

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E
ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

SARAH NASCIMENTO SILVA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DO
MÉDIO PARAÓPEBA-MG

Belo Horizonte

2014

SARAH NASCIMENTO SILVA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÓPEBA-MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Serviços de Saúde e Assistência Farmacêutica

Orientador: Marina Guimarães Lima

Belo Horizonte

2014

Dedico este trabalho aos meus
Pais, e a minha irmã Patrícia pelo
incentivo, apoio e confiança que
inspiram as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me direcionar iluminando sempre o meu caminho.

A minha família e amigos pelo apoio incondicional e compreensão frente a este grande desafio.

A Professora Marina pela confiança, aprendizado e oportunidade de desenvolver este trabalho.

A todos os colegas da pós-graduação, em especial Nayara, Kennedy, Kátia, Ludmila e Stephanie que tornaram esta caminhada mais rica, visto o incentivo mútuo e troca de conhecimentos.

Aos professores que convivi e muito aprendi durante o mestrado.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e ricos aprendizados.

Aos professores e funcionários do departamento de Farmácia Social do Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica por possibilitarem a realização desse trabalho.

Aos Secretários de Saúde, farmacêuticos, gestores e funcionários dos CAPS do Médio Paraopeba-MG, pela recepção, acolhida e confiança de que a pesquisa científica pode ser um grande aliado da gestão pública.

“O mundo está nas mãos
daqueles que têm a coragem
de sonhar e correr o risco
de viver seus sonhos”.

Paulo Coelho

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem uma das portas de entrada ao SUS, nestes serviços o uso de medicamentos constitui uma parte importante no tratamento e controle das doenças mentais, proporcionando a reintegração e convivência do indivíduo com a sociedade. O objetivo do estudo foi analisar a estrutura dos CAPS e a organização da Assistência Farmacêutica nestes serviços. Um estudo descritivo transversal foi realizado em sete municípios que compõem a Região do Médio Paraopeba em Minas Gerais, analisando todos os 14 CAPS de diversas modalidades presentes nesta região no período de abril a junho de 2014. Baseado no modelo de avaliação de Donabedian, recomendações e legislações vigentes, foram elaborados questionários semi-estruturados, para entrevista com os gestores, observação direta dos CAPS e a análise das prescrições atendidas nestes serviços. A avaliação de estruturas identificou que grande parte dos CAPS desta região se adéqua as normas e recomendações do Ministério da Saúde (MS) e apresenta uma equipe de profissionais superior ao mínimo recomendado, para algumas categorias profissionais. Observou-se que os processos da Assistência Farmacêutica, em geral, estão organizados para o atendimento da Saúde Mental em cada uma das etapas de seu ciclo logístico e os indicadores da qualidade das prescrições apresentam bons resultados. A análise das prescrições apontou algumas correlações em relação a modalidade do serviço, sexo dos pacientes e uso de medicamentos. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de implantação de melhorias na estrutura física e acessibilidade, adequação a legislação sanitária como a regulamentação das farmácias/dispensários de medicamentos, e cumprimento de critérios de rastreabilidade na dispensação de medicamentos psicotrópicos. Destaca-se ainda a necessidade de ações direcionadas ao paciente, em função da grande utilização dos medicamentos nos CAPS e diversas limitações dos pacientes acolhidos. Frente aos resultados obtidos foi proposto um esquema inicial com o perfil das prescrições atendidas que poderá ser norteador de novos estudos ou mesmo direcionar a implantação de prioridades para estabelecimento de serviços farmacêuticos, protocolos, recomendações de segurança dos pacientes e uso racional de medicamentos, visto a baixa representatividade e discreta participação do farmacêutico nos serviços assistenciais desta região. Ao estabelecer um diagnóstico inicial, o estudo permite a reflexão

quanto a organização em nível de estruturas e processos nos CAPS e reforça a necessidade de incentivar ações que proporcionem resultados adequados na promoção da Assistência Farmacêutica aos pacientes da Saúde Mental.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde, Assistência Farmacêutica, Centro de Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Avaliação da Assistência Farmacêutica, Avaliação de Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are one of doors the entrances to SUS, in these services the use of medicines makes up an important part in the treatment and control of mental illness, providing reintegration and coexistence of the individual to society. The aim of the study was to analyze the structure of CAPS and the organization of Pharmaceutical Assistance in these services. A cross-sectional study was conducted in seven municipalities in the Region Médio Paraopeba in Minas Gerais, analyzing all 14 CAPS of different forms present in this region during the period from April to June 2014. Based on Donabedian assessment model, recommendations and current legislation, semi-structured questionnaires were developed to interview managers, direct observation of CAPS and analysis of prescription drugs in these services. The evaluation of structures identified that most CAPS of this region fits the standards and recommendations of the Ministry of Health and has a professional staff higher than the recommended minimum for some professional categories. It was observed that the processes of Pharmaceutical Assistance in general are organized for the care of mental health in each of the stages of cycle logistics and requirements of quality showed good results. The analysis of prescription drugs pointed out some correlations with the type of service, gender of the patients and use of medicines. The results point to the need to implement improvements in physical structure and accessibility, adjustments for health legislation such as the regulation of pharmacies/dispensaries of drugs and traceability criteria in the dispensation of psychotropic medications. Importantly the need for actions directed to the patient, due to the large use of medicines in CAPS and several limitations of the patients welcomed. With the results obtained was proposed an initial model that could guiding new studies or even directs the implementation of priorities for establishing pharmaceutical services, protocols, safety advice for patients and rational use of drugs, since it is observed the low representation and discreet participation of professional pharmaceutical in care services in this region. This study established an initial diagnosis, allows reflection on the level of organization structures and processes in CAPS and reinforces the need to encourage actions that provide adequate results for the promotion of Pharmaceutical Assistance to patients of Mental Health.

Keywords: Evaluation of Health Services, Pharmaceutical Care, Center for Psychosocial Care, Mental Health Services, Evaluation Pharmaceutical Assistance, Evaluation of Mental Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tempo de inauguração e funcionamento diário dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	64
Tabela 2- Informações sobre os gestores dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	65
Tabela 3- Número médio de pacientes cadastrados e demanda de usuários declarada pelos gestores nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	66
Tabela 4- Locais de encaminhamento dos pacientes em crise nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	66
Tabela 5- Profissional responsável pela gestão de medicamentos psicotrópicos dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	68
Tabela 6- Instalações dos CAPS Médio Paraopeba-MG, 2014.	69
Tabela 7- Organização das etapas de seleção e aquisição de medicamentos nos Municípios do Médio Paraopeba-MG, 2014.	71
Tabela 8- Avaliação das unidades dispensadoras de medicamentos quanto às etapas de programação, armazenamento e dispensação, 2014.	73
Tabela 9- Condições do local de dispensação de medicamentos, Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	74
Tabela 10- Disponibilidade de Medicamentos Essenciais da Saúde Mental- Região Médio Paraopeba-MG, 2014.	76
Tabela 11- Distribuição de sexo dos pacientes nas prescrições analisadas nos CAPS da Região do Médio Paraopeba, 2014.	77
Tabela 12- Número médio de medicamentos nas prescrições analisadas CAPS da Região do Médio Paraopeba, 2014.	78
Tabela 13- Prescrições adequadas aos critérios da legislação nos CAPS da Região do Médio Paraopeba, 2014.	79
Tabela 14- Análise bivariada da associação entre sexo e modalidade de serviços CAPS segundo prescrições atendidas nos CAPS do Médio Paraopeba, 2014.	82
Tabela 15- Análise bivariada da associação entre modalidade de serviços CAPS e uso de medicamentos segundo prescrições atendidas nos CAPS do Médio Paraopeba, 2014.	83
Tabela 16- Resultados dos indicadores de prescrição em outros estudos, Médio Paraopeba-MG e padrão determinado pela OMS.	99

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-Municípios das Microrregiões de saúde Betim-MG e Contagem-MG do Plano Diretor de Regionalização.....	42
Figura 2- Correlação de chances (OR) no atendimento de prescrições e modalidade de serviço da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.....	48
Figura 3- Esquema da correlação de chances no atendimento de prescrições e modalidade de serviço da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Composição de profissionais da equipe multidisciplinar nos CAPS do Médio Paraopeba-MG, 2014	67
Gráfico 2- Número médio de medicamentos prescritos nos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG, 2014.	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Modalidade de CAPS definida pela legislação	29
Quadro 2- Cidades do Médio Paraopeba-MG participantes da pesquisa	50
Quadro 3- Critérios de avaliação de avaliação da estrutura dos serviços	52
Quadro 4- Disponibilidade de medicamentos essenciais- Serviços de Saúde Mental	55
Quadro 5- Informações, local de aplicação, fonte de informação e formulário utilizado	58
Quadro 6- Variáveis da pesquisa	60
Quadro 7- Resumo de objetivos específicos e etapas metodológicas da pesquisa.....	61

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIBAPAR	Consórcio Intermunicipal da Bacia Hidrográfica do rio Paraopeba
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CNES	Cadastro Nacional de Serviços de Saúde
DALY	Disability Adjusted Life of Years
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHE	Global Health Estimates
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NAPS	Núcleo de atenção Psicossocial
ONGS	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor Regional
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAAS	Registro de ações Ambulatoriais em Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SILOS	Sistema Local de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
2.	JUSTIFICATIVA.....	19
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Abordagem inicial da saúde mental	20
3.2	Reforma Psiquiátrica no Mundo.....	22
3.3	Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	23
3.4	Os CAPS e a desinstitucionalização da Saúde Mental	25
3.5	Prevalência das doenças mentais	29
3.6	Transtornos mentais e qualidade de vida	31
3.7	Avaliação de Serviços	33
3.7.1	Conceitos e contextualização da avaliação	33
3.7.2	Avaliação em serviços de saúde.....	35
3.7.3	Avaliação dos CAPS.....	38
3.8	Assistência Farmacêutica	39
3.8.1	Conceitos e definições.....	39
3.8.2	Avaliação da Assistência Farmacêutica.....	41
3.8.3	Indicadores de acesso, qualidade e uso racional de medicamentos.....	43
4	OBJETIVO GERAL.....	45
4.1	Objetivos específicos	45
5	MATERIAIS E MÉTODOS	46
5.1	Delineamento da pesquisa	46
5.2	Caracterização da região pesquisada.....	47
5.3	População	49
5.4	Caracterização dos serviços.....	50
5.5	Coleta de dados	51
5.5.1	Etapa 1- Avaliação de estrutura nos CAPS.....	51
5.5.2	Etapa 2- Avaliação de processos Assistência Farmacêutica	53
5.5.3	Etapa 3- Análise de prescrições do serviços.....	56
5.6	Teste piloto.....	59
5.7	Análise estatística dos dados	59
5.8	Considerações éticas	62
6	RESULTADOS	64
6.1	Análise de estrutura.....	64
6.1.1	Gestão do serviço.....	64
6.1.2	Atendimentos e equipe multidisciplinar	65
6.1.3	Estrutura física dos CAPS	68
6.2	Análise de processos da Assistência Farmacêutica.....	70

6.2.1	Caracterização das etapas da Assistência Farmacêutica	70
6.2.2	Disponibilidade de medicamentos essenciais da Saúde Mental	75
6.3	Análise das prescrições dos serviços	76
6.3.1	Caracterização dos usuários	76
6.3.2	Análise das prescrições.....	77
6.3.3	Análise bivariada	80
7	DISCUSSÕES	84
7.1	Análise de estrutura dos CAPS	85
7.1.1	Estrutura física.....	85
7.1.2	Recursos humanos.....	87
7.1.3	Atendimentos.....	89
7.2	Análise de processos Assistência Farmacêutica	90
7.2.1	Seleção	90
7.2.2	Aquisição.....	93
7.2.3	Programação, armazenamento e dispensação	94
7.2.4	Disponibilidade de medicamentos da Saúde Mental.....	97
7.2.5	Perfil das prescrições analisadas.....	98
7.2.6	Análise estatística das prescrições atendidas.....	101
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
10	APÊNDICES.....	126
	APÊNDICE 1- TCLE Trabalhador/ Gestor do SUS	126
	APÊNDICE 2- Formulários de Pesquisa 1- Entrevista com responsáveis/ gestores dos CAPS nos municípios do Médio Paraopeba-MG	128
	APÊNDICE 3- Formulário de Pesquisa 2- Descrição das Etapas da Assistência Farmacêutica.....	131
	APÊNDICE 4- Formulário de Pesquisa 3- Desabastecimentos e Registros de dispensação adequados.....	134
	APÊNDICE 5- Formulário de Pesquisa 4- Condições de Armazenamento	135
	APÊNDICE 6- Formulário de Pesquisa 6- Protocolos de Tratamento	136
	APÊNDICE 7- Formulário de Pesquisa 5- Uso Racional de medicamentos e Legislação ..	137
	APÊNDICE 8- Formulário de Pesquisa 2.1-Descrição das Etapas da Assistência Farmacêutica-Legislação.....	138
11	ANEXOS.....	139
	ANEXO 1- Parecer cosubstanciado comtê de ética em pesquisa- UFMG.....	139

1. INTRODUÇÃO

As doenças classificadas atualmente como transtornos mentais e comportamentais, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10^a edição são responsáveis pelo comprometimento parcial ou total da condição de saúde de muitos indivíduos. As doenças mentais representam um sério problema de saúde pública, em função de acometer uma elevada parcela da população economicamente ativa, ser causa principal de incapacidades, morbidade e morte prematura, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (THORNICROFT; MAINGAY, 2002; SARTORIUS *et al.*, 1996; LECRUBIER; USTUN, 1998).

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (MS), 3% da população brasileira sofre de transtornos mentais severos e persistentes, 12% necessita de algum tipo de atendimento, seja ele contínuo ou eventual e os transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas acometem 6% da população (BRASIL, 2008). Uma revisão sistemática realizada por Santos e Siqueira (2010) destaca que o Brasil ainda não possui um estudo representativo dos exatos índices de prevalência de indivíduos afetados pelos transtornos mentais, mas uma estimativa da extensão do problema pode ser encontrada em algumas pesquisas (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

A discussão de uma nova lógica de organização na Saúde Mental, denominada Reforma Psiquiátrica iniciou-se no final da década de 80 no Brasil e ocorreu durante toda a década de 90. Mas somente a partir de 2002 é que foram publicadas legislações importantes para regulamentar a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Sistema Único de Saúde SUS, organizando recursos financeiros, modalidades para este tipo de serviço, coordenação em nível municipal e principalmente sua articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estas legislações de um modo geral reconheceram e ampliaram o funcionamento e a complexidade dos CAPS (BRASIL, 2002a; 2002b).

Atualmente o tratamento dos transtornos mentais é pautado parcialmente no uso de medicamentos para controle da doença, a fim de proporcionar a reintegração e

convivência do indivíduo com a sociedade. O uso de medicamentos em Saúde Mental é utilizado não só nos momentos de crise, mas indicados no tratamento crônico para evitar que recaídas ocorram (WHITEHORN, D.; RICHARD, J. C.; KOPALA, L. C.; 2004). Estes medicamentos podem atenuar os sintomas, reduzir incapacidades e o tempo de muitas perturbações, evitando assim recorrências e representando, muitas vezes, o tratamento principal quando intervenções psicossociais nem profissionais qualificados estão disponíveis (OMS 2001).

Assim, a Assistência Farmacêutica adequada torna-se parte importante do processo de promoção da saúde dos indivíduos com transtornos mentais, verificando a necessidade da integração deste serviço às ações da Saúde Mental (CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F, 2009). A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, em nível individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Segundo Dupim (1999), a Assistência Farmacêutica é um recurso para complementar as ações em saúde que incorpora a multidisciplinaridade e a integralidade em todas as suas atividades.

A problematização desta pesquisa vem de encontro à necessidade de se conhecer as condições da Assistência Farmacêutica nestes serviços substitutivos e recentemente implantados no SUS, que utilizam como parte da estratégia de tratamento a terapia farmacológica. Alguns medicamentos da Saúde Mental são reconhecidos pela sua capacidade de causar dependência física e psíquica e requer uma série de controles, visto o potencial de dano que os mesmos podem causar se utilizados de forma irracional ou inadequada.

Diante da estreita relação entre o consumo de medicamentos na rotina diária dos pacientes dos CAPS e a consolidação destes serviços na reabilitação dos indivíduos, este estudo visa responder questões relacionadas à estrutura geral destes serviços, o suporte da Assistência Farmacêutica em suas imediações e sua organização para atendimento desta população. Busca-se identificar ações ligadas direta ou indiretamente ao uso do medicamento nestas unidades, de forma a subsidiar ações de promoção do uso racional de medicamentos e

consequentemente a otimização de sua organização, a fim de contribuir para consolidação da Assistência Farmacêutica nos CAPS.

A avaliação da Assistência Farmacêutica nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG é um estudo inédito que poderá contribuir para compreensão da atual organização da Assistência Farmacêutica na Saúde Mental, suas necessidades e perspectivas para promoção do cuidado aos pacientes desta região.

2. JUSTIFICATIVA

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, com atuação em nível ambulatorial e integrada à Atenção Primária à Saúde. São considerados serviços recentes no SUS e há poucos estudos que permitam conhecer sua adequação e capacidade resolutive nos territórios de abrangência. A organização da assistência farmacêutica nestes centros possui relação direta com atividades básicas destes serviços, podendo refletir o sucesso do tratamento dos pacientes ao envolver questões ligadas ao acesso, qualidade e uso racional dos medicamentos.

Esta pesquisa justifica-se diante da importância das diversas atividades de tratamento e realibitação prestadas pelos CAPS na consolidação da Política de Saúde Mental e principalmente da necessidade de organização adequada da Assistência Farmacêutica nestas unidades para a promoção do uso racional de medicamentos, qualidade da atenção e acesso ao tratamento dos indivíduos com transtornos mentais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Abordagem inicial da Saúde Mental

Desde o século XVII a desorganização social e a crise econômica provocaram na Europa o enclausuramento de pessoas desempregadas, mendigos e loucos. O objetivo principal desta ação era ocultar a miséria reunindo-as em um grande grupo de marginalizados (DESVIAT; 1989; 2008). O Hospital Geral de Paris abrigava várias pessoas presas pela milícia nas ruas e que compunham o perfil apontado por Dörner.

Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes e políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis (DÖRNER, 1974, p.14).

O perfil destas instituições segundo Basaglia (1985; 2005), assume a função de defender e afastar da sociedade todas as pessoas que fossem incômodas impondo por intermédio desses locais sistemas de restrições e limites de forma incisiva, reforçando seu papel de segregação e exclusão (FOCAULT, 1978).

Até o século XVII a loucura não era uma entidade diferenciada, havia consciência de sua existência, no entanto, não era perfeitamente delimitada (ROZA, 2005) e por muitas vezes a loucura foi emudecida como fonte de veracidade, gerando assim exclusão social e política (FOUCAULT, 1978).

Somente a partir do século XVIII, com a declaração dos direitos do homem e do cidadão e frente a forte influência da Antipsiquiatria (FOUCAULT, 2006) as formas alternativas aos cuidados com o doente mental ganharam outro foco. Essas mudanças ganham repercussão também em função da ineficácia das instituições de enclausuramento e as condições em que os pacientes eram submetidos (DESVIAT, 2008; BEZERRA; AMARANTE, 1992; AMARANTE, 1995).

Neste momento, Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840), considerados os “Pais da Psiquiatria”, promoveram uma inovadora reforma hospitalar que ficou conhecida como “Tratamento Moral” (ALVERGA, DIMEMSTEIN, 2006; DESVIAT, 2008; PINEL, 1988). Assim, segundo Desviat (2008), neste momento surge a internação, o isolamento e o tratamento moral, que constituíram os elementos terapêuticos do movimento alienista compartilhado pelos especialistas Pinel, Esquirol, Georget e Ferrus.

O levantamento destas informações e o contexto permitem verificar que a psiquiatria e o manicômio surgiram em uma época construtiva da ordem democrática, de forma a resgatar o tratamento dos sujeitos frente ao atendimento precário dos hospitais e albergues para pobres (DESVIAT, 2008). Pinel (1988) e outros pensadores sugeriram a apropriação da loucura pelo saber médico, assim o sujeito era tratado somente como doente mental. No entanto, surgem várias questões como a retirada da cidadania do portador da loucura, excluindo-o em definitivo do universo social (VIEIRA, 2006; AMARANTE, 2009).

Logo o modelo manicomial de internação asilar torna-se uma forma de exclusão social e facilmente os asilos fogem do preceito de unidades hospitalares, promotoras de saúde, convertendo-se em verdadeiras “fábricas de loucos” rodeadas de normas, promovendo o prolongamento de tratamentos desumanos e incapacitantes (VIEIRA, 2006; AMARANTE, 2009).

Assim como foi construída esta alternativa de tratamento, as mudanças do mundo contemporâneo apontaram a necessidade da construção de novos modelos ao longo dos anos.

Quase três séculos depois do grande enclausuramento, uma nova crise estrutural do sistema econômico do Ocidente levantou, sobretudo nas grandes cidades, os problemas da mendicância violenta, da marginalidade e de formas irracionais ou socialmente inúteis de convívio, todos agravados pela questão das drogas pesadas, pelo envelhecimento da população e pelo aumento, graças à melhoria da qualidade de vida e à relativa eficácia do sistema de saúde, da cronicidade incapacitante: da percentagem da população que carecia de algum tipo de cuidado, sustentado ao longo do tempo (DESVIAT, 2008, p. 19).

As críticas à eficácia dos asilos surgiram desde o primeiro momento, no próprio processo constitutivo da psiquiatria (DESVIAT 2001,2008; AMARANTE, 2001), mas apenas séculos depois serão motivadoras para mobilizar reformas em todo o mundo. O termo antipsiquiatria começa a ser utilizado e defendido por diversos pensadores nos anos de 1970 em todo mundo e tornou-se um movimento contracultural, questionador da doença mental e da psiquiatria (BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 2001).

3.2 Reforma psiquiátrica no Mundo

Após a segunda guerra mundial, um novo contexto social estimula o crescimento econômico, reorganização social e proporciona maior abertura com as diferenças e minorias. Frente a essas diversas mudanças e novos pensamentos, a comunidade em geral chega à conclusão que os hospitais psiquiátricos deveriam ser transformados ou abolidos (DESVIAT, 2001, 2008).

Esta nova concepção em Saúde Mental foi revista em vários países da Europa neste período. Na Inglaterra, o conceito de “Comunidade Terapêutica” foi difundido, ampliando a responsabilidade do tratamento psiquiátrico a outros membros da comunidade, inclusive aos pacientes (JONES, 1968). A regionalização dos serviços, criação de hospitais-dia e um serviço de Saúde Mental baseado nos serviços residenciais locais, desenvolvendo um atendimento primário com médicos generalistas, alteraram todo o sistema de Saúde Mental (DESVIAT, 2008).

A Itália foi marcada pela psiquiatria anti-institucional, por meio da reforma que se iniciou em um hospital psiquiátrico. O movimento foi idealizado por um psiquiatra e sustentado por várias organizações, como o movimento estudantil e diversos sindicatos. Através deste movimento travou-se um processo contra o manicômio que culminou na Lei n° 180 de 1978 declarando sua extinção (DESVIAT, 2008; BASAGLIA, 1970).

Na Espanha, a reforma psiquiátrica foi discutida amplamente nos anos 80 e uma reforma no código civil proporcionou que as internações psiquiátricas necessitassem de autorização judicial, deixando de ser apenas uma decisão dos médicos e

familiares. O compromisso político foi afirmado através de normas para a Saúde Mental, no entanto, a reforma foi regionalizada e o modelo hospitalocêntrico ainda não foi superado em muitas localidades, sendo em alguns aspectos considerado que a reforma ainda está inacabada (DIMENSTEIN, 2011; DESVIAT, 2008).

3.3 Reforma psiquiátrica brasileira

O modelo de instituição asilar chegou ao Brasil com a vinda da família real portuguesa em 1808. Seu principal objetivo era remover ou afastar da sociedade mendigos, doentes, criminosos, excluindo-os da sociedade por meio da internação nos hospitais psiquiátricos (BRITTO, 2004; ROCHA, 1989; MESQUITA, NOVELINO, CAVALCANTI, 2010).

Em 1961, após a segunda guerra mundial, os movimentos de reforma psiquiátrica iniciados na Europa começam a despertar uma nova visão sobre o tratamento da doença mental (BRASIL, 2005a). Porém o Brasil encontrava-se na fase de criação dos manicômios privados e coincidentemente o modelo vigente de políticas de saúde investiu no modelo hospitalocêntrico, com contratação de serviços aprovados pela Previdência Social (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005a).

No Brasil a reforma psiquiátrica é marcada por dois momentos. O primeiro deles, compreendido entre 1978 e 1991, vem de encontro ao movimento de reforma sanitária que também buscava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde (BRASIL, 2005a; MESQUITA, NOVELINO, CAVALCANTI, 2010). Importante destacar que o movimento de reforma psiquiátrica, apesar de contemporâneo da reforma sanitária, possui distinção e história própria fundamentado em um processo de transformação política e social complexa (BRASIL, 2005a).

Neste período destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental responsável por uma série de denúncias de violência nos manicômios e discussão destes problemas por meio de seus congressos. Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005a; ROTELLI 1992; AMARANTE 1995), nesse contexto, surgiu o primeiro CAPS e logo depois a

criação dos Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) em São Paulo (BRASIL, 1988; AMARANTE, 1995). No final desta fase surgem mobilizações e condições políticas para o estabelecimento de mudanças por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 e implantação do SUS.

Foram realizados congressos e encontros para a discussão do assunto e a criação do projeto de lei pelo deputado Paulo Delgado (1989), propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais com a extinção progressiva dos manicômios no país. Todos estes acontecimentos proporcionaram um marco na luta antimanicomial (BRASIL, 2005a; AMARANTE, 1995; DESVIAT, 2008; DELGADO, 1992; SOUZA; BRAGA, 2006).

A segunda fase desta reforma inicia após a declaração de Caracas em novembro de 1990 (OMS/OPAS, 1990). Este documento aborda a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, onde políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis com apoio de profissionais da Espanha, Itália e Suécia aprovaram um projeto para a reforma na América Latina e no Caribe (OMS/OPAS, 1990; DESVIAT, 2008; BRASIL, 2004b).

Neste momento a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece a necessidade de superar um grande desafio: ampliar a cobertura de atenção, promovendo o acesso aos serviços de saúde. Assim reafirma a prioridade lançada desde 1988 de promover a transformação dos sistemas de saúde projetando uma estratégia de descentralização e democratização (DESVIAT, 2008; OMS/OPAS 1990).

Um conceito muito importante ressaltado neste momento pela OPAS é o de Sistema Local de Saúde (SILOS), inspirado na forma de organização da saúde da Espanha. Os SILOS pressupõem um sistema local de saúde visando maior democratização e eficiência com capacidade de administração direta dos recursos de saúde e coordenação de sua infraestrutura (OPAS; 1989, 1990; DESVIAT, 2008).

[...] os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva (OPAS, 1990, p.2).

A partir de 1990 os estados brasileiros conseguem aprovar as primeiras leis para abertura de redes integradas de atenção a saúde. Após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, as primeiras normas federais passam a regulamentar os cuidados ao portador de transtornos mentais através da Portaria nº224/1992 que cria os (NAPS/CAPS) como unidades de saúde locais (BRASIL, 1992). Em 2001, depois de 12 anos tramitando no congresso, é aprovada a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2001 a).

A III Conferência de Saúde Mental realizada em 2001 é fundamental na pactuação dos princípios, diretrizes e estratégias para as mudanças da atenção em Saúde Mental. Observa-se a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, além de defender a construção de uma política de Saúde Mental para os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001a; 2004b; 2005a; GONÇALVES; SENA 2001). A partir deste momento a lei nº 10.216/2001 passaria a ser complementada por uma série de programas e portarias que possuíam o objetivo de desinstitucionalizar a Saúde Mental (BRASIL, 2001b).

3.4 Os CAPS e a desinstitucionalização da Saúde Mental

O processo de reforma psiquiátrica e sua conseqüente desinstitucionalização passa por três grandes momentos segundo alguns autores. O primeiro momento trata da desfragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. Os grandes hospitais federais foram transformados em centros comunitários, hospitais-dia e clubes de lazer prestando melhor qualidade à assistência (PINHEIRO *et al.*, 2007; BRASIL, 2000).

O segundo momento constitui a implantação de serviços que substituem os manicômios, assim surgiram unidades de serviços extra-hospitalares como os

CAPS, cooperativas sociais e programas que trabalham o resgate da cidadania dos indivíduos. E o terceiro momento levanta a preocupação com a moradia criando as residências terapêuticas por meio da Portaria nº 106/2000. Nestas organizações a noção de território é entendida como um recurso terapêutico com foco na reinserção social do paciente (PINHEIRO *et al.*, 2007; BRASIL, 2000).

O primeiro CAPS- Luiz da Rocha Cerqueira- foi criado em 1987 em Itapeva na cidade de São Paulo, uma proposta desenvolvida por uma equipe de psiquiatras. O serviço não tinha a intenção em se tornar um modelo nacional, porém seu formato tinha o objetivo de constituir um programa docente-assistencial que apontasse uma nova abordagem para Saúde Mental frente ao contexto da reforma psiquiátrica (BORGES; BAPTISTA, 2008; LIMA, 2010; GOLDBERG, 1996).

A legislação inicial que trata da abordagem de novos métodos de tratamento para os doentes mentais é a Portaria nº 224/1992, ao organizar e criar normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar, estabelecendo critérios para credenciamento e financiamento dos CAPS e NAPS (BRASIL, 1992).

Os CAPS/NAPS constituíam uma nova proposta que integra a rede de cuidados configurando também em uma porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à Saúde Mental (BRASIL, 1992; 2004b). Um dos objetivos deste serviço é prestar atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005a; 1992).

Apesar de sua criação em 1992, somente com aprovação da lei dos direitos das pessoas com transtornos mentais, em 2001, os CAPS ganham relevância no trabalho de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por meio de uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Assim os CAPS passam a ser regulamentados pela Portaria nº 336/2002, integrando-se ao SUS (BRASIL, 2002a; 2005a; PAULIN; TURATO, 2004).

Os CAPS, como afirma Ribeiro *et al.* (2008) surgem da necessidade de oferecer tratamento ao portador de sofrimento mental em seu território oferecendo

continuidade ao programa de desospitalização e criando novas formas de atendimento. Nunes *et al.* (2007) ressalta a convergência entre políticas públicas da atenção básica e da Saúde Mental que envolvem os princípios de integralidade da atenção, participação social, interdisciplinaridade no cuidado e territorialização.

Pode-se propor ainda a noção de estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS como imagem-objetivo presente em ambos os modelos, tendo a saúde mental vislumbrado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dispositivo estratégico na conjuntura atual para a progressiva desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. O PSF, por sua vez serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental (NUNES *et al.*, 2007 p. 2376).

Os CAPS trazem ainda uma nova forma de trabalho fundamentado na noção de apoio matricial, ou seja, uma equipe especializada supervisiona ou discute a condução de casos com equipes da atenção básica por meio de atendimentos compartilhados e discussões conjuntas de condutas (LIMA, 2010; CAMPOS 1999; CAMPOS E DOMITT, 2007).

Eugenio Mendes (2011) ressalta a importância desta forma de trabalho para compor as Redes de Atenção à Saúde. Estas devem manter comunicação e responsabilização da Atenção Básica, superando os sistemas fragmentados de saúde. Segundo Lancetti (2001), a articulação entre a Saúde Mental e ESF é chamada de Apoio Matricial pelo MS, ainda que este conceito seja muito amplo frente às práticas destes programas: “O Apoio Matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas, sem que o usuário deixe de ser da equipe de referência” (LANCETTI, 2001).

OS CAPS são criados como uma porta de entrada do SUS, tornando-se o eixo dessa rede de Saúde Mental de modo a regular a assistência no território, acesso e integralidade da oferta (LIMA, 2010). Os CAPS depois de inseridos no SUS foram regulamentados por meio de diversas portarias e legislações que ajudaram a delimitar e padronizar suas atividades (BRASIL, 2004b; LIMA, 2010).

Em 2002, a Portaria nº 336/2002 marca o momento de expansão dos CAPS ao normatizar este serviço integrado ao SUS, além de estabelecer as diferentes modalidades que podem assumir com sua respectiva infraestrutura mínima, equipe de profissionais e atividades a oferecer a população adscrita (BORGES; BAPTISTA, 2008; BRASIL, 2002a, 2005a).

Desse modo, os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados, nos quais os pacientes deverão ter acesso a consultas médicas, visitas domiciliares, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais. Além disso, podem participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e a reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ALVES, DOURADO, CORTÊS, 2013, p.2967).

Esta legislação define e estabelece diretrizes iniciais para o funcionamento dos CAPS, ressaltando a estrutura mínima para o funcionamento de cada uma das modalidades do serviço. Os CAPS são classificados em CAPS I, II e III de acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I são implantados em cidades com população entre 20.000 a 70.000 habitantes, os CAPS II nas cidades com população entre 70.000 a 200.000 habitantes e os CAPS III em localidades cuja população ultrapassa 200.000 habitantes. Esta última modalidade possui funcionamento de 24 horas em todos os dias da semana (BRASIL, 2002a).

Há ainda modalidades específicas como o CAPS Infantil (CAPSi), que atende crianças e adolescentes, e o CAPS Álcool e drogas (CAPS AD), destinado ao atendimento de crianças, adolescentes e pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool, crack e outras drogas. Os CAPS AD passaram por uma recente redefinição que estabelece subsídios e incentivos para implantação destes serviços em grandes cidades priorizando o atendimento 24 horas. O Quadro 1 resume as modalidades dos CAPS conforme legislação vigente (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2012a).

Quadro 1- Modalidade de CAPS definida pela legislação.

Modalidade	População do município	População atendida	Funcionamento
CAPS I	20.000 a 70.000	Adultos	08h às 18h segunda a sexta
CAPS II	70.000 a 200.000	Adultos	08h às 18h segunda a sexta
CAPS III	acima de 200.000	Adultos	24h todos os dias da semana
CAPSi	acima de 200.000	Infanto Juvenil	08h às 18h segunda a sexta
CAPS AD	acima de 100.000	Adultos	08h às 18h segunda a sexta
CAPS AD III	200.000 a 300.000	Adultos	24h todos os dias da semana

Fonte: Adaptado de BRASIL 2002a; 2012a.

3.5 Prevalência das doenças mentais

Nos últimos anos os transtornos mentais são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um sério problema de saúde pública (DEMYTTENAER, 2004; LOPES; MURRAY, 1996), principalmente por ser um fator incapacitante capaz de causar morbidade e morte prematura (THORNICROF; MAINGAY, 2002; SARTORIUS *et al.*, 1996; LECRUBIER; USTUN, 1998).

A OMS estima que 151 milhões de pessoas sofrem de depressão, 26 milhões de esquizofrenia e 125 milhões de pessoas são afetadas por transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Aproximadamente 24 milhões de pessoas são portadoras de Alzheimer e outras demências e cerca de 840 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos (WHO, 2009; FUNK *et al.*, 2010). No Brasil, dados do MS indicam que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves em função do uso de álcool e drogas e cerca de 12% da população necessita de algum tipo de atendimento em Saúde Mental de modo contínuo ou atendimento eventual (BRASIL, 2008).

No Brasil há alguns estudos realizados avaliando a epidemiologia psiquiátrica. Os primeiros estudos realizados foram a determinação dos índices de casos, a comparação com os “não casos” e os fatores de risco para a doença mental (MARI; JORGE; KOHN, 2007).

Um dos primeiros estudos que avaliou índices específicos de transtornos psiquiátricos foi o estudo de Almeida Filho, em 1992. Este inquérito multicêntrico foi

realizado em três grandes centros urbanos- São Paulo, Brasília e Porto Alegre e utilizou um questionário para detectar casos suspeitos e a confirmação daqueles positivos por meio de entrevista psiquiátrica. A prevalência de transtornos mentais foi de 51% em Brasília, 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo e dentre as prevalências específicas por diagnósticos, o transtorno de ansiedade apareceu em primeiro lugar, seguido dos estados fóbicos e depressivos e dependência de álcool. (ALMEIDA FILHO 1992; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; MARI; JORGE; KOHN, 2007).

Vale ressaltar que o estudo apresentava muitas limitações, já que a metodologia não era consistente com outros grandes estudos epidemiológicos baseado na população. Apesar das considerações a respeito de suas limitações, o estudo permanece como o único estudo nacional conduzido no país, e os índices gerais são consistentes com os estudos internacionais sobre o tema (MARI; JORGE; KOHN, 2007).

Em 2012, Andrade e colaboradores publicaram um estudo que faz parte da Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental, uma iniciativa da OMS que integra e analisa pesquisas epidemiológicas sobre abuso de substâncias e distúrbios mentais e comportamentais. Dados da pesquisa realizada em 2009 na cidade de São Paulo, indica que 29,6% dos indivíduos na Região Metropolitana de São Paulo apresentaram transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista (ANDRADE *et al.*, 2012).

Os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% dos entrevistados. Em seguida, aparecem transtornos de comportamento (11%), transtornos de controle de impulso (4,3%) e abuso de substâncias (3,6%). A pesquisa aponta ainda o grupo de indivíduos com maior vulnerabilidade: as mulheres que vivem em regiões consideradas de alta privação apresentaram grande vulnerabilidade para transtornos de humor, enquanto os homens migrantes que moram nessas regiões precárias mostraram alta vulnerabilidade ao transtorno de ansiedade (ANDRADE *et al.*, 2012).

Apesar da existência de algumas publicações, no Brasil não há um estudo representativo dos índices de prevalência de transtornos mentais em nível nacional,

apenas uma estimativa do problema encontrado em estudos locais (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; ANDRADE *et al.*, 2012; MARI; JORGE; KOHN, 2007).

Além da existência de poucos estudos representativos, há dificuldades relacionadas ao diagnóstico, tratamento de transtornos e conseqüentemente sua contabilização em estatísticas. Estas dificuldades são traduzidas na dificuldade das pessoas com transtornos mentais procurarem atendimento psiquiátrico por razões relacionadas ao desconhecimento da doença, preconceito, falta de serviços adequados e equipe treinada, medo, dentre outros (KOHN; MELLO; MELLO, 2007; KOHN, 2005).

3.6 Transtornos mentais e qualidade de vida

Os transtornos mentais são ainda grandes agravantes da qualidade de vida das pessoas (OMS, 2010). Em 1998 pesquisadores da Universidade de Harvard e da OMS criaram o indicador de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, do inglês *Disability Adjusted Life of Years* (DALY), cuja metodologia propõe a utilização da tábua de mortalidade desenvolvida por Coale & Guo (1989).

O DALY é um indicador que procura mensurar simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos por morte prematura, do inglês *Years of Life Lost* (YLL) ou por incapacidade *Years Lived with Disability* (YLD), em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado foi o verificado no Japão. O DALY é igual à soma do YLL e YLD (SCHRAMM, 2004; MURAY; LOPES, 1996).

Na primeira utilização do indicador DALY em 1998, o estudo já apontou que entre as 10 principais causas de incapacitação no mundo, cinco estão associadas aos distúrbios mentais: depressão com 13%; ingestão de álcool 7,1%; distúrbios afetivos bipolares 3,3%; esquizofrenia 4% e distúrbios obsessivo-compulsivos com 2,8% (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Associado aos transtornos mentais, os distúrbios comportamentais trazem dados importantes quanto ao cuidado necessário a estes pacientes. Os distúrbios do

comportamento incluem um grupo de sintomas relacionados aos transtornos mentais como alucinações, delírios, falta de interesse, tristeza e agressividade (GARRIDO; ALMEIDA, 1999). Uma publicação sobre estimativa das causas de mortes em todo mundo, o *Global Health Estimates* (GHE), divulgado pela OMS em 2014, apontou aumento significativo no número de mortes por transtornos mentais e comportamentais entre os anos 2000 e 2012. A população mais afetada possui faixa etária de 30 a 49 anos, sexo masculino, com as causas mais recorrentes relacionadas aos transtornos por uso de álcool e transtornos por uso de drogas (WHO, 2014).

Apesar da prevalência generalizada de problemas de Saúde Mental, grande parte das pessoas afetadas não recebe nenhum tipo de tratamento ou cuidado.

Em países de baixa e média renda, 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não têm acesso a qualquer forma de tratamento de saúde mental. Em países de renda média a elevada, entre 35% e 50% das pessoas com doenças mentais graves não recebe tratamento necessário (Funk *et al.*, 2010, p.16).

Ainda nos países de baixa e média renda, relatos indicam que pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos não tem acesso a cuidados básicos de saúde, incluindo exames gerais de saúde, assistência odontológica, vacinas, medicamentos e tratamento de feridas. As políticas de Saúde Mental não abrangem todos os países e o montante investido nestas ações ainda é insuficiente (FUNK *et al.*, 2010; OMS, 2001).

A prevalência de transtornos mentais demonstra seu impacto na saúde pública e indica a necessidade do fortalecimento tanto da Atenção Primária à Saúde quanto da política de Saúde Mental, tendo em vista as implicações destes transtornos na qualidade de vida e incapacitação dos indivíduos (ANDRADE *et al.*, 2012; MELLO; MELLO; KOHN, 2007; WHO, 2007). Os transtornos mentais envolvem fatores de risco de cunho comportamental, demográfico e condições socioeconômicas, assim alguns deles são passíveis de serem modificados. Quanto aos fatores sociais, alterações podem ser realizadas por meio de planejamento governamental (MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

3.7 Avaliação de Serviços

Diante da implantação de serviços substitutivos e recentes no SUS, a avaliação de serviços de saúde é uma ferramenta importante no estudo e consolidação dos CAPS frente à demanda e prevalência significativa dos transtornos mentais na população (BRASIL, 2007a; FURTADO, 2011).

3.7.1 Conceitos e contextualização da avaliação

A avaliação é um conceito utilizado desde a antiguidade e ganhou maior repercussão logo após a segunda guerra mundial. Neste período, o Estado começa a intervir em políticas sociais e a necessidade de uma distribuição eficaz dos recursos motiva o desenvolvimento de métodos para avaliar as vantagens e custos dos programas (DUBOIS, 2008; CONTRANDIPOULOS *et al.*, 1997).

Um dos conceitos mais difundidos para avaliação estabelece a relação entre o julgamento de valor, a respeito de uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões (CONTRANDIPOULOS *et al.*, 1997). Conceitos com uma definição mais técnica a cerca de sua validade e objetivos também são relevantes para sua compreensão.

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ação (BROUSELLE *et al.*, 2011 p. 27).

No momento em que a avaliação começa a ser enfatizada, em meados do século XX, surgem conceitos essenciais para seu aprimoramento como a eficiência, a eficácia e a efetividade. Basicamente pode-se verificar que a eficiência estabelece a relação entre custo e benefício de uma ação, a eficácia a aproximação da melhor maneira a ser realizada a ação e a efetividade implica na mudança e transformação da situação, sendo mais utilizada na avaliação de resultados (BARRETO & CALVO, 2013).

Na América Latina, o reconhecimento crescente das atividades de avaliação envolve o debate dos projetos neoliberais e privatizadores associados aos movimentos de reforma. A limitação de recursos, associada a uma demanda crescente de transparência, reforça a necessidade dos sistemas serem capazes de retroalimentar de forma eficiente os serviços de saúde oferecidos à população (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

No Brasil o crescente interesse pela avaliação é despertado a partir de 1990, contextualizado pela ampliação de políticas públicas sociais e aprovação de uma nova constituição para o país (HARTZ, 1997; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011). No setor da saúde, a criação do SUS amplia a importância dos programas e automaticamente este grande projeto social torna-se alvo de questionamentos a cerca de sua eficiência, eficácia e efetividade, estimulando as avaliações (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011; FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

O crescente interesse pela avaliação no terceiro setor, impulsionado pela iniciativa de várias Organizações Não Governamentais (ONGS) e ainda na comunidade acadêmica no interior das universidades, aponta que o país necessita avançar para o estabelecimento da avaliação como prática de gestão da iniciativa pública (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011). Segundo Furtado (2006), os lançamentos e anúncios de projetos prevalecem em detrimento da análise crítica e desdobramentos práticos dos programas e serviços.

Existe ainda a necessidade de definições e conceitos sobre as práticas de avaliação. Silva e Formigli (1994) já haviam identificado neste ano a criação de novos conceitos e a conseqüente diversidade terminológica, questão observada tanto no Brasil quanto em outros países (FURTADO 2006; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011; SILVA; FORMIGLI, 1994). Em função da grande diversidade de concepções, alguns autores já afirmaram existir tantos tipos de avaliações quanto de avaliadores, existindo a necessidade de uma ordem que possa reduzir ou sintetizar as diversas formas de classificação (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

As avaliações podem ser classificadas quanto à dimensão temporal, caso ocorram antes ou depois de iniciada a atividade em questão. Quanto à natureza é

classificada como normativa ou avaliativa. Estas avaliações se baseiam na forte relação de respeito aos critérios e normas escolhidas e efeitos reais do programa ou da intervenção. Há ainda a pesquisa avaliativa que realiza um julgamento posterior a uma intervenção a partir de métodos científicos, relacionando assim as intervenções e o contexto no qual ela se situa para a tomada de decisão (BARRETO E CALVO, 2013; HARTZ, 1997).

É importante relatar que os autores Guba e Lincon (1989) identificam quatro estágios na história da avaliação. Como destaque, na última fase, verifica-se a proposta da “Avaliação de Quarta Geração”, assim denominada pelos autores. Esta avaliação é uma alternativa a outros modelos de avaliação tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa que considera o pluralismo de valores (SERAPIONI, 2009).

3.7.2 Avaliação em serviços de saúde

A avaliação em serviços de saúde é considerada um mecanismo de gestão capaz de disponibilizar parâmetros para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que aumentem a efetividade e os padrões de atendimento nos serviços de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; TANAKA; MELO, 2001).

No campo das avaliações em saúde um dos modelos mais conhecidos é a avaliação sistêmica da qualidade proposta por Donabedian (1980), também conhecida como a tríade estrutura, processo e resultados (OPAS, 2005).

No modelo de Donabedian (1980), a estrutura é avaliada por meio dos recursos estáveis da instituição como infraestrutura, área física, recursos humanos e financeiros necessários para proporcionar a atenção. O estudo da estrutura abrange a qualificação dos profissionais, quantidade e distribuição, além de aspectos de outras instalações, como hospitais, com sua respectiva localização geográfica e capacidade. O conceito inclui ainda a maneira como o financiamento e a prestação de serviços estão organizados e sua devida produção (DONABEDIAN, 1980).

Segundo REIS *et al.* (1990), são exemplos de recursos avaliados no enfoque de estrutura, a organização administrativa da instituição, descrição das características das instalações, equipe médica disponível, perfil e experiência dos profissionais envolvidos e a adequação com as normas vigentes.

A estrutura para avaliação da qualidade apresenta limitações em sua utilização, já que estes elementos indicam somente tendências gerais. A relação entre os aspectos de estrutura e os resultados é, muitas vezes, indireta. A existência ou não de aspectos essenciais da estrutura não impede ou garante que os processos sejam adequados, apenas se parte do pressuposto de que a presença de características de estrutura adequadas pode proporcionar um efeito positivo sobre a qualidade do serviço (OPAS, 2005; DONABEDIAN, 1984).

O enfoque em Processos enfatiza atividades referenciadas entre profissionais de saúde e pacientes nas etapas do cuidado.

Um juízo acerca da sua qualidade pode ser feito por meio de observação direta ou da revisão da informação registrada, o que permite uma reconstrução com certo grau de precisão de como está seu funcionamento. A base para a atribuição de valor da qualidade é o conhecido acerca da relação entre as características do processo de atenção e suas conseqüências para a saúde e bem estar dos indivíduos e da sociedade, de acordo com o que eles compreendem por saúde e bem estar (OPAS, 2005, p. 36).

O estudo do processo pode ser realizado por meio de uma analogia entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados durante a trajetória do paciente que busca o serviço até seu diagnóstico e tratamento. Sob o ponto de vista técnico/administrativo, trata-se de uma observação direta da prática e estudos baseados nos registros médicos com base em critérios estabelecidos pela eficácia e prática médica rotineira (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; REIS *et al.*, 1990).

Segundo Donabedian (1984), os estudos de resultados em saúde são a diferença entre um estado atual e um estado futuro da saúde do usuário, no qual se possa atribuir a um dado processo de cuidado. São verificadas nesta etapa as mudanças relacionadas ao conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente,

consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência (DONABEDIAN, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A avaliação do resultado é também considerada uma medida indireta da qualidade da atenção, apesar de sofrer interferência de inúmeros fatores. O resultado torna-se relevante por ser capaz de intervir em outros componentes e operar mudanças em todo o sistema (DONABEDIAN, 1992).

A classificação dos indicadores de estrutura, processo ou resultados pode apresentar variações de acordo com as características de cada subsistema focalizado na avaliação. Os diversos fatores envolvidos na avaliação da condição de saúde do paciente também proporcionam vários indicadores para avaliação de resultados tais como, capacidade física e estado funcional, inventários de Saúde Mental, impacto das doenças, medidas de percepção pessoal, dentre outros (OPAS, 2005; REIS *et al.*, 1990).

As investigações baseadas nos enfoques estrutura, processo e resultado, estipulados por Donabedian, estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. É fundamental a associação dos resultados às avaliações do processo e da estrutura a fim de identificar razões das diferenças encontradas, visando o aperfeiçoamento do uso de recursos, planejamento e possíveis intervenções (OPAS, 2005; DONABEDIAN, 1980, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994).

A tríade de Donabedian, assim como vários métodos de avaliação, apresenta limitações registradas pelo próprio autor ao considerar que a abordagem desenvolvida é uma versão simplificada da realidade, na qual a validade do processo avaliativo depende da relação causal de probabilidade entre os componentes da tríade. Considera ainda que a análise isolada dos componentes pode gerar insuficiência de referências e que a ordem das funcionalidades entre os componentes da tríade nem sempre está presente (DONABEDIAN, 1992).

3.7.3 Avaliação dos CAPS

Seguindo as diretrizes de descentralização do SUS, os CAPS foram criados como serviços regionalizados, integrando a rede de atenção à Saúde Mental e proporcionando o atendimento de particularidades locais. Os CAPS são integrantes de uma nova modalidade de atenção implantada no SUS que envolve a construção de uma política pública baseada em práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Assim a inserção dos CAPS agregando diferentes níveis de atenção em uma só unidade coloca em questionamento a capacidade dos serviços em promover a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002a; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

Segundo dados do MS, entre 2002 a 2012 o número de CAPS cresceu mais de 400% e em 2012 já ultrapassava 1700 unidades em todo Brasil, este crescimento foi acompanhado da redução de leitos hospitalares por meio de um processo planejado e articulado em consonância com a expansão da rede de ações e serviços territoriais (BRASIL, 2012b).

Apesar do grande crescimento e implantação do serviço em diversas regiões, ainda são poucos os estudos divulgando resultados e práticas dos CAPS, A maioria descreve aspectos dos serviços por estudos de enfoque qualitativo, envolvendo a temática de implantação do serviço e muitas vezes limitado a um único serviço. Assim a utilização dos indicadores únicos e mensuráveis nas avaliações dos CAPS, método classicamente utilizado em avaliações de saúde, não é frequente quando se observa as publicações desta área (LIMA, 2013; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; LIMA; SCHNEIDER, 2013).

Considerando que não existem garantias do pleno sucesso na transposição do que foi planejado para o contexto real, a avaliação se torna necessária neste processo, assim tão importante quanto à consolidação dos CAPS é a sua avaliação ao longo dos últimos anos. A avaliação é parte do processo de planejamento e gestão do sistema de saúde e deve proporcionar alterações nas ações e serviços a fim de contemplar as necessidades de seu público proporcionando maior racionalidade no uso dos recursos (BRASIL, 2007a; FURTADO, 2011).

Importante ressaltar também que em geral, a participação efetiva dos processos de avaliação nas grandes decisões políticas para a área da saúde tem sido muito mais restrita do que o esperado, havendo um impacto relativo desses processos em um nível mais específico ou local. Observa-se ainda uma carência de profissionais experientes na área da avaliação, além de pouca institucionalização desse campo (NOVAES, 2000; OPAS, 2005).

3.8 Assistência Farmacêutica

3.8.1 Conceitos e definições

O conceito de Assistência Farmacêutica vem sofrendo atualizações, acompanhando as novas legislações e recentes abordagens adotadas, sendo reconhecida como parte integrante do sistema de saúde e assim determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde (BRASIL, 2007b).

O conceito mais recente de assistência farmacêutica é mencionado no artigo 2º da Lei 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas

Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014, Art. 2º).

Ressalta-se ainda conceitos consolidados nos últimos anos que traduzem ainda mais a dimensão e complexidade das atividades da Assistência Farmacêutica

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998a, cap.7)

A assistência Farmacêutica é organizada em um ciclo de etapas, também denominado ciclo logístico. As etapas deste ciclo são interligadas e envolvem a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

A seleção é a primeira etapa do ciclo logístico com caráter fundamental nas demais etapas do ciclo por definir o elenco de medicamentos a serem abrangidos que irão gerir as demais etapas. Esta atividade também é considerada o eixo de todo o ciclo da assistência farmacêutica (MARIN *et al.*, 2003).

O processo de escolha de medicamentos deve ser pautado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. É importante que este processo esteja centrado nos pacientes e não na própria estrutura administrativa, garantindo aos usuários o melhor cuidado possível (MARIN *et al.*, 2003). Constituem instrumentos e estratégias desta etapa a mobilização e sensibilização de gestores e profissionais de saúde, criação da CFT em caráter permanente, construção da relação de medicamentos essenciais que deve nortear as diretrizes de utilização, programação, aquisição, prescrição e dispensação, proporcionando ampla divulgação para consolidação de sua implantação (BRASIL, 2006)

A programação é outra atividade de grande relevância no ciclo da Assistência Farmacêutica em função de sua relação direta com o nível de acesso aos medicamentos e suas perdas. Esta etapa é associada diretamente ao planejamento ao depender da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas a cerca da real necessidade de cada região (BRASIL, 2006; MARIN *et al.*, 2003). A programação deve considerar diversas fontes de dados consistentes como o consumo de medicamentos da área ou serviço, perfil demográfico e epidemiológico, a oferta e demanda de serviços de saúde que atende, recursos humanos capacitados de que dispõe, além da disponibilidade financeira para a execução da programação (BRASIL, 2006; MARIN *et al.*, 2003).

A aquisição compreende uma etapa em comum com outras atividades, ressaltando-se a necessidade da especificação técnica ser fundamental no processo de compra de medicamentos. O armazenamento e a distribuição são etapas que requerem cuidados essenciais para preservação dos medicamentos, assim diversos critérios técnicos devem ser seguidos garantindo que o medicamento armazenado e distribuído seja acondicionado adequadamente sem comprometimento de sua qualidade. Estas etapas são regidas pelas Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição, recomendadas através de suas inúmeras legislações acerca do controle no armazenamento e transporte dos medicamentos (BRASIL, 2006; MARIN *et al.*, 2003).

Uma das últimas etapas do ciclo, mas de fato o início da concretização da assistência ao paciente é a dispensação. Nesta etapa o farmacêutico pode estabelecer uma relação com o paciente, realizando a função de controle do uso de medicamentos, apoiando-se na vigilância e também buscando o interesse do paciente. Esta etapa é importante e complexa por depender das demais etapas e estabelecer uma das diversas oportunidades do farmacêutico de contribuir para uso racional de medicamentos (CONASS, 2011).

3.8.2 Avaliação da Assistência Farmacêutica

Diversas instituições internacionais desenvolvem metodologias simplificadas para realização de diagnóstico situacional de condições de saúde. Estes métodos tem o objetivo de facilitar a condução de estudos, contribuindo para garantir a qualidade das informações obtidas e o uso das informações para embasamento de decisões políticas nos países em desenvolvimento.

O primeiro método de avaliação para a Assistência Farmacêutica foi implementado pela OMS e denominado Método de Avaliação Rápida (MAR). Este método no final dos anos 80, com a finalidade de constituir uma ferramenta gerencial de rotina, visando melhorar a qualidade do cuidado, o desempenho de programas e também para facilitar o envolvimento da sociedade, já que seria uma fonte de informação (WHO, 1993; OPAS, 2005).

Desde 1997 a OMS definiu uma série de objetivos e prioridades e uma delas é a realização de estudos sobre o perfil farmacêutico mundial. Assim a OMS vem lançando guias e manuais para condução de estudos de avaliação. O *Indicators for Monitoring National Drug Policies* é um importante manual para realização destes estudos (WHO, 1999), sendo a sua utilização mais recente contemplada na publicação *Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations*, publicado em 2007 (WHO, 2007b).

O modelo de avaliação da assistência farmacêutica proposto pela OMS é baseado em níveis hierárquicos composto por três grupos de indicadores, nível I, II e III, conforme apresentado na figura 1. Este modelo remete a metodologia da tríade de Donabedian, porém ao abordar um componente específico das ações em saúde, como a assistência farmacêutica, envolve diferentes níveis de compreensão das consequências, estruturas e processos no contexto do interesse avaliativo (OPAS, 2005).

Figura 1- Indicadores da OMS para avaliação da assistência Farmacêutica



Fonte: OPAS, 2005.

O nível I aborda aspectos de estrutura e de processo da organização do setor farmacêutico. Um questionário curto coleta dados que permitem avaliação da situação nacional da Assistência Farmacêutica podendo ser aplicado em intervalos

regulares a fim de verificar a medição de tendências e comparações da situação ao longo de um período (WHO, 2007).

O nível II utiliza indicadores que mensuram o acesso aos medicamentos, ou seja, a disponibilidade de medicamentos essenciais e acesso geográfico às instalações, além do uso racional de medicamentos. Os dados obtidos na forma de inquérito em estabelecimentos públicos e privados refletem os resultados dos objetivos determinados na política de medicamentos, podendo ser utilizados para comparação, determinação das deficiências e estabelecimento de normas de acesso (OPAS, 2005).

O nível III tem a finalidade de detalhar aspectos específicos da organização do setor farmacêutico, de acordo com as necessidades específicas de cada país. São verificados indicadores de preço de medicamentos, acesso a medicamentos de programas específicos, uso racional de medicamentos dentre outros.

A metodologia proposta pela OMS aborda uma série de indicadores que relacionam o acesso, a qualidade e o uso racional dos medicamentos a fim de caracterizar a Assistência Farmacêutica entre os seus diferentes níveis de avaliação por meio de uma técnica considerada simples, rápida e eficiente. Estes indicadores podem ser usados para avaliar o impacto de uma intervenção ou mesmo para detectar os problemas referentes à utilização de medicamentos adotando assim medidas para sua correção. Sua utilização pode ocorrer no âmbito individual, como em uma unidade de saúde, a nível municipal, regional ou em todo o país (WHO, 1993; 1999; 2007; 2007b).

3.8.3 Indicadores de Acesso, qualidade e uso racional

Os indicadores de acesso avaliam a disponibilidade de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles medicamentos selecionados pela evidência eficácia, segurança e efetividade, capazes de atender as necessidades da população. Avalia a percentagem de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados e tempo médio de desabastecimento das unidades dispensadoras. Os indicadores de acesso avaliam também a capacidade de pagamento do tratamento de adultos e de

crianças menores de cinco anos, verificando o percentual de economia ao comparar os preços observados correlacionando o maior e o menor preço disponível (OPAS, 2005).

Os indicadores de qualidade avaliam as condições de conservação e armazenamento dos medicamentos, a existência de medicamentos com validade vencida, disponíveis para a dispensação e outros fatores relacionados à aquisição e controle de estoques nas unidades. Por fim, os indicadores do uso racional de medicamentos avaliam uma série de critérios relacionados aos medicamentos prescritos no serviço, inclusive a maneira como são escolhidos (OPAS, 2005).

O uso racional avalia ainda a rotulagem dos medicamentos, conhecimento dos pacientes sobre seu uso e a disponibilidade de listas e protocolos aos prescritores. Todos esses indicadores buscam avaliar os resultados da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a metodologia utilizada é a de inquérito nos serviços farmacêuticos públicos e privados, e dos domicílios para obtenção de um diagnóstico nacional (OPAS, 2005).

4 OBJETIVO GERAL

Avaliar aspectos relacionados à estrutura e processos da Assistência Farmacêutica nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG no período de abril a junho de 2014

4.1 Objetivos específicos

- 4.1.1** Identificar e descrever os CAPS dos municípios da Região do Médio Paraopeba-MG, segundo sua organização e estrutura;
- 4.1.2** Avaliar as condições da Assistência Farmacêutica voltada para a Saúde Mental segundo organização das etapas da Assistência Farmacêutica;
- 4.1.3** Avaliar as condições da Assistência Farmacêutica segundo recomendações vigentes para o acesso, qualidade e uso racional de medicamentos por meio de indicadores propostos pela OMS;
- 4.1.4** Identificar particularidades das prescrições de medicamentos nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento da Pesquisa

Estudo observacional, transversal realizado em sete cidades da Região do Médio Paraopeba-MG que possuem CAPS e aceitaram participar do estudo.

Trata-se de um estudo quantitativo, estruturado na metodologia de avaliação de estruturas, processos e resultados proposta por Donabedian (1984). Para realização deste nível de análise, a coleta de dados em cada um dos serviços foi estruturada em três etapas independentes, realizadas no período de 28 de abril a 11 de junho de 2014.

A etapa inicial de avaliação de estruturas utiliza a metodologia descritiva para avaliação de critérios padronizados na legislação ou preconizados pelo Ministério da Saúde referente à estrutura física, recursos humanos e atividades realizadas nos CAPS. Utilizou-se um questionário semi-estruturado e delineado para esta finalidade para a coleta dos dados nos 14 CAPS identificados na região, sendo parte das informações coletadas por meio de entrevista aos gestores ou observação direta do pesquisador.

A segunda etapa também utiliza a metodologia descritiva na avaliação de vários critérios relacionados à organização da assistência farmacêutica direcionada aos usuários destes serviços. Ao caracterizar cada uma das atividades da Assistência Farmacêutica como seleção, aquisição e dispensação, busca-se descrever o processo de assistência com enfoque na Saúde Mental. Questionários semi-estruturados foram utilizados para a coleta de dados com os gestores da Assistência Farmacêutica. A observação direta de alguns quesitos e indicadores da OMS complementaram a descrição desta etapa.

A terceira e última etapa, também está relacionada à avaliação de processos da Assistência Farmacêutica ao realizar uma análise estatística das prescrições atendidas nas farmácias dos CAPS. A estatística descritiva é utilizada para caracterização de diversas variáveis discretas e uma análise bivariada é realizada

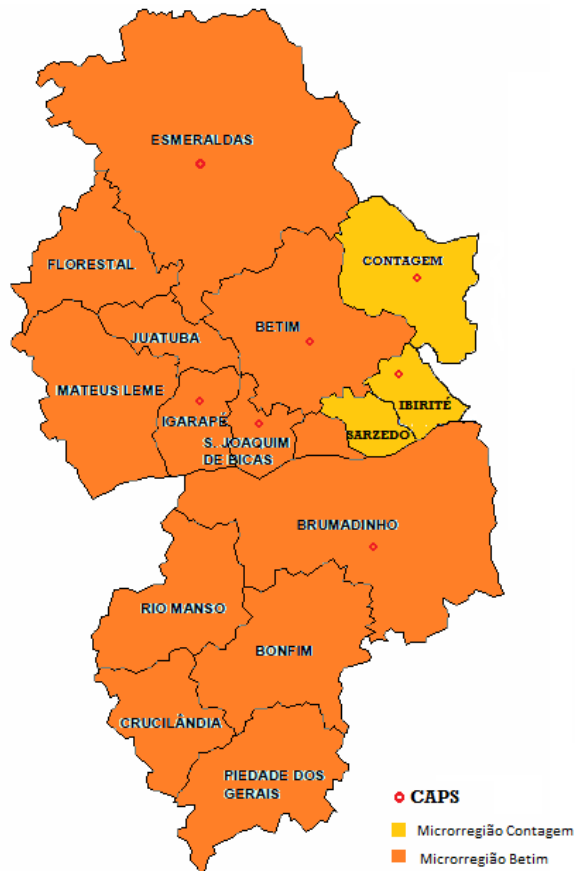
testando associações pertinentes ao perfil de utilização de medicamentos, perfil dos usuários e modalidade dos serviços.

5.2 Caracterização da região pesquisada

A bacia do rio Paraopeba situa-se a sudeste do estado de Minas Gerais. É um recurso hídrico significativo no estado que influenciou fortemente a ocupação desta região em função da importância econômica, acesso e locomoção da população para outras regiões. Fazem parte de toda a bacia 48 municípios, sendo que alguns possuem toda a sua extensão dentro da bacia do rio, outros apenas contribuem com pequena extensão do município nesta área da bacia (CIBAPAR-MG, 2014).

A região geográfica denominada Médio Paraopeba-MG é composta pelos municípios que circundam a região central desta bacia, ressalta-se que os municípios desta região estão localizados na porção oeste da Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte assim denominada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na Região do Médio Paraopeba-MG é observada a organização de duas microrregiões de saúde classificadas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011, a microrregião de Betim e a de Contagem, representadas na figura 2 (MINAS GERAIS, 2011).

Figura 2- Municípios das microrregiões de saúde de Betim-MG e Contagem-MG com respectiva indicação da presença CAPS.



Fonte: adaptado de MINAS GERAIS, 2011.

A seleção das cidades desta região referenciada pelo desenho das microrregiões de saúde de Betim ou de Contagem permite a identificação de serviços de média e alta complexidade centralizados ou referenciados nestas cidades e também na cidade de Belo Horizonte, que é o polo macro destas microrregiões e realiza atendimento aos pacientes da mesma. Apesar do estabelecimento de redes de atenção pelo modelo do PDR é de extrema relevância a capacidade de resolubilidade da Atenção Primária à Saúde na Saúde Mental, pois será um dos fatores determinantes para condução de um tratamento adequado e capaz de reduzir ou estabilizar a evolução de casos que somente poderão ser tratados em níveis de complexidade maiores (MENDES, 2011; ANDRADE *et al.*, 2012, MINAS GERAIS, 2011).

Utilizando informações do Comitê da Bacia Hidrográfica do Paraopeba-MG e mapas disponibilizados, as cidades do Médio Paraopeba-MG convidadas para este estudo compreendem aquelas situadas geograficamente na região mediana da bacia e que

fazem parte das microrregiões de saúde Betim e Contagem. A inclusão destas duas classificações para a composição das cidades convidadas para o estudo evita descaracterização da organização dos serviços de saúde regidos pela lógica de organização do PDR.

É importante ressaltar ainda que a região geográfica do Médio Paraopeba-MG participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP) implantado em 2005 na região. Este consórcio público de municípios tem o objetivo de desenvolver, em conjunto, ações e serviços que venham a complementar a assistência à saúde da população da microrregião. Assim, o CISMEP oferece serviços de saúde como consultas especializadas, exames e diversos procedimentos além da realização da compra de medicamentos e insumos (CISMEP, 2014).

5.3 População

Os municípios elegíveis para o estudo foram aqueles que pertenciam à Região do Médio Paraopeba-MG, que ofertavam o serviço CAPS e cujos gestores das áreas de Saúde Mental e Assistência Farmacêutica concordaram em participar da pesquisa.

A abordagem e convite das instituições ocorreu no período de outubro de 2013 a Maio de 2014 através de contato telefônico e mensagens por correio eletrônico. A concordância para a participação da pesquisa foi documentada por meio de uma carta de anuência assinada pelos responsáveis das instituições participantes ou pelo comitê de ética e pesquisa dos municípios que possuíam esta organização. Todos os municípios convidados encaminharam carta de anuência firmando interesse em participar da pesquisa: Betim-MG, Brumadinho-MG, Contagem-MG, Esmeraldas-MG, Ibirité-MG, Igarapé-MG e São Joaquim de Bicas-MG.

A população destes municípios que apresentam CAPS é significativa ultrapassando um milhão e trezentos mil habitantes. Detalhes da distribuição de habitantes em cada município é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2- Cidades do Médio Paraopeba-MG participantes da pesquisa

Cidade	População 2010	População Estimada em 2013
Betim	378.089	406.474
Brumadinho	33.973	36.748
Contagem	603.442	637.961
Esmeraldas	60.271	65.224
Ibirité	158.954	169.908
Igarapé	15.195	15.034
São Joaquim de Bicas	25.537	28.064
TOTAL	1.275.461	1.359.413

Fonte: IBGE, 2013.

5.4 Caracterização dos serviços

Os serviços instalados nesta região apresentam modalidades e organizações diferenciadas. Os municípios de Brumadinho-MG, Esmeraldas-MG, Igarapé-MG e São Joaquim de Bicas- MG oferecem o serviço de atenção psicossocial na modalidade I. Esta modalidade é a mais simples por ser direcionada a cidades cuja população é inferior a 70.000 habitantes. Estes serviços, apesar de apresentarem estrutura reduzida em relação a outras modalidades, representam o contato mais próximo e muitas vezes único para uma população que necessita de assistência, seja adulto, criança ou usuário de drogas.

Nesta ótica, os serviços CAPS I absorvem grandes demandas e podem apresentar até uma organização diferenciada por receber casos diversos e não classificados clinicamente como ocorre em municípios maiores com várias modalidades de CAPS. Estes serviços declararam não possuir unidades de dispensação de medicamentos nos CAPS, referenciando farmácias centrais que atendem os pacientes destes serviços.

Os municípios de Betim-MG e Contagem-MG possuem uma população acima de 200.000 mil habitantes e ofertam respectivamente três e quatro modalidades de CAPS. Cada um dos serviços conta com uma farmácia para atendimento interno dos pacientes referenciada por um profissional farmacêutico em cada um dos serviços.

O município de Ibirité-MG apresenta duas modalidades de CAPS para atender a uma população inferior a 200.000 mil habitantes. As duas modalidades de CAPS

estão localizadas em prédios distintos, porém muito próximos possibilitando a organização do serviço com uma única farmácia no prédio do CAPS AD. Esta farmácia atende pacientes internos e externos e desenvolve atividade centralizadora na dispensação de alguns medicamentos da Saúde Mental alocando um farmacêutico no serviço.

5.5 Coleta de dados

Esta pesquisa integra enfoques metodológicos diversos, distribuído em três etapas para descrever e avaliar as condições de Assistência Farmacêutica nos CAPS dos municípios da Região do Médio Paraopeba-MG. Foram desenvolvidos formulários para direcionar a observação dos CAPS, durante uma visita em um dia de funcionamento do serviço e realizada entrevista em formulários semi-estruturados com os gestores do CAPS e farmacêutico/gestor da Assistência Farmacêutica.

5.5.1 Etapa 1- Avaliação de estrutura nos CAPS

Baseado no enfoque de avaliação estrutura, foi desenvolvido um formulário semi-estruturado (APÊNDICE 2) para a coleta de características a cerca de instrumentos e recursos disponíveis nos serviços. Foram coletados neste formulário informações sobre a administração do serviço, organização, infraestrutura, recursos humanos disponíveis e atividades desenvolvidas.

Este formulário foi aplicado aos 14 gestores dos CAPS de todos os serviços inclusos neste estudo. Propositamente o formulário possui uma parte com enfoque no medicamento, pois alguns serviços que não possuem farmácia em suas dependências possuem um fluxo estabelecido pelo gestor do serviço para controlar o acesso e dispensação dos medicamentos aos pacientes atendidos. Assim, as perguntas permitirão a descrição da estrutura organizada para essa atividade inerente ao serviço.

No intuito de validar as respostas dos gestores, perguntas auxiliares e abordagens foram elaboradas para auxiliar o pesquisador no momento da visita à instituição e

descrição da área. Para isso foram especificados os critérios a serem observados e ratificados através da pergunta auxiliar para avaliação destes serviços conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3- Critérios de avaliação da estrutura dos serviços

Organização do serviço e Infraestrutura	Critério de avaliação	Pergunta auxiliar a ser utilizada pelo pesquisador
O serviço possui local amplo e organizado para recepção dos pacientes?	Local reservado para recepção dos pacientes que comporte no mínimo 1/3 da média de atendimentos declarada pelo gestor	Observar média de atendimentos por dia e existência de escala de atendimento dos profissionais
Há instalações sanitárias adequadas, locais para refeição e descanso adequados?	Banheiros separados por sexo e para funcionários, em condições de limpeza adequadas, mesa para realização das refeições em local próprio, sala reservada para descanso separada da área ambulatorial. Observação das condições de limpeza em geral.	Observação durante a visita das instalações
Há local para atendimento a pacientes em crise?	Consultório próprio ou sala de observação e equipe profissional habilitada	Há equipe de profissionais organizadas em escala para cobrir todo o horário de funcionamento do serviço?
Há local organizado para a guarda de prontuários permitindo rápida e fácil localização?	Local para a guarda dos prontuários em sequência e de fácil identificação	Quantos pacientes são cadastrados no serviço, número do último prontuário e data do atendimento.
Há sistema informatizado para gerenciamento das consultas, atividades e serviços prestados pelo CAPS?	Software específico para gerenciamento das atividades ou prontuário eletrônico	Observação durante a visita das instalações
Há Infraestrutura para acesso dos deficientes físicos? Rampas, banheiros adaptados.	Adaptação em todos os ambientes com rampas ou elevadores inclusive adaptações nos banheiros, espaço amplo para circulação de deficientes físicos	Observação durante a visitada das instalações

Fonte: Adaptado de BRASIL 2010, 2013a.

A análise de estrutura incluiu ainda o conceito de ambiência. A ambiência é um conceito adotado pelo MS que aborda o tratamento dispensado ao espaço físico buscando proporcionar atenção acolhedora e resolutiva, indo além da avaliação técnica dos ambientes (BRASIL, 2010; 2013a). Assim foi verificado em alguns dos critérios avaliados, requisitos de organização da área e condições de limpeza que remetem ao acolhimento e conforto do espaço.

A montagem deste formulário foi realizada focando em características básicas delimitadas em legislações sobre recursos mínimos a serem observados neste serviço: instalações, salas para atendimento, equipe de profissionais mínima, serviços de referência e contrarreferência bem como coleta de informações para caracterização das atividades de cada CAPS, sempre considerando a interface Assistência Farmacêutica e Saúde Mental (BRASIL, 2002a).

A demanda dos serviços foi estimada coletando dados sobre o número de usuários cadastrados nos serviços, o número de prontuários, o número de atendimentos realizados nos meses vigentes da coleta de dados e o número de pacientes mantidos em internação ou internação/dia. Assim, verificaram-se os dados registrados no serviço por meio da produção de cada um dos estabelecimentos e ainda informações fornecidas pelos gestores na falta de acesso a estes registros. Estes valores foram comparados com a média de procedimentos apresentados pelos municípios ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS- SIASUS, calculados pela média mensal do período em que ocorreu a coleta de dados da pesquisa, abril a junho de 2014. A existência de protocolos e padronizações através de diretrizes clínicas também foi observada (APÊNDICE 6).

5.5.2 Etapa 2 – Avaliação de processos Assistência Farmacêutica

Esta etapa visa à caracterização da estrutura e processos da Assistência Farmacêutica focada no planejamento destinado a este serviço. É importante destacar que a legislação que institui os CAPS não impõe obrigatoriedade da existência de uma farmácia ou serviço similar exclusivo para atendimento desta demanda. No entanto, a dependência dos CAPS quanto à administração de medicamentos e indicação dos pacientes para continuidade do tratamento

medicamentoso é fundamental para o funcionamento do serviço, implicando diretamente na integralidade da assistência aos pacientes (BRASIL, 2002a).

Um formulário semi-estruturado (APENDICE 3) foi desenvolvido com base nas etapas da Assistência Farmacêutica incluindo a observação de critérios estabelecidos pela PNM e outros documentos norteadores do planejamento da Assistência Farmacêutica. Foram distribuídas perguntas para cada um das etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, dispensação, legislação e rastreabilidade.

A descrição das etapas intituladas como legislação e rastreabilidade no formulário de pesquisa 2 (APENDICE 3) foram propostas a fim de identificar requisitos relacionados aos medicamentos psicotrópicos, tais como controle de dispensação e identificação adequada dos medicamentos ministrados a cada paciente. Existe legislação vigente em todo país que conduz os critérios para a dispensação e escrituração de dados destes medicamentos, assim os critérios inclusos neste formulário correspondem ao artigo 5º da Portaria nº 344/1998 que regulamenta a dispensação de medicamentos psicotrópicos (APENDICE 3) (BRASIL, 1998b).

A aplicação do formulário nos CAPS que possuem farmácia foi dirigida ao farmacêutico ou gestor da Assistência Farmacêutica que detinha conhecimento sobre o assunto. Nos CAPS que não possuíam farmácia, o formulário foi aplicado ao gestor da Assistência Farmacêutica e a observação direta realizada na farmácia indicada que realizava a dispensação de medicamentos do elenco da Saúde Mental, complementando a observação das etapas intituladas no formulário como dispensação, legislação e rastreabilidade.

Esta etapa é ainda focada na metodologia desenvolvida pela OMS para a avaliação da Assistência Farmacêutica indicada como nível II. O objetivo é verificar aspectos indicados segundo a OMS como resultados da PNM no que diz respeito ao acesso aos medicamentos, qualidade e seu uso racional. Esta pesquisa se limita à avaliação voltada para a Saúde Mental nos CAPS, sendo assim, utilizaram-se indicadores que puderam ser utilizados para descrição deste seguimento.

A aplicação dos formulários de pesquisa (APENDICES 4, 5, 6) foi dirigida aos CAPS que possuem farmácia em suas dependências ou à farmácia indicada como referência da Saúde Mental. Estes formulários constituem a tradução e adaptação à metodologia da OMS para avaliar o acesso aos medicamentos essenciais a estes serviços e condições de armazenamento dos produtos utilizando um check list para a área de dispensação.

Para a elaboração dos indicadores de acesso foi verificada a indicação da legislação, que indica o elenco de referencia nacional de medicamentos da Saúde Mental como aqueles medicamentos pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos Essencial (RENAME) vigente. O formulário de avaliação ao acesso dos medicamentos foi elaborado incluindo os medicamentos constantes na RENAME 2013. Na existência de mais de uma apresentação do medicamento na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) foi indicada a variação aceita, ou seja, outra forma farmacêutica e dosagem que permitisse obtenção da dosagem de interesse para o tratamento conforme representado no Quadro 4 (BRASIL, 2013b).

Quadro 4- Disponibilidade de medicamentos essenciais- Serviços de Saúde Mental

N	Medicamentos Essenciais para o tratamento de condições comuns- Saúde Mental	Variação aceita
1	Carbamazepina 200mg comprimido	
2	Carbonato de Lítio 300mg comprimido	
3	Clonazepam 2mg comprimido	Clonazepam 2,5mg/mL solução oral
4	Cloridrato de Amitriptilina 25mg comprimido	
5	Cloridrato de Biperideno 2mg comprimido	
6	Cloridrato de Clomipramina 25mg comprimido	
7	Cloridrato de Clorpromazina 100mg comprimido	Cloridrato de Clorpromazina 25mg comprimido; Cloridrato de Clorpromazina 40mg/mL solução oral
8	Cloridrato de Fluoxetina 20mg comprimido	
9	Cloridrato de Nortriptilina 50mg capsula	
10	Diazepam 10mg	
11	Fenitoína Sódica 100mg comprimido	
12	Fenobarital 100mg comprimido	
13	Haloperidol 5mg comprimido	Haloperidol 1mg comprimido; Haloperidol 2mg/mL solução oral
14	Valproato de Sódio ou Ácido Valpróico comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico)	Valproato de Sódio ou Ácido Valpróico cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico)
15	Valproato de sódio ou Ácido Valpróico solução oral ou xarope 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL)	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2013b.

Assim obteve-se o elenco de 15 medicamentos que contemplam integralmente os medicamentos da Saúde Mental presente na RENAME 2013.

5.5.3 Etapa 3- Análise de prescrições dos serviços

A etapa consiste na continuidade da avaliação nível II da OMS, sendo direcionada a avaliação de prescrições atendidas nestes serviços, a fim traçar o perfil de utilização de medicamentos e uso racional. A avaliação inclui ainda a adequação das prescrições à legislação vigente, observação adicionada em função da contextualização da principal característica dos medicamentos da Saúde Mental, medicamentos psicotrópicos com dispensação controlada (APÊNDICE 7,8).

Para avaliação desta etapa foi realizada a observação direta de 30 prescrições, conforme número padronizado no método de avaliação da Assistência Farmacêutica OMS (2007) e neste caso validado estatisticamente pelo cálculo amostral em *software* OpenEpi versão 3.02. Para o cálculo amostral, inicialmente deparou-se com inexistência de dados confiáveis a cerca do número médio de prescrições atendidas pelos serviços, mesmo após realização de contato prévio com as instituições. Assim optou-se por realizar o cálculo utilizando dados oficiais sobre a população dos municípios.

O cálculo do tamanho da amostra foi calculado considerando-se: população estimada nos sete municípios visitados, prevalência *a priori* de 50%, devido a heterogeneidade dos eventos avaliados, precisão de 5%, nível de significância de 5%, efeito do desenho igual a 1,0 e 30% de perdas. A amostra foi estimada em 385 prescrições. Com a observação direta de 30 prescrições em cada uma das 13 farmácias/dispensários visitadas obteve-se a amostra de 390 prescrições.

O método de amostragem utilizado foi o de amostragem aleatória sistemática, em função dos serviços geralmente realizaram a escrituração destas prescrições atribuindo uma numeração sequencial a cada uma delas. A amostragem aleatória sistemática é uma variante da amostragem aleatória simples que se usa quando os elementos da população estão organizados de forma sequencial, assim utiliza-se o intervalo de amostragem para selecionar a amostra (HILL; HILL, 2002).

Para realização da amostragem, o pesquisador determinou o universo (quantidade de prescrições N) e número de amostras (fixado em $n=30$) para cálculo do intervalo de amostra k ($k=N/n$). Para facilitar o processo de coleta em campo foi realizado o sorteio de um número de 1 a 10 na véspera da visita para estabelecer o início da sistematização, ou seja, a escolha da primeira prescrição dentre aquelas disponibilizadas para a análise.

Foi solicitado acesso ao arquivo com prescrições dos últimos dias de atendimento do serviço do mês vigente à visita. Nos casos em que a visita ocorresse antes do dia 15 do mês, foram analisados dados da última quinzena do mês anterior para compor a amostra. Naqueles serviços em que não houve acesso a estas prescrições ou mesmo não existia arquivo organizado que possibilitou a análise das mesmas, foi realizada a análise das prescrições disponíveis no dia da visita ($n=30$). Importante ressaltar que apenas um serviço utilizou este último método em função do envio semanal das prescrições para o setor de arquivo.

As variáveis observadas nesta etapa foram o número médio de medicamentos por prescrição, percentagem de medicamentos prescritos presentes na lista de medicamentos essenciais do município, percentagem de medicamentos prescritos pela denominação genérica e percentagem de pacientes com prescrição de medicamentos injetáveis.

Por fim os indicadores de acesso, qualidade e uso racional de medicamentos indicados na metodologia da OMS e utilizados nas três etapas deste estudo são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5- Coleta de dados: Informações, local de aplicação, fonte de informação e formulário utilizado.

Etapa Metodológica	Informações	Fonte de informação	Formulário
Acesso			
Etapa 2	Disponibilidade de medicamentos principais da Saúde Mental (Fonte RENAME 2013)	Entrevista ao farmacêutico/referência técnica do serviço	FP3
Etapa 3	% de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados	Observação direta de prescrições atendidas	FP5
Etapa 2	Tempo médio de desabastecimento	Entrevista ao farmacêutico/referência técnica do serviço	FP3
Qualidade			
Etapa 2	Condições adequadas de conservação de medicamentos	Observação direta	FP4
Etapa 2	% de medicamentos com data de validade vencida	Observação direta e entrevista ao farmacêutico/referência técnica	FP3
Etapa 2	Existência de registros de movimentação de estoque	Entrevista ao farmacêutico/referência técnica do serviço	FP3
Uso Racional			
Etapa 3	Número médio de medicamentos por prescrição	Observação direta de prescrições atendidas	FP5
Etapa 3	% de medicamentos prescritos que constam na lista de medicamentos essenciais	Observação direta de prescrições atendidas	FP5
Etapa 3	% de medicamentos prescritos pela denominação genérica (DCB ou DCI)	Observação direta de prescrições atendidas	FP5
Etapa 3	% de pacientes com prescrição de injeções	Observação direta de prescrições atendidas	FP5
Etapa 1	Disponibilidade da lista de medicamentos essenciais	Entrevista gestor CAPS	FP6
Etapa 1	Disponibilidade de protocolos terapêuticos padrão	Entrevista gestor CAPS	FP6

FP: Formulário de Pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa.

5.6 Teste Piloto

Em Abril de 2014 foi realizado um teste piloto no município de Ibitaré-MG para verificar a adequação dos formulários, tempo reservado para realização das entrevistas e coleta de dados e outros aspectos que foram definitivos para a adaptação da versão final dos formulários de pesquisa. Os resultados do teste piloto permitiram a adequação do cronograma de coleta de dados e readequação de perguntas de alguns questionários elaborados, visto condições adversas não consideradas no momento de sua elaboração.

Para preenchimento de alguns formulários a pesquisa envolveu a leitura de dados das prescrições e sua legibilidade é fundamental para julgamento da classificação em critérios definidos. Assim, para determinar a classificação de prescrições como legíveis ou ilegíveis pelo pesquisador foi verificada a confiabilidade intra pesquisador utilizando-se o índice Kappa de Fleiss (LANDIS E KOCH, 1977).

Em uma amostragem de 30 prescrições foi realizado o julgamento da legibilidade das prescrições em dois momentos com intervalo de 15 dias através de duas variáveis categóricas (sim e não) para análise da legibilidade da prescrição. O resultado do teste apontou o valor de kappa geral de 1.0 (0,642-1,0) com o valor de significância $p < 0,001$. Este resultado corresponde a uma concordância excelente. O cálculo do índice Kappa foi realizado na plataforma online do Laboratório de Epidemiologia e Estatística da USP.

5.7 Análise Estatística dos dados

A análise de dados foi realizada por estatística descritiva. Foi descrita a frequência de características observadas em cada uma das etapas da metodologia deste estudo, analisando dados sobre os serviços, medicamentos armazenados, prescrições e dispensações realizadas. Medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variação (desvio padrão) foram empregadas para análise das variáveis quantitativas.

As variáveis categóricas coletadas nas prescrições atendidas por estes serviços também foram submetidas ao teste de hipótese de associação, verificando a associação entre duas variáveis em cada uma das modalidades de serviços presentes na região. Foram testadas as variáveis sexo, modalidade de serviço, número de medicamentos prescritos e prescrição contendo medicamentos injetáveis

A análise bivariada das variáveis categóricas foi realizada utilizando o resultado do teste para a independência de duas variáveis (teste do Qui-quadrado) ao aplicar um modelo de regressão logística indicando a razão de chances (OR) dos eventos e considerando os resultados válidos aqueles com significância estatística ($p < 0.05$), com 95% de confiança. As análises foram realizadas por meio do *software* PSPP, versão 8.3. No quadro 6 são descritas as variáveis da pesquisa e sua classificação.

Quadro 6 - Variáveis da pesquisa.

Classificação		Variável
Quantitativas	Discretas	Número de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados
		Número de medicamentos rotulados adequadamente
		Número de medicamentos por prescrição
	Contínuas	Número de prescrições de medicamentos injetáveis
		Número de medicamentos prescritos pela DCB ou DCI
		Número de medicamentos prescritos que constam na REMUME
Categóricas	Nominais (dicotômicas)	Número de prescrições adequadas a requisitos da legislação
		Disponibilidade de medicamentos padronizados (período)
		Disponibilidade de protocolos terapêuticos
		Diversas variáveis relacionadas à adequação de requisitos padronizados (análise de estrutura e processo)

Fonte: Dados da pesquisa

Em resumo o Quadro 7 correlaciona os objetivos, etapas da metodologia e os resultados esperados com a conclusão desta pesquisa.

Quadro 7- Quadro resumo de objetivos específicos e etapas metodológicas da pesquisa.

OBJETIVOS	População inf. a 70 mil hab.			População superior a 150 mil hab.			RESULTADOS ESPERADOS	
	Brumadinho	Esmeraldas	Igarapé	S.J.Bicas	Ibirité	Contagem		Betim
	CAPS I			CAPS II, CAPS III, CAPSAD, CAPS AD III, CAPSi				
Identificar e descrever os CAPS dos municípios da Região do Médio Paraopeba-MG segundo sua organização e Estrutura.	Etapa 1- Entrevista com gestores do CAPS e visita as instalações						Avaliação de estrutura dos CAPS Médio Paraopeba-MG (artigo1)	
Avaliar as condições da Assistência Farmacêutica voltada para a saúde mental segundo organização das etapas da Assistência Farmacêutica	Etapa 2- Observação direta do entrevistador segundo critérios da OMS						Avaliação/diagnostico da Assistência Farmacêutica nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG (artigo 2)	
Avaliar as condições da Assistência Farmacêutica segundo recomendações vigentes para o acesso, qualidade e uso racional de medicamentos por meio de indicadores propostos pela OMS.	Etapa 3- Observação direta de prescrições atendidas nos serviços (acesso, qualidade, uso racional) segundo critério OMS						Perfil de utilização de medicamentos nos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG (artigo 3)	

Fonte: Dados da pesquisa

5.8 Considerações Éticas

Todos os aspectos éticos preconizados nos termos da Resolução nº 466/2012 e demais legislações vigentes, foram considerados na elaboração e condução da pesquisa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais- COEP e foi aprovado em 18/02/14 sob o parecer 534.576, CAAE 26041113.6.0000.5149 (ANEXO 12). Dentre os municípios participantes apenas Betim-MG possuía comitê de ética em formação, sendo assim o projeto passou pela aprovação deste órgão antes do envio da documentação ao COEP.

Os profissionais convidados a participar da pesquisa foram informados sobre a característica do estudo e poderiam interromper a participação quando desejassem. Os participantes que aceitaram contribuir prosseguiram com a assinatura do TCLE com garantia de confidencialidade e sigilo das informações e em sequência foram submetidos ao preenchimento do questionário de pesquisa.

Os riscos decorrentes da pesquisa envolveram o tempo destinado à resposta dos questionários pelos participantes e possível revelação de informações individuais dos mesmos. Outros riscos decorrentes da pesquisa envolvem a observação de irregularidades sérias na Assistência Farmacêutica, divulgação das mesmas e penalização dos funcionários envolvidos.

Para minimização dos riscos decorrentes da pesquisa, características individuais dos participantes foram substituídas por identificador único na base de dados, no intuito de preservar a confidencialidade dos mesmos. Os formulários e questionários contendo os dados coletados foram mantidos em arquivo fechado e estavam disponíveis apenas à equipe pesquisadora.

Durante a observação do armazenamento e dispensação dos medicamentos, o pesquisador observou os procedimentos, sem realizar interferências no processo no momento de coleta dos dados. Caso fossem observadas irregularidades graves nos

processos, o pesquisador informaria a situação aos responsáveis pelos CAPS e pela Assistência Farmacêutica sem revelar os nomes de funcionários envolvidos.

Os resultados do projeto serão divulgados aos gestores e profissionais de saúde por meio de relatório, contendo os dados agregados sobre as condições da Assistência Farmacêutica dos CAPS. No relatório não constará informações individuais dos funcionários ou que permitam a identificação dos mesmos. A divulgação dos dados para a sociedade será realizada por meio de artigo científico.

6 RESULTADOS

6.1 Análise de Estrutura

6.1.1 Gestão do serviço

Foram visitadas todas as 14 instituições convidadas para a pesquisa, após envio da documentação de anuência e assinatura do termo de consentimento dos gestores das instituições. Os dados foram coletados pelo mesmo pesquisador em todas as instituições em pelo menos uma visita ao serviço.

A maioria dos serviços avaliados foi inaugurada no início dos anos 2000 e o tempo médio de funcionamento em anos dos CAPS da região foi de $6,2 \pm 4,4$ anos. Observou-se que o tempo médio de funcionamento dos serviços na modalidade CAPS I, II e infantil é superior ao observado nos serviços na modalidade CAPS III e CAPS AD. Quanto ao horário de funcionamento dos serviços, todos funcionam no mínimo 9 horas diárias de segunda à sexta feira, sendo o valor médio da região $15,0 \pm 6,9$ horas. A tabela 1 indica por modalidade de CAPS o tempo médio de funcionamento do serviço e seu funcionamento diário.

Tabela 1 – Tempo de inauguração e funcionamento diário dos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Modalidade	Número de Instituições	Funcionamento diário em horas*	DP	Funcionamento em anos*	DP
CAPS I	4	9,7h	0,5	7,5	4,1
CAPS II	2	10,0h	0,0	10,0	2,8
CAPS III	4	24,0h	0,0	4,6	5,4
CAPS AD	2	11,0h	1,4	3,5	0,7
CAPS III AD	1	24,0h	-	3,0	-
CAPSi	1	10,0h	-	11,0	-

*Valor médio

DP: Desvio Padrão

Todos os gestores dos CAPS possuem formação superior na área da saúde, sendo que 85,7% deles possuem formação em psicologia. Apenas um dos CAPS informou a existência de uma segunda coordenação no serviço voltada para decisões clínicas. Quanto à especialização na área, 42,9% dos gestores declararam possuir especialização na área de Saúde Mental ou álcool e drogas ou ainda mestrado.

A carga horária semanal dos gestores apresentou média de $39,1 \pm 8,1$ horas semanais. O tempo médio dos coordenadores nesta função foi de $30,6 \pm 33,5$ meses, ou seja, cerca de dois anos e seis meses na função. O tipo de vínculo com o serviço, formação e especialização são indicados na tabela 2.

Tabela 2- Informações sobre os gestores dos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Características	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Tipo de vínculo empregatício		
Efetivo	4	28,6
Contrato	6	42,8
Cargo Comissionado	4	28,6
Formação		
Psicologia	12	85,7
Enfermagem	1	7,1
Serviço social	1	7,1
Especialização		
Pós-graduação <i>lato sensu</i> na área	4	28,6
Mestrado	2	14,3
Graduação	8	57,1

6.1.2 Atendimentos e Equipe Multidisciplinar

Os serviços atendem a população dos respectivos municípios além de referenciar algumas cidades vizinhas. Os gestores de oito serviços (57,1%) afirmaram atender a demanda de municípios próximos que não possuem CAPS como Sarzedo-MG,

Mário Campos-MG, Bomfim-MG, Crucilândia-MG Piedade das Gerais-MG, Rio Manso-MG, Juatuba-MG, Mateus Leme-MG.

A média de atendimentos declarados pelos gestores dos serviços é de $486,8 \pm 786,9$ atendimentos por mês, entre consultas com diversas especialidades e atendimentos de urgência. O número médio de pacientes em internação dia é de $30,5 \pm 17,3$ conforme estimado pelos gestores dos serviços. A média mensal de procedimentos apresentados pelos municípios ao SIASUS durante os meses de coleta de dados corresponde a $478,7 \pm 394,5$ atendimentos/mês. A demanda dos serviços foi representada na tabela 3.

Tabela 3- Número médio de pacientes cadastrados e demanda de usuários declarada pelos gestores nos CAPS da região do médio Paraopeba-MG, 2014.

Demanda	Média	DP
Usuários cadastrados no serviço	3656,6	582,8
Atendimentos mensais	486,8	786,9
Pacientes em internação dia/internação	30,5	17,3

Os gestores foram ainda perguntados sobre instituições de apoio para onde os pacientes em crise poderiam ser encaminhados. Dentre as respostas coletadas, 36,4% apontaram o encaminhamento para hospitais municipais, policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da região. A indicação de hospitais psiquiátricos e CAPS III que disponibilizam leitos noturnos correspondem a 31,8% das opções relatadas conforme indicado na Tabela 4.

Tabela 4- Locais de encaminhamento dos pacientes em crise nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

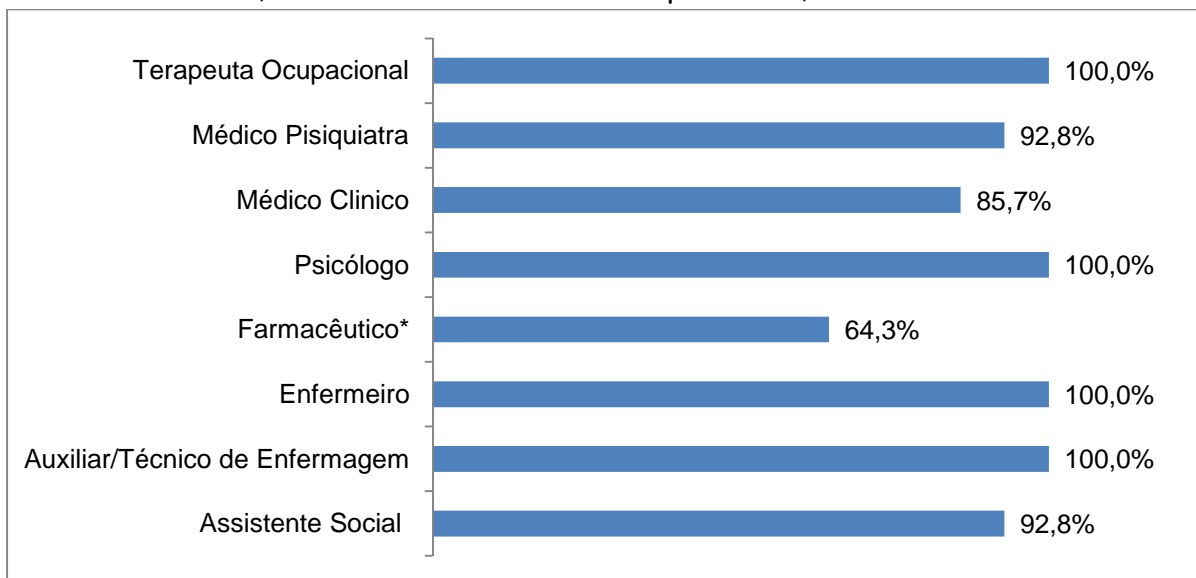
Local	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Hospitais Municipais /UPA/Policlínicas da região	8	36,4
Hospitais psiquiátricos	7	31,8
CAPS III da própria região	7	31,8

Para realização dos atendimentos, os CAPS contam com uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde. A quantidade de profissionais varia conforme o porte do serviço e sua composição, sendo definida conforme legislação

e prioridade dos gestores em saúde do município. A composição de profissionais da saúde apontou que todos os serviços alocavam no período de coleta de dados do estudo psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Os psicólogos são os profissionais de nível superior com maior representatividade nos CAPS.

O profissional de saúde de nível superior com menor frequência na equipe dos CAPS foi o farmacêutico, presente em 64,3% dos serviços visitados. A carga horária média de assistência dos farmacêuticos nos CAPS é de $21,1 \pm 3,3$ horas, variando entre 20 a 30 horas semanais. A distribuição dos demais profissionais é representada no gráfico 1.

Gráfico 1- Composição mínima de profissionais da equipe multidisciplinar, segundo Portaria 336/2002, nos CAPS do Médio Paraopeba-MG, 2014.



*Classificado na categoria "Outros Profissionais" pela Portaria 336/2002.

Fonte: dados da Pesquisa

Os gestores apontaram em 64,3% dos CAPS que o profissional responsável pela gestão dos medicamentos dentro do serviço é o farmacêutico. Este profissional seria o responsável pela realização de atividades como: pedidos de medicamentos, acondicionamento em local adequado, armazenamento e controle da dispensação. A alocação de profissionais nesta atividade é indicada na tabela 5.

Tabela 5- Profissional responsável pela gestão de medicamentos psicotrópicos dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Profissional	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa %
Farmacêutico	9	64,3
Enfermeiro	4	28,6
Auxiliar Administrativo	1	7,1

Dentre os farmacêuticos lotados nos CAPS, todos declararam realizar interação com a equipe multidisciplinar, com discussão de casos clínicos e realização de intervenções quando necessário. Quanto ao envolvimento do farmacêutico no plano de cuidado de pacientes que demandavam atenção à saúde diferenciada, 77% dos profissionais declaram participar desta atividade, porém as intervenções farmacêuticas não geraram anotação em prontuário ou qualquer outro tipo de documentação.

Os CAPS ainda declararam a existência de algumas ocorrências relacionada a erro de medicação, superdosagem ou erro de dispensação discriminada em 64,3% dos serviços. Todos os serviços apontaram que o perfil de tratamento dos pacientes é polimedicamentoso e apenas um serviço (7,1%) possui um trabalho específico com a temática medicamentos voltado para os pacientes. Interessante ressaltar ainda que em nenhum dos serviços foram encontrados protocolos clínicos que relatassem condutas específicas para doenças da Saúde Mental.

6.1.3 Estrutura Física dos CAPS

Foram avaliadas as instalações básicas para o funcionamento do serviço, muitas delas recomendadas pelas portarias que orientam a construção dos CAPS. Alguns dos serviços visitados funcionam em construções residenciais adaptadas (42,8%), os demais em construções próprias para a atividade. Os critérios avaliados foram observados pelo mesmo pesquisador e considerando os critérios de avaliação pré-definidos na metodologia do estudo.

Todos os CAPS apresentaram locais adequados e próprios para atendimento de pacientes em crise e para a guarda de prontuários. A maioria dos serviços possui

instalações sanitárias adequadas (71,4%) e local amplo e organizado para a recepção dos pacientes (85,7%). O acesso adaptado aos pacientes deficientes caracterizado por rampas de acesso, corredores e banheiros adaptados foi observado em 42,8% das instituições. Apenas um dos serviços possui sistema informatizado para acesso aos prontuários dos pacientes. A Tabela 6 resume os critérios avaliados quanto às instalações do serviço.

Tabela 6- Instalações dos CAPS Médio Paraopeba-MG, 2014.

Instalação presente no serviço	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Recomendado em Manuais		
Sala de atendimento individual	14	100,0
Sala para atividades coletivas	13	92,8
Salas de enfermagem/ procedimento	14	100,0
Leito	14	100,0
Banheiros (feminino e masculino)	12	85,7
Cozinha/copa	14	100,0
Refeitório	12	85,7
Outras instalações		
Adequação a Acessibilidade	6	42,8
Construção residencial adaptada	6	42,8
Instalações sanitárias adequadas	10	71,4
Local amplo e organizado para recepção	12	85,7
Local para a guarda de prontuários	14	100,0
Sistema informatizado (prontuário eletrônico)	1	7,1

Nos CAPS visitados foi verificada a existência farmácias internas/dispensário de medicamentos para atendimento da demanda da própria instituição. Foram consideradas farmácias as estruturas individualizadas que tivessem como finalidade o armazenamento e dispensação de medicamentos com funcionários designados especificamente para esta atividade e assim fossem denominadas pelos gestores dos serviços. A distinção entre farmácias e dispensário de medicamentos não foi analisada neste dado inicial e será posteriormente discutida. Foi confirmada a existência de 10 farmácias/dispensários nos CAPS visitados, três delas estavam registradas no Conselho de Farmácia de Minas Gerais. Ao verificar o horário de

funcionamento das mesmas apenas três (30,0%) apresentaram o mesmo horário de funcionamento da instituição.

6.2 Análise de Processos da Assistência Farmacêutica

6.2.1 Caracterização das etapas da Assistência Farmacêutica

A caracterização de algumas etapas da Assistência farmacêutica foi realizada por município uma vez que são atividades centralizadas e os CAPS constituem em geral unidades de distribuição caracterizadas pelo consumo destes itens neste processo.

Nos CAPS I, a unidade dispensadora pública não estava vinculada ao serviço. Nesses casos, foram identificadas as unidades dispensadoras de referência para estes CAPS para aplicação desta pesquisa. Observou-se também que dois CAPS estudados utilizavam a mesma unidade dispensadora como referência, assim apenas uma coleta de dados foi realizada totalizando, assim, 13,0 unidades dispensadoras.

Todos os municípios apresentaram REMUME atualizada, ou seja, elaborada nos últimos dois anos, estando o documento presente em 92,8% dos CAPS. A participação de profissionais dos CAPS na elaboração ou revisão desta relação foi declarada por quatro municípios (57,1%). Conforme declaração dos gestores e farmacêuticos, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) está presente em 28,6% dos serviços e a existência de algum tipo de regulamentação para disponibilização de medicamentos não contemplados na REMUME foi relatada em 57,1% deles.

Em relação à aquisição de medicamentos pelos municípios foi declarada a existência de registro de preço/licitação vigente para todos os medicamentos padronizados para a assistência à Saúde Mental, presentes na lista de medicamentos essenciais desta pesquisa. Os gestores informaram ainda sobre a existência de cadastro de fornecedores, controle de pedidos bem como a existência de requisitos técnicos nos editais de aquisição dos medicamentos. Em todos os municípios a participação no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba- MG (CISMEP) foi confirmada, seja por meio de adesão do município em

diversos serviços oferecidos pelo consórcio ou adesão de atas para a aquisição de medicamentos. Na Tabela 7 são apresentados dados sobre a organização dos municípios em relação à seleção e aquisição de medicamentos da Saúde Mental.

Tabela 7-Organização das etapas de seleção e aquisição de medicamentos nos Municípios da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Avaliação por Município	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Seleção		
REMUME atualizada (máximo 2 anos)	7	100,0
Inclusão de profissionais dos CAPS na revisão da REMUME	4	57,1
Existência de Regulamentação para medicamentos não padronizados no município	4	57,1
CFT atuante	2	28,6
Aquisição		
Registro de preço/licitação vigente para os medicamentos da Saúde Mental	7	100,0
Presença de lista de preço dos medicamentos adquiridos	7	100,0
Presença de requisitos técnicos no edital	7	100,0
Cadastro de fornecedores	7	100,0
Controle de pedidos	7	100,0

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Para as demais etapas da Assistência Farmacêutica, foram visitadas 13 unidades de dispensação dos CAPS ou farmácias centrais que atendem à população destes serviços. A programação de cada uma das unidades é realizada por um funcionário designado que na maioria das situações declarou aplicar conceitos e método de cálculo recomendados na Assistência Farmacêutica para a realização desta atividade (92,3%). Em alguns serviços os responsáveis declararam que o método empregado na programação gerou desabastecimento entre o período de realização de pedidos e entrega de medicamentos.

As condições de armazenamento em cada uma das unidades de dispensação foram avaliadas conforme indicações da OMS. A maioria delas apresentou local adequado, limpo e com espaço separado para quarentena de medicamentos impróprios para o uso. Os funcionários afirmaram ainda realização de controle de estoque, conferência

dos medicamentos recebidos e inventários frequentes através de contagem mensal dos medicamentos (92,3%). O controle de temperatura é realizado em quatro unidades de dispensação (30,8%) e em todas elas a identificação das prateleiras de armazenamento foi realizada.

As farmácias/dispensários dos CAPS e farmácias centrais dos municípios com serviço CAPS modalidade I, possuem local adequado de dispensação dos medicamentos e farmacêutico responsável por supervisionar o serviço. Na maioria dos serviços há registro/cadastro de pacientes e os farmacêuticos relataram que nestes estabelecimentos os pacientes são orientados durante a dispensação dos medicamentos (78,6%).

Quanto à rastreabilidade das informações nas farmácias/dispensários, 92,3% possuem informações acerca dos lotes e validade dos medicamentos recebidos. Todas as unidades dispensadoras realizam os registros das quantidades dispensadas, mas nenhum delas mantém nestes registros informações sobre lote e validade do medicamento dispensado. A escrituração das prescrições por meio de livro manual é realizada em dois serviços (15,4%). A Tabela 8 descreve a organização das etapas da assistência farmacêutica aplicada às farmácias/dispensários de medicamentos.

Tabela 8- Avaliação das unidades dispensadoras de medicamentos quanto às etapas de programação, armazenamento e dispensação, 2014.

Critério observado	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Programação		
Funcionário designado responsável pela programação	13	100,0
Aplicação dos conceitos e cálculos para a realização da programação	12	92,3
O método de programação gerou desabastecimento	5	38,4
Armazenamento		
Local adequado (instalações)	12	92,3
Limpeza adequada	12	92,3
Realização de conferência dos medicamentos	12	92,3
Controle de estoque	12	92,3
Realização de inventário frequente	12	92,3
Aferição da temperatura	4	30,8
Área para quarentena	12	92,3
Identificação das prateleiras	13	100,0
Dispensação		
Local de dispensação adequado	13	100,0
Registro das dispensações	13	100,0
Orientação do paciente durante a dispensação	11	78,6
Farmacêutico responsável CAPS ou farmácia central	13	100,0
Medicamentos sob controle (trancados)	12	92,3
Escrituração das prescrições	2	15,4
Informação de lote e validade dos medicamentos recebidos	12	92,3
Informação de lote e validade dos medicamentos dispensados	0	0,0
Cadastro de pacientes	11	78,6
Notificação de reação adversa	2	15,4

Foram avaliados ainda outros aspectos sobre o uso de medicamentos nos CAPS que refletem a organização da Assistência Farmacêutica durante a armazenagem de medicamentos fracionados. O uso de medicamentos em dose unitária é frequente no

serviço, logo foi avaliada a identificação adequada e completa de comprimidos e ampolas. Os comprimidos individualizados ou separados do blíster deveriam conter identificação básica, como nome, dosagem do medicamento e informações sobre lote e validade. A identificação completa das doses unitárias estava presente em apenas 50,0% dos serviços visitados.

Ainda quanto às condições de armazenamento dos medicamentos, um formulário específico da OMS foi aplicado para avaliar as condições do local, métodos para o controle de temperatura e umidade e organização adequada do local para o armazenamento de medicamentos. Mais de 80% dos serviços visitados apresentaram resultados positivos para os itens avaliados no checklist da área de dispensação, conforme resultados apresentados na Tabela 9. Em todas as áreas avaliadas não há evidências de animais ou insetos no local e as áreas possuíam janelas ou saídas de ar.

Tabela 9-Condições do local de dispensação de medicamentos, Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Condição Avaliada	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Existência de métodos para controle da temperatura	12	92,3
Existência de janelas ou saídas de ar	13	100,0
Proteção direta quanto à luz solar	12	92,3
Área isenta de umidade	12	92,3
Medicamentos não são armazenados diretamente no chão	12	92,3
Medicamentos armazenados de forma sistemática	12	92,3
Medicamentos armazenados de acordo com prazo de validade	12	92,3
Não há evidências de insetos e animais no local	13	100,0
Os comprimidos/capsulas não são manipulados com as mãos nuas	11	84,6

6.2.2 Disponibilidade de medicamentos essenciais da Saúde Mental

Em cada uma das unidades dispensadoras visitadas verificou-se o elenco de medicamentos essenciais, também denominados medicamentos traçadores, disponíveis na Saúde Mental por meio de uma relação desenvolvida para esta pesquisa. Todos os medicamentos traçadores estavam padronizados nos sete municípios visitados.

Apesar de grande parte dos serviços declararem a existência de controle de estoque realizado pelos responsáveis das farmácias visitadas (92,3%), muitos não apresentaram registros e informações precisas acerca do histórico de abastecimentos que ocorreu ao longo do último ano sobre cada medicamento traçador da Saúde Mental. Assim não foi possível calcular o indicador proposto originalmente para avaliar a disponibilidade contínua dos medicamentos.

As farmácias/dispensários que forneceram informações sobre os desabastecimentos possuíam controle de estoque realizado por fichas de prateleira, ou livro de escrituração de medicamentos movimentados (30,7%). Os demais serviços possuíam anotações, listas de produtos recebidos e mapas no local de dispensação sem detalhes sobre consumo detalhado de cada medicamento, período exato de desabastecimentos e outras estimativas que pudessem revelar os dados de interesse para esta pesquisa.

O medicamento Cloridrato de Nortriptilina estava presente no estoque de 30,8% dos serviços, sendo relatado em todos os casos de desabastecimento o atraso na entrega pelo fornecedor responsável. Um dos serviços acusou a falta do medicamento por 12 meses. O mesmo motivo foi apresentado para o fornecimento do medicamento Fenobarbital cuja disponibilidade atingiu 76,9% dos serviços.

A falta do medicamento Ácido Valpróico/Valproato de Sódio xarope foi justificada pelos farmacêuticos pela baixa demanda de consumo do medicamento, demonstrando que não era seguido o conceito de estoque mínimo ou estoque de segurança para este medicamento. Os demais medicamentos traçadores estavam disponíveis em grande parte dos serviços conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10- Disponibilidade de Medicamentos Essenciais da Saúde Mental- Região Médio Paraopeba-MG, 2014.

Medicamento	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Carbamazepina 200mg comprimido	12	92,3
Carbonato de Lítio 300mg comprimido	13	100,0
Clonazepam 2mg comprimido	12	92,3
Cloridrato de Amitriptilina 25mg comprimido	13	100,0
Cloridrato de Biperideno 2mg comprimido	13	100,0
Cloridrato de Clomipramina 25mg comprimido	13	100,0
Cloridrato de Clorpromazina 100mg comprimido	13	100,0
Cloridrato de Fluoxetina 20mg comprimido	13	100,0
Cloridrato de Nortriptilina 50mg capsula	4	30,8
Diazepam 10mg	12	92,3
Fenitoína Sódica 100mg comprimido	13	100,0
Fenobarbital 100mg comprimido	10	76,9
Haloperidol 5mg comprimido	13	100,0
Valproato de Sódio ou Ácido Valpróico 500mg comprimido	13	100,0
Valproato de Sódio ou Ácido Valpróico solução oral ou xarope	11	84,6

6.3 Análise das prescrições dos serviços

Foi realizada a análise do perfil de 390 prescrições coletas nos serviços visitados. O número total de medicamentos prescritos foi de 872 medicamentos cabendo análise a cada um dos medicamentos quanto a critérios pré-definidos.

6.3.1 Caracterização dos Usuários

As prescrições selecionadas por amostragem sistemática indicaram maior percentagem de pacientes do sexo masculino (54,1%) em relação ao sexo feminino (45,9%). Quando analisado o mesmo dado distribuído entre as diversas modalidades de serviço, o resultado se reproduz para as modalidades CAPS III AD, CAPS AD e CAPSi, mas apresenta maior percentagem de pacientes do sexo feminino para as modalidades CAPS I, CAPS II conforme representado na Tabela 11.

Tabela 11-Distribuição de sexo dos pacientes nas prescrições analisadas nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Modalidade de serviço	Frequência absoluta (N)		Frequência relativa %	
	Sexo		Sexo	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
CAPS I	69	51	57,5	42,5
CAPS II	21	9	70,0	30,0
CAPSIII	61	59	50,8	49,2
CAPS AD	4	26	13,3	86,7
CAPS III AD	5	25	16,7	83,3
CAPSi	4	26	13,3	86,7
CAPS AD e CAPS II	15	15	50,0	50,0

Fem: Feminino
Masc: Masculino

Em nenhum dos serviços visitados, o registro da dispensação realizado na própria prescrição possuía as informações pessoais do paciente como data de nascimento ou idade, endereço e número de documento de identificação. O acesso ao cadastro dos pacientes em alguns serviços também não disponibilizava informação completa sobre estes dados pessoais, assim informações sobre a idade dos usuários não puderam ser recuperadas em todos os serviços.

A informação sobre a idade dos pacientes foi coletada no CAPS infantil em função da manutenção de cadastros completos e organização do serviço para fácil localização. Nestes CAPS observou-se predominância de pacientes na faixa etária da adolescência com média de idade $13,83 \pm 1,23$ anos e do sexo masculino (86,7%).

6.3.2 Análise das prescrições

Seguindo os critérios de avaliação de acesso, qualidade e uso racional de medicamentos, a análise das prescrições (n=390) revelou que o número médio de medicamentos da Saúde Mental foi de $2,24 \pm 1,59$ medicamentos por prescrição, cuja amplitude variou de um a nove medicamentos. Os medicamentos injetáveis

estavam presentes em 8,9% das prescrições analisadas e corresponderam a uma média de $0,12 \pm 0,39$ medicamentos injetáveis por prescrição (Tabela 12).

Grande parte dos medicamentos foi prescrita pelo nome genérico (96,7%) apresentado média de $2,17 \pm 1,55$ medicamentos com nome genérico por prescrição. Dentre os medicamentos prescritos 97,1% deles estavam padronizados no município, alcançando o valor médio de $2,16 \pm 1,55$ medicamentos por prescrição. Do total dos 872 medicamentos prescritos, 95,7% foram dispensados pelos serviços avaliados. A relação de informações obtidas nas prescrições é relacionada na tabela 12.

Tabela 12- Número médio de medicamentos nas prescrições analisadas CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, 2014.

Número médio de Medicamentos	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa %	Média	DP	IC (95%)
Prescritos	872	100,00	2,24	1,59	1,38-3,10
Prescritos na forma injetável	45	5,16	0,12	0,39	0,09-0,33
Padronizados no serviço	847	97,13	2,17	1,55	1,32-3,01
Prescritos pelo nome genérico	844	96,78	2,16	1,55	1,31-3,00
Dispensados	835	95,76	2,14	1,53	1,30-2,97

DP: Desvio Padrão

IC: Intervalo de confiança

Quanto aos aspectos da legislação, todas as prescrições selecionadas apresentaram identificação do usuário e grande parte apresentou assinatura (99,2%), data (98,9%) e informações mínimas para compreensão do usuário (97,7%). O critério com menor adequação foi aquele que avaliou o prazo e quantidade de medicamentos prescritos adequados à legislação (89,5%). As rasuras e emendas estavam presentes em 3,6% das prescrições analisadas. Os aspectos da legislação estão disponíveis na Tabela 13.

Tabela 13- Prescrições adequadas aos critérios da legislação nos CAPS da Região do Médio Paraopeba, 2014.

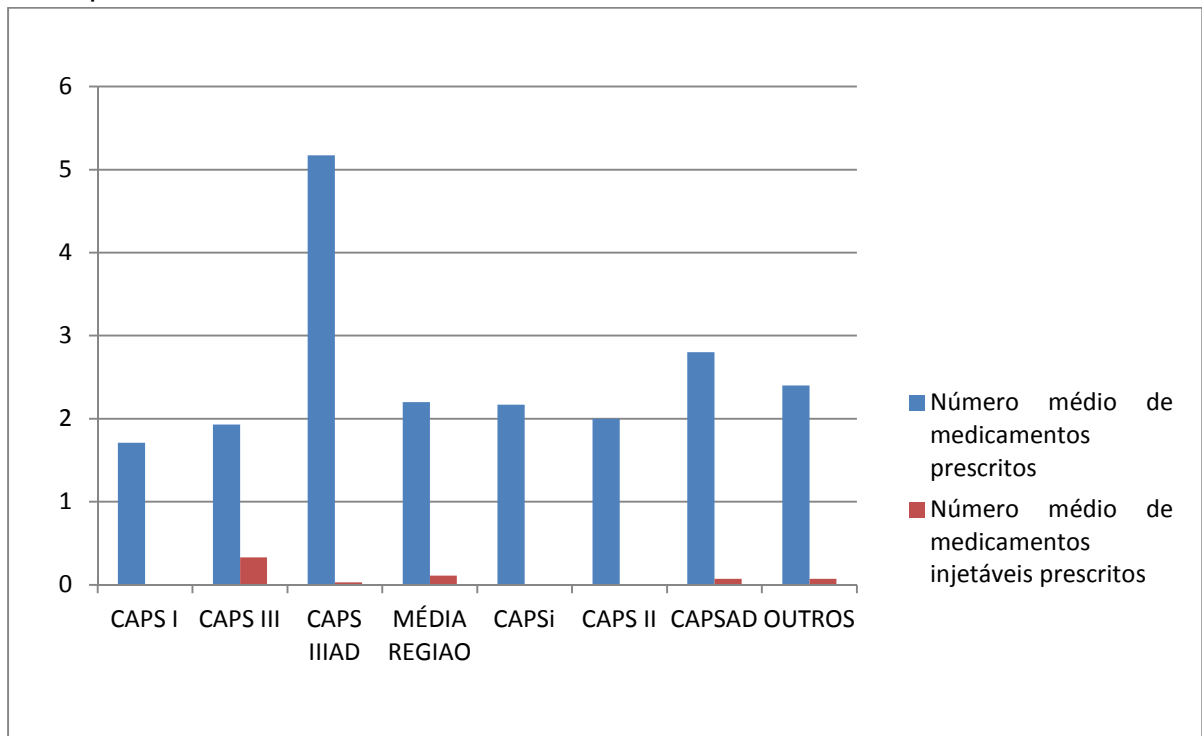
Número de prescrições	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa %	Média	DP	IC (95%)
Rasuras ou emendas	14	3,58	0,04	0,19	-0,06-0,14
Contendo máximo de 3 medicamentos da lista C1	379	97,17	0,97	0,17	0,88-1,06
Prazo e quantidade adequados à legislação	349	89,49	0,89	0,31	0,72-1,05
Identificação do Emitente	388	99,49	0,99	0,07	0,95-1,02
Identificação do Usuário	390	100,00	1,00	0,99	0,46-1,53
Informações mínimas para compreensão do usuário	381	97,69	0,98	0,15	0,90-1,06
Data	386	98,97	0,99	0,1	0,93-1,04
Assinatura	387	99,23	0,99	0,09	0,94-1,04

DP: Desvio Padrão

IC: Intervalo de confiança

A análise das prescrições foi analisada quanto à modalidade do serviço a fim de verificar a existência de particularidades e perfil do uso de medicamentos nestes estabelecimentos. A média de medicamentos por prescrição no CAPS ADIII é superior aos demais serviços, apresentando valor de 5,17 medicamentos. Os demais serviços alcançaram médias inferiores a três medicamentos por prescrição e para os medicamentos injetáveis o valor mais expressivo se refere aos CAPS III ($0,33 \pm 0,41$) conforme representado no Gráfico 2.

Gráfico 2- Número médio de medicamentos prescritos nos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa

6.3.3 Análise bivariada

A primeira análise verificou a hipótese do atendimento de prescrições de um determinado sexo nas diversas modalidades dos CAPS. O resultado significativo da análise demonstrou que a variável sexo do paciente apresentou comportamento diferente em função da modalidade do serviço. Nos CAPS I e II a razão de chances de atendimento de uma prescrição de uma paciente do sexo feminino apresentou respectivamente os valores de 1,97 (1,27-3,04) e 2,98 (1,33-6,69) em relação ao sexo masculino. Nos serviços CAPSi, CAPS AD e CAPS ADIII, a razão de chances de atendimento de uma prescrição de paciente do sexo feminino foram menores que comparado ao sexo masculino, apresentando os respectivos valores de 0,21 (0,08-0,57) para CAPSi e CAPSAD e o valor de 0,16 (0,06-0,48) para o CAPS ADIII.

Na análise que correlacionou o número de medicamentos prescritos com a modalidade do serviço, a variável número de medicamentos prescritos foi categorizada de acordo com a média deste parâmetro (valor igual a três) em duas classes: prescrição contendo ≤ 3 medicamentos e ≥ 4 medicamentos. A razão de chances das prescrições atendidas nos CAPS I possuem mais de três

medicamentos é de 0,28 (0,13-0,58) em relação às prescrições contendo três ou menos medicamentos. Já no CAPS ADIII a razão de chances das prescrições atendidas possuírem mais de três medicamentos é 8,93 (3,67-21,74) em relação a prescrições contendo três ou menos medicamentos.

Verificando ainda a correlação entre o uso de medicamentos injetáveis em cada uma das modalidades dos CAPS observa-se resultado significativo para o uso de medicamentos injetáveis nos CAPS III com valor de 23,16 (7,96-67,43) em relação ao atendimento de prescrições contendo outras formas farmacêuticas. Os resultados destas análises são apresentados na Tabela 14 e Tabela 15. A análise destes resultados permite traçar um perfil inicial das características dos serviços da região para conhecimento dos gestores dos serviços.

Tabela 14- Análise bivariada da associação entre sexo e modalidade de serviços CAPS segundo prescrições atendidas nos CAPS do Médio Paraopeba, 2014.

Variáveis	Outros CAPS n(%)	Modalidade CAPS n(%)	n	Valor de p	OR, IC(95%)
Sexo		<u>CAPS I</u>			
Masculino	160 (59,26%)	51 (42,50%)	211	0,002	1
Feminino	110(40,74%)	69 (57,50%)	179		1,97 (1,27-3,04)
		<u>CAPS III AD</u>			
Masculino	186(51,67%)	25 (83,33%)	211	0,001	1
Feminino	174(48,33%)	5 (16,67%)	179		0,21 (0,08-0,57)
		<u>CAPSi e CAPS AD</u>			
Masculino	185 (51,39%)	26 (86,67%)	211	0,000	1
Feminino	175(48,61)	4 (13,33%)	179		0,16 (0,06-0,48)
		<u>CAPS II</u>			
Masculino	202(56,11%)	9 (30,00%)	211	0,006	1
Feminino	158(43,89%)	21 (70,00%)	179		2,98 (1,33-6,69)

OR: Razão de Chances
IC: Intervalo de Confiança

Tabela 15- Análise bivariada da associação entre modalidade de serviços CAPS e uso de medicamentos segundo prescrições atendidas nos CAPS do Médio Paraopeba, 2014.

Variáveis	Outros CAPS n(%)	Modalidade CAPS n(%)	n	Valor de p	OR IC(95%)
Número de Medicamentos		<u>CAPS I</u>			
Igual ou <3	209 (77,41%)	111 (92,50%)	320	0,000	1
Superior a 3	61(22,59%)	9 (7,50%)	70		0,28 (0,13-0,58)
		<u>CAPS III AD</u>			
Igual ou <3	316(87,78%)	4 (13,33%)	320	0,000	1
Superior a 3	44(12,22%)	26 (86,67%)	70		8,93 (3,67-21,74)
Medicamentos Injetáveis		<u>CAPS III</u>			
Não prescrito	266 (98,52%)	89 (74,17%)	355	0,000	1
Prescrito	4(1,48%)	31 (25,83%)	35		23,16 (7,96-67,43)

OR: Razão de Chances
IC: Intervalo de Confiança

7 DISCUSSÕES

A avaliação dos serviços de saúde faz parte do processo de planejamento e gestão, sendo capaz de subsidiar parâmetros importantes no desenvolvimento de novas estratégias e alterações no serviço. A avaliação é necessária para aumentar a efetividade dos serviços e racionalidade no uso dos recursos (BRASIL, 2007; PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Os CAPS são serviços substitutivos implantados e regulamentados após a reforma psiquiátrica que trazem uma nova perspectiva do tratamento da pessoa em sofrimento psíquico. Por serem serviços relativamente novos e com um propósito inovador, a avaliação do desenvolvimento de suas atividades é importante para a construção de um trabalho efetivo para seus usuários (OLSCHOWSKY *et al.*, 2009; BRASIL, 2002a).

As publicações científicas sobre os serviços de atenção psicossocial são escassas e recentes, tendo crescimento gradativo a partir dos anos 2000. Grande parte dos estudos brasileiros deste assunto descreve aspectos sobre a implantação do serviço ou trata-se de estudos qualitativos desenvolvidos em uma única unidade (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; BALLARIN; MIRANDA; FUENTES, 2010; LIMA E SCHNEIDER, 2013). A avaliação da Assistência Farmacêutica também é um método de avaliação recente, e com número de publicações ainda em crescimento (FUNCHAL-WITZEL *et al.*, 2011).

Este estudo abrangeu todos os CAPS de uma região geográfica correspondente a duas microrregiões de saúde de Minas Gerais apontando semelhanças na organização e adequação do serviço. A avaliação dos serviços mesclou a avaliação focada na tríade de Donabedian (estrutura, processos e resultados) e a aplicação da metodologia da OMS de avaliação da Assistência Farmacêutica elaborada a partir desta tríade. Neste estudo foram avaliadas as dimensões estrutura e processos de trabalho.

7.1 Análise de Estrutura dos CAPS do Médio Paraopeba-MG

7.1.1 Estrutura Física

Grande parte dos serviços da Região do Médio Paraopeba-MG foi inaugurada no início dos anos 2000, acompanhando a criação da legislação específica de implantação dos CAPS. A implantação dos serviços modalidade AD III é a mais recente, acompanhando a Portaria nº 130/2012 que redefine esta modalidade e prevê a inauguração ou a transformação de CAPS AD em CAPS AD III com funcionamento de 24 horas em algumas cidades e capitais (BRASIL, 2012a).

A análise de estrutura física dos CAPS levou em consideração a adaptação dos serviços à legislação vigente, mesclando critérios que influenciasssem a ambiência e organização do local. A análise de estrutura destes serviços é importante por ser capaz de influenciar na percepção dos usuários e seus familiares como um ambiente acolhedor no processo de produção da saúde (KANTORSKI *et al.*, 2012). Alguns autores destacam que em função da indissociabilidade entre ambiente e saúde, a estrutura de um serviço poderá influenciar no processo adequado e conseqüentemente nos seus resultados (OLSCHOWSKY *et al.*, 2009).

Os CAPS da região funcionam em estruturas físicas independentes com acesso privativo e equipe profissional própria conforme preconizado pela Portaria nº 336/2002. A adequação da estrutura física da maioria dos serviços da região se assemelha a avaliações realizadas em outros estudos que indicam bons resultados conforme preconizado pelo MS (KANTORSKI; JARDIM; QUEVEDO, 2013). Em alguns casos os estudos ressaltam a necessidade de melhorias como algumas reformas ou adaptações nas instalações físicas (OLSCHOWSKY *et al.*, 2009; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; KANTORSKI *et al.*, 2012).

Alguns serviços avaliados no presente estudo apresentaram instalações inadequadas para acesso aos portadores de necessidades especiais, resultado que vem de encontro ao relato dos gestores quanto à dificuldade de adaptação do serviço em imóveis alugados conforme disponibilidade da região. Resultado semelhante da alocação dos serviços em imóveis alugados foi observado no estudo

de avaliação da estrutura dos CAPS da cidade de São Paulo (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

Na presente pesquisa, foi ainda verificada a existência de uma unidade dispensadora de medicamentos nas instalações dos CAPS. O espaço para farmácia não está incluso na planta mínima da construção dos CAPS, nem mesmo consta como recomendação em legislação complementar a manutenção deste espaço. No entanto uma das atividades a serem realizadas em todas as modalidades do serviço é prestar atendimento individual medicamentoso aos pacientes e nos CAPS AD III inclui ainda oferta de medicação assistida e dispensada (BRASIL, 2002a; 2012a).

Atualmente muitas das atividades agregadas a estes centros envolvem a dispensação de medicamentos, atividade regulamentada por outras legislações sanitárias definindo regras para a dispensação de medicamentos (BRASIL, 2014). A definição dos estabelecimentos farmacêuticos foi atualizada recentemente através da lei 13.021, de 8 de agosto de 2014 que denomina a farmácia como uma unidade de prestação de serviços de assistência farmacêutica, assistência à saúde e ainda orientação sanitária individual e coletiva. O conceito vigente no período de coleta de dados ainda tinha como base a Lei 5.991/73 que fazia distinção entre farmácia e dispensário de medicamentos. Os dispensários de medicamentos, conforme veto da lei 13.021, ainda terão prazo para se adaptar ao novo conceito de estabelecimento farmacêutico permanecendo ainda em atividade (BRASIL, 1973).

Um dos principais objetivos na definição deste conceito no presente estudo foi realmente identificar estruturas elaboradas para funcionar como farmácias ou dispensários de medicamentos independentes das demais áreas dos CAPS, tais como postos de enfermagem ou sala de aplicação de medicações que divergem totalmente da atividade de estabelecimento farmacêutico.

A existência de 10 farmácias/dispensários nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG, assim denominados pelos gestores do serviço, apresentam divergência de adequação aos requisitos da legislação sanitária que incluem exigências simultâneas de registro do estabelecimento no Conselho de Farmácia,

assistência em período integral de um farmacêutico, dentre outros requisitos definidos desde a vigência da lei 5.991/73 (BRASIL, 1973).

7.1.2 Recursos Humanos

Os gestores do serviço nos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG possuem formação na área da saúde e na maioria dos serviços a coordenação é exercida por um profissional com formação em psicologia, assim como verificado no estudo de Nascimento e Galvanese (2009).

De acordo com a legislação, uma equipe mínima de profissionais deve ser contratada para o funcionamento e desenvolvimento das atividades propostas em cada modalidade de CAPS. Os CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG possuem, em sua maioria, equipe completa de profissionais e em número bem acima do mínimo recomendado. Os psicólogos são os profissionais de nível superior que se destacam em maior número no serviço, demonstrando concordância com resultados de outras regiões (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; KANTORSKI; JARDIM; QUEVEDO, 2013).

Quanto aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o farmacêutico foi o profissional de nível superior que apresentou menor representatividade. Ainda assim, o profissional encontrou-se presente em mais de 60% dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG apresentando índice próximo ao CAPS de São Paulo, que segundo uma pesquisa apresentou porcentagem de 52,4% (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

Um das explicações para este resultado é que a legislação que estipula o elenco de profissionais para compor a equipe multidisciplinar não inclui o farmacêutico nesta atividade, apesar de deixar sinalizada a inclusão de outros profissionais que sejam necessários (ALENCAR *et al.*, 2012). Além disso, o Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS) monitora os processo de trabalho nos CAPS realizado pelos profissionais da equipe. Segundo a tabela vigente de procedimentos não há inclusão do profissional farmacêutico em nenhuma das atividades monitoradas, logo uma das hipóteses é que a manutenção deste profissional na equipe poderia não ser

interessante para o gestor em função do mesmo não participar da produção do serviço, ficando sua participação muitas vezes condicionada ao interesse político (BRASIL, 2002a; ALENCAR *et al.*, 2012).

A interface dos profissionais farmacêuticos e a Assistência Farmacêutica nos CAPS também não são contempladas na legislação vigente sobre saúde mental de forma detalhada. A falta do farmacêutico na dispensação de medicamentos, uma das atividades habituais dos CAPS, além de ser caracterizada pelo descumprimento de legislações sanitárias, impossibilita que um trabalho colaborativo e centrado no paciente seja realizado por estes profissionais (ALENCAR *et al.*, 2012; BLACK ; MURPHY; GARDNER, 2009).

Ainda são poucos os trabalhos divulgados na área de Saúde Mental que envolvem a atuação do farmacêutico. Uma revisão realizada em 2011 sobre a intervenção do farmacêutico em serviços de Saúde Mental encontrou poucos estudos sobre o assunto, nenhum deles publicados no Brasil (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2012).

Os poucos estudos nesta área já indicam resultados positivos das intervenções farmacêuticas e predomínio da análise de parâmetros terapêuticos (BLACK; MURPHY; GARDNER, 2009). Lucchetta e Mastroianni (2012) discutem que as intervenções farmacêuticas na Saúde Mental são reduzidas ou pouco divulgadas. Esta seria uma das hipóteses para explicar o caso da região do Médio Paraopeba-MG, onde grande parte dos farmacêuticos declararam a realização de intervenções ou participação no plano de cuidado dos pacientes, entretanto não registraram estas atividades em prontuário ou RAAS.

O estudo de Black, Murphy e Gardner (2009) verificou em uma pesquisa de satisfação com pacientes da Saúde Mental, que muitas vezes estes pacientes possuem uma expectativa aquém dos serviços farmacêuticos que poderiam ser oferecidos. A expectativa dos pacientes está geralmente limitada às normas do serviço, já o trabalho colaborativo com outros profissionais, recomendações e monitoramento do tratamento foram consideradas sem importância ou indisponíveis pelos pacientes. Esta observação poderia sustentar outra hipótese, relacionada a pouca procura ou a falta de reconhecimento/aceitação do serviço pelos pacientes,

influenciando negativamente a realização das intervenções farmacêuticas, um trabalho complexo e que exige comprometimento dos profissionais.

A dificuldade de inserção do profissional nos serviços é indicada ainda no relato dos farmacêuticos da região pela falta de padronização de ações pelo corpo clínico. Esta característica muitas vezes dificulta a intervenção de outros profissionais da equipe multidisciplinar, inclusive dos farmacêuticos, já que o envolvimento e discussão dos casos com os profissionais da equipe dependem da conduta específica do prescritor. Em muitos casos, os prescritores desenvolvem práticas distantes dos demais profissionais em atividades nas quais os psicólogos, terapeutas e farmacêuticos poderiam agregar no plano de tratamento dos pacientes.

7.1.3 Atendimentos

A demanda de atendimentos, declarada pelos gestores dos serviços, apresenta valores acima do número de procedimentos apresentados pelos municípios ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). A divergência pode ser justificada pelo grande número de acolhimentos não lançados neste sistema.

Conforme apontado pelos gestores do serviço, existe suporte a pacientes de municípios vizinhos que não possuem CAPS criando critérios de acesso e situações específicas para encaminhamento destes pacientes. Foram apontados também os serviços de encaminhamento de pacientes em crise, apontando em frequência muito próxima os hospitais e UPAS da região, CAPS III e ainda hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte.

A dependência destes serviços dos hospitais psiquiátricos foi predominante em serviços modalidade I e II. Segundo Kantorski e Wetzel (2004), as internações podem aparecer diante da fragilidade dos serviços em lidarem com situação de crise do paciente, ressaltando a necessidade do serviço em lidar com surtos. Porém muitas vezes a internação psiquiátrica continua sendo necessária, logo a nova perspectiva, pós reforma psiquiátrica, deve preconizar que as internações ocorram em período breve e principalmente em espaços alternativos que substituam o modelo manicomial e hospitalocêntrico (KANTORSKI; WETZEL, 2004).

A afirmação dos gestores quanto à existência de critérios de acesso aos serviços, remete à existência de uma relação paradoxal nos serviços de Saúde Mental assim como destacado pelos autores Zambenedetti e Silva (2008). Os serviços foram concebidos como portas de entrada, mas necessitam criar critérios de acesso em função da elevada demanda e limitada capacidade do serviço para atendimento, priorizando casos severos. Assim pacientes que não se enquadram neste perfil, e até mesmo casos que demandam ações de prevenção em Saúde Mental, são encaminhados para serviços não especializados e os CAPS focam no atendimento de casos característicos (DELGADO, 2006; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

A necessidade de ampliação da rede diversificada de serviços e estrutura adequada do CAPS poderia promover mais atendimentos e desenvolvimento de ações integrais e universais a toda demanda de Saúde Mental, fazendo valer o conceito de porta de entrada instituído inicialmente ao serviço (ZAMBENEDETTI ; SILVA, 2008).

7.2 Análise de processos-Assistência Farmacêutica

Os processos analisados nesta pesquisa foram baseados nas etapas da Assistência Farmacêutica. Assim foram discutidos e apresentados em pequenos subtítulos para melhor compreensão.

7.2.1 Seleção

A análise da etapa de seleção da Assistência Farmacêutica foi baseada na elaboração da relação de medicamentos essenciais, contemplando neste estudo a Saúde Mental, e instrumentos que padronizem a utilização dos medicamentos. Todos os municípios apresentaram REMUME atualizada com o documento presente na maioria dos CAPS. Este é um fator positivo já que a lista foi criada inicialmente como um instrumento de orientação das condutas clínicas e administrativas para medicamentos porém atualmente é interpretada pela legislação como uma relação padrão a ser ofertada obrigatoriamente a fim de proporcionar o acesso aos medicamentos. A elaboração das listas regionais ainda fortalece a descentralização da gestão ao direcionar e priorizar a aplicação de recursos financeiros (MINAS GERAIS, 2011; BRASIL, 2011; TORRES; PEPE; OSORIO-DECASTRO, 2013).

Mesmo com sua importância consolidada, a REMUME é muitas vezes apontada pelos profissionais de saúde como instrumento de restrição ao acesso e à decisão dos prescritores. De fato, a natureza das listas e relações de medicamentos são de natureza restritiva em função da impossibilidade de adoção de todas as opções de tratamento disponíveis. No entanto, quando o processo de seleção é bem executado, este favorece maior adesão de profissionais de saúde influenciando positivamente no uso racional de medicamentos além de promover sustentabilidade, qualidade e, sobretudo, acesso aos medicamentos (TORRES; PEPE; OSORIO-DECASTRO, 2013; SANT'ANA *et al.*, 2011).

A baixa participação de profissionais alocados nos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG na elaboração ou revisão (57%) da REMUME pode ressaltar a dificuldade de compreensão e da importância deste instrumento. Assim, a inclusão destes profissionais da Saúde Mental poderia melhorar sua participação no processo, estimulando a racionalidade no uso de medicamentos.

Uma das recomendações do MS para realização da seleção de medicamentos é a criação da CFT por meio de instrumento legal. A CFT constitui uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo. Sua principal finalidade é assessorar ao gestor e à equipe de saúde na seleção e padronização de medicamentos usando critérios explícitos que sejam previamente acordados, baseados na eficácia, segurança, qualidade e custo efetividade dos medicamentos (BRASIL, 1998a).

A CFT vem demonstrando resultados positivos no monitoramento, promoção da qualidade no uso de medicamentos além da contenção de gastos em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento a deficiência no número de instâncias é marcante, no Brasil as poucas CFT ainda necessitam aprimorar mecanismos de avaliação e monitoramento para que os trabalhos do comitê contribuam ainda mais para a seleção de medicamentos no país (SANTANA *et al.*, 2014).

Conforme informação dos gestores, a CFT está presente em apenas 28,6% dos municípios avaliados neste estudo. Este resultado aponta necessidade de melhor organização dos municípios na etapa de seleção, a fim de evitar problemas como:

ausência da utilização de evidências científicas, emprego exclusivo da solicitação de profissionais sob influência da indústria farmacêutica, alteração constante no processo devido à judicialização e transformação da escolha dos medicamentos em um processo meramente administrativo em função da disponibilidade de recursos financeiros. Situação semelhante foi apontada pelos autores Vieira, Lorandi e Bousquat, (2008) e Souza *et al.*, (2011).

Importante ressaltar ainda que alguns municípios (57%) apresentaram mecanismo de disponibilização de medicamentos não contemplados na REMUME. A avaliação do funcionamento deste mecanismo não foi verificada, mas esta proposta de forma de acesso pode indicar consonância com o conceito de medicamento essencial. Este conceito é amplo por não se resumir apenas aos medicamentos indicados em uma lista inicial, pois considera a inclusão de outros produtos desde que exista embasamento clínico e farmacologicamente justificável a fim de atender condições não previstas (SANT'ANA *et al.*, 2011).

A avaliação de solicitações diferenciadas pode anteceder o impasse entre acesso à Assistência Farmacêutica que muitas vezes culmina no processo de judicialização. Estudos apontam que a judicialização consome cada vez mais recursos e cria demandas crescentes, sua discussão é necessária uma vez que a via judicial pode ser utilizada para garantir o direito legítimo de acesso à Assistência Farmacêutica ou mesmo para a distorção do interesse público ao envolver recursos escassos na promoção do interesse individual quando a aquisição não demonstra relação favorável entre benefícios, riscos e custos (SANT'ANA *et al.*, 2011).

Assim, como já mencionado, a falta de protocolos e diretrizes nestes serviços, além de não regulamentar a atividade dos profissionais, também pode influenciar no perfil de utilização dos medicamentos. Segundo o MS, os protocolos e diretrizes clínicas podem oferecer informações claras sobre as possibilidades e condutas auxiliando a tomada de decisões. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os protocolos também objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2014). Assim, os protocolos e diretrizes são considerados instrumentos de gestão da clínica mantendo assim altos padrões de qualidade na

assistência à saúde, por isso, apontados como medida de processo da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2014; MENDES, 2001).

A falta de protocolos em serviços relativamente novos como os CAPS pode dificultar a padronização de condutas e manejos dos pacientes para situações que requerem uma tomada de decisão inicial. Assim é necessário estimular a criação, utilização e divulgação de protocolos nestes serviços de modo a garantir maior segurança e qualidade às condutas clínicas proporcionando conseqüentemente o uso racional de medicamentos. Importante ressaltar, contudo que esta prática não visa generalizar ações que remetem a construção de um plano de cuidado individualizado levando em consideração as particularidades de cada sujeito.

7.2.2 Aquisição

Todos os municípios apresentaram processo organizado para a aquisição de medicamentos da Saúde Mental, contando com exigência de documentação técnica, cadastro de fornecedores, registro de preço ou licitação vigente para os itens essenciais da Saúde Mental, controle de pedidos, dentre outras atividades recomendadas nesta etapa da Assistência Farmacêutica. Importante ressaltar que todos os municípios relataram participar direta ou indiretamente do consórcio de saúde da região, o CISMEP.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde são formas de organização motivadas pela redução de custos e economia, cooperação e fortalecimento para resolução de problemas relacionados à operacionalização, estrutura, ausência de recursos técnicos e humanos em municípios de pequeno e médio porte. nos municípios. Estudos apontam que a participação de municípios em consórcios de saúde proporcionaram melhorias nos serviços refletindo o aumento da disponibilidade dos itens, redução no custo de aquisição e viabilização da assistência médica especializada (MATOS & DIAS, 2012; AMARAL; BLATT, 2011; NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

Assim, a participação dos municípios da região do Médio Paraopeba-MG no CISMEP pode ser um dos motivos que facilitam melhor estruturação da etapa de aquisição de medicamentos nos municípios, influenciando inclusive na regularidade

de abastecimento dos diversos itens da Assistência Farmacêutica. A adesão de muitos municípios da região ao consórcio, sugere ainda resultados positivos do ponto de vista econômico, por esta ser uma condição apontada no estudo de Matos e Dias (2012) como um dos fatores que motivam a participação de municípios da Região do Médio Paraopeba-MG na cooperação intermunicipal.

7.2.3 Programação, Armazenamento e Dispensação

As farmácias que atendem a demanda de pacientes da Saúde Mental declararam possuir controle de estoque e funcionário responsável pela programação dos medicamentos. Na maioria dos casos o funcionário responsável pela programação de medicamentos era o farmacêutico. O envolvimento deste profissional e a realização do método de programação adequado é um fator que favorece a baixa ocorrência de desabastecimentos dos medicamentos em função de falhas no processo de programação (MARIN *et al.*,2003).

Estes resultados são positivos frente a uma pesquisa nacional que apontou a realização de controle de estoque em apenas 31,7% das unidades de saúde (OPAS, 2005). No estudo de Vieira, Lorandi e Bousquat (2008), realizado em um município de São Paulo, os resultados também foram inferiores, já que os desabastecimentos de medicamentos eram frequentes, havia a rotatividade de profissionais nesta função e os funcionários dedicados a esta atividade não possuíam treinamento para desempenho desta atividade. A diferença entre os resultados pode ser explicada em função da realização do controle de estoque e ainda sugerem que o envolvimento do farmacêutico pode contribuir para o melhor desempenho das atividades de programação da Assistência Farmacêutica.

As condições de armazenamento nos CAPS apresentaram bons resultados, uma vez que mais de 90% dos serviços ofereciam instalações e condições de limpeza adequadas. Um estudo de avaliação nacional da Assistência Farmacêutica indicou nota média de 61,1 para as condições de armazenamento em uma escala de zero a 100 (OPAS, 2005). O estudo de Oliveira, realizado em unidades de dispensação de antirretrovirais do município do Rio de Janeiro encontrou o valor médio de 51% para

o cumprimento de requisitos relacionados à estocagem de medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Os resultados para as condições de armazenamento indicam uma média superior dos CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG em relação aos demais serviços da atenção básica avaliados em outros estudos. No entanto, é necessário considerar a diferença marcante de demanda e volume de atendimentos em cada um destes estabelecimentos, fator que dificulta e limita esta comparação.

A dispensação também apresentou espaço físico adequado na maioria dos serviços avaliados, conforme resultados do check list da área de dispensação. As unidades de dispensação de quase todos os CAPS e as farmácias de referência dos CAPS I eram assistidas por farmacêuticos, mesmo que em curto período de tempo. Ressalta-se, porém, poucas práticas de atendimento diferenciado a pacientes da Saúde Mental e intervenções farmacêuticas nas farmácias pertencentes à atenção básica, assim como discutido nos estudos de Camuri e Dimenstein (2010) e no estudo de Luccheta e Mastroianni (2012).

O paciente egresso do CAPS geralmente possui dificuldades em buscar a medicação, comprometendo o trabalho desenvolvido no serviço de Saúde Mental (SCHNEIDER *et al.*, 2009). Na atenção básica o problema se agrava visto que geralmente não existe um acompanhamento da utilização de medicamentos, com o emprego exclusivo da renovação de receitas e encaminhamento a um especialista (DIMENSTEIN, 2009; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; ALENCAR, 2013).

Além disso, destaca-se o perfil polimedicamentoso dos pacientes e a declaração dos serviços sobre erros quanto ao uso de medicamentos. Em resposta a um cenário preocupante em nível nacional, a Portaria nº 529/2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente dirigido a todos os estabelecimentos de saúde criando vários protocolos, dentre eles o de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras instituições (BRASIL, 2013d). As ações de farmacovigilância também devem ser reforçadas frente ao consumo crescente e crônico dos medicamentos psicotrópicos (CARLINI; NAPPO, 2003).

A necessidade de adequação dos CAPS à legislação sanitária é um requisito básico para consolidação destes estabelecimentos como parte integrante e porta de entrada do SUS. Essa organização se faz necessária para correto referenciamento dos pacientes, qualidade e continuidade do tratamento do paciente na atenção básica e na Saúde Mental (CAMURI; DIMENSTEIN 2010). Especificamente na área de dispensação, a participação do farmacêutico nestas atividades ultrapassa o cumprimento da legislação vigente e começa a criar possibilidades da atuação deste profissional no cuidado desta população, desenvolvendo atividades assistenciais e contribuindo para a implantação adequada e efetiva da Assistência Farmacêutica nos CAPS.

Estudos apontam que serviços farmacêuticos na Saúde Mental são extremamente relevantes em outros países e demonstram resultados positivos tanto na clínica quanto na percepção e reconhecimento dos pacientes (LUCCHETA; MASTROIANNI, 2012; BLACK; MURPHY; GARDNER, 2009). Assim, iniciativas para a incorporação deste tipo de trabalho são necessárias para o avanço e consolidação da reorientação da Assistência Farmacêutica, além de representar uma alternativa à superação de problemas frequente dos pacientes da Saúde Mental, como a melhoria na adesão ao tratamento farmacológico (ALENCAR, 2013; CARDOSO; GALERA, 2006).

Verificou-se ainda como fator crítico desta etapa, a falta de informações que impossibilitam a rastreabilidade dos medicamentos dispensados, recomendada pela legislação vigente (BRASIL, 1998b). Apenas 15,4% dos serviços declarou a realização de escrituração das prescrições em livro manual, ou seja, controle rígido da quantidade de medicamentos psicotrópicos movimentados. Quanto à identificação e cruzamento de dados sobre os medicamentos dispensados, nenhum dos serviços relatou controle.

Esta questão é extensa por afetar todo o setor público e necessitar de uma articulação da vigilância sanitária no estabelecimento de normas e principalmente adequações desta legislação para os serviços de Saúde Mental. Muitas das legislações sanitárias foram criadas antes mesmo da implementação dos CAPS e consolidação da reforma psiquiátrica, abrangendo assim serviços baseados no

modelo hospitalocêntrico, em um contexto diferente do atual, onde a sociedade enfrenta realidades como abuso de substâncias psicoativas, aumento da prevalência de transtornos mentais e envelhecimento da população (OMS, 2001).

Mesmo diante de muitos desafios, o estudo de Souza *et al.* (2011) apontou melhor avaliação dos CAPS quando comparado a serviços da atenção básica, unidade de saúde, e hospitais ao avaliar as etapas de prescrição e dispensação da Assistência Farmacêutica. Estes resultados podem indicar que mesmo com limitações, os gestores da Assistência Farmacêutica reconhecem ou tentam priorizar a adequação destas atividades nos CAPS.

7.2.4 Disponibilidade de medicamentos da Saúde Mental

Diante do reconhecimento dos transtornos mentais como um sério problema de saúde pública e os dados sobre a elevada prevalência destas doenças no Brasil e no mundo (OMS, 2004; WHO, 2009; ANDRADE *et al.*, 2012), o acesso ao tratamento por meio da disponibilização dos medicamentos pode ser uma das maneiras de melhorar a qualidade de vida destes pacientes (OMS, 2001).

Os principais medicamentos utilizados na Saúde Mental fazem parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e sua aquisição e distribuição são responsabilidades dos municípios, com gestão descentralizada, por meio de recursos provenientes das três esferas de governo (BRASIL, 2013c). A oferta de medicamentos essenciais da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e secundária é recomendação da OMS e apesar da grande importância, ainda há poucos estudos no Brasil dedicados a avaliar o acesso e disponibilidade dos medicamentos (OMS, 2001; 2007; PANIZ *et. al.*, 2008).

A disponibilidade de medicamentos essenciais da Saúde Mental nos CAPS e farmácias de referência da Região do Médio Paraopeba-MG apresentou bons resultados alcançando valor de 91,3%. Uma avaliação nacional da Assistência Farmacêutica apontou em 2005 que 73% dos medicamentos principais estavam disponíveis nas unidades de saúde. Um estudo realizado em municípios de Minas Gerais, com baixo índice de desenvolvimento humano, apontou que 46,9% dos

medicamentos essenciais estavam presentes nas unidades públicas de saúde (OPAS, 2005; GUERRA *et al.*, 2004). Ressalta-se que estes estudos avaliaram a disponibilidade geral dos medicamentos da atenção básica, diferente do objetivo desta pesquisa, logo a comparação com os mesmos deve ser realizada com cautela. Dentre os medicamentos com menor disponibilidade encontrou-se o Cloridrato de Nortriptilina, um antidepressivo tricíclico com importante participação no consumo desta região, conforme relato dos gestores. A falta simultânea deste medicamento em diversos serviços, bem como a distribuição regular dos demais medicamentos nas unidades dispensadoras da região pode indicar a influência da participação dos municípios no mesmo consórcio de aquisição de medicamentos. Observou-se que o relato da falta do medicamento estava relacionado a um problema pontual, o atraso de um mesmo fornecedor participante deste consórcio.

Assim, como discutido anteriormente, os consórcios podem trazer vantagens financeiras e operacionais ao processo de aquisição de medicamentos e seu manejo possivelmente trará reflexos a todos os participantes a cerca de suas dificuldades e facilidades. Assim, investigações regionalizadas devem ser realizadas verificando adequação ou não aos resultados alcançados (NICOLLETO, 2005; MATOS; DIAS, 2012; AMARAL; BLATT 2011).

Em geral a satisfatória disponibilidade de medicamentos da Saúde Mental pode ser justificada em função da organização do sistema de aquisição de medicamentos, mediado pelo consórcio intermunicipal ou a possibilidade de priorização desta classe de medicamentos pelos gestores do serviço. Ressalta-se que este é um estudo transversal avaliando um período definido, condição que não pode ser generalizada como comportamento em uma série de tempo, ou extrapolação para demais classes de medicamentos da Atenção Primária à Saúde.

7.2.5 Perfil das prescrições atendidas nos CAPS

O perfil geral das prescrições analisadas apresentou concordância com o número médio de medicamentos prescritos em outros estudos que ultrapassam, mesmo que em valor pouco expressivo, o padrão recomendado pela OMS, conforme pode ser verificado na Tabela 16.

Tabela 16- Resultados dos indicadores de prescrição em outros estudos, Médio Paraopeba-MG e padrão determinado pela OMS.

Indicadores	Brasília-DF (2001)**	Londrina-PR (2003)***	BRASIL (2004)	CAPS M.P.MG (2014)	Padrão OMS*
Número médio de medicamentos por prescrição	2,3	2,2	2,3	2,2	2,0
% de medicamentos prescritos presentes na LME	85,3	73,3	78,3	97,1	100,0
% de medicamentos prescritos pela denominação genérica (DCB ou DCI)	73,2	66,5	84,2	96,9	100,0
% de pacientes com prescrição de injeções	7,5	10,9	6,9	9,0	<10,0
% de medicamentos prescritos dispensados ou administrados	61,2	71,1	65,7	95,8	-

CAPS M.P.MG: CAPS da Região do Médio Paraopeba-MG

LME: Lista de Medicamentos Essenciais

*OMS, 93; WHO, 2005; OPAS, 2005

** NAVES; PRATA, 2005

***MENOLI, *et al.*, 2009

Quando analisado o número de medicamentos prescritos por modalidade de serviço, observou-se que o serviço CAPS ADIII apresentou número superior à média da região. O maior número de medicamentos da Saúde Mental prescritos nos CAPS ADIII, a princípio, pode ser justificado pelo perfil de atendimento destes serviços que acolhem adultos, crianças e adolescentes em consumo de álcool, crack e outras drogas, nas diversas situações de crises, quadros de abstinência, intoxicação aguda e outros agravos clínicos ao participar do resgate destes indivíduos (BRASIL, 2012a). No entanto sabe-se que o serviço trabalha com foco na reabilitação social e espera-se que o consumo de medicamentos psicotrópicos, em grande quantidade, seja momentâneo como parte bem definida de um tratamento.

Os resultados demonstram que o acompanhamento do uso de medicamentos nestes centros pode ser necessário em função da própria condição clínica destes pacientes. Os usuários de drogas estão sujeitos a diversas interações medicamentosas em uma condição de polifarmácia, além da debilitação e comprometimento de funções fisiológicas. O acompanhamento em um processo de desintoxicação também é necessário, visto que os medicamentos devem ser utilizados com cautela a fim de não caracterizar um novo quadro de dependência a psicofármacos (CARLINI, 2005).

A quantidade de medicamentos injetáveis se mostrou superior a de alguns estudos, mas dentro do limite recomendado pela OMS. O uso das medicações injetáveis em prescrições da Saúde Mental pode ser justificado pelo caráter de atendimento dos CAPS que incluem casos severos, acolhimento de pacientes em crises e urgências que necessitam de medicação de rápida absorção (BRASIL, 2002a). Além disso, outro fator é a existência de um medicamento antipsicótico muito utilizado, disponibilizado na forma de liberação por depósito intramuscular indicado para pacientes com baixa adesão ao tratamento, situação recorrente na Saúde Mental (CARDOSO; GALERA, 2006; 2009). A comparação dos resultados com outros estudos também pode ser verificada na Tabela 16.

Os indicadores de percentagem de medicamentos prescritos pela denominação genérica, percentagem de medicamentos prescritos presente na lista de medicamentos essenciais e percentagem de medicamentos prescritos ou administrados apresentam-se inferiores ao padrão OMS, mas em índices superiores a estudos de outras regiões. A importância destes indicadores se aproximarem do padrão proposto pela OMS é justamente a afirmação dos requisitos preconizados pela PNM, por meio da prescrição pelo nome genérico e utilização das listas de medicamentos essenciais, facilitando a adesão a protocolos e padronização da prescrição (BRASIL, 1998a; OPAS, 2005; MARIN *et al.*, 2003; LASTE *et al.*, 2013)

Em relação aos aspectos da legislação, grande parte das prescrições estava adequada a estes critérios, em concordância com outros estudos (LASTE *et al.*, 2013; MASTROIANI, 2009; SOUZA, 2012). O requisito com maior número de divergências foi o prazo e quantidade de medicamentos adequados à prescrição, o que pode indicar desconhecimento de alguns profissionais em relação à legislação vigente e prazos por ela definidos (BRASIL, 1998b).

Como limitação desta parte do estudo verifica-se que os resultados obtidos nos CAPS I, refletem características gerais da Saúde Mental nos municípios, já que não foi possível realizar a triagem de prescrições advindas apenas dos CAPS quando foi realizada a amostragem nas farmácias de referência. Outra questão é que as prescrições analisadas são aquelas atendidas pelos serviços, logo prescrições inadequadas apresentadas ao serviço e recusadas não foram contempladas nesta

amostragem. Assim o alcance de bons resultados pode refletir a capacidade dos serviços em selecionar as prescrições adequadamente e não necessariamente que as prescrições emitidas pelos serviços estejam no mesmo padrão de qualidade revelado pelo estudo.

Deve ser considerada ainda a dificuldade de comparação entre algumas modalidades de serviços da Região do Médio Paraopeba-MG, já que algumas delas são representadas por poucas ou únicas instituições, como é o caso das modalidades de CAPS infantil e CAPS ADIII.

7.2.6 Análise estatística das prescrições atendidas

As informações obtidas das prescrições atendidas nos serviços revelaram algumas tendências e características de seus usuários que podem ser descritas e correlacionadas com o perfil e modalidade dos serviços desta região.

Nos serviços de Saúde Mental, CAPS I e CAPS II, a razão de chances para o atendimento de prescrições do sexo feminino apresentou respectivamente valores de aproximadamente duas (1,97) a três vezes (2,98) maiores em relação ao sexo masculino. O perfil de atendimento de pacientes deste sexo concorda com estudos que indicam maior prevalência de transtornos mentais na população feminina (ANDRADE *et al.*, 2012; ALMEIDA-FILHO, 1992; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

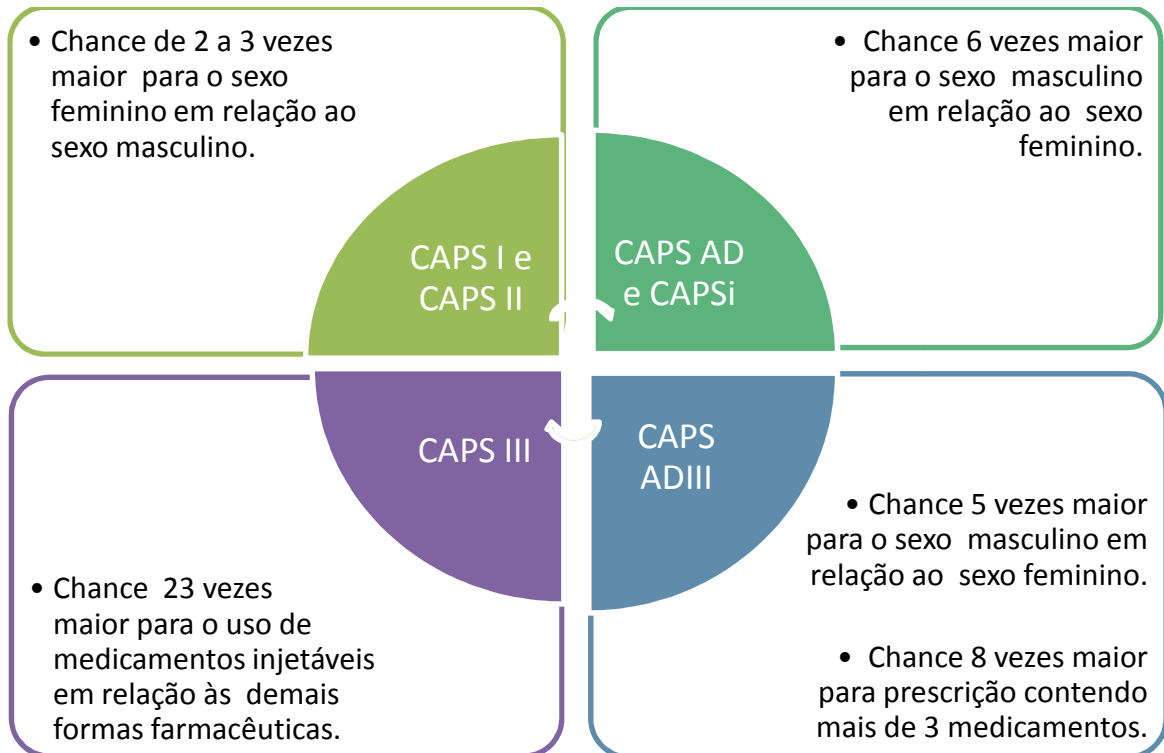
Nos CAPS AD e CAPS AD III, o grande número de prescrições atendidas de pacientes do sexo masculino revelou que a razão de chances se mostrou aproximadamente cinco a seis vezes maiores em relação ao sexo feminino. Estes resultados apresentam concordância com o perfil de usuários deste serviço, apontado em outros estudos desenvolvidos nesta modalidade de CAPS (FARIA; SCHNEIDER, 2009; JORGE; CARVALHO, 2010; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Este perfil justifica-se ainda em função da predominância do consumo de drogas pelo sexo masculino para a maioria das substâncias abusivas, perfil revelado pelo último levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no país (CARLINI, 2005).

A razão de chances para atendimento de prescrições do sexo masculino nos CAPSi também apresenta valores aproximadamente seis vezes superior em relação ao sexo feminino. O perfil de usuários desta modalidade de serviço apresenta concordância com um estudo local realizado em um hospital do Rio de Janeiro (MENESES; LOPES; LEON, 2006) e também com um estudo realizado em diversos CAPSi de todo o Brasil (HOFFMANN *et al.*, 2008). No entanto uma avaliação mais consistente deve ser realizada para definir melhor o perfil de usuários, já que a incidência de transtornos mentais na infância e adolescência apresenta associação com vários fatores como a faixa etária e sexo dos pacientes (FEITOSA, 2011; ROBERTS *et al.*, 1998).

A indicação de estudos sobre a maior frequência de distúrbios comportamentais e uso de substâncias abusivas em jovens do sexo masculino, bem como o maior acometimento de indivíduos deste sexo no consumo de drogas na fase adulta pode indicar o direcionamento de atividades preventivas a este grupo de pacientes (MERIKANGAS *et al.*, 2010; ROBERTS *et al.*, 2007).

Quanto ao uso de medicamentos a análise revelou diferentes associações em função da modalidade do serviço. Nos CAPS AD III, a razão de chances no atendimento de prescrições com mais de três medicamentos é cerca de oito vezes maior em relação a prescrições com menor quantidade de medicamentos. O consumo de medicamentos injetáveis em serviços que atendem urgências- os CAPS III- também é evidenciado nesta análise onde a razão de chances do atendimento de medicamentos na forma injetável em relação às demais formas farmacêuticas foi 23 vezes maior. Esses resultados vêm de encontro à discussão já realizada em função da característica dos atendimentos realizados em cada um destes serviços. Assim os resultados desta análise bivariada permitem inferir um esquema baseado nos serviços desta região (figura 3) para percepção dos gestores, condução de intervenções podendo até auxiliar no planejamento destes serviços.

Figura 3- Esquema da correlação de chances no atendimento de prescrições e modalidade de serviço da região do Médio Paraopeba-MG, 2014.



O modelo pode propor atividades dirigidas a cada um destes serviços pela equipe multiprofissional. Os serviços com predominância de pacientes de um determinado sexo podem ofertar atividades dirigidas que proporcionem melhor participação dos usuários evitando, por exemplo, que a diversidade de atividades desenvolvidas pelos CAPS seja implementada e mantida em função das habilidades e preferência dos profissionais, conforme discutido por Nascimento e Galvanese (2009).

O conhecimento do perfil de uso de medicamentos nos CAPS também é importante para estabelecer prioridades para estes serviços quanto à implantação de protocolos de segurança do paciente e gerenciamento de riscos. São ainda necessárias reflexões quanto ao uso de medicamentos da Saúde Mental por pacientes sem indícios de transtornos mentais, situações em que ocorre baixa adesão à terapia, considerando ainda que as intervenções terapêuticas não se restringirem apenas ao uso de medicamentos (VIDAL *et al.*, 2013).

O farmacêutico nestes serviços pode contribuir na implantação de padronizações, além de ser ator fundamental na implantação de estratégias para uso racional de medicamentos, uma vez que é reconhecido que ações desta natureza se apoiam firmemente na atuação do profissional junto ao paciente e à equipe de saúde (LIMA-DELLAMORA, CAETANO, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011).

Importante ressaltar que o esquema apresenta um panorama inicial destes serviços e pode ser justificado pelo perfil de prevalência dos transtornos mentais verificado na literatura. No entanto necessitará de novas atualizações em momentos posteriores, a fim de validar o esquema permitindo sua utilização e estabelecimento de um modelo com dados da região pesquisada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica levou a implantação de novos serviços de atenção psicossocial, proporcionando o estabelecimento de uma rede de serviços que comunica com a atenção básica, administrada a nível local pela gestão municipal. Os CAPS atuam como portas de entrada do SUS e contam com uma estrutura mínima de profissionais, espaço físico e tabela de procedimentos para o atendimento de seus usuários (BRASIL, 2002). A prevalência crescente de distúrbios mentais na população e o abuso de drogas possuem relação direta com a incapacidade, a qualidade de vida e gastos com tratamentos de saúde. Este contexto reforça cada vez mais a necessidade de organização e capacidade de resolução de problemas pelos CAPS (ANDRADE, 2012a; CARLINI, 2005).

Considerando que os CAPS foram regulamentados e normatizados a pouco mais de uma década, estudos de avaliação em diversos aspectos são necessários a fim de embasar a tomada de decisão e principalmente verificar a resolubilidade e condições destes serviços que se tornaram substitutivos ao modelo asilar, extinto em 2001. A avaliação de serviços de saúde é muito mais que um instrumento de gestão por ser capaz de demonstrar à sociedade o retorno de investimentos e esforços demandados para o atendimento de determinada parcela da população.

A organização da Assistência Farmacêutica nos CAPS também é considerada um assunto recente, quase não abordado pela literatura e sem legislação específica que determine suas reais atividades dentro dos CAPS. Esta condição merece destaque uma vez que a condução do tratamento farmacológico dos distúrbios mentais severos e persistentes é inevitável, e a adoção de terapias polimedicamentosas se faz presente na rotina destes serviços.

A estrutura dos serviços da região do Médio Paraopeba-MG apresenta, em geral, condições adequadas e algumas limitações, muitas vezes reconhecidas pelos próprios gestores. Esta situação sugere que houve a inclusão destas unidades no escopo do município frente a real percepção de sua relação com os demais serviços da atenção básica ao compor a rede de atenção ao paciente. Assim, a realização de levantamentos e pesquisas permite a sinalização ou mesmo visualização de

demandas pendentes a fim de que se tornem prioridades frente às diversas necessidades dos serviços de saúde.

A Assistência Farmacêutica desta região organiza seus processos visando atender à demanda e às necessidades dos CAPS. Os requisitos técnicos do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica são atividades programadas e executadas na maioria dos serviços, mesmo que ainda apresentem algumas limitações. No entanto existe a abordagem de novos conceitos e crescente percepção da construção do real conceito de Assistência Farmacêutica dentro dos CAPS, protagonizada pelo profissional farmacêutico. Assim, a inclusão do farmacêutico no CAPS não deve visar simplesmente o cumprimento de uma norma sanitária, pois este pensamento levaria o profissional a continuar sua dedicação quase que exclusiva as atividades técnico-gerenciais. Esta inclusão deve ser realizada em nível de equipe multidisciplinar, para que contribua simultaneamente para regulamentação da atividade técnica, mas possa primordialmente atender a lógica dos serviços de referenciamento, cuidado e reabilitação dos usuários de serviços de Saúde Mental.

Esta pesquisa destaca ainda que o perfil de utilização de medicamentos nestes centros sugere ações de acompanhamento não só devido à própria condição de muitos pacientes, da Saúde Mental e em abuso de drogas, mas em função da necessidade de incentivar o uso racional dos medicamentos, o seguimento de protocolos e consensos de forma a aperfeiçoar cada vez mais a terapia farmacológica e adesão e segurança dos pacientes nos CAPS.

Esta pesquisa, apesar de suas limitações, alcançou seus objetivos iniciais ao obter diversos resultados que caracterizam a Assistência Farmacêutica nos CAPS da região do Médio Paraopeba-MG. Estudos de avaliação nos CAPS ainda são escassos e esta pesquisa pode ser considerada uma abordagem inédita frente às diversas necessidades de aprofundamento neste campo. Ao apontar indicadores e necessidades para aperfeiçoamento dos serviços verifica-se o quanto é amplo e extenso o processo de avaliação dos CAPS, sugerindo-se a inclusão de aspectos qualitativos, percepção e satisfação dos usuários a fim de verificar os resultados proporcionados por estes serviços.

O diagnóstico dos serviços de saúde torna-se apenas um instrumento capaz de traduzir parte da importância e relevância dos serviços de Saúde Mental para a sociedade. Ainda são poucas as ações que de fato proporcionam a reinserção e reabilitação dos doentes mentais no convívio social. O preconceito e o desamparo a quais os pacientes estão sujeitos podem ser mais prejudiciais que as limitações e incapacidades resultantes dos transtornos mentais. Assim, existe a necessidade dos profissionais da saúde reconhecerem o quanto são significativas ações que possam proporcionar bem estar a estas pessoas, que diferem das demais, por se comportarem ou mesmo pensarem de forma diferente do que ainda se padroniza por senso comum.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v.33, n. 4, p. 489-495, 2012.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.*. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria- Asociación Psiquiátrica de la America Latina (ABP-APAL)**, São Paulo, v 14, n.3, p. 93-104, 1992.

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114101003>>. Acesso em: 04 Jan. 2014.

ALVES, H. M. C.; DOURADO, L. B. R.; CORTES, Verônica da Nova Quadros. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, out. 2013

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.1, n.1, jan-abr, 2009. Disponível em:<http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf>. Acesso em: 21 Jan. 2014.

AMARANTE, P. **Sobre duas proposições relacionadas à clinica e á reforma psiquiátrica**. In: QUINET, A. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.

ANDRADE, L.H. *et al.* **Mental disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil**. PLoS ONE, Cambridge-San Francisco, n. 2, v. 2, p.e31879, 2012.

BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S.; FUENTES, A. C. R. C. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, Dec. 2010.

BARRETO, J. L.; CALVO, M.C.M. Avaliação em Saúde e avaliação da assistência farmacêutica. 2 ed. Santa Catarina: Universidade federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em:<www.unasus.org.br>. Acesso em: 01 de set. 2014.

BASAGLIA, F. **As instituições da violência**. In: BASAGLIA, Franco (coord.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **La Institución Negada**. Barcelona: Barral, 1970.

BATISTA, L. S. S., BATISTA, M., & CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campo dos Goytacazes, RJ. Persp. Online: **Biologia. & Saúde**, Campos dos Goytacazes, v.7, n. 2, p. 23-38, 2012.

BEZERRA J. R.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, p. 71-90, 1992.

BLACK, E.; MURPHY, A.L.; GARDNER, D. M. Community Pharmacist Services for People With Mental Illnesses: Preferences, Satisfaction, and Stigma. **Psychiatric Services**, Texas, v. 60, n. 8, p.1123-1127.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL, Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jun. 2011. Poder Executivo. Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 23 out. 2014.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 abr. 2001b. Poder Executivo. Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e

medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1998b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b.186 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03. Jan. 2014.

BRASIL. Lei 13.021 de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2014. Poder executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRASIL. Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 dez. 1973. Poder executivo. Seção I.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Poder Executivo. Seção I.

BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais(RENAME). 8ed. Brasília: 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/21/renome-anexos-versao-08-08-2013.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente

Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2001a. 204p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 03 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos.. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.918, de 20 de outubro de 1998. Implementa a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013d.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008b. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2002a. Disponível

em<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%203362002.pdf>>. Acesso em 03 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: mar. 2012b. Disponível em: <<http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 01 de set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE.Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. 2a ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde; 2003.7p.

BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2002b.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01 reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtornos mentais**. 2004. 210f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:< <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>>. Acesso em 03 Jan. 2014.

BROUSELLE. A. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 pp.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITT, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 343-348, 2006.

CARDOSO, L, GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, 2009.

CARLINI, E. A. (Org.). **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARLINI, E. L. A.; NAPPO, S. A. A farmacovigilância dos medicamentos psicoativos no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, outubro 2003.

CIBAPAR. Consórcio Intermunicipal da Bacia Hidrográfica do rio Paraopeba. **Sistema de Informações geográficas, Plano diretor, Mapas**. 2014. Disponível em< <http://www.cibapar.org.br/index.php>>. Acesso em 01 de Março de 2014.

COALE, A. & GUO, G. Revised regional model life tables at very low levels of mortality. **Population Index**, Princeton, v. 55, n. 4, p.613-643, 1989.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al.. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, ZMA. org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília : CONASS, 2011.

DELGADO, P. G. **CAPS 1000: um marco da consolidação da rede de atenção psicossocial**. Coordenação de Saúde Mental. Brasília, 2006.

DELGADO, P. G. G. **Pessoas e bens: sobre a cidadania dos curatelados**. In: **Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Organização: Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 99-111.

DEMYTTENAER, K. et al.. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. **Journal of the American Medical Association**,v. 29, p. 2581–2590, 2004.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 167p.

DESVIAT, M. Salud Pública y Psiquiatria. **Revista da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria**, Espanha, n. 77, mar. 2001. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2013.

DESVIAT, M. Los 'homless', indigentes o locos? **El País**, Espanha, 1989. Disponível em: <http://elpais.com/diario/1989/06/03/opinion/612828008_850215.html>. Acesso em: 03 Jan. 2014.

DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M. **Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 16, n. 3, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jan. 2014.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: **La Prensa Mexicana**, 1984.194 p.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality: A Conceptual Exploration**. In: DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A.; The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Cambridge-Berlin, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DÖRNER, K . **Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría**. Madrid: Taurus, 1974. 442p.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. **Histoire de l'évaluation: un processus soutenu de reconstruction des moyens de production des connaissances**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Eds.). *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2009. p. 102.

DUPIM, J. A. A. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. 1.ed. Belo Horizonte: Segrac,1999. 79 p.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FEITOSA, N. F. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista de bioética**, Brasília, v. 19, n.1, p. 259 -2 75, 2011.

FERNANDES, S. R. P, ALMEIDA-FILHO, N. Validação do SRQ em amostra de trabalhadores em informática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.89, p.105-112, 1998.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. Y. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo, v. 19, p.98-105, 1996.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FOUCAULT, M. **O poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. *et al.* Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2011.

FUNK, M. *et al.* **Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como um grupo vulnerable**. Organización Mundial de la Salud .Geneva, 2010.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. **A avaliação da avaliação**. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011. 280p.

FURTADO, J. P. **A avaliação de programas e serviços**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de Comportamento em pacientes com Demência: Impacto Sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, Junho de 1999.

GOLDBERG, J. I. **Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil. PITTA, A. M. F. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 33-47.

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

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

GUERRA JR, A. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em:< <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em: 01 de set. 2014.

HILL, M. M.; HILL, A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2000. 377p.

HOFFMANN, M. C. C. L. *et al.* Caracterização dos Usuários e dos Serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 v., n. 3, mar. de 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades**, 2013. Apresenta dados sobre as cidades. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 01 mar.2014.

JONES, M. **El concepto de comunidad terapéutica**. In: *Comunidad, Psicología y Psicopatología*, VVAA. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez, 1968.

JORGE, A. C. R.; CARVALHO, M. C. **Analisando o perfil dos usuários de um capsad**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós- Graduação em Educação. Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, 2010.

KANTORSK L. P.; JARDIM, V. M. R.; QUEVEDO, A. L. A. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região sul do brasil. **Ciência, cuidado e saúde**, Paraná, v.12, n.4, p.728-735, out-dez. 2013.

KANTORSKI *et al.* Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciência, cuidado e saúde*, Paraná, v.11, n.1, p.173-180, jan-mar. 2012.

KOHN, R. *et al.* Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public Health priority. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.18, n. 4-5, p. 229-240, 2005.

KOHN,R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F. **O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil**. In: Mello MF, Mello, AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 199-207.

LANCETTI, A. **Saúde Mental nas Entradas da Metr pole**. In: Lancetti, A. Saúde Mental e Saúde da Família. 2^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p.11-52.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics Bulletin**, Texas, v. 33, n.1, p.159-174, 1977.

LASTE, G. *et al.* Análise de prescri es médicas dispensadas em farmácia no sistema único de saúde. **Revista HCPA**, Santa Catarina, v. 33, n.1, p.15-25, 2013.

LECRUBIER, Y.; USTUN, T.B. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. **International Clinical Psychopharmacology**, Londres, v.13, Suplemento 4, p.S7-11, abr. 1998.

LIMA, F. C.; SCHNEIDER, D. R. Avalia o dos centros de aten o psicossocial: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Humanidades**, Fortaleza, v. 4, n. 6, p. 39-64, abr./jun. 2013.

LIMA, M. G. A. **Avalia o dos Centros de Aten o Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.104 p.

LIMA, F. C. **Avalia o da mudança percebida e da satisfa o de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região Sul do Brasil**. 2013. 138f. Disserta o (Mestrado em Psicologia)-Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa, Florianópolis, 2013.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensa o de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. C. Interven es farmacêuticas na aten o   saúde mental: uma revisão. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v.33, v. 2, p. 165-169, 2012.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos**. In: MELLO, M. F., MELLO, A. A. F., KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.

MARIN, N. *et al.* **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.

MASTROIANNI, P. C. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-176, 2009.

MATOS, F.; DIAS, R. Cooperação intermunicipal na bacia do rio Paraopeba. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n.5, p.1225-250, set./out. 2012.

MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R., orgs. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENESES C. R. A. M; LOPES C. S.; LEON A. C. M. P. Transtornos mentais comuns entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 10-17, 2006.

MENOLLI, P. V. S.; IVAMA, A. M.; CORDONI JUNIOR, L. Caracterización de los servicios de atención primaria Farmacêuticos del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, Washington, v. 25, n.3, mar. 2009.

MERIKANGAS K. R. *et al.* Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, New York, v.49, n.10, p.980-989, 2010.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M.S. F.; CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12., Caxambu-MG. **Anais eletrônicos**. Caxambú: ABEP, 2010. Disponível em:<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 03. Jan. 2014.

MINAS GERAIS. **Cartilha sobre a Organização do SUS**. Comitê Executivo Estadual da Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2011.

MINAS GERAIS. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais**. Colegiado de secretários executivos dos consórcios Intermunicipais de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: 2011. Disponível em<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>. Acesso em 30 de Março de 2014.

MURRAY, C. J. L.; LOPES, A. D. **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard School of Public Health an Behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43(Supl. 1), p. 8-15, 2009.

NAVES, J. O. S.; PRATA, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p. 223-230, 2005.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR. L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, fev. 2005.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.547-549, out. 2000.

NUNES, M. *et al.* **Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, out. 2002.

OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Divisão de Saúde Mental da OMS: Geneva, 2001.

OMS/OPAS. **Declaração de Caracas: Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).** Caracas: OMS/OPAS; 1990.

OPAS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.** Washington, D.C., 1989.

OPAS. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil.** Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 260p.

PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátricas no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258. maio/ago. 2004.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v.44, n.4, p. 1024-1031, 2010. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>>. Acesso em 01 de set. 2014.

PINEL, P. **Tratado Médico Filosófico de La Enajenación Mental o Manía**. Madrid: Nieva, 1988.

PINHEIRO, R. *et al.* **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro, CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 209-224.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 50-61, mar.1990.

RIBEIRO, G. C. *et al.* **Integração do Programa de Saúde da Família com o Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte**. In. NILO, Kelly *et al.* (org.). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

ROBERTS, R.E *et al.* Prevalence of psychopathology among children and adolescents. **American Journal Psychiatry**, Texas, v.155, n. 6, p. 715-725, 1998.

ROBERTS, R. E. *et al.* Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. **Journal of Psychiatric Research**, v. 41, n.11, p.959–967, dez. 2007.

ROBINS, L. N. *et al.* The composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. **The Archives of General Psychiatry**, Berlim, v.45, p. 1069-1077, 1988.

ROCHA, Gilberto S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

ROTELLI, F. **O Trabalho de Saúde Mental no Território**. In KALIL, E. Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Salvador, 1992, p.75-80.

SANTANA, R. S. *et al.* Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.35, n.3,p.228–34, 2014.

SANT'ANA, J. M. B. *et al.* Essencialidade e Assistência Farmacêutica.: Considerações SOBRE o ACESSO a Medicamentos Mediante Ações Judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v 29, n. 2, fev. 2011.
SANTOS, E.G.; SIQUEIRA M. Prevalência dos Transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão Sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SARTORIUS, N. *et al.* Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. **British Journal of Psychiatry supplements**, Reino Unido, v 30, p. 38-43, jun. 1996.

SCHNEIDER J. F. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v.XV n.3, p.91-100, 2009.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun.2009.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SOUZA, A. M. A. e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, jun. 2006.

SOUZA, L. S. *et al.* Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do Estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 403-410, 2011.

SOUZA, J. M. S. *et al.* Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 107-113, 2011.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **British Medical Journal**, Reino Unido, v. 325, p. 608-609, set. 2002.

TORRES, R. M.; PEPE, V. L. E. ; OSORIO-DECASTRO, C. G. S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p 188-196, 2013.

VIDAL, C E. L. *et al.* Transtornos mentais Comuns e Uso de medicamentos psicotrópicos nas Mulheres. **Cadernos de Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 21, n.4, 2013.

VIEIRA, M. R. S.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008.

VIEIRA, P. P. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault**. IFC/UNICAMP, São Paulo, n. 3, p.1-21, dez. 2006. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>> Acesso em: 07. jan. 2014.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n.4, p. 593-598, 2004.

WHITEHORN, D.; RICHARD, J.C.; KOPALA, L.C. Hospitalization in the first year of treatment for schizophrenia. **Canadian Journal of Psychiatry**, Canadá, v. 49, n.9, p. 635-638, 2004.

WHO. **Indicators for monitoring national drug policies. A practical manual**. 2 ed. Geneva; 1999.

WHO. **Monitoring and evaluation of mental health policies and plans**. Geneva: World Health Organization, 2007. 152p.

WHO. **Operational Package for Monitoring and Assessing Country Pharmaceutical Situations**. Geneva: WHO, 2007b. 92p.

WHO/MSH (World Health Organization and Management Science for Health). **How to Investigate Drug Use in Health Facilities. Selected Drug Use Indicators.** Geneva: WHO, 1993.

WHO. **Disease and injury regional estimates for 2004-2008.** Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html> Acesso em: 03. Jan. 2014.

WHO. Global Health Estimates: Cause-specific mortality: Estimates for 2000–2012. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>. Acesso em 01 de set. 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N.; A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

10 APÊNDICES

APÊNDICE 1- TCLE Trabalhador/ Gestor do SUS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da Assistência Farmacêutica nos Centros de Atenção Psicossocial do médio Paraopeba: um enfoque no município de Ibitité-MG” por ser um profissional da saúde atuante em um destes centros que compõe a região do estudo. Neste estudo pretendemos analisar e identificar atividades desenvolvidas nos Centro de Atenção Psicossocial -CAPS que se relacionam com a assistência farmacêutica e de alguma maneira reflete no resultado deste serviço.

Esta pesquisa poderá contribuir para avaliar os serviços prestados pelos CAPS junto ao segmento da assistência farmacêutica que possuem uma relação estreita por influenciar condições de tratamento, adesão e melhora dos pacientes assistidos pelo serviço.

O (A) Sr.(a) será submetido a um questionário com posterior análise e interpretação de dados. Colocamos à seu dispor o projeto de pesquisa para exame pormenorizado, onde constam dados relativos aos objetos, material e métodos utilizados. Sua participação neste estudo não terá custos e não estará vinculada ao recebimento de qualquer vantagem financeira. O (A) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O (A) Sr.(a) poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Essa participação é voluntária e a recusa não acarretará em qualquer penalidade administrada pela coordenação do seu local de trabalho. O pesquisador manterá sigilo da sua identidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado em hipótese alguma sem a sua permissão e o (a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Esse termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu,

Trabalhador/Gestor do SUS no município _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação da Assistência Farmacêutica nos Centros de Atenção Psicossocial do médio Paraopeba: um enfoque no município de Ibitité-MG” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas com os responsáveis listados abaixo.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar o COEP- Comitê de Ética e Pesquisa /UFMG- Fone: 31 3409-4592- Campus Pampulha, Av. Antônio Carlos 6627, UNIDADE ADMINISTRATIVA II, 2 andar, sala 2005, CEP: 31270-901; Belo Horizonte-MG. Projeto aprovado pelo COEP em 18/02/2014 sob o parecer 534.576.

Responsáveis pelo Estudo:

- Professora Orientadora do Projeto: Marina Guimarães Lima. Endereço: UFMG - Campus Pampulha, Av. Antonio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, sala 1034, Bloco B2 – CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG
Fone: (31) 3409.6844; e-mail: marinaglima@gmail.com
- Sarah Nascimento Silva. Secretaria Municipal de Ibirité. Av. São Paulo 1104 Bairro Macaúbas - CEP 32400-000- Ibirité/MG. e-mail: sarahnsilva@gmail.com
- Comitê de Ética e Pesquisa /UFMG- Fone: 31 3409-4592- Campus Pampulha, Av. Antônio Carlos 6627, UNIDADE ADMINISTRATIVA II, 2 andar, sala 2005, CEP: 31270-901; Belo Horizonte-MG

_____ de _____ de 2014
(local) (dia) (mês)

Nome

Assinatura participante

Nome

Assinatura pesquisador

**APÊNDICE 2- Formulários de Pesquisa 1- Entrevista com responsáveis/
gestores dos CAPS nos municípios do Médio Paraopeba-MG**

FORMULÁRIO DE PESQUISA 1			
CAPS região Médio Paraopeba- Saúde Mental			
Serviço _____	Data ____/____/____		
Município _____	Pesquisador _____		
Administração do serviço			
A quanto tempo trabalha na coordenação do serviço			
Escolaridade e formação			
tipo de vínculo com o município			
Carga horária Semanal			
Início do funcionamento do serviço			
Organização do Serviço e Infraestrutura	Sim	Não	Comentário
1-O serviço possui local amplo e organizado para recepção dos pacientes?			
2-Há instalações sanitárias adequadas, locais para refeição e descanso adequados?			
3-Há local para atendimento a pacientes em crise: consultório próprio, sala de observação e equipe profissional habilitada?			
4-Há local organizado para a guarda de prontuários permitindo rápida e fácil localização?			
5-há sistema informatizado para gerenciamento das consultas, atividades e serviços prestados pelo CAPS			
6-O serviço acolhe pacientes de regiões vizinhas que não possuem CAPS?			
7- O Caps oferece que tipos de oficinas/serviços aos pacientes assistidos?			
8-Há Infraestrutura para acesso aos deficientes? Ráspas, banheiros adaptados			
9-Há algum trabalho com a temática medicamentos			
10-Há critérios de acesso ao CAPS como encaminhamento, faixa etária, diagnóstico, território, gravidade?			Critérios:
11-Qual o horário de funcionamento?	____:____ às ____:____		
12-Para onde o serviço encaminha pacientes em crise que necessitam hospitalização			
13-Citar os Profissionais que compõem o serviço no CAPS			
14-Quantos usuários são cadastrados no serviço	_____		
15- Média de atendimentos no último mês	_____		
16- Pacientes em internação dia	_____		

Medicamentos	Sim	Não	Comentário
17-Há algum medicamento armazenado no serviço para dispensação ou uso ambulatorial?			
18-Há local exclusivo para a guarda dos medicamentos?			
19-Há profissional responsável pelo controle dos medicamentos?			
20-Os medicamentos são liberados mediante prescrição e de acordo com a legislação vigente?			
21-Os medicamentos encontram-se identificados e rotulados com informações de lote e validade?			
22-Há medicamentos vencidos para serem dispensados?			
23-O local está adequado para a guarda de medicamentos? (ventilação, abrigo da luz, unidade, temperatura)			
24-O elenco de medicamentos para atendimento de urgência está completo? Há estoque mínimo?			
25-Há local para a guarda de medicamentos dos pacientes em internação dia com a devida identificação e posologia?			
26-O CAPS possui farmácia em suas dependências? Se reposta negativa pular para pergunta 26			
27-Qual o horário de funcionamento da farmácia?			
28-Os funcionários da farmácia possuem alguma qualificação na área de medicamentos?			
29-Há farmacêutico que atende este serviço? Qual seu horário de trabalho?			
30-A farmácia é registrada no Conselho de Farmácia?			
31-Possui Alvará Sanitário?			
32-Trata-se de um dispensário de Medicamentos?			
Regras para prescrição e dispensação	Sim	Não	Comentário
33-Há documentos que padronizam a prescrição aos profissionais do serviço?			
34-Há protocolos para tratamento de doenças?			
35-Há seleção de medicamentos no município para a Saúde Mental (Remume)? Há uma cópia para consulta no CAPS?			
36-A Remume está atualizada(última versão menos de 2 anos)?			
37-Os profissionais deste serviço utilizam a remume? Verificar durante a visita com os médicos do serviço avaliado			
38-Os medicamentos administrados como uso ambulatorial geram prescrição?			
39-Estas prescrições são arquivadas no serviço?			
Perguntas reservadas ao CAPS que não possuem farmácia	Sim	Não	Comentário
40-Onde os pacientes adquirem medicamentos da saúde mental			
41- Há estrutura/tratamento diferenciado para os pacientes da saúde mental nestes locais?			

42-Os medicamentos relacionadas na RENAME 2013 são padronizados neste município? (ver lista no FP 4)			
Perguntas reservadas ao CAPS que possuem farmácia	Sim	Não	Comentário
43-O farmacêutico esta envolvido no atendimento/ plano de cuidado de pacientes que necessitam de maior cuidado/atenção?			
44- O farmacêutico interage com equipe médica, discussão de casos clínicos e intervenções necessárias?			
Uso racional de Medicamentos	Sim	Não	Comentário
45-Os profissionais possuem acesso a bibliografias de apoio, acesso a protocolos, guidelines, handbooks e outras refências para auxílio na prescrição?			
46- Qual o perfil do tratamento dos pacientes? Mono ou polimedicamentoso			
47-Há algum histórico de erro de medicação/superdosagem/erros de dispensação no serviço?			

APÊNDICE 3- Formulário de Pesquisa 2- Descrição das Etapas da Assistência Farmacêutica

FORMULÁRIO DE PESQUISA 2				
Identificação das etapas da Assistência Farmacêutica- Saúde Mental				
Serviço _____		Data ____/____/____		
Município _____		Pesquisador _____		
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Seleção	1-Há Remume no município e divulgação para o CAPS?			
	2-A Remume esta atualizada? (até 2 anos - última revisão)			
	3-As revisões e atualizações envolvem profissionais do CAPS?			
	4-É realizada divulgação adequada da Remume?(os profissionais do serviço devem conhecer ou apresentar)			
	5-Existe de regulamentação para aquisição e disponibilização de medicamentos não contemplados na remume?			
	6-há comissão de farmácia e terapêutica/ Equivalente que atende o serviço de saúde mental?			
	7-Existem protocolos de tratamento usados com frequência no serviço? ou comissão de farmácia e terapêutica/ Equivalente?			
	8-Há fornecimento de medicamentos da Saúde Mental que não constam na Remume solicitados por via judicial? Assinalar frequência	Menos de 5 pacientes	Mais de 10 pacientes	Mais de 20 pacientes
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Programação	9-Há profissional responsável por esta atividade no CAPS?			
	10-O profissional compreende e aplica os conceitos de gerencia de estoques (consumo médio, estoque mínimo, FEFO)?			
	11-Na programação os cálculos da quantidade de medicamentos são levados em consideração consumo histórico, perfil populacional, oferta dos serviços			
	12-Avaliar a eficiência da programação(gerou desabastecimento temporário de algum item)			
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Aquisição	13-Existe registro de preço/ licitação vigente para os itens relacionados na Remume-Saúde Mental?			

	14-há Lista de preço atualizada dos medicamentos Saúde Mental?			
	15-Existem requisitos técnicos em edital para aquisição dos medicamentos (documentação, licenças da empresa, prazos e condições)?			
	16-há Controle de pedidos, quantidades empenhadas , quantidades entregues de cada licitaçãoes?			
	17-Existe arquivo organizado com cadastro de fornecedores, notas fiscais e laudos dos produtos recebidos?			
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Armazenamento	18-As instalações físicas, elétricas, sanitárias e condições do local estão adequadas para o armazenamento de medicamentos?			
	19-As condições de limpeza do local estão adequadas?			
	20-Existe procedimento para conferência dos medicamentos recebidos?			
	21-Existe controle de estoque(verificar a presença de algum registro)?			
	22-Há realização de inventário frequentemente?			
	23-Há controle de temperatura?			
	24-Há segregação de medicamentos impróprios para o uso (vencidos/devoluções/quarentena)?			
	25-Os medicamentos possuem identificação (lote e validade) mesmo após fracionamento?			
26-Praleteiras e bins estão identificados corretamente com os medicamentos armazenados?				
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Dispensação	27-Existe local adequado para dispensação dos medicamentos?			
	28-Há registro das dispensações realizadas?			
	29-Orientação na dispensação			
	30-Presença do farmacêutico	Tempo integral	Meio período	Não esta presente diariamente
	31-Tempo médio de atendimento de cada prescrição			
Etapa	Avaliar adequação das prescrições às seguintes condições (n=30)	Quant.	Quant.	Observação direta
Legislação	32-Prescrição sem emenda ou rasura			
	33-Prescrição contendo no máximo 3 substancias da lista C1			

	34-Prescrição elaborada para atender no máximo 60 dias de tratamento e 180 dias nos casos de antiparkinsonianos e anticonvulsivantes			
	35-Preenchimento de todos os dados no receituário - adequação ao artigo 55 da portaria 344/98	Atende os 6 requisitos	Atende 4 ou mais requisitos	Atende 2 ou mais requisitos
		Sim	Não	Observação direta
	36-Medicamentos guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico			
	37-Escrituração manual ou eletrônica das prescrições			
Etapa		Sim	Não	Observação direta
Rastreabilidade	38-O serviço possui informações sobre os lotes e validades dos medicamentos recebidos			
	39-O serviço possui informações sobre os lotes e validades dos medicamentos dispensados aos pacientes			
	40-Há cadastro com anotações, registro sobre pacientes atendidos pelo serviço e relação de medicamentos utilizados			
	41-O serviço acompanha notificações de reações adversas relatadas pelos pacientes			

APÊNDICE 4- Formulário de Pesquisa 3- Desabastecimentos e Registros de dispensação adequados

FORMULÁRIO DE PESQUISA 3							
Desabastecimentos e Registros de dispensação adequados- Saúde Mental							
Serviço _____				Data ____/____/____			
Município _____				Pesquisador _____			
Medicamentos Essenciais para o tratamento de condições comuns	Presente no Estoque Sim=1 Não=0	Medicamento vencido disponível para a dispensação Sim=1 Não =0	Registro de pelo menos 6 meses nos últimos 12 meses Sim=1 Não= 0	Coletar dados apenas para medicamentos com registros de pelo menos 6 meses nos últimos 12 meses			
				Número de dias sem estoque	Número de dias com estoque (pelo menos 6 meses)	Equivalência número de dias por ano	
1	Carbamazepina						
2	Carbonato de Lítio						
3	Clonazepam						
4	Cloridrato de Amitriptilina						
5	Cloridrato de Biperideno						
6	Cloridrato de Clomipramina						
7	Cloridrato de Clorpromazina						
8	Cloridrato de Fluoxetina						
9	Cloridrato de Nortriptilina						
10	Diazepam						
11	Fenitoína Sódica						
12	Fenobarbital						
13	Haloperidol						
14	Valproato de Sódio comprimido						
15	Valproato de Sódio solução						
Soma					Soma		
Percentagem							

APÊNDICE 5- Formulário de Pesquisa 4- Condições de Armazenamento

FORMULÁRIO DE PESQUISA 4			
Condições adequadas de conservação de medicamentos - Serviços de Saúde Mental			
Serviço _____		Data ____/____/____	
Município _____		Pesquisador _____	
Checklist		Depósito Verdadeiro=1 Falso=0	Dispensação Área/sala Verdadeiro=1 Falso=0
1	Existe método para controle de temperatura (por exemplo, espaço entre telhado e teto para circulação de ar, aparelho de ar condicionado, ventiladores climas, aparelhos de ar condicionado, ventiladores, etc.)		
2	Há janelas que podem ser abertas ou há saídas de ar.		
3	Proteção contra luz solar direta (por exemplo, painéis da janela pintadas ou cortinas / persianas para proteger contra o sol).		
4	Área isenta de umidade (por exemplo, vazamento no teto, telhado, drenos, torneiras, etc.)		
5	Existe aparelho refrigerador		
6	Há registro de temperatura regular no refrigerador		
7	Os medicamentos não são armazenados diretamente no chão.		
8	Os medicamentos são armazenados de forma sistemática (por exemplo, em ordem alfabética, classe terapêutica		
9	Os medicamentos são armazenados pela regra FEFO (primeiro que vence, primeiro a ser dispensado).		
10	Não há evidência de insetos e animais no local.		
11	Os comprimidos / cápsulas não são manipulados com as mãos nuas.		

APÊNDICE 6- Formulário de Pesquisa 6- Protocolos de Tratamento

FORMULÁRIO DE PESQUISA 6		
Protocolos de tratamento e Relação de Medicamentos Essencias- Saúde Mental		
Serviço _____	Data ____/____/____	
Município _____	Pesquisador _____	
Diretriz padrão para o tratamento (STG) avaliação		
STG para depressão	Sim=1	Não=0
STG para outra doença mental _____		
Lista de Medicamentos Essenciais (EML) atualizada nos últimos 5 anos		
Nacional EML	Sim=1	Não=0
Estadual/Municipal		
EML específico do serviço		
Outro EML (descrever)		

APÊNDICE 8- Formulário de Pesquisa 2.1-Descrição das Etapas da Assistência Farmacêutica-Legislação

FORMULÁRIO DE PESQUISA 2.1									
Análise da etapa de legislação									
Serviço _____					Data ____/____/____				
Município _____					Pesquisador _____				
					Considerar legibilidade *				
	Emenda ou rasura	max. 3 subs. C1	prazo e quant. adequada	Ident. do emitente	Ident. do usuário	Nome do medicam. Dosagem, conc., FF, Quant. Posologia	Data	Ass. Presc.	Ident. Quant. Aviada/registro da dispensação
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
*	Caso a leitura da prescrição gere dúvidas quanto a estes requisitos avaliados em função da falta de legibilidade, indicar Não no campo avaliado								

11 ANEXOS

ANEXO 1- Parecer consubstanciado comitê de ética em pesquisa-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÓPEBA: UM ENFOQUE NO MUNICÍPIO DE IBIRITÉ- MINAS GERAIS

Pesquisador: Marina Guimarães Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26041113.6.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 534.576

Data da Relatoria: 18/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal a ser realizado em municípios que compõem a Região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, e que apresentam um CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). O objetivo do estudo é avaliar as características da Assistência Farmacêutica nos CAPS dos municípios, com uma análise mais aprofundada no município de Ibirité-MG.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é avaliar as condições de Assistência Farmacêutica nos CAPS na Região do Médio Paraopeba-MG. São objetivos secundários: descrever os CAPS dos municípios da Região do Médio Paraopeba-MG segundo as etapas da Assistência Farmacêutica; avaliar as condições de armazenamento nos CAPS do município de Ibirité-MG segundo os indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde; avaliar as condições de prescrição e dispensação de medicamentos nos CAPS de Ibirité-MG segundo a legislação vigente; identificar a percepção e satisfação dos usuários dos CAPS da região do médio Paraopeba-MG sobre os serviços de farmácia e assistência farmacêutica prestadas ao paciente com sofrimento mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes da pesquisa envolvem o tempo destinado à resposta aos questionários pelos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl. 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (51)3409-4592

E-mail: cep@cepq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Contribuição do Pensar: 534.578

participantes e possível revelação de informações individuais dos participantes. Outros riscos decorrentes da pesquisa envolvem a observação de irregularidades sérias na Assistência Farmacêutica, divulgação das mesmas e penalização dos funcionários envolvidos.

Os benefícios estão relacionados a possibilidade de redirecionamento da Assistência Farmacêutica nos CAPS e municípios envolvidos visando a promoção do uso racional de medicamentos e da saúde dos indivíduos com transtornos mentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto meritório e relevante, poderá contribuir para a melhora dos serviços envolvidos.

Os municípios elegíveis para o estudo serão aqueles que pertencentes à Região do Médio Paraopeba, que possuem CAPS e cujos gestores das áreas de Saúde Mental ou de Assistência Farmacêutica concordaram em participar da pesquisa. As etapas consideradas serão: seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e dispensação. Para esta descrição, será realizada observação direta dos CAPS durante um dia de funcionamento por meio de um formulário (ANEXO 3) e os gestores ou profissionais de saúde atuantes nos CAPS e na Assistência Farmacêutica dos municípios serão entrevistados por meio de um questionário semiestruturado (ANEXO 4). Estima-se que cerca de dez profissionais ou gestores sejam entrevistados, que previamente à entrevista assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). As condições de armazenamento nos CAPS do município de Ibirité-MG serão avaliadas segundo os indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Será realizada observação direta e empregado um formulário baseado em instrumentos desenvolvidos pela OMS em um documento publicado em 2007 (ANEXO 5). As características da organização dos serviços, da prescrição e dispensação de medicamentos da Saúde Mental nos CAPS do município de Ibirité-MG serão descritas segundo os indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde. A observação direta das condições de prescrição e dispensação será realizada por meio de um formulário contendo aspectos relativos ao uso racional de medicamentos (ANEXO 6). Serão empregadas adicionalmente entrevistas com os usuários para avaliar as condições de prescrição e dispensação e a compreensão do tratamento pelo paciente, com o emprego de formulário adaptado da OMS (2007). Somente serão entrevistados usuários que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). O tamanho da amostra de usuários foi calculado considerando-se: prevalência a priori de 50%, devido a heterogeneidade dos eventos avaliados, precisão de 5%, nível de significância de 95%, efeito do desenho igual a 2 e 30% de perdas. Assim a amostra foi estimada em 864 indivíduos. A organização dos serviços de Assistência Farmacêutica será avaliada por meio de formulário adaptado da OMS (2007) (ANEXO 8) com enfoque para a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - P. Ad. 9 2008

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.275-401

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)2406-4502

E-mail: comae@proex.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 534.570

disponibilidade de Relação de Medicamentos Essenciais e Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para a Saúde Mental. As dispensação de medicamentos nos CAPS de Ibirite-MG será avaliada segundo a legislação vigente. Aspectos da Portaria 344/96 do Ministério da Saúde foram incluídos no formulário destinado a descrever as etapas da Assistência Farmacêutica (ANEXO 3). Para avaliação da satisfação dos usuários do serviço será aplicada a Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação (SATIS-5R).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presente folha de rosto, termo de compromisso do pesquisador, parecer consubstanciado com aprovação da Câmara Departamental, anuência das secretárias de saúde municipais cujos centros estão envolvidos com a pesquisa, TCLE.

Questionários e formulários envolvidos na pesquisa foram apresentados como anexos ao projeto original.

Recomendações:

Esclarece quais medidas serão tomadas para a minimização dos riscos descritos, considerando a necessidade de garantia de manutenção do sigilo dos dados e preservação dos indivíduos envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÓPEBA: UM ENFOQUE NO MUNICÍPIO DE IBIRITE- MINAS GERAIS" da pesquisadora Marina Guimarães Lima

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 9527 2º Ad B- 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-401
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4562 E-mail: conep@ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Processo 534.570

BELO HORIZONTE, 19 de Fevereiro de 2014

Assinado por:
Marli Teresa Marques Amaral
(Coordenador)