

AValiação das informações contidas em receitas e notificações de receitas atendidas na farmácia do CAPS II Araguaína-TO

Evilanna Lima Arruda¹, Hevilem L. M. N. Morais¹, Anette Kelsei Partata²

O relatório do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) divulgado pela ANVISA em 2010, mostrou um consumo elevado de medicamentos controlados no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar as informações contidas em receitas e notificações atendidas na farmácia do Centro de Atenção Psicossocial II de Araguaína (TO), onde analisou-se 66 prescrições de usuários do regime semi-intensivo e não-intensivo aviadadas na Farmácia da respectiva Unidade de Saúde, no período de 01 a 31 de julho de 2011, sendo as variáveis analisadas: tipos de prescrições, legibilidade, identificação do emitente, especialidade do prescritor, identificação e sexo do usuário, quantidade de medicamentos prescritos nas receitas de controle especial, data da emissão, grupo farmacológico e medicamentos prescritos, identificação do comprador e identificação do fornecedor. Das prescrições analisadas, 73% eram de notificações de receita B, 95% destas apresentaram-se legíveis e todas apresentaram identificação do emitente e do usuário. Com relação ao prescritor, 89% das receitas foram prescritas por médicos psiquiatras e 64% eram de pacientes do sexo feminino, onde as classes medicamentosas mais prescritas foram os antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor. Em 74% das prescrições não havia data de emissão. Os resultados revelam o cumprimento da legislação quanto ao nome do paciente e emitente, legibilidade em geral e quantidade de medicamentos prescritos.

Palavras-Chave: CAPS. Psicotrópicos. Receitas de controle especial.

The report from the National System of Controlled Products Management (SNGPC in Portuguese), broadcasted by ANVISA in 2010 showed up some elevated use of controlled medicines in Brazil.. The goal of this study was to check the information of some prescriptions and notifications from the drugstore of the Centro de Atenção Psicossocial II of Araguaína (TO), where we analyzed 66 prescriptions of semi-intensive and non-intensive users dispensed by the drugstore of the above health unit between July 1st and 31st, 2011, and the following variables were analyzed: prescription type, readability, issuer's id, issuer's expertise field, user's id and gender, quantity of medicine prescribed, emission date, pharmacological group and medicine prescribed, buyer's id and the provider's id. From the analyzed prescriptions, 73% were of B prescription type, 95% of these were readable and all of them showed user's and issuer's ids. About the issuer, 89% of the prescripts were given by psychiatric doctors and 64% of the patients were females. The more prescribed drug classes were antipsychotic, antidepressant and mood stabilizer. 74% of the prescriptions had not emission date at all. The results show that the legislation about the patients' and issuer's names, readability and quantity of prescribed medicine were attended.

Keywords: CAPS. Psychotropic. Special Controlled Prescripts.

¹ Farmacêuticas graduadas no Curso de Farmácia Generalista do ITPAC.

² Doutora. Docente do ITPAC - Email: anettepartata@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

No decorrer da história do consumo das substâncias psicotrópicas e psicoativas no Brasil, tem-se buscado medidas para o controle no que concerne ao seu uso e compra. Antes da criação da portaria 344 do Ministério da Saúde (MS) em 1998, as legislações responsáveis pelo controle dessas drogas eram as portarias 27 e 28 de 1986 (Dimed) que normatizavam as prescrições de psicotrópicos (CALIL, 2001).

Os fármacos psicotrópicos são definidos como aqueles que afetam o humor e o comportamento (RANG, 2007). Valendo-se dessa prerrogativa, o uso dessas substâncias nas enfermidades mentais torna-se uma escolha indispensável no que diz respeito ao tratamento das mesmas. Apesar da necessidade e segurança, essas drogas podem provocar dependência física e psíquica, sendo necessário controle especial na disponibilização de tais substâncias.

Em relação às doenças mentais no Brasil, existem instituições que visam estabelecer condições que forneçam apoio, assistência e reintegração social às pessoas que sofrem com transtornos mentais. Baseado no que diz o Ministério da Saúde (2004) os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, possuem a missão de proporcionar um atendimento às pessoas que sofrem com tais transtornos, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial.

O atendimento adequado prestado a um paciente que utiliza medicamentos tem início com a prescrição médica (VALADÃO, 2008). As informações disponíveis nos receituários devem ser claras e legíveis, com propósito de evitar equívocos por parte do paciente e dos profissionais que venham atendê-lo. A prescrição é um documento de natureza legal, e seu autor é responsável pela sua exatidão, devendo ser legível, concisa e objetiva (SILVA, 2010).

De acordo com relatório do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) divulgado pela Anvisa em 2010, o consumo de medicamentos controlados no Brasil mostra-se bastante elevado. A partir dessas

informações, destaca-se a importância de avaliar o cumprimento da portaria que controla a venda e o uso de tais substâncias.

Em face do grande consumo de medicamentos controlados por essa legislação, surgiu, por parte das autoras, o interesse de avaliar as receitas e notificações de receitas previstas na Portaria nº 344/98 do Ministério da Saúde (MS) aviadas na Farmácia do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) da cidade de Araguaína/TO. Esse estudo possibilitará a constatação do cumprimento das normas estabelecidas pela portaria no que diz respeito às notificações de receitas e receitas prescritas em cada lista da Portaria 344/98 MS.

1.1 Objetivos

Avaliar as informações contidas em receitas e notificações de receitas atendidas na farmácia do Centro de Atenção Psicossocial no período de 01 a 31 de julho de 2011. Especificamente investigar os erros e problemas em relação ao preenchimento de receitas e notificações contidas nas prescrições médicas atendidas no CAPS, quanto ao cumprimento da legislação, identificando as principais causas e consequências que levam o erro de prescrição, apresentando os medicamentos previstos na Portaria 344/98, especificamente os das Listas B1 e C1, mais consumidos pelos pacientes da instituição.

1.2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado na Farmácia do CAPS II Araguaína, acompanhado de revisão bibliográfica. Foi feita uma solicitação, através de ofício (ANEXO 1) à Direção Geral do CAPS II Araguaína para autorizar o acesso à amostra estudada. A identificação do paciente e do prescritor foi mantida em sigilo,

atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra utilizada foi constituída por todas as receitas prescritas no CAPS II Araguaína para usuários do regime semi-intensivo e não-intensivo e aviadas na Farmácia da respectiva Unidade de Saúde, no período de 01 a 31 de julho de 2011.

As variáveis analisadas foram: tipos de prescrições (Notificações B e Receita de controle especial duas vias), legibilidade, identificação do emitente, especialidade do prescritor (Psiquiatra e outras especialidades), identificação do usuário, sexo do usuário, quantidade de medicamentos prescritos nas receitas de controle especial, data da emissão, grupo farmacológico prescrito, medicamentos prescritos, identificação do comprador, identificação do fornecedor.

Foi feita uma ficha piloto para coleta de dados. Após a sua aprovação (ANEXO 2), os dados foram coletados, processados em programa EXCEL e apresentados na forma de tabelas e gráficos.

2. PRESCRIÇÃO OU RECEITA MÉDICA

Para Silva (2010) prescrição ou receita médica é uma ordem escrita, com instruções sobre o medicamento que deve ser dado ao paciente indicando a via de administração, a duração do tratamento e quantidade determinada.

Afirma ainda que:

A receita deve compor as seguintes partes: cabeçalho, nome do paciente, o símbolo superscrição, indicação da via de administração do medicamento, inscrição-nome do medicamento, subscrição ou instruções para o farmacêutico, instruções para o paciente, assinatura do profissional (SILVA, 2010, p.142).

A receita médica representa o principal elo de comunicação entre médico, farmacêutico e paciente; e para que não haja falhas nesse processo esta deve ser elaborada de acordo com critérios

aceitos e padronizados (ALDRIGUE, 2006). A legibilidade do receituário representa um critério predominante nessa interação, permitindo estabelecer resultados satisfatórios para o paciente minimizando riscos relacionados ao tratamento farmacológico.

Segundo o Código de Ética Médica (1988), é proibido ao prescritor receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos. A necessidade do correto preenchimento sustenta-se na prevenção de erros de interpretação pelo profissional dispensador e pelo próprio paciente, que busca no ato da consulta benefícios e não prejuízos à saúde, tais enganos podem resultar na administração incorreta do medicamento, dispensação equivocada, entre outras consequências.

A Portaria 344/98 do Ministério da Saúde (MS) afirma que, a aviação e dispensação de receitas e notificações, só serão feitas quando todos os itens estiverem preenchidos corretamente, por extenso, sem rasuras ou emendas.

A Notificação de receita trata-se de documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos à base de substâncias constantes nas listas A1 e A2 (entorpecentes) (Figura 1), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras) da Portaria 344/98 MS (MADRUGA, 2009).

A Notificação de Receita B (Figura 2), de cor azul, terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão e será válida apenas na Unidade Federativa que concedeu a numeração. Nessa, só poderão ser dispensadas quantidade para 60 dias de tratamento, podendo conter no máximo 5 ampolas, no caso de injetáveis (BRASIL, 1998).

2.1 Campos obrigatórios a serem preenchidos nas receitas e Notificações de Receitas pelo prescritor

Os campos que devem obrigatoriamente ser preenchidos pelo prescritor são:

Identificação do emitente: deve conter o nome do profissional (inscrição do Conselho

Regional do profissional, nome e endereço do consultório) ou da instituição (nome e endereço) (BRASIL, 1998); identificação do usuário: deve apresentar o nome e endereço completo do paciente (BRASIL, 1998); nome do medicamento ou da substância: precisa constar a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), contendo a dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia (TOCANTINS, 2010); data da emissão; assinatura do prescritor: quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no campo do emitente, este poderá apenas assinar a Notificação de Receita. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar a assinatura com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional, ou manualmente, de forma legível (TOCANTINS, 2010).

2.2 Campos obrigatórios a serem preenchidos pelo profissional dispensador

Os campos a serem preenchidos pelo farmacêutico são: identificação do comprador: deve conter o nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone (BRASIL, 1998); identificação do fornecedor: deve dispor o nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento (BRASIL, 1998).

2.3 Demais informações que devem conter nas Receitas e Notificações de receita

Sigla da Unidade da Federação (válida somente para Notificação de Receita); identificação numérica: a sequência numérica será fornecida pela Autoridade Sanitária competente dos Estados, Municípios e Distrito Federal (válida somente para Notificação de Receita) (BRASIL, 1998); identificação da gráfica: Deve apresentar o nome, endereço e C.N.P.J./ C.G.C. impressos no rodapé de cada folha do talonário. Deverá constar também, a numeração inicial e final concedidas ao profissional ou instituição e o número da Autorização para confecção de talonários emitida pela Vigilância Sanitária local (válido somente para Notificações de receita) (BRASIL, 1998); identificação do registro: Consiste na anotação da quantidade aviada, no verso, e quando tratar-se

de formulações magistrais, o número de registro da receita no livro de receituário (BRASIL, 1998).

3. PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998

3.1 Drogas psicotrópicas/psicoativas

Drogas psicotrópicas “são substâncias que pode determinar dependência física ou psíquica” (BRASIL, 1998, p. 2). Já para o Ministério da Saúde (2004), substâncias psicotrópicas são produtos de origem natural ou sintética, utilizados para gerar alterações na sensopercepção, no nível de consciência e no estado emocional dos usuários. Muitos dos efeitos adquiridos não são buscados de intencionalmente pelo usuário (ex.: efeitos clínicos adversos, decorrentes do uso).

Segundo o Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2003), essas podem ser classificadas de acordo com sua atividade no Sistema Nervoso Central em:

- Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central
- Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central
- Perturbadoras da Atividade do Sistema Nervoso Central

Rang (2007), baseado na classificação sugerida pela Organização Mundial da Saúde, classifica essas substância em 8 (oito) grupos: os agentes anestésicos, ansiolíticos e sedativos, fármacos antipsicóticos, fármacos antidepressivos, fármacos analgésicos, estimulantes psicomotores, fármacospsicotomiméticos e reforçadores da cognição.

- Agentes anestésicos: fármacos utilizados para produzir anestesia cirúrgica. Ex: propofol, enflurano e éter (RANG, 2007).
- Ansiolíticos e sedativos: também denominados de hipnóticos e tranquilizantes menores, são fármacos que inibem a ansiedade, causam sono e acalmam. A esse grupo pertencem os benzodiazepínicos, “essas drogas apresentam uma variedade de possíveis usos, incluindo as ações ansiolítica, sedativa, hipnótica, anticonvulsivante, anestésica e relaxante muscular”

(SCHELLACK, 2006). São classificados de acordo com o período de duração com base nas suas meias-vidas plasmática em de ação longa (24-48h), ação média (24h), ação curta (12-18h) e ultracurta (<6h). Outro grupo de fármacos que fazem parte dessa classificação são os barbitúricos, atualmente obsoletos para ansiedade, tendo o uso confinado a epilepsia e anestesia (RANG, 2007).

- Fármacos Antipsicóticos: conhecidos também como neurolépticos, antiesquizofrênicos, antipsicóticos ou tranquilizantes maiores, essas drogas são utilizadas no alívio dos sintomas da esquizofrenia. Ex: Clozapina, clorpromazina, Haloperidol (RANG, 2007).
- Fármacos antidepressivos: “a depressão está associada com uma deficiência nas concentrações de serotonina e noradrenalina nas sinapses centrais do cérebro” (SCHELLACK, 2006, p.96). Os antidepressivos são drogas destinadas ao tratamento da depressão, a fim de aumentar as concentrações desses neurotransmissores nesses locais. Esses medicamentos estão classificados principalmente em: antidepressivos tricíclicos como, imipramina e amitriptilina; inibidores seletivos da serotonina como, fluoxetina e paroxetina; inibidores da monoaminoxidase como, iproniazida e fenelzina.
- Fármacos analgésicos: clinicamente são fármacos usados para o controle da dor. Ex.: opióides e carbamazepina (RANG, 2007).
- Estimulantes psicomotores: também conhecidos como psicoestimulantes, são drogas que provocam estado de alerta e euforia. Ex.: anfetamina, cafeína e cocaína (RANG, 2007).
- Fármacos psicotomiméticos: são fármacos que causam distúrbios da percepção (particularmente alucinações visuais). Ex.: dietilamida do ácido lisérgico, mescalina, fenciclidina e maconha (*cannabis*) (RANG, 2007).

- Reforçadores da cognição: são fármacos que melhoram a memória e o desempenho cognitivo. Ex.: inibidores da acetilcolinesterase (donepezina, galantamina, rivastigmina), antagonistas do receptor NMDA (memantina), piracetam (melhora a função cognitiva nos animais) (RANG, 2007).

Outro grupo não classificado acima, mas de extrema importância no trabalho, são os medicamentos utilizados no tratamento da Doença de Parkinson. Nos núcleos extrapiramidais existem neurotransmissores que, quando em equilíbrio, são responsáveis pela movimentação normal da musculatura esquelética. Quando há um desequilíbrio entre os neurotransmissores, acetilcolina e dopamina, ou seja, um aumento relativo da acetilcolina e diminuição da concentração de dopamina ocasiona uma rigidez característica da musculatura esquelética, tremores musculares rítmicos, postura inclinada, bradicinesia, alterações da voz e outros sinais que indicam condição neurológica debilitante caracterizando a Doença de Parkinson (SCHELLACK, 2006). A maioria dos neurolépticos apresentam como efeitos adversos sintomas semelhantes aos desenvolvidos pela Doença de Parkinson, denominados efeitos extrapiramidais.

Para Silva (2010) o principal objetivo do tratamento consiste na autonomia do paciente, devendo o mesmo ser mantido, independente o maior tempo possível. Ainda concordando com Silva, o tratamento farmacológico apresenta-se como uma alternativa necessária na supressão desses sintomas, uma vez que medidas como exercícios físicos, terapia ocupacional, psicoterapia e suporte familiar também são de extrema importância no desenvolvimento do tratamento. As drogas comumente utilizadas no tratamento da Doença de Parkinson e na atenuação dos efeitos extrapiramidais consistem nos precursores da dopamina (Ex.: levodopa), os anticolinérgicos (Ex.: biperideno), os inibidores da monoaminoxidase tipo B (Ex.: Selegilina), os agonistas dopaminérgico (Ex.: bromocriptina e amantadina).

3.2 Aspectos gerais da Portaria n° 344 de 1998 do Ministério da Saúde

A Portaria n° 344 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, apresenta 110 artigos, 33 parágrafos, normatizando 478 substâncias em 16 listas de medicamentos.

Essa portaria estabeleceu um modelo padrão para os receituários em que são prescritas tais substâncias, acrescentando elementos de preenchimento das receitas relacionados aos profissionais e usuários que devem ser observados por esses quando da prescrição, dispensação/comercialização dessas drogas (CAMARGO, 2005).

O farmacêutico apresenta-se como o principal responsável pela disponibilização desses medicamentos, após uma avaliação minuciosa na prescrição e notificação, o mesmo encontra-se habilitado a dispensar ou não a droga, de acordo com o que rege a legislação citada anteriormente.

A portaria é constituída por 16 listas, onde cada lista é composta por substâncias de mesma classe medicamentosa, estando divididas em (BRASIL, 1998):

- Lista A1: estão inseridas as substâncias entorpecentes depressoras do Sistema Nervoso Central, sujeitas a Notificação de Receita A (amarela);
- Lista A2: estão inseridas as substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais, depressoras do Sistema Nervoso Central, sujeitas a Notificação de Receita A (amarela);
- Lista A3: estão inseridas as substâncias psicotrópicas, estimulantes do Sistema Nervoso Central, sujeitas a Notificação de Receita A(amarela);
- Lista B1: estão inseridas as substâncias psicotrópicas, depressoras do Sistema Nervoso Central, sujeitas a Notificação de Receita B (azul);
- Lista B2: estão inseridas as substâncias psicotrópicas anorexígenas, estimulantes do Sistema Nervoso Central, sujeitas a Notificação de Receita B2 (azul);
- Lista C1: estão inseridas as outras substâncias sujeitas a controle especial,

que não causam dependência, sujeitas a Receitas de Controle Especial em duas vias;

- Lista C2: estão inseridas as substâncias retinóicas, que possuem efeitos teratogênicos, sujeitas a Notificação de Receita Especial (branca);
- Lista C3: estão inseridas as substâncias imunossupressoras, que possuem efeitos teratogênicos, sujeitas a Receita Especial;
- Lista C4: estão inseridas as substâncias antirretrovirais, sujeitas a Receituário do Programa da DST/AIDS ou sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias;
- Lista C5: estão inseridas as substâncias anabolizantes, sujeitas a Controle Especial em duas vias;
- Lista D1: estão inseridas as substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas, sujeitas a Receita Médica sem Retenção;
- Lista D2: estão inseridas as substâncias de insumos químicos utilizados como precursores para fabricação e síntese de entorpecentes e/ou psicotrópicos, sujeitos a controle do Ministério da Justiça;
- Lista E: estão inseridas as substâncias que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas;
- Lista F: estão inseridas as substâncias de uso proscritos no Brasil, essa possui subitens como Lista F1, das substâncias entorpecentes; Lista F2, das substâncias psicotrópicas; Lista F3, das outras substâncias.

A necessidade do controle no consumo dessas drogas fundamenta-se na prevenção no uso abusivo e descontrolado dessas substâncias. Camargo (2005) em seu trabalho aponta as principais consequências do uso irracional dessas drogas:

Atualmente é bem conhecida a importância da existência de leis e ações efetivas que levam ao controle e combate ao uso de drogas. Isso porque, em maior ou menor grau, o consumo abusivo de drogas sempre está ligado a recrudescên-

cia da violência, à desestruturação familiar e, enfim, ao aumento dos gastos efetuados pelos governos e pelas empresas a fim de cobrir seguro-saúde, acidentes de trabalho, perda de produtividade e aos demais problemas comumente associados ao uso indiscriminado de drogas (CAMARGO, 2005, p. 131).

Para Martins, (2004): lidar com essas substâncias é uma situação complicada que envolve dimensões sociais, econômicas, políticas, familiares e individuais, considerando o contexto em que se insere o trabalhador. Sabe-se que o uso desses medicamentos é importante no tratamento das enfermidades mentais, no entanto, valendo-se dos efeitos produzidos por tais drogas como mudança de ânimo e comportamento, parte da população inicia o consumo em busca de uma sensação de prazer e bem-estar, isso leva ao uso irracional e irresponsável contribuindo para o aumento de tolerância e principalmente dependência.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas em 2006, os benzodiazepínicos foram o terceiro grupo de drogas mais consumidos no Brasil, de acordo com um levantamento feito em 108 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes.

Comparando com o relatório liberado pela ANVISA em 2010, do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), as substâncias com maior índice de consumo foram os anorexígenos, liderados pela Sibutramina.

No tocante ao uso de drogas psicotrópicas no Tocantins, conforme o CEBRID (2006) os xaropes com codeína representam 1,3% do consumo em porcentagens e população estimada com uso na vida de diferentes Drogas Psicotrópicas (exceto Álcool e Tabaco) nas nove cidades da região Norte com mais de 200 mil habitantes. Já os benzodiazepínicos, seguidos dos barbitúricos, ocupam, respectivamente, 0,3% e 0,2% desse consumo.

3.3 Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), diante da dificuldade do cumprimento de metas e acordos internacionais de monitoramento e controle de consumo de produtos controlados disponibiliza o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC (CFF, 2006). Tal sistema possibilita o processo de fiscalização e coleta de dados no que diz respeito à produção, comércio e uso de drogas ou substâncias sujeitas a controle especial.

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 27, de 30 de março de 2007, dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Atualmente apenas farmácias e drogarias privadas são obrigadas a adotar o SNGPC, porém segundo a ANVISA (2007) farmácias hospitalares, públicas, industriais e distribuidoras futuramente também deverão adotar o sistema. O mesmo pretende monitorar a dispensação das substâncias previstas na Portaria 344/98, monitorar hábitos de prescrições e consumo de produtos controlados nas regiões, a fim de propor medidas de controle dentre outras ações que possibilitarão o acompanhamento seguro de uso e consumo de tais substâncias.

4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são instituições dedicadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia através de atendimento médico e psicológico. Sua principal característica consiste na busca de sua integração a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares, constituindo a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2004) informam que, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São

Paulo, e recebeu a denominação de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

Para o Ministério da Saúde:

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, 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 (Ministério da Saúde, 2004, p.13).

A Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

As principais diferenças entre os CAPS I, CAPS II e CAPS III, aduzidas na sobredita Portaria, consistem na capacidade operacional de atendimento, que variam de acordo com a população de habitantes de cada município, diferindo no horário de atendimento e quantidade de profissionais que compõem a equipe técnica.

No CAPS I, o serviço de atenção psicossocial possui a capacidade operacional para atendimento em municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias da semana, em que a equipe técnica mínima é composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio (BRASIL, 2002).

Já no CAPS II, esse serviço possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com período de funcionamento das 08:00 às 18:00, em dois turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. A equipe técnica mínima para atuação com 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 45 pacientes por dia, em regime intensivo, deve contar com (BRASIL, 2002):

- Um médico psiquiatra;
- Um enfermeiro com formação em saúde mental;
- Quatro profissionais de nível superior como: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional,

pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto;

- Seis profissionais de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Dentre os serviços oferecidos aos usuários no CAPS II estão:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterapêutico e orientação);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social e grupo operativo);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou médio;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias voltadas à integração do doente mental na sociedade e sua inserção familiar e social;
- Os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

No CAPS III, o serviço de atenção psicossocial contém capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando em período de 24 horas diariamente, incluindo finais de semana e feriados, composta por uma equipe técnica com dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio. Por possuir período noturno, nos plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por três técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio da área de apoio. Nas 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por um profissional de nível superior, três técnicos de enfermagem, um profissional de nível médio e um profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

A Portaria referida acima também estabelece o CAPS I II e CAPS ad II, consistindo respectivamente na prestação de serviços de atendimento a crianças e adolescentes referente a uma população de cerca de 200.000 habitantes; e prestação de assistência a pacientes com

transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para população superior a 70.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Quanto à distribuição de medicamentos para usuários, há uma avaliação da necessidade da medicação junto com os profissionais do serviço. Em relação à distribuição, assessoramento, aquisição e administração dos medicamentos, os CAPS organizam toda essa rotina, de acordo com o diagnóstico e projeto terapêutico de cada usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS poderão 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 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p. 20).

Em 2004, de acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil possuía 516 Centros de Atenção Psicossocial, abrangendo todas as modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II), dessa referida quantidade, 27 estão localizados na região Norte, havendo 05 (cinco) unidades, nas modalidades I e II, no Estado do Tocantins.

4.1 O CAPS no Município de Araguaína

De acordo com o que estabelece a Portaria nº 336 de 2002, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes inserem-se na modalidade de serviços CAPS II. O município de Araguaína possui aproximadamente 149.313 habitantes, segundo o CENSO em 2010 (IBGE, 2010), enquadrando-se na modalidade CAPS II. Esse serviço teve seu início como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1996. Atualmente, atende 220 usuários cadastrados, e possui uma equipe multidisciplinar com 41 colaboradores, composta por médicos psiquiatras e generalistas, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, artesãos, assistentes administrativos, vigilantes, motorista, auxiliares de serviços gerais, cozinheiras e copeiras.

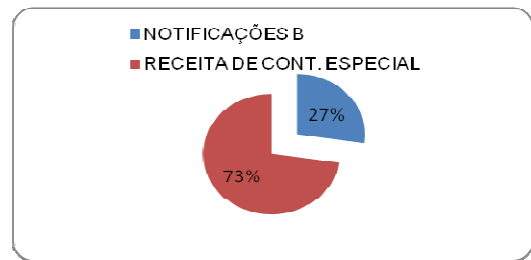


Gráfico 1. Tipos de prescrições analisadas no CAPS II de Araguaína-TO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 66 prescrições (notificações de receitas B e receitas de controle especial) atendidas no período de 01 a 31 de julho de 2011 na Farmácia do CAPS II de Araguaína-TO. Pode-se notar maior frequência de prescrições de receitas de controle especial, com 73%, (Gráfico1) em relação a notificações de receita B.

No que se refere à legibilidade das receitas quanto à identificação do paciente, medicamento prescrito e dosagem, 95% das prescrições apresentaram-se legíveis.

No entanto, em algumas prescrições houve dificuldade na identificação do nome do paciente. Comparando com o trabalho de Lima, realizado no CAPS de Ocara - CE em 2010, em que 88% das receitas estavam legíveis, foi possível notar a confiabilidade das prescrições de controle especial, tornando-se um resultado importante, principalmente quanto à dispensação, onde problemas de legibilidade, na maioria das vezes, levam a uma dispensação equivocada. Das 66 prescrições analisadas, todas apresentaram identificação do emitente e do usuário.

A modalidade especialidade do prescriptor mostrou que 89% das receitas eram prescritas por médicos psiquiatras (Gráfico 2).

A partir dos resultados obtidos, podemos observar que o alto índice de prescrições emitidas por psiquiatra, justifica-se pela presença de um especialista na instituição CAPS, comparando-se com os resultados da pesquisa de Andrade (2004), realizada em farmácias de manipulação de Ribeirão Preto, 51% de 124 prescrições foram emitidas por Clínicos Gerais.

Esses resultados mostram-se satisfatórios no que diz respeito à segurança e eficácia do tratamento, onde um clínico não preparado possui

mais dificuldades para diagnosticar um transtorno mental, quando mascarado pelas queixas somáticas. Isto poderia refletir no consumo indiscriminado destes fármacos de controle especial (ANDRADE, 2004).

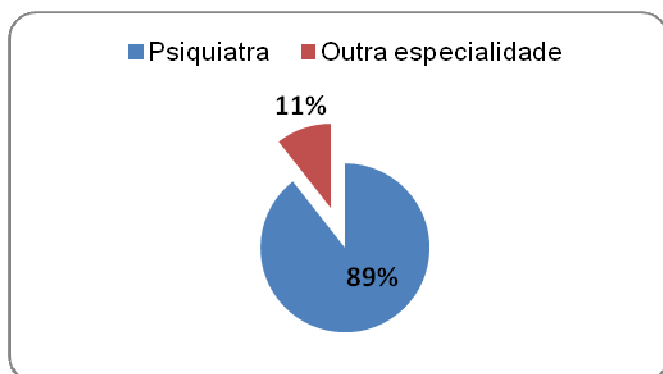


Gráfico 2. Especialidades médicas apresentadas nas prescrições analisadas no CAPS II de Araguaína-TO

O CAPS II de Araguaína atende 220 usuários, desses, 210 residem no município de Araguaína/TO. Dados fornecidos pela instituição apresentam que a distribuição de usuários por sexo consiste em 68 usuários do sexo masculino e 143 do sexo feminino de diversas faixas etárias (Tabela 1). Segundo Lopes (2003) estudos feitos em populações ocidentais têm apontado que as prevalências de transtornos mentais não-psicóticos variam de 7% a 26%, com uma média de 17% (12, 5% em homens e 20% em mulheres), confirmando os resultados encontrados nas prescrições analisadas na presente pesquisa, onde 64% das receitas eram de pacientes do sexo feminino. No trabalho de Falcão (2007), foram analisados a prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar, mostrando que prescrições de psicofármacos com os diagnósticos de ansiedade, depressão e perturbações do sono foram mais frequentes nas mulheres do que nos homens.

Sexo	Faixa etária				Total
	Até 12 anos	13 a 18 anos	Até 60 anos	Acima de 60 anos	
Masculino	0	1	57	10	68
Feminino	0	0	124	18	142

Tabela 1. Distribuição de usuários do CAPS II de Araguaína por sexo e faixa etária.

Comparando com os resultados obtidos no CAPS II de Araguaína-TO, sugere-se que a prevalência do sexo feminino nas prescrições pode ser explicada devido à incidência maior nas mulheres em diversos transtornos, destacando-se a depressão e ansiedade.

Segundo Sadock, (2008): a prevalência de transtornos depressivos duas vezes maior nas mulheres que em homens tem sido observada universalmente, podendo-se supor que as razões para isso envolvam diferenças hormonais, efeitos estressores diferentes para os sexos e modelos comportamentais.

Os antidepressivos (Tabela 2) constituíram a segunda classe medicamentosa mais prescrita, destacando-se a fluoxetina (12,3%), um inibidor seletivo da receptação de serotonina, sendo que em sua classe, em relação ao mecanismo de ação, atualmente é um dos antidepressivos mais prescritos (RANG, 2007).

Além dos efeitos estimulantes do Sistema Nervoso Central, a mesma possui alguns efeitos colaterais próprios como anorexia e perda de peso (SILVA, 2010, p. 349). Conforme Andrade (2004, p.472) “esta característica poderia ser um dos fatores propulsores deste consumo elevado”. Os Ansiolíticos despontaram 13% das prescrições, liderados pelo clonazepam (12,3%), um benzodiazepínico utilizado no tratamento de estado da ansiedade e insônia.

Os benzodiazepínicos são os medicamentos de escolha para o tratamento da ansiedade aguda e da agitação. Diante do risco da dependência psicológica, a utilização de longo prazo de benzodiazepínicos deve ser monitorada cuidadosamente (SADOCK, 2008).

Além disso, o clonazepam pode acelerar os efeitos antidepressivos da fluoxetina (SADOCK, 2008).

Em relação às receitas de controle especial, 29% (Gráfico 3) apresentaram mais de três medicamentos nas prescrições.

Tal resultado é explicado devido à presença da Prometazina, um antagonista dos receptores H₁ da histamina, que possui efeitos sedativo e antagonista aos transtornos do movimento induzidos pelos receptores D₂ da

Dopamina no Sistema Nervoso Central (SADOCK, 2008). A utilização do Biperideno, um anticolinérgico, no tratamento dos efeitos extrapiramidais causados pelo consumo de antipsicóticos, justifica-se por seus efeitos bloqueadores multipotentes, incluindo efeitos antimuscarínicos, empregado no controle de problemas clínicos causados pelo aumento da acetilcolina (SCHELLACK, 2006).

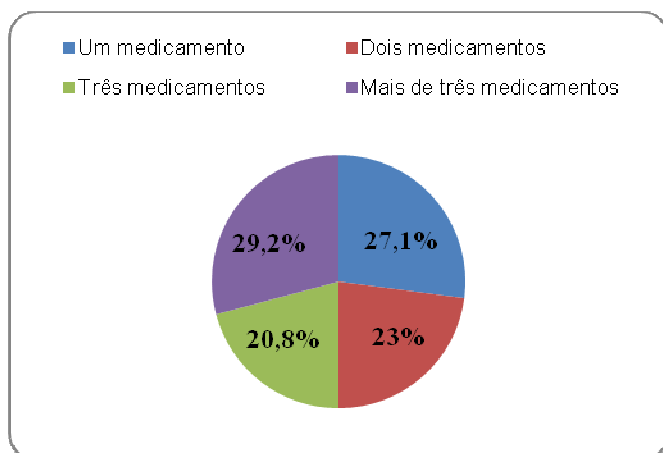


Gráfico 3. Porcentagem de medicamentos contidas nas receitas de controle especial C1

A data de emissão encontrou-se ausente em 74% das prescrições (Gráfico 4). A ausência da data que a receita foi emitida impede que o profissional dispensador conheça a validade da prescrição, podendo trazer prejuízos à boa orientação farmacêutica. Além disso, a falta do preenchimento desse campo pode levar a fraudes ou ao uso irracional do medicamento.

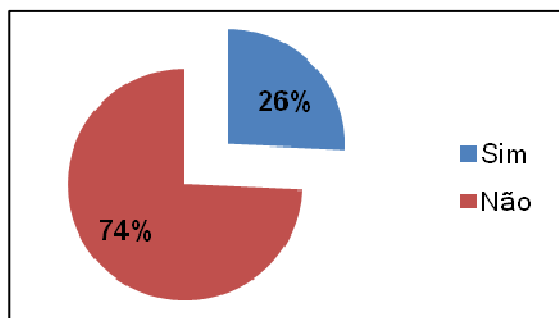


Gráfico 4. Presença da data de emissão nas prescrições do CAPS II de Araguaína-TO

Em relação à classe medicamentosa, os antipsicóticos foram os mais prescritos, ocupando 33% das prescrições, seguido dos antidepressivos

e estabilizadores do humor, ambos com 16% (Tabela 2). Os antipsicóticos típicos são eficazes em transtornos primários na esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, episódios maníacos e transtorno depressivo maior com manifestação psicótica (SADOCK, 2008).

A risperidona, um antipsicótico atípico antagonista de serotonina- dopamina, apresenta menores riscos de sintomas extrapiramidais do que os antipsicóticos típicos, dessa forma eliminando a necessidade do uso de anticolinérgicos no tratamento dos efeitos extrapiramidais.

A mesma ostentou 10,4% das prescrições da classe dos antipsicóticos seguida da tioridazina (8,4%) um antipsicótico típico, com potência antimuscarínica relativamente maior que outros da classe, apresentando menor tendência a produzirsintomas extrapiramidais (SILVA, 2010).

Os estabilizadores do humor juntamente com os antidepressivos constituíram a segunda classe mais consumida no CAPS II.

A carbamazepina (Tabela 2) e o lítio são agentes de primeira linha no tratamento desses transtornos. A carbamazepina é utilizada em casos de mania aguda e no tratamento profilático de transtorno de humor bipolar I, sendo mais comumente usada, devido possuir menos efeitos colaterais que o lítio (RANG, 2007; SADOCK, 2008).

Com relação ao campo identificação do comprador, 74% das prescrições não apresentaram esse campo preenchido. Vale destacar que dessas, a maioria eram receitas de controle especial. Camargo (2005) em seu trabalho expõe que para compreender a relevância da presença deste item no receituário, deve-se lembrar de que, nem sempre é o paciente que adquire o medicamento no estabelecimento.

Muitas vezes quem o faz é o comprador em nome do paciente. Logo, o destino final do medicamento pode não ser o endereço do paciente. Quanto à identificação do fornecedor todas apresentaram esse campo preenchido, facilitando o encontro dos responsáveis pela dispensação do medicamento caso haja negligências.

GRUPO FARMACOLÓGICO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Antipsicótico	52	33,8%
Haloperidol	7	4,5%
Clorpromazina	2	1,3%
Tioridazina	13	8,4%
Levopromazina	6	3,9%
Flufenazina	0	0,0%
Risperidona	15	10,4%
Clozapina	3	1,9%
Olanzapina	4	2,6%
Quetiapina	1	0,6%
Antidepressivo	26	16,9%
Fluoxetina	19	12,3%
Amitripitilina	7	4,5%
Imipramina	0	0,0%
Estabilizador do humor	26	16,9%
Lítio	14	9,1%
Carbamazepina	22	14,3%
Antiparkinsoniano/ Anticolinérgico	9	5,8%
Biperideno	9	5,8%
Anti-histamínico	20	13,0%
Prometazina	20	13,0%
Anticonvulsivante	1	0,6%
Fenobarbital	1	0,6%
Fenitoina	0	0,0%
Ansiolítico	20	13,0%
Clonazepam	19	12,3%
Diazepam	1	0,6%
TOTAL	154	100%

Tabela 2. Grupos farmacológicos e principais medicamentos analisados nas prescrições atendidas no CAPS II de Araguaína-TO

6. CONCLUSÃO

A partir da avaliação das receitas e notificações atendidas na farmácia do CAPS II Araguaína, verificou-se o cumprimento da legislação quanto ao nome do paciente e emitente, legibilidade em geral e quantidade de medicamentos prescritos. No entanto, em relação ao preenchimento do campo data de emissão, em grande parte das prescrições analisadas, este item estava ausente, observando-se que, tal falha prevalecia nas receitas de controle especial. Vale lembrar que a falta da data de emissão na receita inviabiliza o profissional dispensador distinguir a validade da mesma, prejudicando o processo de dispensação. Esses erros podem ser gerados devido à falta de atenção ou excesso de atendimentos, exigindo do médico maior agilidade na consulta e no preenchimento das receitas.

O preenchimento do campo identificação do comprador também apresentou-se ausente na maioria das receitas de controle especial. Pode-se explicar a ausência desses dados devido às receitas pertencerem a pacientes do CAPS, onde o comprador seria a própria instituição.

Segundo a presente pesquisa, os antipsicóticos mostraram-se a classe medicamentosa mais prescrita no CAPS II de Araguaína/TO. Esses medicamentos empregados, principalmente, no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses vêm mostrando crescente aumento de consumo no Brasil. Outras classes que também mostraram elevado uso foram as drogas antidepressivas, estabilizadoras do humor e ansiolíticos. Isso pode sugerir que transtornos de humor e ansiedade sejam os responsáveis pelo elevado índice de consumo dessas drogas.

Nesse trabalho, além dos resultados mencionados anteriormente, observou-se a importância do controle do uso das drogas psicoativas, uma vez que o consumo descontrolado e irracional dessas substâncias pode ocasionar problemas sociais e econômicos tanto para a sociedade quanto para o governo.

7. REFERÊNCIAS

ALDRIGUE, Rita de Fátima Tomé et al. Análise da Completude de prescrições Médicas Dispensadas em uma Farmácia Comunitária de Fazenda Rio

Grande - Paraná (Brasil). Acta farmacêutica bonaerense. S.I. v.25, nº3, p.454-9, fev. 2006.

ANDRADE, Márcia de Freitas; ANDRADE, Regina Célia Garcia de; SANTOS, Vania dos. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. São Paulo, v.40, n.4, p. 471-9. out/dez, 2004.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SNGPC Resultados 2009. 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/relatorio_2009.pdf> Acesso em 01/09/2011.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 27, de 30 de março de 2007. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. 2006. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=26280&word=>>> Acesso em 01/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II E CAPS ad II. In: _____. Legislação em Saúde Mental. Brasília: Editora MS, 2004. p.125-136.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substância e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 09/08/2011.

CALIL, Luís Carlos. Aceitação e credibilidade na eficácia dos atuais normas das prescrições para psicofármacos. Revista de Psiquiatria Clínica. v.28, n. 5, p. 228-232, 2001.

CAMARGO, M. D. F; LOPES, A. M.; MONTEBELO, M.I.; LOPES, L.C. Avaliação da adesão às normas da portaria 344/98 svcs/ms utilizando notificações e receitas oriundas da cidade de Salto/SP. Rev. de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. v. 26, n.2, p. 131-137, 2005.

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 cidades maiores do país em 2005. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados). CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. COMFAR., Ano I, nº7, janeiro/fevereiro, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1246, de 08 de janeiro de 1988. Aprova o código de ética médica. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 17 de agosto de 2011.
- FALCÃO, Isabel Marinho *et al.* Prescrição de Psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinelas. Rev. Port. Clínica Geral. v. 23, p. 17-30, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=17> Acesso em 13/09/2011.
- LIMA, Jeruza Maria Santos. Estudo das prescrições de psicofármacos em um centro de atenção psicossocial no município de Ocara-Ce. 48f. (Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica). Fortaleza, Escola de Saúde pública do Ceará, 2010.
- LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1713-1720, nov/dez. 2003.
- MADRUGA, Célia Maria Dias; SOUZA Eurípedes Sebastião Mendonça. Manual de orientações Básicas para prescrição médica. João Pessoa: Idéia, 2009.
- MARTINS, Elizabeth Rose Costa; CORRÊA, Adriana Kátia. Lidar com substância psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.12 n.spe. mar./abr. 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5 ed. Brasília: Editora MS, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- RANG, H.P. et al. Farmacologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Manual conciso de Psiquiatria Clínica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- SHELLACK, Gustav. Farmacologia: Uma abordagem didática. São Paulo: Fundamento educacional, 2006.
- SILVA, Penildon. Farmacologia, 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. Manual de Especialidade Farmacêutica. Palmas: Secretaria Estadual de Saúde, 2010.
- VALADÃO, Analina Furtado et al. Estudo das prescrições de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, quanto aos preceitos legais. Rev. Bras. Farm., v.89, n. 4, p.298-301, 2008.