

REFORMA PSIQUIÁTRICA: FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE CONTROLADOS SUGERIDO À FARMÁCIA DO CAPS II ARAGUAÍNA-TO

Diego Daniel das Neves Barros¹, Lourival Cortez Gomes Júnior¹, Anette Kelsei Partata²

Submetidos durante muito tempo a tratamentos de ordem moral em ambientes hostis, os doentes mentais eram tidos como “espécie” incômoda ao andamento das relações sociais. Estudar a reforma psiquiátrica no mundo, Brasil e no município de Araguaína-TO; a criação, o desenvolvimento e a finalidade dos CAPS; sugerir a implantação de protocolo de atendimento e fluxograma de dispensação de medicamentos controlados na Farmácia do CAPS II Araguaína e evidenciar os psicofármacos dispensados pelo serviço são os objetivos deste trabalho de revisão de literatura e pesquisa que se utiliza de resoluções, protocolos, portarias e acesso a documentos oficiais da instituição mediante solicitações formais e documentadas. O mais relevante resultado foi a geração de protocolo e fluxograma de dispensação de medicamentos controlados para aplicação na Farmácia do CAPS II de Araguaína, o que permitirá a sistematização do serviço, bem como alocar o farmacêutico no processo de reforma psiquiátrica brasileira, demonstrando sua relevância para melhora contínua do dispositivo.

Palavras-chave: Fluxograma. Protocolo de atendimento. Psicofármacos.

Undergoing long treatments of moral order in hostile environments, the mentally ill were considered uncomfortable "species" to the progress of social relations. To study the psychiatric reform in the world, Brazil and in the city of Araguaína-TO, the creation, development and purpose of CAPS and suggest the deployment of care protocol and dispensing of prescription drugs flowchart controlled in the Pharmacy Araguaína CAPS II and highlight the psychotropic given by the service are the goals of this review of literature and research that uses resolutions, protocols, orders and access to official documents of the institution and documented through formal requests. The most important result was the generation of protocol and flowchart dispensing controlled drugs for use in Pharmacy Araguaína CAPS II, which will allow the systematization of service as well as allocate the pharmacist in the process of psychiatric reform in Brazil, demonstrating their relevance to continuous improvement of the device.

Keywords: Care protocol. Flowchart. Pharmacotherapy.

¹ Farmacêutico do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos- ITPAC. Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816- 540; Araguaína - TO.

² Doutora, Docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos- ITPAC. Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816- 540; Araguaína - TO. Email: anettepartata@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A história da saúde mental é carregada de relatos de violência, abandono, confinamento e preconceito. Os portadores de doenças mentais foram submetidos durante muito tempo a tratamentos de ordem moral e na maioria das vezes eram encaminhados a ambientes hostis e distantes da sociedade, onde permaneciam reclusos junto a criminosos, prostitutas e mendigos. Eram tidos como inválidos e dementes ou mesmo como possuídos pelo demônio, ocupando posição de “espécie” incômoda ao andamento das relações sociais.

Interessados pela desmistificação do senso comum e acolhimento dos pacientes mentais em centros exclusivos de tratamento, promoveram o início de uma reforma que se prolonga há séculos. No entanto, esse processo é lento e, por vezes, submeteu às trevas do esquecimento e internação asilar os pacientes mentais em um regime manicomial perverso e degradante.

O serviço de saúde mental, desde sua implantação por todo o mundo, é alvo de questionamentos da comunidade científica e parcela da sociedade pelo modo como é desenvolvido e sempre esteve em latente processo de reforma até que a modernização determinou ampliação e humanização do serviço, com culminante abandono do modelo de internação asilar. O Brasil acompanha a tendência mundial desta reforma e promove a sua própria, através da implantação de unidades de atenção especializadas e multiprofissionais por meio dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), discutidas em debates que se arrastam desde a década de 1980 e validadas por meio de relatórios, protocolos, portarias, leis e decretos.

O presente trabalho tem a pretensão de discutir o processo da reforma psiquiátrica desde seu início aos dias atuais no mundo, Brasil e em Araguaína-TO; e de revisar os textos oficiais que validam o exercício dos CAPS discutindo a classificação e finalidade de atendimento a que se dedica cada especialidade do serviço. O mesmo trabalho sugere um protocolo e um fluxograma de atendimento que tem a intenção de aperfeiçoar o serviço de dispensação de medicamentos controlados na farmácia do CAPS II de Araguaína-TO.

Pela necessidade do aperfeiçoamento das ações de trabalho no campo da saúde mental é que se justifica o texto, desde a discussão dos modelos de atenção em saúde mental, incluindo dados históricos, até a sugestão de implantação de fluxograma e de protocolo de atendimento que viabilizam a dispensação mais eficaz de medicamentos controlados nas farmácias dos CAPS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História da saúde mental

No processo histórico em que se insere a loucura humana, há relatos de altos e baixos onde a figura do doente mental esteve por vezes descentralizada em favor do andamento de relações sociais de diferentes épocas, desfavorecendo e degradando os acometidos pelo agravo da loucura, mas sempre, e ao mesmo tempo, exercendo fascínio sobre os sãos e despertando interesse, tornando-a, por vezes, reverenciada por certas culturas (JORGE; BEZERRA, 2004).

Na Grécia Antiga, segundo Alves (2009), os “loucos” tinham valorização social por se acreditar que estes eram dotados de conhecimento divino e necessário para a condução dos caminhos do homem. Deste modo, os portadores de doenças mentais não sofriam exclusão ou controle de suas atitudes.

Durante a Idade Média houve uma progressão negativa da visão do portador de transtornos mentais no ocidente, em que este era inicialmente visto como possuído por maus espíritos e, por isso mesmo, necessitado de intervenção de seu estado maligno por meio de práticas inquisitoriais, sob o controle da igreja; passou a ser, mais tarde, tido como ser de periculosidade eminente em função do seu caráter de portador da desrazão e desequilíbrio, podendo comprometer a qualquer momento a segurança social. Nesse contexto a loucura ganha perfil desqualificante pelos adjetivos que eram embutidos no processo da doença, sendo também caracterizado o portador como irresponsável e preguiçoso (ALVES, 2009).

O Mercantilismo pregava ao povo medieval que os valores de uma sociedade eram

estritamente fundamentados sobre a capacidade de geração de lucro, degenerando ainda mais a figura do doente mental que não tinha força de trabalho. Ao mesmo tempo se destacava a situação dos antigos leprosários que deixavam gradativamente de existir produzindo um vazio no espaço do confinamento que passava a ser ocupado pelos moralmente inabilitados à convivência social. Os novos ocupantes do espaço mortificador dos antigos leprosários eram agora velhos abandonados, portadores de doenças venéreas, prostitutas, criminosos, mendigos e loucos (VIEIRA, 2006).

Com o passar de séculos, os ideais da sociedade tomavam novas formas e, amparados pela Revolução Francesa, modificavam o regime de exclusão dos acometidos pela loucura, levando-os ao segregamento dos demais “inaptos” à convivência, sob o entendimento de que na verdade eram “diferentes”. No entanto, essa nova prerrogativa ainda valia-se de conceito e atribuições politizadas onde o doente mental passava simplesmente de um ambiente de exclusão onde não se discernia o interno para um novo onde só o “louco” figurava (ALVES, 2009).

Foi Pinel quem, na França do século XVIII, modificou o conceito de cárcere ao acometido, atribuindo-lhe uma classificação diferente de até então. Pinel sugeriu a apropriação da loucura pelo saber médico e com ela o desacorrentamento daquele que passa a ser tratado somente como doente mental. Em contrapartida, surge a nova problemática da retirada da cidadania do portador da loucura, excluindo-o em definitivo do universo social restando-lhe somente a interdição civil e o controle absoluto (AMARANTE, 2009).

É neste momento que surge o modelo manicomial de internação asilar que agora configura uma segregação determinada e expurgante social. Os asilos fogem do preceito de unidades hospitalares promotoras de saúde e se convertem em verdadeiras ‘fábricas de loucos’ rodeadas de normas isoladoras e preconceituosas (VIEIRA, 2006; AMARANTE, 2009).

A principal consequência da adoção desse modelo é o prolongamento de tratamentos desumanos incapacitando, por conta de cicatrizes

irreversíveis, o acometido para a reabilitação das faculdades sociais (VIEIRA, 2006).

É dentro dos manicômios que nasce a psiquiatria e é por razão das duas grandes Guerras Mundiais que ela passa a ser disseminada, em função da necessidade de atendimento aos soldados traumatizados pelos horrores dos campos de batalha. Foi um passo no processo de reforma que mais tarde tomou conta das instituições e promoveu mudanças consideráveis no modo de cuidado ao paciente mental (ALVES, 2009; AMARANTE, 2009).

De maneira semelhante aos demais países, o Brasil também adotou metodologias segregadoras e desumanas para tratar de seus doentes. Os primeiros relatos dão conta de que a chegada da Família Real ao Brasil é um marco também para os rumos dados ao tratamento da loucura. Este personagem foi remanejado das ruas para hospícios de tratamento que seguiam os moldes europeus onde recebiam terapêutica moral, iniciando o processo de medicalização da loucura. Esta herança ficou, mesmo após a volta da realeza (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

O Hospício D. Pedro II foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1852, e serviu de modelo aos vários implantados por todo o país. Outros tantos ambientes foram criados com a intenção de assistir o paciente mental, todos adotando modelos asilares de internação. Tal modelo era baseado no fundamento biologicista organicista alemão, trazido ao Brasil por volta de 1903 por Juliano Moreira, e apoiava-se no isolamento, organização do espaço terapêutico, vigilância e distribuição do tempo. Logo em 1923, Gustavo Heide fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental, marcada por filosofia pejorativa e altamente discriminatória (ALVES, 2009; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Ainda no Brasil, um fenômeno se destaca no setor da saúde mental por volta das décadas de 50 e 60 do século passado. É a privatização dos manicômios, com desassistência parcial ou total de órgãos sanitários reguladores, o que propiciou uma degenerada aplicação de técnicas depreciativas sobre os portadores de transtornos mentais, tais como ECT (Eletroconvulsoterapia), Lobotomia e uso indiscriminado dos

neurolépticos que começavam a ser lançados no mercado, marcando a desumanização da assistência aos doentes mentais, tão denunciada no Brasil (ALVES, 2009; JORGE; BEZERRA, 2004).

Frente a esse modelo, surgem novas ideias que questionavam o arquétipo altamente lucrativo, degradante e impossibilitador da reabilitação dos acometidos pela loucura no Brasil, adotado e disseminado até então. Ideias que ocupavam espaço marginal no processo, como a Psiquiatria de Setor, a Anti-Psiquiatria e Psiquiatria Preventiva, uniam-se para confrontar e promover uma definitiva reforma no setor, imprimindo a transformação da prática manicomial asilar (ALVES, 2009).

2.1.1 Reforma psiquiátrica

Têm-se pelo uso da palavra “reforma” o conceito do ato ou efeito de reformar, causar uma mudança, ter forma nova. É sobre esses termos que se engaja a reforma psiquiátrica. Em várias épocas, no decorrer do curso da história, ela se mostra trazendo novas formas de pensamento e ideais de como tratar e cuidar do doente mental. Todavia, tais ideias nem sempre foram humanizadas e, por vezes, os “loucos” eram tratados como marginais (ALVES, 2009).

Com o passar do tempo, se percebe com clareza a mudança de valores, onde o doente mental deixa de ser visto e tratado como marginal e ganha um olhar mais humano, como quem precisa de cuidado médico e apoio, não só familiar, mas da sociedade em que está inserido (ALVES, 2009).

2.1.1.1 Reforma psiquiátrica no mundo

Na década de 50, na Inglaterra, surge o movimento Comunidades Terapêuticas que nasceu com a proposta de superar o modelo hospitalocêntrico, por meio da participação terapêutica da comunidade, tendo foco na comunicação e trabalho. O movimento tentou reproduzir, no ambiente terapêutico, o mundo externo e suas relações, para assim, dar-se o processo de recuperação dos internos. Porém, não houve muito sucesso, pois para o movimento, o asilo havia criado um mundo fantasioso, diferente

do mundo real, comprometendo assim a efetividade a qual se propunha o movimento (ALVES, 2009).

Passado uma década, desenvolveu-se nos Estados Unidos um movimento por nome de Psicologia Comunitária. Constituiu-se de aproximar a psiquiatria com a saúde pública, buscando assim promover a prevenção e promoção da saúde. O modelo proposto não trouxe nenhuma crítica à psiquiatria e ao modo dela ver o louco. Ao mesmo tempo, na Inglaterra, outro movimento tomava forma, a Antipsiquiatria. Defendia que o delírio não deveria ser contido, e que a realidade social deveria ser mudada. Culpava a sociedade por tornar as pessoas loucas, e depois, por se sentir culpada, as tratar (PAULIN; TURATO, 2004).

É na Itália, na década de 60, que ocorre uma reforma, que rompe com as metodologias e práticas que a psiquiatria, até então, adotava. A Psiquiatria Democrática Italiana trás novas perspectivas e o louco é visto como algo humano, ligado à família e comunidade. Franco Basaglia, ao assumir a diretoria do Hospital Psiquiátrico, em Trieste, se convence que não há como reformar o manicômio e começa um projeto onde todo modelo manicomial é desconstruído. O modelo ao qual propõe tenta intervir de modo que o doente possa ser reinserido socialmente. No seu modelo, a doença é posta de lado, para assim desvincular a imagem de periculosidade do doente mental e de incapacidade, tornando-o sociável (AMARANTE, 2009; JORGE; BEZERRA, 2004).

2.1.1.2 No Brasil

O processo de reforma psiquiátrica tem início no Brasil na década de 70. Logo depois de passado duas décadas de regime militar, o país passa por um processo de redemocratização, nessa época toma forma o movimento de reforma sanitária, que tem por finalidade dar acesso à assistência a saúde à população. É nesse contexto, marcado por várias denúncias à política brasileira de saúde mental, em relação à privatização do atendimento psiquiátrico, que surge a reforma psiquiátrica no Brasil como crítica ao modelo hospitalocêntrico (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010; PAULIN; TURATO 2004).

Na década seguinte, nascem movimentos de luta pelo direito dos pacientes psiquiátricos, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores na área da saúde, familiares de portadores de patologias mentais e sindicalistas. O movimento iniciou constituído de pequenos núcleos estaduais, principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. É a partir desses movimentos que passam vir a público, denúncias de maus tratos e a mercantilização da loucura. As experiências que os italianos tiveram, com a desinstitucionalização na psiquiatria, serviram de grande inspiração para os movimentos brasileiros, pois provaram ser possível uma nova abordagem para o cuidado do paciente mental (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002).

Neste momento, começam a ocorrer encontros e debates em prol da saúde mental. Ainda na mesma década, tem-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). “Ocorreu em 1987, os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica” (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010). No decorrer do mesmo ano, ocorre a segunda conferência realizada pelo MTSM, que trás como tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Estabelece-se definitivamente o movimento de luta antimanicomial. Nesse período, foi de extrema importância a fundação do primeiro CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial, na cidade de São Paulo. No mesmo período, são inaugurados Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos. Tais acontecimentos criam um marco na luta antimanicomial (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Após a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, no ano de 1989, o deputado Paulo Delgado propõe ao Congresso Nacional o projeto de Lei 3657/89 que visa regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, extinção progressiva dos hospícios no país, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Vale ressaltar que tal lei só recebeu aprovação em 2001. No decorrer dos anos que se seguem, inspirados pelo projeto de lei de Paulo Delgado, os movimentos conseguem aprovar leis

em vários estados, os quais determinam a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (GARCIA; JORGE, 2005; PAULIN; TURATO, 2004).

Com a mudança na política de atendimento aos transtornos mentais, um novo modelo de atendimento para saúde se forma, vindo para substituir o modelo hospitalocêntrico. A formação dos NAPS e CAPS visam cuidar do portador de transtornos mentais e sua reinserção dentro da sociedade e no convívio familiar. Os CAPS/NAPS criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, passam a ser regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e a integrar-se ao SUS (BRASIL, 2005; GONÇALVES; SENA, 2001).

O CAPS nasceu com a proposta de ser um hospital dia, funcionando em período diurno. Visa dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica, PSF - Programa de Saúde da Família, PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, prestando atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial, promovendo a inclusão social dos usuários e das famílias (BRASIL, 2005; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

2.1.1.3 No Tocantins

De modo paralelo e acompanhando a reforma psiquiátrica nacional, o Tocantins desenvolveu novas normas de atuação e cuidado aos seus doentes mentais, através da garantia dos direitos do portador de transtorno mental como cidadão e parte ativa do Estado, por meio da implantação de serviços outros que não os hospitais e ambulatórios de psiquiatria tradicional. A ressocialização e reinserção do portador nas atividades diárias e comuns, com participação da família e comunidade, tornou-se o principal objetivo e subsidiou a metodologia de tratamento adotada atualmente no Estado (TOCANTINS, 2002).

“A rede assistencial está sendo implementada em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, sintonizada com novas

diretrizes da política de saúde, norteadas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS” (TOCANTINS, 2002). Deste modo, tornam-se evidente e público os rumos que o processo de saúde mental está tomando no Tocantins, desde o início das discussões que permitiram a abertura do atendimento a um modelo humanizado.

As políticas que regularizam a reforma estadual são pautadas nos preceitos da universalidade, descentralização e integralidade, segundo ações e serviços do SUS, promovendo medidas de acesso igualitário, garantia de assistência e reabilitação, controle de serviços prestados pelas esferas pública e particular, promoção de qualidade de vida para minimização de agravos mentais, identificação de fatores condicionantes e controle de produtos psicoativos, estabelecendo normas e critérios (TOCANTINS, 2002).

Por outro lado, segundo Pinheiro (2011), a situação atual de descentralização das ações voltadas ao serviço é de ordem apenas estrutural e não organizacional, pelo fato de ainda faltar implantação de um serviço de Atenção Básica em Saúde Mental no Estado e de uma política clara de implementação de ações que consolidem os trabalhos do setor nos municípios que contam com PSF e PACS e que ainda não foram contemplados com CAPS.

No tocante à transferência de recursos do estado, alguns municípios têm se beneficiado através do recebimento de verbas permitidas pelo modelo de gestão que adotam. Em outros, a destinação de verba qualifica o Estado como co-gestor, atuando em parceria com entidades filantrópicas na administração de serviços especializados (CAPS) e nos demais, de menor porte, atua como regulador das ações que organizam o atendimento procurando agir sobre todo o Estado (PINHEIRO, 2011).

Segundo manual da Secretaria de Estado da Saúde (2002), a rede de serviços de saúde mental no Tocantins conta com atendimento ambulatorial que adota equipes multiprofissionais e especializadas em policlínicas, unidades hospitalares especializadas ou mistas; com núcleo de atenção psicossocial/centro de atenção

psicossocial (NAPS/CAPS); e leitos psiquiátricos em hospital geral (TOCANTINS, 2002).

Os ditames que hoje definem as normas de exercício dos cuidados em saúde mental no Tocantins começaram a ser discutidos nos anos de 1995/96 no Seminário de Saúde Mental; I Conferência Estadual de Saúde Mental, em 2001; e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001. Reuniões com técnicos, usuários e familiares também contribuíram para definição de ações do serviço (PEREIRA, 2006).

Atualmente, o Movimento da Luta Antimanicomial promove discussões com a participação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, onde estabelece metodologias atualizáveis, implementa e elabora propostas que promovam a descentralização e integralidade mais eficientes do serviço e efetivá-las, de fato, no Tocantins. (PINHEIRO, 2011).

2.1.1.4 Em Araguaína

Em Araguaína, os cuidados à saúde mental tiveram início em 1980 com a fundação da Clínica de Repouso São Francisco. No entanto, a metodologia adotada para a terapêutica de seus pacientes seguia a lógica nacional de antes da reforma psiquiátrica, submetendo os portadores do agravo da loucura ao regime manicomial asilar (PEREIRA, 2006).

Em 1996, realizaram-se os primeiros debates reformistas em Araguaína, que atribuíram ao serviço de saúde mental da cidade, a missão de modificar e reestruturar o cuidado ao paciente mental, proporcionando reinclusão na convivência social ao portador. Os debates definiram não só os novos rumos do cuidado ao paciente mental em Araguaína, mas em todo o estado do Tocantins por meio das Conferências Nacionais realizadas no mesmo ano e em 2001, além de seminários com a participação de equipes multiprofissionais, as famílias e os próprios pacientes (PEREIRA, 2006; PINHEIRO, 2011).

Após este processo, a Clínica de Repouso São Francisco passa a adotar nova visão e se adapta, em 2002, à nova legislação que determina internação psiquiátrica somente após exclusão das demais possibilidades terapêuticas com duração

máxima correspondente ao tempo necessário para reinserção do paciente na sociedade ou transferência à outra possibilidade de tratamento não hospitalar, se apto. Mesmo atuando em regime de internação, o hospital psiquiátrico deve adequar-se ao novo modelo em que as práticas agressivas e desumanas são repudiadas e às ações firmadas nos princípios da socialização e desospitalização (PEREIRA, 2006).

Em suma, Araguaína adaptou-se à reforma psiquiátrica e hoje conta com serviços humanizados sob a lógica antimanicomial, com finalidade terapêutica racional e promoção da reinserção social (PEREIRA, 2006; PINHEIRO, 2011).

2.2 O CAPS

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço do SUS, aberto e comunitário, de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais. É o principal dispositivo alternativo ao modelo hospitalocêntrico, dotado de normas que regularizam sua atividade por meio de leis e portarias. Tem o objetivo de atender a população em sua área de abrangência, proporcionando acompanhamento clínico e reinserção social de seus usuários (SILVA, 2000).

Tais centros de saúde nasceram dos debates reformistas como proposta e principal alternativa substitutiva ao modelo manicomial asilar, com a finalidade de descentralização do hospital psiquiátrico como ferramenta única para tratamento das psicopatologias. A criação deste serviço é fruto, principalmente, da luta dos trabalhadores de saúde mental pela melhoria da assistência no Brasil. Até 2009, o Brasil já contava com 1650 unidades de serviço (ALVES, 2009).

Foi no ano de 1986 que o primeiro CAPS do Brasil entrou em atividade, na cidade de São Paulo. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira surgiu da nova lógica de cuidado ao paciente mental e serviu de modelo para os vários outros CAPS de todo o país e que experimentavam, consolidando o dispositivo como eficaz, a diminuição progressiva de internações em unidades hospitalares (TENÓRIO, 2002).

O principal diferencial desta rede de atendimento é a descentralização do serviço que possibilita a oferta de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e hospitalar, tratando de seus usuários com maior dignidade (BRASIL, 2004).

Pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em unidade de atenção psicológica são o principal público atendido pelos CAPS, incluindo comprometimento por substâncias psicoativas e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. O atendimento ocorre em ambiente aberto, acolhedor e inserido na comunidade (BRASIL, 2004).

O projeto de atendimento ao paciente acometido por transtorno mental é personalizado segundo sua necessidade de atenção, onde este, ao procurar o serviço, é ouvido em seu sofrimento e a equipe profissional especializada começa a traçar o esquema terapêutico mais adequado. Nos casos em que há impossibilidade de atendimento pelo CAPS o paciente é prontamente encaminhado para outro serviço de atendimento apropriado. Em ocasião de isolamento do paciente ou comprometimento mental que o impossibilite deixar seu domicílio, o atendimento deve alcançá-lo em sua moradia (BRASIL, 2004).

Conforme determinações da Portaria n.º 336/GM 2002, após esquema terapêutico definido, ao usuário é oferecido uma das três modalidades de atendimento, segundo sua necessidade, das quais dispõe o CAPS: Atendimento Intensivo, onde o usuário, em virtude de grave acometimento psíquico é submetido à atenção contínua; Atendimento Semi-Intensivo, em que o usuário é atendido até 12 dias por mês e já tem demonstrado substancial recuperação de suas faculdades mentais; e Atendimento Não Intensivo, em que o usuário não necessita de acompanhamento superior a 3 dias por mês, por já ter retomado todas as suas atividades sociais.

As atividades terapêuticas aplicadas pelo serviço aos seus usuários segue o modelo conhecido como clínica ampliada, em que não se limita apenas à execução da prática de clínica médica ou farmacoterapêutica, mas inclui atividades estimulantes e sociabilizadoras, seja de

forma individual ou em grupo, promovendo o entendimento do modo de tratamento da doença mental de uma forma diferenciada. Dentre as principais atividades terapêuticas verificam-se as oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, racionalização do uso de psicofármacos, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial atuam sob a luz das Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, que instituem o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantem “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previstos na Constituição Federal de 1988. O sistema alicerça-se sobre os princípios do acesso universal ao serviço de saúde pública, bem como integralidade das ações de saúde, equidade, descentralização e controle social do serviço (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

Segundo Art.3º da Portaria n.º 336/GM 2002, os CAPS só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Devem contar, no mínimo, com consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para recreação e prática esportiva.

Os CAPS são classificados segundo o número de habitantes da cidade onde está instalada cada unidade do serviço. O CAPS I contempla municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, devendo funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e recebendo repasse mensal da ordem de R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais); CAPS II beneficia municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período de funcionamento que se estende até às 21 horas e recebendo verba mensal de R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos); o CAPS III atende municípios com população superior a 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, mesmo durante feriados e finais de semana, e recebendo R\$ 63.144,38 (sessenta e três mil, cento e quarenta e quatro reais e trinta e oito centavos) de verba mensal; CAPSi deve ser instalado somente naquelas cidades com mais de 200.000 habitantes,

funcionando das 8 às 18 horas, podendo atuar num terceiro turno até às 21 horas, de segunda a sexta-feira e recebe repasse no valor de R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais; os CAPSad atuam em cidades com população superior a 100.000 habitantes, das 8 às 18 horas, podendo ter terceiro turno até às 21 horas e recebem o repasse de R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Embora definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, os CAPS cumprem a mesma ordem de atendimento em saúde mental e dispõem, cada classe de centro, de contingente mínimo necessário de profissionais especializados para ideal prestação direta do serviço ao usuário. Deste modo, o CAPS I necessita de, no mínimo, um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior entre psicólogo, pedagogo, assistente social e quatro profissionais de nível médio entre os quais técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; para o CAPS II faz-se necessário o mínimo de um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre pedagogo, assistente social, psicólogo, seis profissionais de nível médio entre técnico em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; nos CAPS III é preciso o mínimo de dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior entre psicólogo, pedagogo, assistente social e oito profissionais de nível médio entre os quais técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; para CAPSi são necessários um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre pedagogo, assistente social, psicólogo, cinco profissionais de nível médio entre técnico em enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão; para CAPSad são necessários um médico psiquiatra, um enfermeiro, um médico clínico, responsável pela triagem, manutenção e avaliação do usuário, quatro profissionais de nível superior entre pedagogo, assistente social, psicólogo, seis profissionais de nível médio entre técnico em

enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão. É necessário estabelecimento de capacitação para lida com pacientes em regime de atendimento Intensivo, Semi-Intensivo e Não-Intensivo em todos os dispositivos (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, o dispositivo alternativo ao modelo hospitalocêntrico que nascera da luta antimanicomial em favor de uma reforma psiquiátrica, confirmou-se como eficaz e continua em expansão e interiorização, promovendo benefícios não só nos grandes centros. A promoção do cuidado fora dos hospitais chama a atenção e serve de exemplo para o serviço de saúde pública em outras esferas (BRASIL, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CAPS II Araguaína

O CAPS II Araguaína ocupa espaço próprio em um complexo de atendimento para pacientes em regimes Intensivo, Semi-Intensivo e Não-Intensivo, com equipe multiprofissional e especializada que promove ações integradas e racionais, segundo preceitos humanizados de cuidados ao paciente, objetivando reinserção deste em atividades sociais comuns.

3.1.1 Aspectos históricos e políticos

Em 1996, foi implantado em Araguaína, numa parceria do município com a Secretaria Estadual de Saúde, o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), que passou a ser administrado em regime de co-gestão pela Igreja Presbiteriana de Araguaína, após crise institucional, em 1998. Em 1999 foi criada a Fundação Presbiteriana Reverendo Joaquim Cabral pela Igreja, que assumiu as atividades administrativas do NAPS. No ano seguinte, o NAPS Araguaína foi premiado na categoria Menção Honrosa com o prêmio David Capistrano (PINHEIRO, 2011).

Em 2002, o NAPS assume nova nomenclatura em razão das portarias 322 e 189/2002 e passa a ser CAPS II, atuando em sede própria concedida pelo Governo do Estado do Tocantins, situada à Rua Castelo Branco, nº 40, Setor Rodoviário desde Janeiro de 2003 (PINHEIRO, 2011).

O CAPS II Araguaína funciona como serviço de Saúde Mental, substitutivo à lógica manicomial e hospitalocêntrica, que está aberto aos usuários e comunidade em 02 turnos, 05 dias da semana, prestando atendimento com atenção psiquiátrica e psicológica à população de sua cidade e região.

A Unidade de Saúde conta com equipe multiprofissional para desenvolvimento das ações de atendimento em saúde mental que soma 44 colaboradores de três níveis de escolaridade, conforme é mostrado no Quadro 1.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	QTD
Nível superior	15
Assistente Social	02
Enfermeiro	04
Farmacêutico	02
Médico	03
Psicólogo	04
Nível médio	22
Artesão	02
Assistente administrativo	05
Auxiliar de serviços gerais	03
Copeira	01
Motorista	01
Técnico de Enfermagem	06
Vigilante	04
Nível fundamental	07
Auxiliar de Enfermagem	04
Cozinheira	03

Quadro 1. Distribuição do número de colaboradores segundo nível de escolaridade e ocupação.

Fonte: CAPS II Araguaína-TO

O atendimento da Unidade é estruturado para a atenção a crises e tem capacidade para o cuidado de 220 usuários, sendo 45 vagas para regime intensivo, com atenção diária, 75 para regime semi-intensivo, com atenção três vezes por semana e 100 para usuários em regime não intensivo, com atenção três vezes por mês. Dos usuários do CAPS II Araguaína, sua distribuição de acordo com regime de tratamento é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos usuários atendidos no CAPS II Araguaína no ano de 2011 por regime de tratamento

Regime de tratamento	Quantidade de Usuários	
	FA	FR (%)
Não intensivo	133	54,28
Semi-intensivo	70	28,57
Intensivo	42	17,14
TOTAL	245	100

Fonte: CAPS II Araguaína-TO, 2011.

O CAPS II Araguaína atendeu, em 2011, 220 usuários, sendo 211 residentes na própria cidade e 09 residentes em outros municípios. Dos usuários residentes em Araguaína, sua distribuição de acordo com sexo e faixa etária é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos usuários residentes em Araguaína atendidos no CAPS II Araguaína no ano de 2011 por faixa etária de acordo com sexo.

Faixa Etária	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	FA	FR (%)	FA (%)	FR
13 a 18 anos	01	1,74	00	00
19 a 60 anos	57	83,33	125	87,41
Acima de 60 anos	10	14,70	18	12,59
TOTAL	68	100	143	100

Fonte: CAPS II Araguaína-TO, 2011.

A Unidade adota como missão atender, sem distinção, a todos os portadores de sofrimento mental que de alguma forma não encontram espaço para falar de sua dor, bem como oferecer a eles e suas famílias, abertura para o reencontro com novas possibilidades de vida social e produtiva, visando sua inclusão nos vários setores da sociedade; como visão, atender ao usuário a partir de uma formação transdisciplinar, com o resgate da ética nas relações pessoais e profissionais, enfatizando o respeito pelo ser humano e pelo meio ambiente, valorizando a qualidade de vida no trabalho e na comunidade e; como valores, ter como princípio, valorizar as pessoas sem distinção de raça, sexo, idade, credo religioso ou situação econômica, atendendo o ser humano de forma holística e humanizada, a partir de sua dor e sofrimento.

3.1.2 Principais transtornos atendidos

Para admissão em qualquer dos esquemas de tratamento ofertados pelo CAPS, o paciente deve ser previamente submetido à avaliação médica especializada em serviço ambulatorial em que é qualificada a severidade de seu transtorno e aplicada metodologia farmacoterapêutica, caso haja necessidade. Do mesmo modo, mesmo depois de aderido ao tratamento, a evolução do usuário é avaliada semanalmente ou mensalmente a fim de se analisar respostas e estabelecer critérios para continuidade numa situação de seguimento terapêutico em que o médico avalia em consonância com os demais profissionais do serviço, o estado clínico do usuário.

Os principais acometimentos mentais atendidos pelo CAPS II Araguaína são transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, como a depressão e transtorno afetivo bipolar, e psicoses, principalmente a esquizofrenia.

3.1.3 Atividades desenvolvidas

No CAPS II Araguaína, as manhãs começam com ato devocional realizado no auditório. Logo após, tem-se a abertura dos trabalhos de ressocialização, onde são repassadas informações e os afazeres diários. São oferecidas oficinas terapêuticas que funcionam como principal forma de tratamento alternativo ao usuário. Entre as oficinas destacam-se: pintura a dedo, amarradinho, tapete de grade, pote decorado e pintura em cerâmica. Essas atividades possuem apenas fins terapêuticos, mas para alguns usuários, elas representam uma fonte geradora de renda.

Entre outras atividades realizadas, há jogos de mesa (baralho, dama e dominó) que tem a finalidade de fazer o usuário interagir uns com os outros e de estimular o raciocínio. Os jogos de futebol, caminhadas ao ar livre e as olimpíadas têm a função de orientar sobre a importância do exercício físico para a saúde e motivar a prática destes. O cultivo de hortaliças e legumes também é feito pelos usuários do serviço e os alimentos colhidos servem à própria instituição,

implementando o cardápio, ao passo que estimula a prática do cultivo como terapia.

São promovidas periodicamente palestras com o grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA), além do fórum de medicamentos, realizado para esclarecer as dúvidas dos usuários inerentes à farmacoterapia adotada, ação que tem pretensão de prestação de atenção farmacêutica.

As ações psicoterapêuticas podem ser desenvolvidas de maneira individual ou em grupo, onde os usuários são pré-selecionados de acordo com o comprometimento patológico que apresentam. Como proposta, o grupo aborda vários temas do cotidiano, como família e drogas. O usuário traz sua problemática para o grupo e assim eles trocam experiências. No final, o grupo é avaliado, e um balanço realizado para concluir se os objetivos foram alcançados. Ações em grupo, em que se incluem a participação da família, são promovidas com a pretensão de auxiliar o desenvolvimento do usuário no ambiente domiciliar e dar suporte aos parentes em seus sofrimentos, pela condição de lidar com portadores de transtorno mental.

As assembleias realizadas são orientadas pelos coordenadores e feitas para os usuários opinarem, darem sugestões e críticas a respeito do atendimento a eles prestado. A comemoração de datas traz ao usuário um aspecto humano e incentivador e a mais importante data comemorada pelo CAPS II Araguaína é o dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial.

3.2 Farmácia do CAPS II Araguaína

A Farmácia do CAPS II Araguaína segue a portaria 344/98 MS para dispensação de medicamentos controlados, respeitando todas as normativas preconizadas que determinam desde o acondicionamento em armário fechado à documentação em livros de registro e retenção de prescrições aviadas.

Segundo publicação do Ministério da Saúde (2004), os CAPS também podem funcionar como central de distribuição de medicamentos básicos e excepcionais na região em que atua, conduta que não é adotada pelo CAPS II Araguaína-TO, conforme decisão da equipe gestora local.

A localização da Farmácia dentro do prédio em que funciona o CAPS II privilegia seus usuários por conta de seu posicionamento estratégico possibilitando acesso facilitado tanto aos pacientes ambulatoriais quanto aos admitidos nos diferentes esquemas de tratamento, o que viabiliza dispensação ágil e sem problemáticas no tocante a execução.

Atualmente, o corpo efetivo da Farmácia é composto por duas farmacêuticas que trabalham em turnos diferentes e que desenvolvem atividades de responsabilidade técnica tais como documentações, registros, assistência e atenção farmacêutica; também trabalham três auxiliares técnicos, responsáveis pela individualização de medicamentos para dispensação aos usuários do regime intensivo e atendimento aos pacientes ambulatoriais, semi-intensivo e não intensivo.

A Farmácia possui ambiente climatizado, em que a temperatura é controlada e documentada diariamente para máxima conservação das propriedades farmacológicas dos medicamentos disponíveis.

3.2.1 Psicofármacos disponíveis na Farmácia do CAPS II Araguaína

A Farmácia disponibiliza apenas medicamentos controlados pela Portaria 344/98MS, exceto a prometazina, que não é controlada. No Quadro 2 pode-se observar a relação de classes terapêuticas de acordo com o medicamento, a dose e a forma farmacêutica (FF).

Classe Terapêutica	Medicamentos	Doses/FF	Classe Terapêutica	Medicamentos	Doses/FF
Antipsicótico	Clorpromazina	25MG/COMP	Estabilizador do humor	Lítio Carbonato	300MG/COMP
	Clorpromazina	100MG/COMP		Carbamazepina	200MG/COMP
	Clorpromazina	25MG/ML		Carbamazepina	400MG/COMP
	Haloperidol	1MG/COMP	Antiparkinsoniano/ Anticolinérgico	Biperideno	2MG/COMP
	Haloperidol	5MG/COMP	Anti-histamínico	Prometazina	25MG/COMP
	Haloperidol	2% SOL. ORAL		Prometazina	25MG/ML
	Haloperidol	5MG/ML	Anticonvulsivante	Divalproato de Sódio	500MG/COMP
	Haloperidol decanoato	70,52MG/ML		Fenitoína	100MG/COMP
	Levomepromazina	25MG/COMP		Fenobarbital	100MG/COMP
	Levomepromazina	100MG/COMP		Fenobarbital	40MG/ML Sol. ORAL
	Risperidona	1MG/COMP	Ansiolítico	Bromazepan	3MG/COMP
	Flufenazina	25MG/ML		Clonazepan	0,5MG/COMP
	Risperidona	2MG/COMP		Clonazepan	2MG/COMP
	Tioridazina	25MG/COMP		Clonazepan	2,5ML/GOTA
	Tioridazina	50MG/COMP		Diazepam	5MG/COMP
	Tioridazina	100MG/COMP		Diazepam	10MG/COMP
		Diazepam		5MG/ML	
		Lorazepam		1MG/COMP	
		Midazolam		15MG/COMP	
Antidepressivo	Amitriptilina	25MG/COMP			
	Fluoxetina Cloridrato	20MG/CÁPS			
	Imipramina	25MG/COMP			
	Paroxetina	20MG/COMP			

3.3 Sugestão de implantação de protocolo e fluxograma de atendimento e dispensação

3.3.1 Protocolo de atendimento e dispensação de medicamentos controlados para Farmácia CAPS II Araguaína

O protocolo e fluxograma sugeridos seguem os modelos estruturais dos publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde em 2002. No entanto, pelo fato de os protocolos e fluxogramas publicados pelo órgão serem direcionados à clínica e não prestarem orientação direta ao desenvolvimento de atividades referentes à prática farmacêutica tornou-se necessário adaptá-los.

Por meio de observação do funcionamento foi elaborada a sistematização dos processos, o que resultou no protocolo e fluxograma que se seguem, respectivamente. Foram analisadas etapas do desenvolvimento de funções para diferentes esquemas de atendimento prestado pelo serviço.

3.3.1.1 Análise de Prescrição

Para que seja realizado o atendimento é necessária a conferência dos dados constantes na prescrição médica a fim de se cumprir as exigências de ordem legal preconizadas pelos órgãos fiscais que regulam a dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98 MS. Entre os dados necessários que devem constar em uma prescrição estão:

- **Validade da prescrição:** Uma prescrição tem validade de 30 dias desde a data de emissão pelo médico, independente de qual classe pertença.
- **Carimbo e assinatura do médico:** Deve constar o carimbo do médico identificando o prescritor, bem como o número de seu CRM e sua assinatura.
- **Legibilidade:** A prescrição precisa ser legível para que se possa isentar qualquer dúvida quanto ao medicamento prescrito e minimiza erros durante a dispensação.
- **Classe de receituário:** É necessário o conhecimento de classe de receituários e quais medicamentos pertencem a cada classe para controle sanitário/fiscal.

3.3.1.2 Análise Posológica

A avaliação da posologia prescrita pelo médico em suas prescrições deve ser objeto de atenção do farmacêutico que precisa conferir:

- **Forma farmacêutica:** Torna-se necessário a avaliação da condição física, quando possível, do paciente e se a forma farmacêutica prescrita lhe possibilita adesão ao tratamento.
- **Via de administração:** Precisa ser condizente à forma farmacêutica e, da mesma forma, possibilitar adesão do paciente ao tratamento com menores transtornos possíveis.
- **Quantidade:** A quantidade prescrita deve ser compatível com a legislação vigente, com a disponibilidade do medicamento na farmácia e ao tempo de tratamento do paciente, de modo que não lhe falte medicamento necessário para a farmacoterapia.
- **Horário:** É preciso avaliar horários para administração das doses de modo que o paciente mantenha níveis satisfatórios do fármaco e efeito farmacológico estabelecido em tempo ideal. Os horários de administração estão diretamente relacionados com a quantidade de fármaco disponibilizados. Para tanto o farmacêutico precisa garantir que não falte medicamento ao paciente.
- **Disponibilidade do medicamento:** Garantir a adesão do paciente à farmacoterapia depende da disponibilidade do medicamento prescrito. Deste modo, é preciso conferir a disponibilidade em relação à requisição.

3.3.1.3 Ficha de Cadastro

Para paciente em tratamento sob regime de atendimento semi-intensivo e não intensivo (Anexo 3 e Anexo 4) é preciso o preenchimento de dados constantes em fichas de cadastro para controle das ações de dispensação e seguimento farmacoterapêutico. Nesta ficha constam:

- Data da última consulta do paciente;
- Validade da consulta;
- Medicamento dispensado e concentração;

- Via de administração;
- Quantidade entregue ao paciente;
- Observações necessárias;
- Assinatura do recebedor.

Tais pacientes não precisam de permanência continuada no serviço e têm autonomia para levar os medicamentos. O que diferencia o usuário semi-intensivo e não intensivo é o período de retorno para nova avaliação médica e tempo de tratamento, 15 e 30 dias respectivamente.

3.3.1.4 Separar Medicação Disponível

Esta função é estritamente técnica, porém não menos necessária, e o profissional farmacêutico deve desempenhá-la com atenção especial, pois é a ação que determinará a eficácia do tratamento, juntamente com as recomendações da atenção farmacêutica. Este trabalho compreende:

- **Conferir a data de validade do medicamento:** Geralmente expressa no formato mês/dia, o que implica no entendimento de que até o último dia útil do mês em que consta o vencimento, o medicamento tem sua eficácia inalterada. O farmacêutico precisa atentar-se para quantidades e garantir que o paciente possa usar os fármacos dentro do seu prazo de validade.
- **Integridade dos blisters e demais embalagens:** A garantia de qualidade de um medicamento depende, entre outras questões, da integridade das embalagens, e o profissional cuidadoso deve averiguar de maneira meticulosa a conformidade deste fator para que o fármaco não sofra reação de qualquer natureza indesejada e mantenha desta forma, suas propriedades farmacológicas.
- **Conferir o medicamento:** Na intenção de minimizar erros e otimizar o fluxo na farmácia, deve-se conferir os medicamentos que serão dispensados apurando o princípio ativo, concentração e quantidade que serão entregues ao paciente.

3.3.1.5 Atenção Farmacêutica

Ação que justifica a necessidade do profissional farmacêutico, a atenção farmacêutica exige profundo conhecimento de ciências diretamente relacionadas ao medicamento e seu uso. Esta atividade requer habilidade do profissional em se fazer entender e obter conduta esperada do paciente. O farmacêutico deve:

- **Explicar a posologia e uso:** Com finalidade de manter sempre níveis terapêuticos satisfatórios do fármaco no paciente, o profissional deve orientá-lo a aderir aos horários estabelecidos conforme conhecimentos de tempo de meia-vida, além de recomendá-los ao uso correto do medicamento, atentando para possíveis interações com alimentos, por exemplo.
- **Modo de armazenagem:** O paciente deve ser informado de como armazenar de maneira correta seus medicamentos, protegendo-os da luz direta, acondicionando-os em local seco para que se preservem as propriedades físicas e químicas do fármaco.
- **Recomendações adicionais:** O farmacêutico deve orientar o paciente e, quando necessário, adicionar recomendações referentes ao fármaco sempre sob a luz dos conhecimentos em farmacologia.
- **Explicar possíveis RAM'S:** A finalidade de colocar o paciente a par das possíveis reações adversas ao medicamento é fazer com que este não abandone o tratamento em função de algum desconforto e tenha consciência da importância de relatá-las ao médico ou farmacêutico para que as medidas necessárias sejam tomadas.

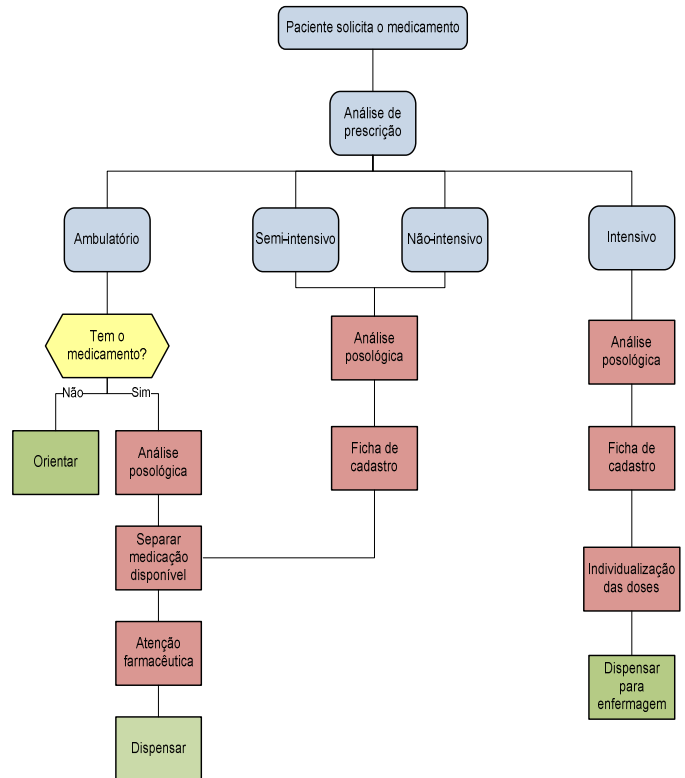
3.3.1.6 Dispensar

Durante o ato de dispensação dos medicamentos ao paciente deve-se fazer a confirmação, por meio de perguntas ou outros meios, das informações que foram dadas durante toda a ação.

O paciente deve ter seus anseios satisfeitos pelo farmacêutico no ato da dispensação e principalmente sentir-se confortável e confiante no serviço de atendimento.

3.3.1.7 Fluxograma de atendimento/dispensação de medicamentos controlados para Farmácia do CAPS II Araguaína

Figura 1. Fluxograma de atendimento/dispensação de medicamentos controlados para Farmácia do CAPSII.



4. CONCLUSÃO

A sugestão de implantação de protocolo e fluxograma de atendimento para dispensação de medicamentos controlados para a farmácia do CAPS II Araguaína surgiu da percepção da necessidade de sistematização dos procedimentos adotados pela equipe técnica do local para tal função, antes fundamentados sobre conhecimento empírico e adquiridos por meio de determinações que não contemplam todo o processo de forma descritiva e detalhada com aval técnico de órgão regulador.

O acompanhamento das atividades possibilitou olhar crítico, aplicação de conceitos técnicos e conduta exclusiva do profissional farmacêutico, possibilitando assistência e atenção farmacêutica de maneira simplificada e eficiente,

sempre com a principal intenção da racionalização do emprego de medicamentos para farmacoterapia de usuários do serviço no referido município.

Ao evidenciar os psicofármacos disponíveis e dispensados pelo serviço, tornou-se possível situar o profissional farmacêutico e garantir sua relevância nas ações desenvolvidas, além de possibilitar a ordenação metodológica para com a lida destes medicamentos que necessitam de especial atenção por possuírem legislação própria e diferenciada, fruto da reconhecida potência farmacológica que possuem.

Espera-se a obtenção de resultados satisfatórios e que promovam otimização dos modelos antes adotados para o manejo de medicamentos controlados na farmácia, após a apresentação do protocolo e fluxograma de atendimento e dispensação.

A necessidade de analisar o processo de reforma psiquiátrica é justificada pelo entendimento da carência de alocar a participação de maneira ativa do profissional farmacêutico na construção de condutas que contribuam para tal processo. Somente o farmacêutico tem todas as habilidades que determinam o uso medicamentoso de forma racional, tornando fácil compreender sua posição dentro do histórico da reforma.

Portanto, em consonância com as ações desenvolvidas pelos demais profissionais em saúde mental no CAPS II Araguaína, o farmacêutico também contribui de forma direta no processo de reforma psiquiátrica no município, ao propor seu trabalho como agente modificador e ao buscar ferramentas que possibilitem o emprego da farmacoterapia, de maneira que o usuário tenha o melhor rendimento terapêutico frente ao maior aproveitamento dos potenciais farmacêuticos, com o mínimo de erro, por ter suas ações sistematizadas em um protocolo e fluxograma de atendimento e dispensação.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**. Recife, v.72(1), p. 85-96, jan./mar. 2009. Disponível em: <[\[logia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%202011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf\]\(http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%202011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf\)> Acesso em: 06 mar. 2012.](http://www.neurobio</p>
</div>
<div data-bbox=)

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Vol1, nº1, jan-abr. 2009. Disponíveis em:<http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189 de 20 de março de 2002**. Brasília. DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336 de 2002**. Brasília. DF. 2002.9p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: medicamentos excepcionais**. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004., 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.089 de 2011**. Brasília. DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília. 2011, 106 p.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a

- refletir. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. Fortaleza, vol. 19(2), 207-211, março. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>> Acesso em: 26 mar 2012.
- GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro; JORGE, Maria Salete Bessa. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. Fortaleza, p.765-774, janeiro. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30991.pdf>> Acesso em: 14 dez 2011.
- GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos Sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. Belo Horizonte, p. 48-55, março 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>> Acesso em: 27 fev. 2012.
- JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. Inclusão e Exclusão Social do Doente Mental no Trabalho: Representações Sociais. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. Fortaleza, p.551-558, Out-Dez. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07.pdf>> Acesso em: 14 dez 2011.
- MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. Caxambu-MG, set. 2010. Disponível em:<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf> Acesso em: 27 fev. 2012
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Scielo: Scientific Eletronic Library Online**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol. 11(2), 241-258, maio-ago. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>> Acesso em: 26 mar 2012.
- PEREIRA, Jussicleide Barbosa. **O portador de transtorno mental e as instituições psiquiátricas no imaginário social: Araguaína 1995-2006**. 34f. (Monografia de Licenciatura em História). Araguaína, UFT, 2006.
- PINHEIRO, Ana Claudia Barbosa. **AValiação DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ARAGUAÍNA CAPS II - 2011**. (Relatório técnico científico de Pós-graduação *Lato Sensu*). Araguaína, UFT, 2011.
- SILVA, Adélia Cristina Zimbrão da. Centros de Atenção Psicossocial. In: FARAH, Marta Ferreira Santos; BARBOZA, Hélio Batista. **Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. 1. ed. Rio de Janeiro: FVG, 2000. p.3-17.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59 jan - abril 2002.
- TOCANTINS. **Políticas Públicas de Saúde Mental para o Estado do Tocantins**. Secretaria de Estado de Saúde. Maio de 2002. p.139.
- VIEIRA, Priscila Piazzentini. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault**. São Paulo, IFC/UNICAMP, N. 3, p.1-21, dez./2006. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>> Acesso em: 07 de março de 2012.