Secretaria Municipal de Saúde fornecia a medicação prescrita pelo CAPS. No entanto, as medicações eram adquiridas, segundo os usuários, 43,7% no CAPS, 33,1% na Secretária Municipal de Saúde/Farmácia Municipal e 6,1% na Unidade Básica de Saúde, sendo que ainda ocorria a compra dos fármacos por 9,6% dos usuários. Os psicofármacos em 53,6% dos casos precisavam ser comprados. No mês anterior à coleta de dados, o gasto havia sido em média de R\$ 46,07 no último mês.

Dos usuários que precisavam comprar a medicação, 31% eram os que gastavam até R\$ 40,00 por mês e 24%

eram os gastavam acima de R\$ 40,00 - em ambos os casos, com renda até um salário mínimo (R\$ 350,00) - e os demais correspondem aos que possuíam uma renda acima de um salário mínimo ou não informaram sua renda.

As medicações disponíveis no CAPS estão listadas na tabela a seguir:

Tabela 2 – Oferta de medicações para usuários dos CAPS da Região Sul – Brasil – 2006

Medicações	Frequência n = 30
Clorpromazina (Amplictil)	30 (100%)
Flufenazina (Prolixin)	10 (33,3%)
Haloperidol (Haldol)	30 (100%)
Clozapina (Clozaril)	12 (40%)
Risperidona (Risperidal)	19 (63,3%)
Biperideno (Akineton)	30 (100%)
Propranolol	24 (80%)
Prometazina	29 (96,7%)
Amitriptilina (Tryptanol)	30 (100%)
Imipramina (Tofranil)	29 (96,7%)
Nortriptilina (Pamelor)	16 (53,3%)
Fluoxetina (Prozac)	26 (86,7%)
Paroxetina (Aropax)	10 (33,3%)
Sertralina (Zoloft)	13 (43,3%)
Carbonato de lítio (Carbolitium)	29 (96,7%)
Carbamazepina (Tegretol)	30 (100%)
Ácido valproico (Depakene)	26 (86,7%)
Fenobarbital (Gardenal)	29 (96,7%)
Fenitoína (Hidantal)	28 (93,3%)
Diazepam (Valium)	29 (96,7%)
Barbitúricos	10 (33,3%)
Outros*	11(36,3%)

*Dissulfiram, Olanzapina – Ziprexa, Bromazepam, Contracept, Sulperida, Ziprazidona, Nitrazepam, Levomepromazina, Tioridazina – Melleril, Primozida – Orap, Dextro-anfetamina

Os prontuários caracterizavam uso de medicação em 63,2%, bem como a variação do registro do número de avaliações medicamentosas nos últimos três meses de zero (25,2%) a 13 (0,1%) e em média 1,6 (DP 1,5) avaliações.

Tabela 3 – O consumo por grupos de psicofármacos dos usuários nos CAPS da região Sul – Brasil – 2006

Categorias de Psicofármacos	Frequência n=1162
Antidepressivos*	340 (29,2%)
Antipsicóticos**	249 (21,5%)
Anticonvulsivante***	139 (12%)
Benzodiazepínicos****	124 (10,7%)
Ignorado	178 (15,3%)
Não se aplica	84 (7,2%)
Outros	48 (4,1%)

*Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Carbonato de Lítio; ** Risperidona, Clorpromazina, Flufenazina, Clozapina, Primozida, Sulpirida, Soreque, Tioridazina, Haloperidol; ***Carbamazepina, Ácido Valproico, Fenobarbital, Fenitoína, Rivotril; ****Levosine, Diazepam, Bromazepam, Lorax, Alprazolam e Prometazina.

Em análise ao prontuário, os fármacos que estavam em uso pela maior parte dos usuários foram: Haloperidol 10,6% (123), seguido da Fluoxetina 9,8% (114), Carbonato de Lítio 9,1% (106), Diazepam 7,5% (87) e Carbamazepina 5,3% (62). Em relação à segunda opção no instrumento, os medicamentos mais prescritos foram: Diazepam 7,2% (84), seguido de Melleril/Biperideno 7,2% (83). Na tercei-

ra ordem encontrada no prontuário, o fármaco Melleril/Biperideno aparece com maior representação, de 4,6% (54), logo após aparece o Diazepam com 3,6% (42).

A maior parte dos usuários que utilizavam antidepressivos era do sexo feminino (79%) na faixa etária de mais de 45 anos em 41%, de 15 a 25 anos em 6%, de 25 a 35 anos em 24% e de 35 a 45 anos em 30%.

DISCUSSÃO

O perfil dos usuários de CAPS da região Sul brasileira teve maior concentração de mulheres na faixa etária adulta de meia-idade, em atividades como do lar e serviços gerais e, ainda, os que nunca trabalharam ou que eram aposentados, tal como a realidade presente no país⁽⁷⁾. A renda mensal ficou igual ou inferior a dois salários mínimos e, com relação aos usuários que trabalhavam, alguns o faziam de maneira informal e não possuíam renda fixa enquanto outros dependiam de aposentadoria, seguro-saúde ou da família⁽⁸⁾.

Além dos aspectos socioeconômicos e demográficos, também se observou dificuldades relacionadas ao conhecimento dos usuários sobre seu diagnóstico. Existem estudos que apontam que parte deles pode não o saber ou não o mencionar em função de preconceitos e estigmas⁽⁹⁾. É relevante que os usuários conheçam seu diagnóstico e tratamento ao acessarem os distintos serviços de saúde, pois neste estudo considerável parte referiu desconhecimento. Especialmente, quando há comorbidade de patologias psiquiátricas, é o que acontece em considerável parte dos casos⁽¹⁰⁾ pois, como nesta pesquisa, podem ocorrer quadros de psicose junto com outro diagnóstico que os usuários já possuem.

Além disso, através dos referidos diagnósticos, foi possível averiguar que os CAPS da região Sul do país, modalidade I e II, estão, em geral, atendendo os usuários em condição mais grave de sofrimento psíquico, tal como o transtorno depressivo maior⁽¹¹⁾. E, neste aspecto, torna-se relevante estar atento ao fato de que os CAPS são locais onde se prestam serviços de assistência, de atenção integral a pessoas com graves acometimentos psíquicos em estruturas intermediárias e, ainda, são caracterizados como inovadores no âmbito das políticas públicas de saúde mental, inserem-se na reforma psiquiátrica e pretendem apresentar um caráter de ruptura⁽¹²⁾.

Nas últimas décadas, o consumo de antidepressivos é uma tendência já observada em outros estudos, estando relacionado com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, o aparecimento de novos fármacos e o acréscimo das indicações terapêuticas desses medicamentos⁽¹³⁾. Por conseguinte, os antipsicóticos estão entre os psicofármacos em majoritário uso após os antidepressivos⁽¹⁴⁾. Contrariando a maior prevalência deste estudo, o psicofármaco Haloperidol foi o mais prescrito e isso se justifica pela tendência de associação ao diagnóstico de

esquizofrenia⁽¹⁰⁾, aproximando-se aqui do segundo maior diagnóstico, o de psicose.

Neste trabalho, a predominância desse grupo farmacológico associada aos antidepressivos não foi diferente, bem como a apresentação de pessoas do sexo feminino e acima de 40 anos como consumidoras⁽¹⁵⁾. Esse fato se justifica, pois já é enfatizada a facilidade em adquirir a medicação e a falta de orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento, assim como pode ser que haja ocorrência de uso indevido envolvendo não apenas o sistema de controle da dispensação, mas uma série de outros fatores, entre os quais as atitudes dos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

Não obstante, entre outros fatores, ocorrem complicadores na escolha do tratamento adequado, como os custos financeiros, pois, além do CAPS ser um serviço que veio para aperfeiçoar o acesso à medicação, muitos usuários necessitam comprar na rede privada suas medicações. O antecedente descrito, associado à recomendação da OMS de adoção de políticas nacionais de medicamentos com base no conceito de medicamentos essenciais, levou, em 1998, o Ministério da Saúde a aprovar e homologar a Política Nacional de Medicamentos do Brasil, através da Portaria no 3.916/1998, após amplo debate que envolveu os vários segmentos e representações da sociedade. Essa política tem como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu propósito maior é o de: *garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais*⁽¹⁷⁾.

Dentre as medicações consideradas essenciais, temos, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME): carbamazepina, clonazepam, diazepam, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico, os cloridratos de amitriplina, clomipramina, fluoxetina, biperideno, clorpromazina e nortriptilina, carbonato de lítio, haloperidol, risperidona; as mais utilizadas pelos usuários estão disponíveis no CAPS e na rede; entretanto, os mesmos referiram a necessidade de comprá-las, mesmo muitos possuindo baixa renda mensal⁽¹⁸⁾.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro de medicamentos, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15% da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares *per capita*; o segundo apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, corresponde a 34% da população, consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, 64,15 dólares *per capita*; o terceiro possui renda de zero a quatro salários mínimos, representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares *per capita*⁽⁴⁾. No presente estudo, esta última média corresponde aproximadamente ao gasto mensal do usuário com medicação.

Isso representa valores muito elevados para quem receba até um salário mínimo ou, por vezes, nem mesmo possui tal renda. O custo dos antipsicóticos e antidepressivos para um usuário são os seguintes: 5% do salário mínimo para um dia de antipsicóticos, considerando que encontre o antipsicótico mais barato disponível, e 6% do salário mínimo para um dia de medicação antidepressiva, levando em conta o mais barato dos medicamentos antidepressivos disponíveis⁽⁷⁾.

O orçamento para psicotrópicos aumentou de 0,1% para 15,5% e o orçamento para atender a outros tipos de transtornos mentais, instalações sanitárias e cuidados também aumentou significativamente, de 3,6% para 20,2%⁽⁸⁾. Entretanto, o investimento na saúde mental não corresponde à carga causada por doença psiquiátrica, quase 19% da carga⁽¹⁹⁾. Portanto, é recomendado pela OMS um aumento de percentual do orçamento da saúde mental de 5% do orçamento de saúde do SUS, sendo essencial para o desenvolvimento dos serviços de saúde mental⁽⁷⁾.

O acesso aos medicamentos psicotrópicos é assegurado pelo SUS e os medicamentos essenciais estão disponíveis em todos os estados de saúde mental; porém, embora haja alguma indisponibilidade e problemas no sistema, ainda se desconhece a percentagem dos pacientes em tratamento que realmente se beneficiam dessa política⁽⁷⁾.

Desde dezembro de 2007, foi instituída uma Portaria — nº 3.237, 24/12/2007 — que unificou todos os recursos para a compra de medicamentos e delegou aos municípios a tarefa de adquiri-los e distribuí-los. Para isso, uma quantidade específica de dinheiro é enviada pelo governo federal, outra pelo estadual e a outra parte fica a cargo dos próprios municípios.

Constatou-se que a oferta de medicação aos usuários do CAPS está de acordo com as necessidades dos usuários, mas essa distribuição parte da gestão de cada serviço, o que não está ainda correspondendo à boa fração da demanda de psicofármacos pelos usuários, pois estes necessitam adquirir medicação em farmácias privadas, o que reforça a relevância de programas implantados no município, tais como o Farmácia Popular. Há casos em que o medicamento pode ser adquirido nas farmácias populares por um preço seis vezes menor do que o praticado pelo mercado.

Os principais beneficiários do programa são pessoas com dificuldade financeira para manter o tratamento da doença, em razão dos preços do medicamento no mercado, principalmente pacientes que sofrem de doenças crônicas.

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi regulamentado em 2004 e começou a ser implementado em junho do mesmo ano, para ampliar as ações de assistência farmacêutica e oferecer à população mais uma opção de acesso aos medicamentos. Com orçamento próprio e independente dos recursos aplicados na distribuição gratuita de medicamentos, o programa não visa o lucro, pois

os medicamentos são repassados aos usuários a preço de custo, nem causa prejuízo às demais ações de suprimento garantidas nas unidades do SUS⁽²⁰⁾.

Além das unidades de farmácias populares, o programa também abrange drogarias privadas cadastradas que exibem a marca “Aqui Tem Farmácia Popular”. Entretanto, na região Sul do país, apenas 5,5% dos municípios são abastecidos pelo programa e, dessa região, o Estado do Paraná está com a menor cobertura, em 4,1%⁽²⁰⁾.

A necessidade de medicação de cada usuário do CAPS deve ser avaliada constantemente com os profissionais do serviço. Os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um. Também é recomendável para melhorar a cobertura de tratamento e avaliar a eficácia da dispensação de medicação antipsicótica pelos trabalhadores, de modo a reduzir as taxas de recaída e readmissão nos serviços⁽⁷⁾.

A política de psicofármacos estabelece que o CAPS possa ter uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental para dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência, e, ainda, em casos muito específicos, àqueles pacientes internados em hospitais da região que necessitem manter o uso de medicamentos excepcionais de alto custo no seu tratamento⁽¹⁾.

Caberá também a esses serviços e à equipe gestora um especial empenho na capacitação e supervisão das equipes de Saúde da Família para o acompanhamento do uso de medicamentos e para a realização de prescrições adequadas, tendo em vista o uso racional dos medicamentos na rede básica. O credenciamento dos CAPS na rede de dispensação de medicamentos não é automático e deverá estar sujeito às normas locais da vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica, esperando-se que o princípio de fazer chegar os medicamentos às pessoas que precisam deva prevalecer, em detrimento de normas ideais dissociadas da realidade concreta⁽²¹⁾. É visto neste aspecto o benefício no recebimento da medicação pelo usuário, para que ele consiga sustentar o seu tratamento.

O Formulário Terapêutico Nacional, sendo pouco utilizado, deverá ser amplamente divulgado como instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde e para a racionalização do uso desses produtos⁽⁴⁾.

A prescrição racional e o retorno do paciente ao médico periodicamente devem ser encorajados e feitos em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Com relação à periodicidade das consultas, notou-se que a grande maioria dos pacientes retornava ao médico entre

um e três meses para nova consulta, demonstrando que o contato do paciente com o médico era frequente⁽²¹⁾.

Neste estudo, sendo os prontuários fonte de dados secundários, a ausência de registros de algumas informações limitou a obtenção de mais dados, os quais podem ter influência no comportamento de utilização das medicações pelos portadores de doenças mentais, pois tal documento é relevante no curso contínuo do tratamento e reavaliação do uso de psicofármacos. Assim como para a realização de pesquisas e a reflexão acerca das necessidades dos clientes e da assistência à saúde que é oferecida a eles, destacando-se que os profissionais de saúde devem estar atentos ao preenchimento dessas informações, ao cadastro de seus clientes e à manutenção desses dados, a fim de colaborar para a melhor compreensão das necessidades dos usuários do serviço⁽¹⁰⁾.

Por fim, cabe apresentar o recente Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica — Hórus, como possível recurso para aperfeiçoar a gestão da distribuição, do consumo e da oferta de psicofármacos na rede de atenção à saúde mental do SUS. O Hórus, lançado ao final de 2009, permite, entre outras funcionalidades, o controle de estoque, a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos e dispensados, o agendamento das dispensações, o conhecimento do perfil de consumo, o acompanhamento do uso dos medicamentos e ainda a geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área, sendo o *software* integrado ao Cartão Nacional de Saúde e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e podendo ser utilizado também pelas Secretarias Estaduais de Saúde, para acompanhar a distribuição de medicamentos aos municípios⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Foi possível realizar a descrição sociodemográfica e econômica dos usuários dos CAPS, de seus diagnósticos,

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília; 2004.
2. Souza J, Kantorski LP. The social network of individuals under treatment at a Psychosocial Care Center for alcohol and drugs (CAPS ad): the ecomap as a resource. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2010 Sept 25];43(2):373-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a17v43n2.pdf
3. Sadock BJ, Kaplan IH, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria. 9ª ed. São Paulo: Artmed; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília; 2001.
5. Cardoso L, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Acta Paul Enferm. 2006; 19(3):343-8.
6. Marin N, organizador. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
7. World Health Organization (WHO). A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Brasília; 2007.
8. Mello R, Furegato ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(3):457-64.

do consumo e oferta de psicofármacos na rede do SUS, compreendendo a relação com as condições sociais e as dificuldades encontradas pelos usuários em adquirir essas medicações.

Nesse âmbito, cabe ressaltar a relevância da gestão do recurso financeiro e manutenção do foco de investimentos em saúde mental, bem como da transparência na definição de prioridades e na utilização dos recursos, o que foi visto como dificuldades relacionadas ao fornecimento de medicação.

Foi vista também a necessidade da capacitação e da sensibilização dos profissionais, sendo focalizadas a elaboração e execução dos planos terapêuticos individuais, de acordo com as modalidades de atendimento, assim como a necessidade de atentar para o registro de qualidade nos prontuários, para a reavaliação não só do tratamento medicamentoso, mas de todos os cuidados prestados, e ainda para o uso de instrumentos, tais como: o Formulário Terapêutico Nacional e *software* Hórus, o qual recentemente está sendo disponibilizado.

Além disso, foi identificada a carência de psicofármacos e de pacote mínimo que especifique a distribuição na rede do SUS dessas medicações, pois isso é extremamente relevante diante de serviços que cuidam de usuários crônicos.

No entanto, é significativo mencionar que, na pesquisa maior do CAPSUL, notavelmente em Joinville/SC, conseguiu-se organizar o fornecimento e distribuição de medicações de forma satisfatória, podendo essa situação servir como referência para outros municípios pois, além da organização da distribuição de medicamentos, ocorre a necessidade de determinar a porcentagem de usuários em tratamento que realmente se beneficiam da atual política.

Ainda, ressalva-se a importância das outras terapias psicossociais, que valorizam o autocuidado, a corresponsabilização do usuário pela sua participação e do familiar e pelo estabelecimento de uma rede de relações na comunidade.

9. Osinaga VLM, Furegato ARF, Santos JLF. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Rev Latino Am Enferm.* 2007;15(1):70-7.
10. Cardoso L, Galera SAF. Mental patients and their profile of compliance with psychopharmacological treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Sept 25];43(1):161-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_21.pdf
11. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, 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.* 2010;26(4):807-15.
12. Goldberg J. A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1992.
13. Hemels ME, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000. *Ann Pharmacother.* 2002;36(9):1375-9.
14. Moore S, Jaime LKM, Maharajh H, Ramtahal I, Reid S, Sircar F, et al. The prescribing of psychotropic drugs in mental health services in Trinidad. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;12(3):207-14.
15. Ribeiro CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Med J.* 2007;125(5):270-4.
16. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino Am Enferm.* 2005;13(n.esp):896-902.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2010 set. 25]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. 7ª ed.* Brasília; 2010.
19. Gadelha AMJ, Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, Portela MC, Campos MR. Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2002.
20. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília; 2005.
21. Auchewska L, Andreatinia R, Galdurózbc JCF, Lacerda JB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(1):24-31.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. HÓRUS. Brasília; 2009 [citado 2010 set. 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34372

Pesquisa financiada pelo CNPq e Ministério da Saúde/SCTIE-DECIT/CT/Saúde. Edital 07/2005