

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE**

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL PARA
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE
MENTAL DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

EVERTON RODRIGUES BEZERRA

**RECIFE – PE
2021**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE**

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL PARA
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE
MENTAL DE USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada à banca na Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde.

Mestrando:

Everton Rodrigues Bezerra

Orientadora:

Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros

Co-orientadoras:

Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Dra. Mônica Maria Henrique dos Santos

Linha de Pesquisa: Estratégias, Ambientes e Produtos Educacionais Inovadores.

**RECIFE – PE
2021**

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

B574e Bezerra, Everton Rodrigues

Elaboração e validação de um manual para intervenções farmacêuticas na saúde mental de usuários na atenção primária. / Everton Rodrigues Bezerra; orientadora Flávia Patrícia Morais de Medeiros; coorientadoras Mônica Cristina Batista de Melo, Mônica Maria Henrique dos Santos. – Recife: Do Autor, 2021.

170 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2021.

1. Estudo de validação. 2. Modos de intervenção. 3. Educação em saúde. 4. Assistência em saúde mental. I. Medeiros, Flávia Patrícia Morais de, orientadora. II. Melo, Mônica Cristina Batista de, coorientadora. III. Santos, Mônica Maria Henrique dos, coorientadora. IV. Título.

CDU 615:371.78

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

FOLHA DE APROVAÇÃO



Curso: Mestrado Profissional em Educação
para o Ensino na Área de Saúde

Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

"Elaboração e validação de um manual para intervenções farmacêuticas na Saúde mental de usuários na Atenção Primária"

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros – FPS

Co-orientadoras: Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo e Mônica Maria Henrique dos Santos - FPS

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros - FPS

Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia César Vieira – FPS

Profa. Dra. Rossana Carla Rameh de Albuquerque – FPS

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, o candidato Everton Rodrigues Bezerra foi considerado Aprovado.

Recife, 22 de junho de 2021.

Profa. Dra. Flávia-Patrícia Morais de Medeiros - FPS

Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia César Vieira - FPS

Profa. Dra. Rossana Carla Rameh de Albuquerque – FPS

Digitalizada com CamScanner

RECIFE – PE
2021

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a minha esposa Virgínia Isabelle Santana Lucena Freire, meus filhos João Guilherme Virgínio Lucena Rodrigues e Maria Melina Virgínio Lucena Rodrigues, a minha mãe Rozane Bezerra de Souza Rodrigues, a meu pai Everaldo José de Souza Rodrigues e *in memoriam* a minha avó Antônia Henrique da Silva pelo incentivo incondicional e, sobretudo, ao Grande Arquiteto do Universo pelo dom da vida e da sabedoria dado aos homens.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos que permitiram a realização desse estudo, particularmente:

A orientadora Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros, docente da FPS por ter aceitado ser minha mentora e compartilhar sua experiência com estudos de elaboração e validação de instrumentos.

Ao amigo e mestre Ícaro Kleysson de Souza Carvalho que me ajudou na elaboração dos instrumentos de coleta de dados *online*.

Ao amigo e Ir. Frederico Nicolas Antonino de Souza pelo apoio profissional e incentivo durante toda jornada acadêmica e profissional.

A minhas amigas Jannieres Darc da Silva e Jozelma Pereira Barros, ambas professoras da FIS que sempre me incentivaram e me ajudaram nesta longa caminhada.

As co-orientadoras Dra. Mônica Maria Henrique dos Santos e Dra. Mônica Cristina Batista de Melo que colaboraram com os conhecimentos na minha dissertação de mestrado.

“O ego é dotado de um poder, de uma força criativa, conquista tardia da humanidade, a que chamamos de vontade.”

Carl Jung

RESUMO

Introdução: Incontáveis são os argumentos para os usuários com transtornos mentais terem o direito do acesso a assistência e o cuidado farmacêutico de maneira segura, seja o acesso garantido aos medicamentos psicotrópicos, como também o acompanhamento farmacoterapêutico que possibilite que sejam conhecidos os determinados problemas de saúde e os medicamentos utilizados. O profissional farmacêutico pode contribuir melhorando assim a qualidade de vida destes usuários. Sabe-se que o número de brasileiros com transtornos mentais cresce a cada ano, conseqüentemente o consumo de psicotrópicos também aumenta, pois dados relatam que 450 milhões de pessoas atualmente apresentam perturbações mentais ou neurológicas ou problemas psicossociais. Atualmente, existem poucos estudos sobre os cuidados farmacêuticos voltados ao usuário acometido por algum transtorno mental, bem como a participação do profissional farmacêutico é mais perceptível na promoção ao acesso ao tratamento e menos, em relação ao cuidado farmacêutico. A partir da Reforma Psiquiátrica, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual evidencia-se vários problemas, pois as equipes multiprofissionais não estão devidamente capacitadas em lidar com os impactos na saúde mental que interfere na qualidade de vida dos usuários que necessitam dos serviços da RAPS. Algumas vezes, o farmacêutico não faz parte como profissional de saúde do ciclo do cuidado ao usuário com transtornos mentais, no qual muitas vezes o mesmo, apenas tem o acesso ao medicamento, sem a orientação farmacêutica adequada, que impacta no uso racional e seguro dos medicamentos, comprometendo a qualidade do serviço. Os profissionais de saúde e os usuários do serviço na atenção primária da saúde mental devem manter um cuidado integrado para o sucesso do tratamento. Para isso, é importante estabelecer orientações e metodologias de trabalho direcionadas e eficazes para a prática do atendimento farmacêutico-paciente de alta qualidade, preparando-o para estar junto ao usuário executando intervenções efetivas, promovendo, principalmente, a adesão ao tratamento com compreensão e parceria pelos usuários e seus familiares. **Objetivo:** Elaborar e validar um manual para realização de intervenções farmacêuticas na assistência aos usuários com transtornos mentais na Atenção Primária. **Métodos:** Foi realizado um estudo de validação de conteúdo e semântica de um manual para intervenções farmacêuticas. A primeira etapa: foi a elaboração do manual a partir de um referencial teórico acerca do tema. Para isso, foram pesquisadas literaturas científicas entre o ano 2010 e 2020 que apresentaram os descritores “Assistência à Saúde Mental”, “Educação em Saúde”, “Prática Farmacêutica Baseada em Evidências”, “*Mental Health Assistance*”, “*Health Education*”, “*Evidence-Based Pharmacy Practice*”, “*Atención a la Salud Mental*”, “*Educación en Salud*”, “*Práctica Farmacéutica Basada en la Evidencia*” nas seguintes bases de dados: *Education Resources Information Center* (ERIC), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), EBSCO e portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Na segunda etapa: realizou-se a validação de conteúdo. O manual passou por um painel de especialistas composto por juízes, selecionados a partir do currículo lattes e critérios adaptados de *Fehring*, que atingiram, no mínimo nota cinco. A terceira etapa: foi a validação semântica que contou com a participação de farmacêuticos que atuavam na atenção primária da Secretaria de Saúde de Recife, com, no mínimo, um ano de atuação no serviço. Na validação de conteúdo, quando os itens do Manual fossem avaliados na

escala de *Likert* com os valores de 4 e 5, estes estavam aprovados, porém, quando as avaliações pelos juízes resultaram nos números entre 1 a 3, estes itens foram discutidos nas reuniões de consenso para nivelamento das avaliações de cada item analisado deste produto, para assim manter a concordância em 100% de todos os juízes experts. Na semântica, o manual foi enviado por *email* individual, aos farmacêuticos, para avaliação da sua compreensão e estrutura. O instrumento foi retornado, após a validação semântica para obtenção da versão consensual final. Nas duas etapas, o critério de mudança utilizado foi de 100% de concordância entre os participantes. A pesquisa obedeceu aos critérios éticos, pois seguiu a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado sob número do CAAE 09457019.1.0000.5569, número de parecer 3.284.889, no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). **Resultados:** Foi elaborado e validado um manual de intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária, como produto técnico. Também um artigo científico. Participaram da validação de conteúdo, cinco juízes especialistas. A validação do conteúdo aconteceu em cinco reuniões, com três horas de duração, cada. Foram realizadas modificações quanto a ordem sequencial dos títulos, inserção de novos conteúdos, novas referências na abordagem da saúde mental. Como se tratava de um manual para uso pelos farmacêuticos no serviço de saúde mental, foi sugerido deixar por tópicos, contextualizando a Reforma Psiquiátrica e as diferentes formas de tratamento, tornando-o mais didático para consulta. Na validação semântica, obteve-se o retorno por *email* de seis farmacêuticos. Foi consenso a compreensão pelos participantes, sendo o manual considerado validado. **Conclusão:** Os produtos dessa dissertação serão utilizados por profissionais farmacêuticos que atuam no SUS, mas também, na iniciativa privada. O manual poderá identificar mais facilmente as fragilidades no serviço, possibilitando traçar medidas para aprimorar a orientação farmacêutica no cuidado e acolhimento aos usuários com transtornos mentais, consequentemente, contribuindo com a melhoria na qualidade de vida e aumentando a segurança do paciente, nesse serviço. O artigo científico visa dar publicidade aos passos executados na elaboração e validação do produto técnico.

Palavras-Chave (DeCS): Estudo de Validação; Modos de Intervenção; Educação em Saúde; Assistência em Saúde Mental; Manual.

ABSTRACT

Introduction: Countless are the arguments for users with mental disorders to have the right to access pharmaceutical care and care in a safe way, whether guaranteed access to psychotropic medications, as well as pharmacotherapeutic monitoring that makes it possible for certain health problems to be known. and the medications used. The pharmacist can thus contribute to improving the quality of life of these users. It is known that the number of Brazilians with mental disorders grows every year, consequently the consumption of psychotropic drugs also increases, as data report that 450 million people currently have mental or neurobiological disorders or psychosocial problems. Currently, there are few studies on pharmaceutical care aimed at users affected by a mental disorder, and the participation of the pharmacist is more noticeable in promoting access to treatment and less in relation to pharmaceutical care. From the Psychiatric Reform, the Psychosocial Care Network (RAPS) was created within the scope of the Unified Health System (SUS), in which several problems are evident, as the multidisciplinary teams are not properly trained in dealing with the impacts on health that interferes with the quality of life of users who need RAPS services. Sometimes, as a health professional, the pharmacist is not part of the cycle of care for users with mental disorders, in which they often only have access to the medication, without proper pharmaceutical guidance, which impacts the rational and safe use of medicines, compromising the quality of the service. Health professionals and service users in primary mental health care must maintain integrated care for treatment success. For this, it is important to establish guidelines and targeted and effective work methodologies for the practice of high-quality pharmaceutical-patient care, preparing them to be with the user performing effective interventions, mainly promoting adherence to treatment with understanding and partnership by users and their families.

Objective: To develop and validate a manual for carrying out pharmaceutical interventions in assistance to users with mental disorders in Primary Care. **Methods:** A content and semantic validation study of a manual for pharmaceutical interventions was carried out. The first step: was the preparation of the manual from a theoretical framework on the subject. For this, scientific literatures were searched between 2010 and 2020 that presented the descriptors "Mental Health Assistance", "Health Education", "Evidence-Based Pharmaceutical Practice", "Mental Health Assistance", "Health Education", " Evidence-Based Pharmacy Practice", "Atención a la Salud Mental", "Educación en Salud", "Práctica Farmacéutica Based on Evidence" in the following databases: Education Resources Information Center (ERIC), Regional Library of Medicine (BIREME) , EBSCO and journal portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (Capes). In the second step: content validation was performed. The manual went through an expert panel composed of judges, selected from the lattes curriculum and adapted criteria of Fehring, who achieved at least a grade of five. The third step: semantic validation, which included the participation of pharmacists who worked in primary care at the Recife Health Department, with at least one year of experience in the service. In content validation, when the Manual items were evaluated on the Likert scale with values of 4 and 5, they were approved, however, when the evaluations by the judges resulted in numbers between 1 and 3, these items were discussed in the meetings of consensus for leveling the evaluations of each item analyzed for this product, in order to maintain 100%

agreement among all expert judges. In semantics, the manual was sent by individual email to pharmacists to assess its understanding and structure. The instrument was returned after semantic validation to obtain the final consensual version. In both stages, the change criterion used was 100% agreement among participants. The research followed the ethical criteria, as it followed the resolution nº 510/2016 of the National Health Council, was approved under CAAE number 09457019.1.0000.5569, opinion number 3.284.889, by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). **Results:** A manual of pharmaceutical interventions in mental health in primary care was developed and validated as a technical product. Also a scientific article. Five expert judges participated in the content validation. Content validation took place in five meetings, each lasting three hours. Modifications were made regarding the sequential order of titles, insertion of new content, new references in the mental health approach. As it was a manual for use by pharmacists in the mental health service, it was suggested to leave it for topics, contextualizing the Psychiatric Reform and the different forms of treatment, making it more didactic for consultation. In the semantic validation, feedback was obtained by email from six pharmacists. The understanding of the participants was a consensus, and the manual was considered validated. **Conclusion:** The products of this dissertation will be used by pharmaceutical professionals working in the SUS, but also in the private sector. The manual will be able to more easily identify the weaknesses in the service, making it possible to outline measures to improve pharmaceutical guidance in the care and reception of users with mental disorders, consequently contributing to the improvement in quality of life and increasing patient safety in this service. The scientific article aims to publicize the steps taken in the preparation and validation of the technical product.

Keywords (DeCS): Validation Study; Intervention Modes; Health education; Mental Health Care; Manual.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
1.1 Momento histórico envolvendo o contexto da loucura	1
1.2 O marco da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica	1
1.3 O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária	3
1.4 Organização e cuidados na saúde mental	4
1.5 Legislação aplicada na venda dos medicamentos psicotrópicos	5
1.6 Uso racional de medicamentos e possíveis intervenções farmacêuticas no cuidado à saúde mental	6
1.7 A importância do farmacêutico nos serviços de saúde	7
1.8 Conceitos sobre validação de conteúdo e semântica	8
1.9 A importância da educação permanente para profissionais farmacêuticos no contexto das intervenções farmacêuticas	9
II. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
III. MÉTODOS	1
3.1 Tipo do Estudo	1
3.2 Contexto do Estudo	1
3.3 Período do Estudo	1
3.4 População e Amostra do Estudo	11
3.5 Critérios de Elegibilidade	11
3.5.1 Critérios de Inclusão	11
3.5.2 Critérios de Exclusão	13
3.6 Fluxograma das Etapas de Elaboração e Validação de Conteúdo e Validação Semântica do Manual	13
3.7 Procedimento Metodológico para Validação de Conteúdo e	13

Validação Semântica do Manual	
3.7.1 Elaboração do Manual	14
3.7.2 Validação de Conteúdo	15
3.7.3 Validação Semântica	17
3.8 Coleta de dados	17
3.9 Análise de dados	18
3.10 Aspectos Éticos	18
IV. RESULTADOS	19
4.1 Artigo Científico	20
4.2 Manual de Intervenções Farmacêuticas para Assistências aos Usuários com Transtornos Mentais	32
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
VI. REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	
Apêndice I – Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Juízes da Validação de Conteúdo – PCLE 1	122
Apêndice II – Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Participantes da Validação de Semântica– PCLE 2	124
Apêndice III – Carta Convite aos Juízes	126
Apêndice IV – Carta Convite aos Farmacêuticos	127
ANEXOS	
Anexo A – Carta de Anuência FPS	128
Anexo B – Carta de Anuência Secretária de Saúde do Recife	129
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	130
Anexo D – Normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação	133

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
APS	Atenção Primária à Saúde
WHO	Organização Mundial da Saúde
WONCA	Organização Mundial de Médicos da Família
BZD	Benzodiazepínicos
SM	Saúde Mental
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
URM	Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
IF	Intervenções Farmacêuticas
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
PCLE 1	Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes da Validação de Conteúdo 1
PCLE 2	Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes da Validação Semântica 2
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família

NASF-AB Núcleo de Saúde da Família

CT Comunidade Terapêutica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de pontuação para escolha dos peritos/experts.	12
Quadro 2 - Avaliação do Item para Validação de Conteúdo elaboração do Manual para intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental.	16

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Fluxograma das etapas de elaboração e validação do manual para intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental. 13

I. INTRODUÇÃO

1.1 Momento histórico envolvendo o contexto da loucura

O momento histórico do contexto que envolve a loucura e o surgimento dos manicômios, foram cruciais para o surgimento dos hospitais psiquiátricos, que foram interligados aos períodos de diferentes épocas históricas, tais como a antiguidade clássica (pensadores gregos); séculos XV e XVI (exorcistas); séculos XVII e XVIII (enfoque médico); e o século XIX (manicômios)¹.

A loucura está presente na raça humana desde os primórdios dos tempos e afetam um número considerável de pessoas em todo o mundo, sendo considerado em alguns cenários como um problema de saúde pública que traz efeitos devastadores na sociedade de um modo em geral bem como no âmbito familiar de forma específica².

O termo loucura faz com que a sociedade tenha certo preconceito, desde tempos passados até os atuais, mesmo com os acontecimentos históricos e relevantes da psiquiatria, como a Reforma Psiquiátrica, as concepções remotas de loucura ainda estão impregnadas na cultura atual. A loucura é uma produção social histórica, mediada em grande parte por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos usuários acometidos³.

A partir da contextualização da loucura é necessário destacar o marco que culminou a mudança, descentralização e melhoria da qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais que necessitam do serviço de saúde mental no Brasil.

1.2 O marco da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica

A saúde mental marcou a história, devido ao marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que possibilitou mudanças em nível do Ministério da Saúde (MS), tais como os impactos da saúde mental nos requisitos da economia, sociedade e estado, reorganização da assistência à saúde mental e questões relacionadas a cidadania e a doença mental nos direitos envolvendo pessoas acometidas por transtornos mentais, contudo os deveres e legislação do doente mental, atenção

integral e a cidadania, foram mudanças que impactaram positivamente para uma melhor estruturação do serviço de saúde mental⁴.

Outro ponto relevante envolvendo o contexto mental e a assistência psiquiátrica foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro foi promulgado e desenvolvido o documento final intitulado “Declaração de Caracas”, onde os países da América Latina, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário, pois esta declaração revê um melhor respaldo para garantia de um modelo assistencial humanitário e coletivo aos doentes mentais⁴

A Reforma Psiquiátrica é englobada como grupo de transformações, de práticas, saberes, valores culturais e sociais, com trajeto de luta permeado por diversos desafios e conquistas, que podem ser divididos em três períodos, tais como: o primeiro período datado entre 1978-1992, marcado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e I Conferência Nacional de Saúde Mental; o segundo período entre os anos de 1992-2001, marcada pela II Conferência Nacional de Saúde Mental e o terceiro período situado entre os anos de 2001, marcado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental até os dias atuais⁵.

As condições de acolhimento, higiênicas e sanitárias dos manicômios eram delicadas, onde muitas vezes os pacientes que eram considerados e diagnosticados como loucos não tinham diagnóstico de doença mental (loucura), no qual muitos eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, rebeldes, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. O paradigma criado nesta época era que essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis⁶.

A Lei nº 10.216, aprovada em 2001, promoveu mudanças assistenciais no modelo de saúde mental, com a abertura de mais serviços públicos de base comunitária, diminuição da quantidade de leitos psiquiátricos, inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, e uma maior atenção aos direitos dos pacientes que necessitam destes serviços, como também a criação de projetos de reinserção social

através da produção de cultura e geração de renda com impacto na melhoria da socialização, qualidade de vida e redução do estigma que sofrem os portadores de transtornos mentais⁷.

As inúmeras críticas à Reforma Psiquiátrica no Brasil vão de encontro a ideia de que os hospitais psiquiátricos são fundamentais na composição da rede de saúde mental. Como o processo de reforma contesta essa ideia e vem gradativamente reduzindo o tamanho e o número de hospitais logo estaria havendo desassistência e “despsiquiatrização”. No entanto, tais críticas, que promovem os internamentos de pacientes com transtornos mentais, não se fundamentam, visto que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, constituição de leitos em hospitais gerais e ampliação da cobertura através de serviços abertos e organizados em territórios é uma realidade mundial, com ênfase nos países desenvolvidos, proporcionando assim um atendimento mais humanitário aos usuários de serviços mentais⁷.

Acredita-se que o alvo desse ataque ao serviço de saúde mental, são os serviços que estão ocupando o posto estratégico na organização da rede assistencial e atendimento a casos graves, que antes da reforma seguiam para hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No Brasil, a ideia predominante é que essa rede tenha um centro referencial para o sistema, que teria a função de colocar os diversos serviços em contato, facilitando as trocas de informações e planejamentos intersetoriais, além do tratamento em liberdade modificando um paradigma que pensava-se estar superado⁷.

1.3 O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária em Saúde

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) servem como mediadores clínico-institucionais, por terem como característica a capacidade de realizar o matriciamento dos serviços não especializados, o atendimento dos casos mais complexos e, ainda, servir como referência fundamental para os leitos de retaguarda. Essa proposta de organização subentende uma rede de saúde mental articulada e integrada do ponto de vista intersetorial⁷.

Os CAPS são gerenciados pelos municípios, abertos e de base comunitária. Prestam atendimentos diários aos pacientes com transtornos mentais graves e

persistentes por meio de atendimento clínico e reinserção social. A proposta desses centros é que, com o acesso aos direitos de todo cidadão como o trabalho, o lazer, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, o indivíduo com transtorno mental ocupará um novo espaço na sociedade⁸.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é elucidada como parte do sistema de saúde encarregada por oferecer à população em geral os cuidados necessários para os diversos problemas de saúde, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutiva para cerca de 80% destes problemas, devendo também ser o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais⁹.

O documento *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, editado em conjunto pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), reúne diretrizes globais e relatos de experiências exitosas, de diversos países, de integração entre saúde mental e APS, no qual devem ser incluídos, rotineiramente, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental⁹.

A continuação do cuidado é um elemento primordial de uma atenção primária eficaz necessitando cada vez mais de um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, com intuito de aumentar qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária. São destacadas sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária: (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso ao serviço por parte dos usuários acometidos, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade no tratamento envolvendo a saúde mental, e (7) bons resultados clínicos⁹.

Os cuidados em saúde mental, na atenção primária, retratam garantir que os usuários que necessitam destes cuidados poderão acessá-los próximo às suas residências, sem comprometer seus vínculos familiares, de trabalho e de suporte social, que podem ser fontes importantes de recuperação. Na maioria dos países, os serviços primários são disponibilizados de forma gratuita ou a menor custo do que o serviço especializado⁹.

1.4 Organização e cuidados na saúde mental

A saúde mental é organizada de acordo o modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS⁹.

A RAPS é composta: pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), CAPS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf-AB), serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “de volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas (CT). Estes serviços foram vinculados aos seus diferentes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial¹⁰.

Três eixos são descritos para organização da saúde mental na atenção básica: (1) apoio matricial às equipes de atenção básica; (2) formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica; (3) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica¹⁰.

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal estratégia de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. Uma equipe técnica responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes de saúde da família, por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos compartilhados, por outro lado a formação no âmbito da saúde mental é estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica, a partir de

capacitação das equipes multidisciplinares em saúde, para que as mesmas realizem mais intervenções de maneira qualitativa aos usuários com transtornos mentais, como também é importante para geração de dados relevantes a inclusão da saúde mental nos sistemas de informações da atenção básica ¹⁰.

Dados demonstram que casos de saúde mental atingem 10% da população adulta mundial⁷, sendo que mais de 450 milhões de pessoas no mundo, são acometidos por algum problema de saúde mental e, no Brasil, a maioria destes são acompanhados e tratados na APS ¹¹.

O estilo de vida predominante de parte população brasileira proporcionam situações cada vez mais estressantes e difíceis, seja por cobranças por produtividade, trânsito intenso, excesso de atividades, balbúrdia; podem levar as pessoas à busca de soluções para contornar a ansiedade decorrente destas vivências, no qual uma das opções adotadas refere – se ao uso de substâncias psicoativas, para se tentar dormir melhor ou até mesmo ter um maior rendimento nas atividades cotidianas¹².

1.5 Legislação aplicada na venda dos medicamentos psicotrópicos

Os medicamentos psicotrópicos têm como principal objetivo o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, contudo, são prescritos e utilizados para as mais diversas situações. Estudos evidenciam que, entre os mais consumidos pela população adulta encontram-se os da classe dos ansiolíticos, sendo que, o motivo envolve vários fatores, entre os quais, cita-se o estresse, a depressão, a ansiedade, a insônia, medicalização da vida, entre outros, contudo a população brasileira cada vez mais faz uso de medicamentos psicotrópicos para transtornos em Saúde Mental (SM), muitas vezes, decorrente ao uso descontrolado destes sem o desmame correto, fazendo com que a população necessite cada vez mais deste medicamento^{11,12,13}.

Os medicamentos benzodiazepínicos (BZD), devido ao seu grande potencial de adição, desde as décadas de 70, 80 e 90, vêm-se criando políticas de controle para o seu uso, no Brasil. Foram incluídos na Portaria SVS/MS 344 de 12 de maio de 1998 e fazem parte da categoria B1 (Psicotrópicos), cuja dispensação é realizada através de notificação azul com retenção de receita¹³.

Mesmo assim, o uso de medicamentos psicotrópicos tem aumentado gradativamente nos últimos anos, esta elevação pode ser atribuída à maior identificação

e frequência de diagnósticos de doenças psiquiátricas na população, com o estudo, desenvolvimento e introdução de novos medicamentos na área farmacêutica e às novas indicações terapêuticas por parte dos prescritores de fármacos já existentes para tais transtornos¹⁴.

Os especialistas em saúde mental ressaltam a facilidade em adquirir este tipo de medicação, mesmo sendo controlados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como também, apontam a falta de orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento. Percebe-se assim que, o fato do uso indiscriminado não abrange exclusivamente o paciente e o sistema de dispensação, mas uma série de outros fatores, entre os quais, as atitudes dos profissionais de saúde, como falta de orientação na prescrição do medicamento, transcrição de receitas, drogarias vendendo medicamentos sem exigir receita, entre outros ¹⁴.

1.6 Uso racional de medicamentos e possíveis intervenções farmacêuticas no cuidado a saúde mental

A concepção da promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) é um tema que vem sendo trabalhado com os diversos tipos de pacientes que administram os mais variados tipos de medicamentos, pois o conceito enfatiza que os mesmos administrem os medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade, corroborando, em teoria, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)¹⁵.

A prioridade de argumentação constante sobre esse tema resulta das questões que são enfrentadas em todas as esferas municipais, estaduais e federais, sobre o mau uso dos medicamentos. Segundo dados da OMS, é considerado que mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizem incorretamente, causando intoxicações relacionadas aos medicamentos segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)¹⁶.

A medicamentação é uma prática que se refere a utilização de medicamentos em situações que não são consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal. Portanto, a medicamentação pode ser

considerada uma das consequências da medicalização, que é o uso inadequado ou irracional de medicamentos utilizado como meio para normalizar as pessoas¹⁷.

Os medicamentos constituem importantes instrumentos para atenuar o sofrimento da população, produzindo curas, prolongando a vida e retardando o surgimento de complicações associadas às doenças promovendo e prevenindo a saúde e uma melhor qualidade de vida. Entretanto, motivos referentes ao método de utilização dos medicamentos se refletem no resultado terapêutico esperado, e, por isso, nem sempre exercem plenamente sua função. Desta forma, torna-se importante instruir o paciente acerca do uso dos medicamentos psicotrópicos, identificando potenciais barreiras que podem comprometer o sucesso do tratamento, tais como modo de tomar, possíveis reações adversas, possíveis interações medicamentosas com outros medicamentos e a importância de seguir os horários corretos de administração¹⁸.

Neste cenário que envolve a utilização dos medicamentos sob orientação o farmacêutico está se movendo de um paradigma técnico para outro social, com prestação de serviços focados no usuário de medicamentos aplicando um dos ícones da profissão que é o cuidado farmacêutico ao paciente, com contribuição de forma significativa para a evolução da profissão e criadas expectativas nos profissionais em relação a importância dessa atividade, oferecendo uma oportunidade de resgate da relação farmacêutico e paciente, há muito tempo perdido nos mais diversificados serviços farmacêuticos¹⁹.

A dispensação farmacêutica caracteriza apenas o momento do aviamento da receita ou prescrição, que não pode ser confundido pela troca de mercadorias por receita médica, pois é importante ressaltar que no momento houver o recebimento do medicamento pelo paciente o profissional farmacêutico deve informar toda posologia do mesmo, além de tirar todas as dúvidas complementando assim o processo de dispensação como um todo¹⁹.

1.7 A importância do farmacêutico nos serviços de saúde

O fluxo da informação deve ser iniciado na consulta médica com finalização no recinto da farmácia. No momento da dispensação, o farmacêutico deve informar e orientar o paciente sobre a utilização apropriada dos medicamentos, com relevância no cumprimento da farmacoterapia, interação com outros medicamentos, alimentos e

exames laboratoriais, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação do produto²⁰.

A informação disseminada pelo profissional farmacêutico não deixa de ser modelo como educação em saúde para os mesmos e distintos profissionais da área da saúde, pois é peça chave na cadeia da assistência à saúde e constitui uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia proporcionando assim uma melhor qualidade de vida aos pacientes e confiança ao serviço prestado²¹.

O farmacêutico quando presente no sistema de saúde é notado apenas como membro atuante na farmacoterapia nas questões de efetividade e segurança em tratamentos farmacológicos, mas este paradigma deve ser quebrado, pois a participação deste profissional na equipe de saúde junto a outros profissionais além de proporcionar o acesso da população a farmacoterapia, contribui para URM e proporciona o cuidado farmacêutico aos usuários e a população em geral²².

1.8 A importância da educação permanente para profissionais farmacêuticos no contexto das intervenções farmacêuticas

A educação permanente para profissionais de saúde na área farmacêutica é uma das principais estratégias que garantirá a qualidade do serviço farmacêutico prestado aos pacientes. É perceptível que estudos e capacitações no âmbito da saúde mental precisam ~~serem~~ propostos, com base nas vivências já mostradas na literatura e nas experiências vividas pelos profissionais, pois é uma ferramenta importante no cuidado farmacêutico para a assistência da população que são acometidas pelas doenças mentais²².

A falta de respaldo nas IF (Intervenções Farmacêuticas) implicam diretamente no cuidado ao paciente com algum tipo de transtorno mental, pois poucos são os estudos nesta área de atuação que envolve o cuidado farmacêutico, onde é preciso conhecer os tipos de abordagens utilizadas em pacientes com diagnóstico de doenças mentais para assim construir um projeto em assistência farmacêutica voltado para SM. Diante do exposto é de extrema importância divulgar experiências inerentes a estes cuidados para assim contribuir na mudança do paradigma atual do cuidado²².

O conhecimento das intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental está em construção pelos farmacêuticos atuantes na atenção primária nesta área, portanto

esta pesquisa visa identificar quais as intervenções farmacêuticas mínimas necessárias na Atenção Primária e assim elaborar um produto na área de educação permanente para farmacêuticos, com intuito de melhoria no atendimento e de saúde da população, é relevante. Para essa construção ser qualificada, é importante atender aos passos de uma validação.

1.9 Conceitos sobre validação de conteúdo e semântica

A validação configura-se na fase de qualificação do material elaborado, sendo de grande valia para garantir confiabilidade e credibilidade científicas para o público-alvo^{23,24,25}.

A validação de conteúdo é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. Os peritos no assunto podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens. Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado²⁶.

A validação aparente ou semântica tem como finalidade saber como o público-alvo compreende os itens e consiste na avaliação quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Pode ser realizada individualmente ou em grupo. Trata-se de uma avaliação superficial, realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento ou do material didático, portanto, não deve ser usada como um critério isolado²⁶.

O estudo apresentado trará a elaboração e validação de um manual para realização de intervenções farmacêuticas para assistência aos usuários com transtornos mentais na Atenção Primária.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

➤ Elaborar e validar um manual para realização de intervenções farmacêuticas para assistência aos usuários com transtornos mentais na Atenção Primária em Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Revisar os dados da literatura pesquisando em bases científicas (nos últimos 10 anos) na temática central;
- Efetivar a validação de conteúdo do manual por juízes especialistas no tema;
- Realizar a validação semântica do manual por farmacêuticos atuantes na atenção primária;
- Elaborar um manual de orientações para intervenções farmacêuticas na atenção primária no serviço de saúde mental.

III. MÉTODO

3.1 Tipo do estudo

Estudo de elaboração e validação de conteúdo e semântica do manual de intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária com conteúdo educativo em saúde, com geração de um produto para farmacêuticos atuantes na saúde mental^{23,24}.

Os materiais que possuem conteúdos educativos são dispositivos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, permitindo transferência de conhecimento mediante envolvimento e participação do indivíduo e possibilitando troca de experiências conducente ao aprimoramento de habilidades. Esses materiais têm sido largamente utilizados para educação em saúde, a qual representa veículo de socialização de conhecimento para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população^{23,24}.

3.2 Contexto do estudo

O estudo foi proposto e desenvolvido pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), através do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde que tem por objetivo prover formação técnico-científica pós-graduada a docentes, preceptores e profissionais de nível superior que comprovadamente atuam em processos educacionais na área de ensino em saúde.

Em se tratando de um mestrado profissional é de extrema relevância trazer para a pesquisa a necessidade do serviço, sendo assim, foi identificado como fragilidade a atuação do farmacêutico na Atenção Primária junto ao usuário e seus familiares que estão sendo atendidos na Saúde Mental.

O tratamento na Saúde Mental é complexo e contínuo, sendo fundamental manter essa adesão terapêutica, podendo ser atribuída nesse momento, diferentes estratégias, não somente junto ao usuário e seus familiares, mas também, com toda a equipe, promovendo um cuidado interprofissional.

O Manual de Intervenções Farmacêuticas para Assistência a Usuários com Transtornos Mentais, foi desenvolvido com o objetivo de dispor aos profissionais um arcabouço teórico para sua prática, com o propósito de disseminar a informação para os profissionais farmacêuticos, sobre as possíveis intervenções no âmbito da saúde mental, com intuito de promover a saúde e melhor qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais.

3.3 Período do estudo

A busca em referencial teórico e construção do manual iniciou em maio de 2019, indo até julho de 2020. A validação de conteúdo ocorreu de agosto a dezembro de 2020 e a validação semântica ocorreu de janeiro a março de 2021. As reuniões só aconteceram após aprovação do Comitê de Ética da FPS.

3.4 População/amostra do estudo

A população do estudo na validação de conteúdo, foi intencional e contou com um grupo formado por cinco participantes “juízes especialistas”, localizados pelo currículo lattes e com atuação na promoção da educação em saúde mental, com o objetivo de analisar o conteúdo elaborado quanto a sua pertinência e relevância, referente ao tema. Os juízes especialistas atenderam aos critérios adaptados de Fehring ²⁹.

Para validação semântica foram convidados dez farmacêuticos, partindo de uma amostragem também intencional, pois deviam atuar na Atenção Primária, no município de Recife-PE.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de Inclusão

- Validação de conteúdo – Os juízes especialistas foram escolhidos baseado no sistema de pontuação no modelo de Fehring em que os *experts* deverão alcançar uma

pontuação mínima de 5 pontos, conforme o Quadro 1²⁹, estando o Currículo Lattes atualizado, no mínimo, em janeiro de 2020, para comprovação.

Quadro 1 - Critérios de pontuação para escolha dos peritos/experts

Categoria	Critério	Pontuação
1	Ser profissional de saúde e ter grau de doutor com tese na temática: saúde mental, saúde pública, tecnologia educativa em saúde e/ou validação	4
2	Ser profissional de saúde e ter grau de mestre com dissertação na temática: saúde mental, saúde pública, tecnologia educativa em saúde e/ou validação	3
3	Ter desenvolvido dissertação na temática: saúde mental, saúde pública, tecnologia educativa em saúde e/ou validação.	1
4	Possuir especialização área de saúde mental e/ou saúde pública.	2
5	Possuir experiência de pelo menos 2 anos em CAPS.	2
6	Ter artigo publicado sobre a temática - saúde mental, saúde pública, tecnologia educativa em saúde e/ou validação.	2
7	Ter participação em grupo de pesquisa ou grupo de extensão envolvendo a temática saúde mental, saúde pública, tecnologia educativa em saúde e/ou validação	2

Fonte: modificado do modelo original de Fehring (1987)²⁹.

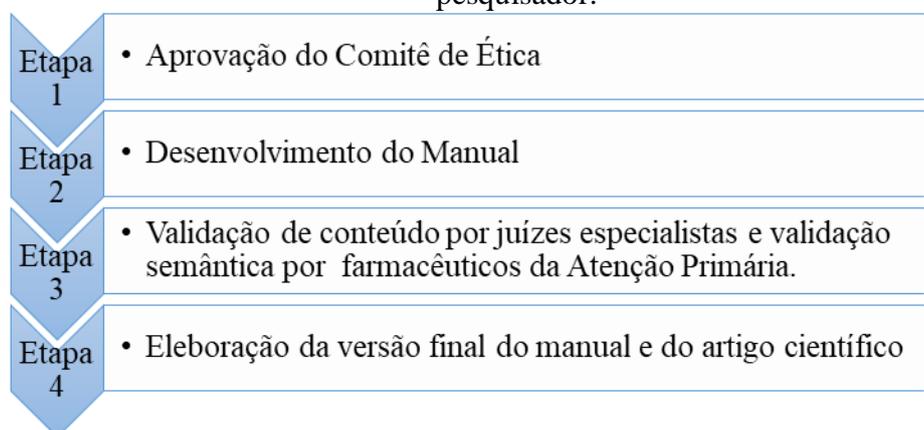
- Validação semântica – Os farmacêuticos escolhidos tinham mais de um (01) ano de experiência na Atenção Primária e avaliaram se o produto elaborado estava de fácil compreensão para consulta e aplicação nas atividades práticas profissionais.

3.5.2 Critérios de Exclusão

- Validação de conteúdo e semântica – Os convidados que foram excluídos no período da pesquisa, foram os afastados por motivos, como doença, férias ou licenças.

3.6 Fluxograma das etapas de elaboração e validação de conteúdo e validação semântica do manual/dissertação

Figura 1: Fluxograma das etapas de elaboração e validação do manual para intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental. Fonte: elaborada pelo pesquisador.



3.7 Procedimento Metodológico para a Validação de Conteúdo e Validação Semântica do Manual

3.7.1 Elaboração do Manual

A elaboração do manual foi baseada na pesquisa bibliográfica na saúde mental observando o contexto da atenção primária, intervenções farmacêuticas neste âmbito e educação em saúde para profissionais. Para isso, foram pesquisadas literaturas científicas entre o ano 2010 e 2020 que apresentaram os descritores “Assistência à Saúde Mental”, “Educação em Saúde”, “Prática Farmacêutica Baseada em Evidências”, “*Mental Health Assistance*”, “*Health Education*”, “*Evidence-Based Pharmacy Practice*”, “*Atención a la Salud Mental*”, “*Educación en Salud*”, “*Práctica Farmacéutica Basada en la Evidencia*” nas seguintes bases de dados: *Education Resources Information Center* (ERIC), Biblioteca

Regional de Medicina (BIREME), EBSCO e portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

3.7.2 Validação de conteúdo

Após elaborado, o manual foi validado por grupo de juízes especialistas selecionados para validação de conteúdo, no qual os mesmos receberam via e-mail com a carta convite (Apêndice III), no qual foi elucidado o objetivo, os riscos e benefícios advindos desse estudo através da leitura e assinatura digital do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes da Validação de Conteúdo – PCLE 1 (Apêndice I). O manual obedeceu as etapas de validação no que concerne ao conteúdo, a sua análise e julgamento pelos juízes especialistas.

A apresentação do manual continha: título, objetivos, público-alvo, metodologia utilizada, métodos adotados e recomendação de referências bibliográficas. Foi feita avaliação de conteúdo do manual com base no conhecimento e experiência dos juízes. Para a avaliação de conteúdo levou-se em consideração o grau de adequação do conteúdo abordado relacionando com o objetivo da pesquisa.

O consenso, dos juízes especialistas, atendeu o requisito de 100% de aceitação do conteúdo, onde os itens abordados foram avaliados de acordo com a escala tipo Likert³⁰: muito adequado (5); adequado (4); posição neutra (3); necessita de pequena revisão (2) e necessita de grande revisão (1)³⁰, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Avaliação do Item para Validação de Conteúdo elaboração do manual para intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental.

Avaliação do Item para Validação de Conteúdo		
Escala de Likert		Análise dos Juízes
5	Muito Adequado	
4	Adequado	
3	Posição Neutra	
2	Necessita de Pequena Revisão	
1	Necessita de Grande Revisão	
Sugestões		

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

Obs.: Escala entre 4 e 5, é o nível de adequação de conteúdo, que foi definido como aprovado pelos juízes experts. Escalas de 3, 2 e 1 do contexto acima foi revisado pelo pesquisador, conforme orientação dos especialistas.

Foi solicitado que caso fossem assinaladas as legendas 1, 2 ou 3 descrever as alterações necessárias ou relatar sugestões para o aprimoramento do manual. Os especialistas emitiram suas opiniões quanto a fatores relevantes e adequação dos objetivos propostos pelo manual, podendo inclusive, sugerir a inclusão ou exclusão de itens durante as reuniões de consenso. Todas as sugestões foram analisadas pela equipe de pesquisadores. Os juízes devolveram à equipe de pesquisadores no prazo máximo de 30 dias suas avaliações. Após esta etapa de revisão foram marcadas as reuniões com os juízes para validação dos itens selecionados na escala de 1 a 3.

A validação sobre o conteúdo é um passo fundamental no desenvolvimento de novas ações, pois representa o começo de mecanismos para associar conceitos teóricos com o que pode ser aplicado na prática, no qual consiste em considerar em que relevância os itens escolhidos para construção teórica do manual representam bem todas as particularidades do conceito a ser analisado pelos especialistas³¹.

Neste estudo, cada rodada de reunião consensual teve seu prazo de devolutiva acordado segundo a conveniência dos juízes, geralmente de 30 em 30 dias.

3.7.3 Validação Semântica

Para o processo de validação semântica foram convidados profissionais farmacêuticos com atuação na atenção primária. Após assinarem o PCLE-2 (Apêndice II), de acordo com a Res nº 510/2016, receberam o manual por email individual e verificaram se os itens do instrumento em processo de validação estavam compreensíveis, de fácil leitura e entendimento, observando a sequência do conteúdo, os casos clínicos exemplificados e a apresentação do produto.

Ao final da validação semântica, os farmacêuticos preencheram uma folha de parecer, que também foi devolvida por e-mail, no prazo máximo de 15 dias após seu

recebimento, onde avaliaram o manual por completo, expondo por escrito sua avaliação, e ao final marcando o que concluíram:

- () *Sim, o Manual está de fácil compreensão e entendimento.*
- () *Não, o Manual não está de fácil compreensão e entendimento.*

3.8 Análise dos dados

A análise do instrumento pelos juízes especialistas e farmacêuticos atuantes na atenção primária, confirmaram a validação do conteúdo e semântica do produto deste estudo, que foram validados de forma consensual e por amostragem intencional, que proporcionou o status de validado tanto o conteúdo quanto a semântica do manual, com consenso de 100%.

3.9 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida a avaliação ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS e obedeceu a resolução Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 07 de Abril de 2016³² e aprovado sob número do CAAE 09457019.1.0000.5569 e número de parecer 3.284.889.

IV RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados da seguinte forma:

4.1 Artigo científico intitulado: **Elaboração do Manual de Possíveis Intervenções Farmacêuticas a Pacientes com Transtornos Mentais na Atenção Primária**, a ser submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, ISSN 1414-3283, qualis A1 em Ensino e A2 em Educação.

4.2 Produto técnico intitulado: **Manual de Intervenções Farmacêuticas para Assistência a Usuários com Transtornos Mentais**.

4.1. Artigo

Elaboração do Manual de Possíveis Intervenções Farmacêuticas a Pacientes com Transtornos Mentais

Elaboration of the Manual of Possible Pharmaceutical Interventions to Patients with Mental Disorders

Elaboración del Manual de Posibles Intervenciones Farmacéuticas a Pacientes con Trastornos Mentales

Everton Rodrigues Bezerra^(a)
Flávia Patrícia de Medeiros Moraes^(a)
Mônica Maria Henrique dos Santos^(a)
Mônica Cristina Batista de Melo^(a)

^(a) Programa de Pós-Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. 51150-000. flavia.morais@fps.edu.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi elaborar e validar um manual de intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária. Trata-se de estudo metodológico de elaboração e validação. A primeira etapa consistiu na elaboração do manual através de referências de bases de dados (2010 – 2020) no tema. A segunda consistiu na validação do manual por cinco juízes para verificar o nível de consenso quanto ao conteúdo elaborado. E a terceira, consistiu na validação semântica do manual por farmacêuticos. Foi utilizado reunião por consenso. Como resultado foi elaborado e validado um manual que servirá de orientação para farmacêuticos atuantes na saúde mental, no qual pode tornar a prática e ações destes profissionais de saúde com qualificação, proporcionando assim intervenções no cuidado em saúde e que repercutem na qualidade de vida dos usuários do serviço.

Palavras-Chaves: Estudo de Validação; Modos de Intervenção; Atenção Primária de Saúde; Assistência em Saúde Mental; manual.

Abstract

The aim of this study was to develop and validate a guide to pharmaceutical interventions in mental health in the context of primary care. This is a methodological study of elaboration and validation. The first step consisted of preparing the guide to guide pharmaceutical professionals in mental health. The second consisted of the validation of the guide by 5 judges to verify the level of consensus regarding the content of the product. And the third, consisted of the semantic validation of the guide. The Delphi method was used for content validation. As a result, a guide was developed and validated to serve as a guide for pharmacists working in mental health, in which it can make the practice and actions of these health professionals more qualified, thus providing a better quality of life for users who need this service.

Keywords: Validation Study; Intervention Modes; Primary Health Care; Mental Health Assistance; Guide.

Resumen

El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar una guía de intervenciones farmacéuticas en salud mental en el contexto de la atención primaria. Se trata de un estudio metodológico de elaboración y validación. El primer paso consistió en elaborar la guía para orientar a los profesionales farmacéuticos en salud mental. El segundo consistió en la validación de la guía por 5 jueces para verificar el nivel de consenso sobre el contenido del producto. Y el tercero, consistió en la validación semántica de la guía. Se utilizó el método Delphi para la validación de contenido. Como resultado, se elaboró y validó una guía que sirva de guía para los farmacéuticos que trabajan en salud mental, en la que se pueda hacer más calificada la práctica y actuación de estos profesionales de la salud, brindando así una mejor calidad de vida a los usuarios que lo necesiten. Servicio.

Palabras clave: Estudio de validación; Modos de intervención; Primeros auxilios; Asistencia de salud mental; Guía.

Introdução

A saúde mental no Brasil expõe um modelo com novas formas de cuidados e tratamentos, que foram propostos pela Reforma Psiquiátrica e começou a ser desenvolvido no início da década de 1990, com centralização especialmente em manicômios, caracterizado por internamentos extensos em hospitais psiquiátricos e também por uma perspectiva excludente no vínculo entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade¹.

A Reforma da Assistência Psiquiátrica contesta o modelo hegemônico da assistência sem acolhimento que eram centralizadas apenas em hospitais psiquiátricos, proporcionando assim a exclusão social dos usuários destes serviços e ao mesmo tempo quebra do paradigma centrado na necessidade de limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis, fazendo surgir novas formas de convivências com a loucura, buscando cada vez mais transformar a caracterização para um novo modelo assistencial, que proporciona um melhor atendimento e qualidade de vida aos usuários que utilizam este serviço ^{2,3}.

Os serviços baseados na comunidade foram criados para substituir os serviços baseados no hospital. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram fundamentais para uma melhor humanização nos atendimentos dos usuários que necessitam de serviços em saúde mental, pois foram projetados para atender às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes⁴.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 400 milhões de pessoas no mundo na atualidade sofrem de algum transtorno mental ou de problemas sociais referentes ao uso excessivo de álcool e outras drogas, com contribuição para a utilização de medicamentos psicotrópicos e assim proporcionando um crescimento e conseqüentemente, aumentando o risco de problemas relacionados ao uso desses medicamentos e com isso as pessoas ficando cada vez mais reféns da farmacologia psicotrópica⁵.

O uso de fármacos psicotrópicos tem como finalidade atenuar os sintomas causados por algum transtorno mental, bem como, a modificação do humor, da emoção e do comportamento. Sendo assim, os psicotrópicos são fundamentais para a diminuição dos sintomas indesejáveis provocados por sintomatologia de problemas mentais. Os efeitos buscados pela ingestão de medicamentos psicotrópicos são: o alívio da euforia, ansiedade, depressão e a promoção do sono. Porém, isso tem levado a população a fazer o uso indiscriminado e compulsivo desses medicamentos⁵.

Em virtude do cenário da frequente utilização de psicotrópicos pela população brasileira se faz necessário a atuação de um profissional de saúde que tenha os conhecimentos específicos para orientar o paciente de forma

adequada, evitando o uso demasiado quanto o uso inadequado de medicamentos⁵.

A farmacoterapia das doenças mentais envolve muitas vezes a utilização de medicamentos controlados, sendo muitas vezes, um tratamento prolongado, que pode causar vários efeitos adversos que precisam ser considerados para uma correta adesão, ainda com o risco da polifarmácia dependendo do diagnóstico, portanto é crucial a inclusão do farmacêutico na equipe multidisciplinar que contempla a saúde mental, com o objetivo de direcionar o cuidado farmacêutico e a orientação do uso de medicamentos focando no medicamento-paciente⁶.

São numerosos os fundamentos, desde a humanização no atendimento, qualidade do serviço prestado, entre outros, para que os usuários com transtornos mentais tenham a garantia do acesso a Assistência, Atenção e por fim o cuidado farmacêutico de maneira eficaz, para que tenham acesso garantido aos medicamentos psicotrópicos pretendendo sempre o uso racional dos mesmos, bem como obterem um acompanhamento farmacoterapêutico que assegure melhoria nos problemas de saúde, garantindo que os medicamentos utilizados sejam conhecidos por eles, a fim de que o farmacêutico possa colaborar com a sua qualidade de vida⁷.

A importância do farmacêutico, no âmbito da saúde mental, é nítida, pois é necessário haver ensino aos usuários, seus familiares e a equipe multiprofissional, a respeito do efeito do medicamento partilhado com o médico, obtendo assim a responsabilidade do sucesso do tratamento assim como o objetivo e as respostas deste. A atuação do farmacêutico junto à equipe de saúde fornece muitas vantagens, com impacto clínico e econômico, solucionando e evitando eventuais problemas com o tratamento farmacológico⁷.

As intervenções farmacêuticas na saúde mental, são contextos que devem ser empregados pelos profissionais da área tanto na humanização do atendimento, quanto da prática nas ações visando uma melhoria na qualidade de vida do usuário que utilizam este serviço, porém a prática ainda é pouco abordada pelos profissionais e umas das possibilidades para maior disseminação deste conteúdo, que proporcionará melhor acolhimento e adesão

ao tratamento destes usuários é a abordagem da temática da educação em saúde para farmacêuticos atuantes nestes serviços⁸.

A educação em saúde é geralmente elaborada através de orientação interpessoal, em lugares como consultórios, escolas, entre outros, assim como impessoalmente, através da comunicação de massas, utilizando-se diversas mídias, com contribuição efetiva para executar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde mental⁸.

A educação em saúde para profissionais é um passo para criação e disseminação de informações, através de um produto técnico e científico, que necessitam além da fase de elaboração a fase de validação, que é analisada pela ampliação ou grau em que um dado representa a ideia que o instrumento se propõe a medir, podendo assim identificar a qualidade do instrumento proposto, que refletirá a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, com técnicas para à validade de construto, validade de conteúdo e validade semântica do produto que se deseja na referida pesquisa⁹.

No contexto da saúde mental, as atribuições do farmacêutico são essenciais para uma melhora na qualidade de vida desses usuários, pois este profissional pode esclarecer dúvidas quanto aos medicamentos, quanto a sua doença, pode viabilizar meios para a adesão ao tratamento medicamentoso, orientar quanto à necessidade e os benefícios da medicação, e também promover o uso racional desses medicamentos.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi elaborar e validar um manual de intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.

Métodos

Trata-se de estudo metodológico de elaboração e validação de conteúdo e semântica para o manual de intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária com conteúdo educativo em saúde, com geração de um produto para farmacêuticos atuantes na saúde mental, a partir da sua validação^{10,11}.

As etapas de elaboração e validação ocorreram no período entre Maio/2019 a Fevereiro/2021 e constou as seguintes etapas: primeira etapa - Elaboração do manual a partir da literatura; segunda etapa - Submissão do manual ao Juízes especialistas para validação de conteúdo e a terceira etapa -

Avaliação do manual para Validação Semântica por Profissionais Farmacêuticos Atuantes na Atenção Primária.

A elaboração do manual foi a partir da pesquisa e análise da literatura científica entre o ano 2010 e 2020, com os descritores “Assistência à Saúde Mental”, “Educação em Saúde”, “Prática Farmacêutica Baseada em Evidências”, “manual” ou descritores similares nas seguintes bases de dados: ERIC, BIREME, EBSCO e portal periódicos da Capes. O produto foi para a validação de conteúdo que aconteceu em cinco reuniões consensuais. Participaram da validação de conteúdo cinco juízes especialistas selecionados a partir dos critérios baseados em Fering¹¹ e, em seguida, foi realizada a validação semântica que contou com a participação de seis farmacêuticos que atuavam na atenção primária da Secretaria de Saúde do Recife, com, no mínimo, um ano de atuação no serviço.

Na validação de conteúdo do manual os itens que não atingiram o consenso dos experts e foram avaliados de acordo com a escala de Likert em 3, 2 e 1 (“posição neutra”, “necessita de pequena revisão” e “necessita de grande revisão”), foram avaliados e discutidos no grupo, na busca pelo consenso. Já os itens avaliados na escala de Likert em 5 e 4 (“muito adequado” e “adequado”) por todos os juízes, foram aceitos como validados¹².

Para a validação semântica, o manual foi enviado por e-mail individual para dez farmacêuticos atuantes na atenção primária, porém, apenas seis farmacêuticos retornaram, avaliando que o manual estava de fácil compreensão e entendimento quanto ao conteúdo e também em como estava apresentado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – CEP-FPS sob o número de CAAE 09457019.1.0000.5569, número de parecer 3.284.889 e seguiu a resolução número CNS Nº 510, de 07 de Abril de 2016. Todos os participantes assinaram o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (PCLE).

Resultados e discussão

Elaboração do Instrumento

Na elaboração do manual, foram pesquisadas literaturas científicas entre os anos de 2010 a 2020 que apresentaram os descritores em português “Assistência à Saúde Mental”, “Educação em Saúde”, “Prática Farmacêutica Baseada em Evidências”; em inglês “*Mental Health Assistance*”, “*Health Education*”, “*Evidence-Based Pharmacy Practice*” e em espanhol “*Atención a la Salud Mental*”, “*Educación en Salud*”, “*Práctica Farmacéutica Basada en la Evidencia*”. As bases de dados foram: *Education Resources Information Center* (ERIC), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), EBSCO e portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Após a seleção das referências foi proposto o manual contendo 32 itens, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Itens elaborados a partir de referencial teórico nos anos de 2010 a 2020 para construção de um manual para intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental.

Itens	Nº do Item
1	DESCRIÇÃO GERAL DO MANUAL
2	OBJETIVO
3	PÚBLICO-ALVO
4	APRESENTAÇÃO
5	INTRODUÇÃO
6	REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL X REFORMA PSIQUIÁTRICA
7	RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
8	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
9	DO ACESSO AO CUIDADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL
10	DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE
11	PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL
12	PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS
13	TIPOS DE PREVENÇÕES EM TRANSTORNOS MENTAIS
14	PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS
15	O TRATAMENTO E OS PSICOFÁRMACOS

16	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL
17	OUTRAS TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS
18	MODELO BIOMÉDICO X MODELO BIOPSISSOCIAL
19	O FARMACÊUTICO NO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
20	O CUIDADO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL
21	INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL
22	CENÁRIO I – CASO CLÍNICO CRISE PSICÔTICA
23	CENÁRIO II – CASO CLINICO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA
24	CENÁRIO III – REPORTAGEM DE JORNAL LOCAL USUÁRIOS CRÔNICOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
25	CENÁRIO IV – RELATO DE UMA VISITA DOMICILIAR
24	CENÁRIO V - CASO CLÍNICO DE PACIENTE COM DEPRESÃO E HIPERTENÇÃO ARTERIAL
27	REFERÊNCIAS
28	APÊNDICE I – PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS BENZODIAZEPINICOS MAIS COMUNS
29	APÊNDICE II – PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS SEDATIVOS E HIPNÓTICOS MAIS COMUNS
30	APÊNDICE III - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ANTIDEPRESSIVOS MAIS COMUNS
31	APÊNDICE IV - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ANTIPSICÔTICOS MAIS COMUNS
32	APÊNDICE V - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ESTABILIZADORES DO HUMOR MAIS COMUNS

Fonte: elaborada pelo pesquisador, 2021.

Após cada item demonstrado do manual, foi disponibilizado o quadro 2, com uma Escala de Likert¹³, no qual foi utilizado para a validação de conteúdo pelos juízes e a cada item deste cada membro colocava suas considerações de acordo com esta escala.

Quadro 02 - Avaliação do Item para Validação de Conteúdo pelos Juízes Especialistas

5	Muito Adequado	Sim ou Não
4	Adequado	
3	Posição Neutra	
2	Necessita de Pequena Revisão	
1	Necessita de Grande Revisão	

Sugestões		
------------------	--	--

Fonte: elaborada pelo pesquisador, 2021.

Obs.: Escala entre 4 e 5 o contexto acima será definido como aprovado.
Escala de 3, 2 e 1 o contexto acima será revisado pelo pesquisador.

Os itens que foram avaliados, tais como: necessita de grande revisão, necessita de pequena revisão e posição neutra e foram respondidos com “sim”, foram levados para a reunião de consenso. Os que foram avaliados como adequado e muito adequado, já foram considerados como validado na visão dos juízes especialistas.

Validação de conteúdo

A validação de conteúdo deste instrumento foi desenvolvida com painel de juízes especialistas, conforme a recomendação de Lynn¹⁵. Participaram desta etapa cinco juízes farmacêuticos. Sendo dois do sexo masculino com um mestre e um especialista, ambos com experiência em CAPS de pelo menos dois anos e participação em grupos de pesquisa e extensão envolvendo a temática de saúde mental, saúde pública e tecnologia em saúde e/ou validação, três do sexo feminino, contando com duas doutoras e uma especialista, no qual participaram também de projetos de extensões na temática do estudo e duas destas, com publicação de artigo envolvendo a saúde mental, saúde pública e tecnologia em saúde e/ou validação.

A abordagem para se realizar a validação de conteúdo iniciou-se explicando sobre a elaboração do conteúdo, as fases de construção e adaptação do mesmo pelos pesquisadores^{14,16}.

Foram realizadas cinco reuniões de consenso com avaliação e feedback do painel de especialistas, até que houvesse concordância entre os mesmos.

Na primeira reunião de consenso, dos 32 itens, seis itens foram avaliados, em consenso entre os especialistas (Quadro 3), sendo que 33% destes itens analisados foram classificados na escala 2 de Likert (necessita de pequena revisão). A discussão para validação de conteúdo foi realizada nos itens avaliados na escala de Likert com pontuação 3, 2 ou 1.

O painel de especialistas solicitou a inclusão das palavras transtornos mentais no título do manual e revisão dos itens do Quadro 3, com reformulações dos contextos apresentados. Também foi questionado sobre a inclusão do conceito de loucura no item da reformulação da política de saúde mental, chegando ao final da reunião, a versão 1 deste documento.

Quadro 3. Classificação dos itens quanto a escala de Likert para a validação de conteúdo quanto ao contexto envolvendo as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária					
VERSÃO 1					
Classificação dos Itens por Juízes que Impactam no Conteúdo de acordo com a Escala de Likert					
Itens	Nº do Item	1- Necessita de Grande Revisão	2- Necessita de Pequena Revisão	3- Posição Neutra	Consenso dos Juízes de acordo com a decisão
1	DESCRIÇÃO GERAL DO MANUAL	NÃO	NÃO	NÃO	100%
2	OBJETIVO	NÃO	NÃO	NÃO	100%
3	PÚBLICO ALVO	NÃO	NÃO	NÃO	100%
4	APRESENTAÇÃO	NÃO	NÃO	NÃO	100%
5	INTRODUÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	100%
6	REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL X REFORMA PSQUIÁTRICA	NÃO	SIM	NÃO	100%

Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Na segunda reunião de consenso, dos 32 itens, dez foram avaliados. A reunião iniciou com a leitura dos itens modificados anteriormente, sendo discutido com maior relevância e ênfase os itens (O Tratamento e os Psicofármacos e Práticas Integrativas e Complementares na Saúde Mental) que necessitaram de grande revisão.

O painel de especialistas solicitou revisão destes itens, com reformulações dos contextos apresentados. Para os itens, que necessitaram de grandes revisões, foram solicitados elucidar o conteúdo e realizar um incremento contextual tanto na etapa do tratamento, como também nas práticas integrativas complementares na saúde mental. Esta etapa contempla a versão 2 deste documento (Quadro 4).

Quadro 4. Classificação dos itens quanto a escala de Likert para a validação de conteúdo quanto ao contexto envolvendo as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária					
VERSÃO 2					
Itens	Nº do Item	1- Necessita de Grande Revisão	2- Necessita de Pequena Revisão	3- Posição Neutra	Consenso dos Juízes de acordo com a decisão

7	RAPS - REDE DE ATENÇÃO DA PSICOSSOCIAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
8	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
9	DO ACESSO AO CUIDADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
10	DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE	NÃO	SIM	NÃO	100%
11	PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
12	PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS	NÃO	SIM	NÃO	100%
13	TIPOS DE PREVENÇÕES EM TRANSTORNOS MENTAIS	NÃO	SIM	NÃO	100%
14	PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS	NÃO	SIM	NÃO	100%
15	O TRATAMENTO E OS PSICOFÁRMACOS	SIM	NÃO	NÃO	100%
16	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL	SIM	NÃO	NÃO	100%

Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Ainda na segunda reunião de consenso foi solicitada pelos especialistas a retirada das tabelas do texto, que mencionavam diversos tipos de medicamentos da portaria 344/98¹⁷, para diversos tratamentos e que as mesmas ficassem como apêndice do referido manual.

Na terceira reunião de consenso, os itens analisados na versão 2, foram lidos e reapresentados. Dos 32 itens, três foram avaliados (Quadro 5), foi solicitado uma melhor apresentação nos três itens, uma vez que, não atingiu o objetivo da aprendizagem nestes tópicos. Esta etapa contempla a versão 3 deste documento.

Quadro 5. Classificação dos itens quanto a escala de Likert para a validação de conteúdo quanto ao contexto envolvendo as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária					
VERSÃO 3					
Itens	Nº do Item	1- Necessita de Grande Revisão	2- Necessita de Pequena Revisão	3- Posição Neutra	Consenso dos Juízes de acordo com a decisão
17	OUTRAS TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS	SIM	NÃO	NÃO	100%
18	MODELO BIOMÉDICO X MODELO BIOPSICOSSOCIAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
19	O FARMACÊUTICO NO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%

Elaborado pelo próprio autor, 2021,

Na penúltima reunião de consenso, dos 32 itens, 13 foram avaliados, após a leitura da versão 3, conforme consta no Quadro 6. Em sua totalidade todos necessitaram de revisão, para melhoria em todos os contextos apresentados, com destaque maior para os cenários que não contemplavam de fato, as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental, deste modo foi solicitado que o pesquisador melhorasse essa abrangência e trouxesse com mais simplicidade como o profissional farmacêutico deve atuar junto aos usuários dos serviços de saúde mental. Esta etapa contempla a versão 4 deste documento.

Quadro 6. Classificação dos itens quanto a escala de Likert para a validação de conteúdo quanto ao contexto envolvendo as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária					
VERSÃO 4					
Itens	Nº do Item	1- Necessita de Grande Revisão	2- Necessita de Pequena Revisão	3- Posição Neutra	Consenso dos Juízes de acordo com a decisão
20	O CUIDADO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
21	INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
22	CENÁRIO I – CASO CLÍNICO CRISE PSICÓTICA	NÃO	SIM	NÃO	100%
23	CENÁRIO II – CASO CLÍNICO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA	NÃO	SIM	NÃO	100%
24	CENÁRIO III – REPORTAGEM DE JORNAL LOCAL USUÁRIOS CRÔNICOS DE ÁLCOOL E DROGA	NÃO	SIM	NÃO	100%
25	CENÁRIO IV – RELATO DE UMA VISITA DOMICILIAR	NÃO	SIM	NÃO	100%
24	CENÁRIO V - CASO CLÍNICO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO E HIPERTENÇÃO ARTERIAL	NÃO	SIM	NÃO	100%
27	REFERÊNCIAS	NÃO	NÃO	NÃO	100%
28	APÊNDICE I – PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS BENZODIAZEPÍNICOS MAIS COMUNS	NÃO	NÃO	NÃO	100%
29	APÊNDICE II – PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS SEDATIVOS E HIPNÓTICOS MAIS COMUNS	NÃO	NÃO	NÃO	100%
30	APÊNDICE III - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ANTIDEPRESSIVOS MAIS COMUNS	NÃO	NÃO	NÃO	100%
31	APÊNDICE IV - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ANTIPSICÓTICOS MAIS COMUNS	NÃO	NÃO	NÃO	100%
32	APÊNDICE V - PSICOFÁRMACOS DA CLASSE DOS ESTABILIZADORES DO HUMOR MAIS COMUNS	NÃO	NÃO	NÃO	100%

Elaborado pelo próprio autor, 2021.

Na quinta e última reunião de consenso foram lidos e expostos todos os itens já analisados, com aprovação e consenso de todo o conteúdo do manual pelos juízes especialistas, conferindo assim o *status* de validado quanto ao contexto apresentado e a reprodutibilidade do mesmo aos profissionais que se destinam. Não houve necessidade de nenhuma inclusão de item, apenas aprimoramento contextual dos mesmos, no que concerne ao melhoramento do contexto dando mais embasamento. A versão cinco, foi considerada a versão final validada.

O manual foi validado por 100% dos especialistas com relação à clareza na leitura, objetividade e relevância dos itens, sendo o conteúdo considerado adequado para demonstrar as possíveis intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária^{18,19}.

Foi comum ao longo das reuniões o consenso entre os juízes para substituir o trecho: “paciente por usuário em algumas partes do texto” todos concordaram que essa atitude traria mais o sentido do usuário para com o serviço de saúde mental.

Durante todas as reuniões com os juízes na validação de conteúdo do manual, o foco foi criar um consenso comum respeitando os limites, o interesse e o conhecimento de cada especialista. As contribuições de todos os especialistas foram consideradas iguais. Baseados no estudo de Ajemian²⁰, os principais componentes de um bom funcionamento de uma discussão em equipe, são: os membros demonstrarem respeito entre si, apoiarem as ideias alheias, manterem o foco no assunto e chegarem preparados para a discussão.

Portanto, analisando o resultado da concordância de 100% do painel de especialistas sobre as modificações na primeira versão do manual e comparando-o com o preconizado pelos estudos de Topf e Polit & Beck, nos quais considera aceitável a concordância de 90%^{20,21}, o resultado do presente estudo foi satisfatório, o que demonstra a equivalência do conteúdo por parte desses membros do estudo.

Validação Semântica

A fase seguinte a validação de conteúdo foi a validação semântica, onde houve a aplicação da versão cinco do instrumento para um pequeno grupo da população alvo com o intuito da análise individual sobre a formulação e a compreensão do manual por profissionais farmacêuticos^{22,23}. Segundo Pasquali (2010), essa técnica é considerada uma das mais eficazes na avaliação da compreensão dos itens deste manual²².

Os farmacêuticos convidados tinham, no mínimo um ano de experiência na Atenção Primária, sendo três homens e três mulheres. Trabalhavam em contextos sociais diversificados na cidade de Recife – PE na atenção primária e todos faziam orientações farmacêuticas diretamente ao usuário.

A versão cinco foi submetida para análise semântica, contendo 32 itens, contemplando o contexto da saúde mental e as possíveis intervenções farmacêuticas, apresentadas também em forma de cenários.

Os farmacêuticos foram convidados a analisar cada item do manual enviado via e-mail, tendo espaço para verificar a clareza de cada contexto e conseqüentemente, identificar as fragilidades que pudessem comprometer o instrumento, além disso, foi possível verificar o grau de importância do conteúdo de cada item deste produto, se são compreensíveis por todos os farmacêuticos ao qual se destina, pois a análise semântica é uma das etapas necessárias a criações de instrumentos^{24,25}.

A avaliação da semântica do manual pelos farmacêuticos foi considerada satisfatória, houve consenso de 100% em todos os 32 itens, no qual responderam que o produto estava de fácil entendimento e compreensão.

Os resultados obtidos indicam que o manual pode ser aplicado com boa reprodutibilidade pelos profissionais que atuam na área farmacêutica na saúde mental, a fim de intervir significativamente no tratamento e acolhimento de usuários que necessitam da saúde mental na atenção primária, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida aos usuários que utilizam este serviço.

A contribuição desta pesquisa foi colocar à disposição dos farmacêuticos que atuam no serviço de saúde mental, um material didático educacional que possa orientar como intervir no tratamento destes usuários com o conteúdo validado e reprodutível, quebrando o paradigma da loucura e acolhendo de forma mais humanizada estes pacientes.

A validação de conteúdo e semântica reforçaram a qualidade do produto elaborado e a relevância do tema para o cuidado em saúde, pois foi disponibilizado um produto confiável.²⁵

Conclusão

Esse estudo elaborou e validou um manual para melhor conduzir as práticas farmacêuticas no âmbito da saúde mental. Obteve 100% de consenso, após 5 rodadas nas etapas de validação de conteúdo e uma rodada na semântica, para assim este produto técnico obter o status de validado.

O manual contém 32 itens distribuídos contextualmente, que poderá ser utilizado como instrumento de orientação, podendo possibilitar traçar medidas para aprimorar as intervenções farmacêuticas seguido do cuidado aos usuários com transtornos mentais.

O produto também pode ser utilizado como referencial teórico para educação continuada e atualização de fragilidades identificadas pelos farmacêuticos no tocante a atender a necessidade do desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental na atenção primária, fazendo assim com que as pessoas que necessitem deste serviço tenham sua promoção a saúde e melhora da qualidade de vida, com ajuda das abordagens geradas neste produto.

Referências

1. Paes, M. R.; Maftum, M. A.. Dificuldades da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental. *Revista de Enfermagem UFPE online.*, v. 7, n. 9, p. 5566-5573. Recife, 2013.
2. R. T. Onocko-Campos Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Américo de Campos 93, Campinas, SP 13084-971, Brasil.
3. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv* 2010; 61:218-21.
4. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. *Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.

5. Silva, T. O.; Iguti, A. M.. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do estado de São Paulo. *Rev Eletrônica Gestão e Saúde*, p. 2004-2015, 2013.
6. Coutinho, M. B.. Atuação farmacêutica no campo de saúde mental: uma revisão da literatura. João Pessoa – PB, 2015.
7. Gomes, E. F.. Importância da assistência e da atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais. Vitória, 2013.
8. Sarreta, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.
9. Paulino, Renata Gonçalves. Validação de instrumento para avaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. 2019. 149 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
10. Santos FC. Construção e Validação Semântica de um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros que atuam em oncologia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2016.
11. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Hear lung*. 1987;16(6):625–9.
12. Bond, KS. Jorm, AF, Kitchener, BA. [et al] (2016). Development of guidelines for family and non-professional helpers on assisting an older person who is developing cognitive impairment or has dementia: a Delphi expert consensus study. *BMC Geriatrics*, July 7th 2016, Vol.16(1), pp.129. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0305-3>
13. Likert RA. Technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. n. 140, p. 44-53, 1932. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
14. Berger AB. Habilidades de comunicação para farmacêuticos, construindo relacionamentos: otimizando o cuidado aos pacientes. Tradução por Divaldo Pereira de Lyra Junior. São Paulo: Pharmabooks; 2011. 288p.
15. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35 (6): 382-5
16. Dini AP, Guiardello EB. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. *Acta Paul Enferm*. 2013 26(2):144-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600026>
17. Brasil. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em site:< http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acessado em: março 2021.
18. Bond, KS. Jorm, AF, Kitchener, BA. [et al] (2016). Development of guidelines for family and non-professional helpers on assisting an older person who is developing cognitive impairment or has dementia: a Delphi expert consensus study. *BMC Geriatrics*, July 7th 2016, Vol.16(1), pp.129. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0305-3>
19. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 2005

20. Ajemian I. The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford, UK: Oxford Medical Publications; 1993:17–28.
21. Topf M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. *Nurs Res* 1986; 35 (4):253-245. 40. Polit DF, Beck CT.
22. Slatten, K.; Hatlevik, O.; Fagerstrom, L. Validation of a new instrument for self assessment of nurses core competencies in pallative care. *Nursing Research and Praticce*, New York, v. 2014, p.1-8, 2014.
23. Plaquali, L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. 1^o ed. Porto Alegre. Artmed, 2010.560.
24. Junior, J.A.B.;Matsuda, L.M. Construção e validação de um instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.65, n.5, p. 71-77,2012.
25. Oliveira, A.P.A.; Nascimento, E. Construção de uma escala para avaliação do planejamento cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 27, n.2, p. 209-218, 2014.

4.2 Produto técnico

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

**MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA
ÁREA DE SAÚDE**

**MANUAL DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PARA
ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS**

**"UM CAMINHO PARA HUMANIZAÇÃO E MELHORAMENTO DA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA SAÚDE MENTAL"**

Recife, 2021.

2020 – Faculdade Pernambucana de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Produção, distribuição e informações:

Everton Rodrigues Bezerra

Flávia Patrícia Morais de Medeiros

Mônica Maria Henrique dos Santos

Mônica Cristina Batista de Melo

Projeto Gráfico, capa e diagramação:

FICHA CATALOGRÁFICA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sistema Único de Saúde	SUS
Atenção Primária em Saúde	APS
Rede de Atenção Psicossocial	RAPS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Serviços Residenciais Terapêuticos	SRT
Saúde Mental	SM
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	RENAME
Unidades de Acolhimentos	UAs
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	PNAF
Secretária de Assistência à Saúde	SAS
Assistência Farmacêutica	AF
Problemas Relacionados a Medicamentos	PRM
Unidade Básica de Saúde	UBS
Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares	PNPIC
Comissão Intergestora Bipartite	CIB
Eletroconvulsoterapia	ECT
Seguimento Farmacoterapêutico	SF
Gestão Autônoma da Medicação	GAM
Sistema Nervoso Central	SNC
Conselho Nacional de Saúde dos Secretários	CONASS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	IECA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção	16
Quadro 2 - Principais sintomas dos Transtornos Mentais Comuns – Depressão x ansiedade	17
Quadro 3 - Principais sintomas da dependência de álcool e uso problemático de drogas	18
Quadro 4 - Principais sintomas da esquizofrenia e episódio de mania no transtorno afetivo bipolar	18
Quadro 5 - Principais sintomas da psicose leve e comportamento de acúmulo de objetos: diferenças quando em associação à psicose ou à transtorno obsessivo compulsivo	19
Quadro 6 - Principais sintomas da Psicose com comportamento bizarro e transtorno obsessivo compulsivo com colecionismo patológico	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Psicofármacos da classe dos Benzodiazepínicos mais comuns	25
Tabela 2 - Psicofármacos da classe dos Sedativos e Hipnóticos mais comuns	28
Tabela 3 - Psicofármacos da classe dos Antidepressivos mais comuns	29
Tabela 4 - Psicofármacos da classe dos Antipsicóticos mais comuns	31
Tabela 5 - Psicofármacos da classe dos Estabilizadores do Humor mais comuns	34

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Fluxo do cuidado a saúde integrado a assistência farmacêutica, atenção farmacêutica e cuidado farmacêutico	49
Figura 2 – Método Clínico do cuidado farmacêutico abordado em consulta nas diversas áreas assistenciais	50
Figura 3 – As sete etapas do Método de Dáder de Seguimento Farmacoterapeutico	52
Figura 4 – Necessidades de informações para conduta farmacêutica	54

SUMÁRIO

DESCRIÇÃO GERAL DO MANUAL	8
OBJETIVO	8
PÚBLICO ALVO	8
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	10
REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL X REFORMA PSIQUIÁTRICA	10
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL	13
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO ACESSO AO CUIDADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL	16
DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE	17
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	19
PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS	20
TIPOS DE PREVENÇÕES EM TRANSTORNOS MENTAIS	21
PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS	22
O TRATAMENTO E OS PSICOFÁRMACOS	22
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL	25
OUTRAS TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS	28
MODELO BIOMÉDICO X MODELO BIOPSISSOCIAL	34
O FARMACÊUTICO NO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL	37
O CUIDADO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL	38
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL	40
CENÁRIO I	42
CENÁRIO II	55
CENÁRIO III	57
CENÁRIO IV	58
CENÁRIO V	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE I	61
	69

APÊNDICE II	73
APÊNDICE III	74
APÊNDICE IV	77
APÊNDICE V	81

DESCRIÇÃO GERAL DO MANUAL

O manual está voltado para orientar as intervenções farmacêuticas que podem ser realizadas pelo profissional farmacêutico de forma proativa e positiva com relação a suas atribuições específicas e em equipe multiprofissional na assistência a usuários com transtornos mentais permeadas por atitudes humanísticas.

OBJETIVO

Descrever as intervenções farmacêuticas na assistência aos usuários acometidos por transtornos mentais no âmbito da atenção primária a saúde, salientando a essencialidade na adesão e monitoramento na assistência integral ao tratamento destes e como o farmacêutico pode contribuir no âmbito do cuidado.

PÚBLICO ALVO

Farmacêuticos atuantes no cuidado a saúde mental na atenção primária.

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor, este manual foi elaborado como instrumento para os farmacêuticos intervirem junto aos usuários no âmbito do cuidado na saúde mental. Este documento norteador foi escrito com a expectativa de estimular e compartilhar o conhecimento adquirido junto com profissionais atuantes nesta área, como um caminho para humanização e melhoramento da prestação dos serviços farmacêuticos para os pacientes com transtornos mentais. Além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções, almejamos que este guia possa dialogar com a realidade de cada profissional de saúde, trazendo cenas e questionamentos que se acredita ser fundamental nos serviços prestados a saúde mental.

É primordial a integração do cuidado farmacêutico, como uma ação centralizada no serviço de saúde mental desde a garantia do acesso ao medicamento até a humanização no atendimento. Para isso, a estruturação do serviço para profissionais farmacêuticos atuantes nesta área, tem sido considerada uma decisão adequada para ampliar e qualificar a melhoria na prestação da assistência a esses usuários.

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem, aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado, sendo este manual, uma estratégia para a educação permanente em saúde para profissionais farmacêuticos.

Neste manual o leitor irá encontrar explicações sobre reformulação do Programa de Saúde Mental x Reforma Sanitária, o que é saúde mental; tipos de intervenções farmacêuticas em saúde mental; promoção e prevenção da saúde mental; tipos de prevenções em transtornos mentais; características farmacológicas dos psicofármacos; riscos associados a interrupção do tratamento e ao uso indiscriminado; importância do farmacêutico nesse programa; além de outras alternativas terapêuticas não medicamentosas que estarão disponíveis para orientar farmacêuticos, para que os mesmos possam intervir de forma concisa e coerente.

É uma oportunidade para aprender sempre com o foco do cuidado centrado no usuário e o desenvolvimento do trabalho em equipe interprofissional.

INTRODUÇÃO

REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL X REFORMA PSIQUIÁTRICA

A representação histórica quanto ao conceito da loucura, está intimamente relacionado ao surgimento dos manicômios, que posteriormente foram denominados de hospitais psiquiátricos, ambos ligados aos períodos de diferentes épocas históricas, tais como a antiguidade clássica (pensadores gregos); séculos XV e XVI (exorcistas); séculos XVII e XVIII (enfoque médico); e o século XIX (manicômios) ¹.

Com a antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques, como de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas. Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa¹.

Michel Foucault na maioria de suas obras menciona que a loucura não é um fato da natureza, mas da civilização. A sociedade leva esse preconceito até tempos atuais e mesmo com os acontecimentos históricos e relevantes da psiquiatria, como a Reforma Psiquiátrica, as concepções remotas de loucura ainda estão impregnadas na cultura atual. A loucura é uma produção social histórica, mediada em grande parte por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos usuários acometidos².

A partir do histórico da loucura e seus diversos conceitos desde a atualidade até dias atuais é que se tem ideia sobre as diferentes funções do manicômio. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos. E a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas

doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios^{1,2}.

As condições dos manicômios eram precárias e a maioria dos usuários não tinham diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença. O paradigma criado nesta época era que essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos, visando atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade².

O médico psiquiatra Franco Basaglia sugeriu a reformulação na concepção de loucura, transformando o que antes era acreditado com foco em apenas doença para questões de cidadania e inclusão sociais e baseadas nesta ideia muitos profissionais de saúde tornaram-se adeptos e influenciaram diretamente no movimento que influenciou o conceito de saúde mental no Brasil e resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira^{3,4}.

A emergência da referida reforma começou no fim da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir de denúncias contra as violências em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas. Entre 1960 a 1980, no Brasil as redes assistenciais eram sustentadas por recursos advindos da unificação da Previdência Social, no qual trabalhavam com modelos terapêuticos precários, proporcionando o uso abusivo de psicofármacos e com o isolamento dos doentes mentais em manicômios, que teve como consequências a superlotação, erros médicos, índices de mortalidade e segregação dos usuários¹.

O momento histórico da reforma psiquiátrica descrevia um processo de redemocratização do País, entre uma fase de transição sanitária, com intuito de que as reformas invertem a política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra-hospitalares para a fase de desinstitucionalização e desospitalização¹.

A reforma psiquiátrica no Brasil trouxe várias mudanças nos quesitos assistenciais aos usuários com transtornos mentais, com foco maior na humanização e respeito aos mesmos. Em 1992 a Declaração de Caracas reestrutura a saúde mental do Brasil para garantir assim os direitos dos usuários e conseqüentemente regularizando os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), conforme a protraia 224/92. Baseado nesta reformulação, houve a inserção da equipe multiprofissional para atendimento as pessoas que apresentavam transtornos por meio dos CAPS na Saúde Mental (SM), no qual determina normas e diretrizes para prestação de serviços na SM de acordo com a lei 10.216 de 06/2001 e portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002³. A intenção deste novo modelo é a mudança manicomial pelo surgimento de uma rede de serviços de saúde substitutivos territorializados, com direcionamento para a atenção psicossocial da comunidade⁵.

A partir de então, no final da década de 1980, surgiram as opções assistenciais, ou seja, novos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros⁶.

O grande marco desta reforma foram os serviços substitutivos aos manicômios/hospitais psiquiátricos passaram a ter privilégio, como os CAPS e NAPS, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e oficinas terapêuticas. Estes serviços foram os principais avanços da Reforma Psiquiátrica, trazendo alternativas de tratamento com o objetivo de, principalmente, não reproduzir as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico que denotou a noção de doença mental como sinônimo da falta de razão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como normalização”. A presença dos CAPS/NAPS foi de fundamental importância, pois refletiu uma mudança na concepção de tratamento dos pacientes psiquiátricos, onde antes a única instituição que receberia esses usuários com a função de recolher/excluir eram os manicômios/hospitais psiquiátricos⁷.

A Reforma Psiquiátrica teve como foco as intervenções e trabalhos específicos, equipes multi e interdisciplinares, mudança do conceito/percepção da loucura e de hospitais psiquiátricos como manicômios, apontando uma melhoria na qualidade de vida e conquista ao que se refere em termos de cidadania aos pacientes psiquiátricos.

Tal movimento trata-se, também, de uma produção social marcada pelas demandas atuais da saúde e sociedade em nosso tempo presente^{1,7}.

REDE DE ATENÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Os modelos assistenciais dos hospitais psiquiátricos geraram o progresso da Reforma Psiquiátrica, visando a substituição de hospitais psiquiátricos por CAPS. A lei nº 10.216, de 4 de junho de 2001, redireciona o modelo de assistência em SM no Brasil, criando direitos para os portadores de doenças mentais e assim ofertando um acesso ao tratamento de forma humanitária e qualitativa⁸.



Fonte: [Boaconsulta](#), 2019.

Seguindo essa premissa, os CAPSs foram incluídos na Política de Saúde Mental, estabelecendo normas e diretrizes para organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental; com assistência neste requisito é importante mencionar a inclusão de uma equipe interprofissional, no qual cada profissional tem suas competências específicas e comuns, conforme for seus conhecimentos, habilidade e atitudes e que contribuam para melhoria do sistema⁹.

Os CAPS são gerenciados pelos municípios, abertos e de base comunitária. Prestam atendimentos diários aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes por meio de atendimento clínico e reinserção social. A proposta desses centros é que, com o acesso aos direitos de todo cidadão como o trabalho, o lazer, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, o indivíduo com transtorno mental ocupará um novo espaço na sociedade⁹.

De acordo com a política, as particularidades de cada município orientam a necessidade de um CAPS diferente. Alguns, têm apenas um tipo de CAPS; outros contam com várias modalidades¹⁰. Os tipos de CAPS são:

- **CAPS I:** de menor porte, atende uma população entre 20 mil e 50 mil habitantes e contam com uma equipe de no mínimo nove profissionais¹⁰.

- **CAPS II:** serviço de médio porte, atende a municípios com mais de 50 mil habitantes. Sua equipe mínima é de 12 profissionais¹⁰.
- **CAPS III:** serviço de maior porte, para municípios com mais de 200 mil habitantes. Diferentemente dos dois primeiros, esse funciona 24h, oferecendo hospitalidade noturna para usuários que precisem de um acompanhamento mais próximo. Funciona todos os dias da semana e conta com uma equipe mínima de 16 profissionais, além da equipe noturna e de fim de semana¹⁰.
- **CAPS i:** serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sua equipe mínima é de 11 profissionais¹⁰.
- **CAPS AD:** especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; funciona com equipe mínima de 13 profissionais¹⁰.

A Portaria nº 3.088/GM/MS em 2011, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com transtorno mental ou dependentes de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimentos (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)¹¹, conforme descrito no Quadro 1.

A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, com inserção de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado, Hospital Dia e CAPS AD IV passa atender as pessoas com quadros graves e intenso de sofrimentos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹².

Quadro 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção¹¹

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde Núcleo de Apoio a Saúde da Família Consultório na Rua Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades

Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: modelo adaptado, Brasil, 2011⁹.

O farmacêutico quando presente no sistema de saúde é notado apenas como membro atuante na farmacoterapia nas questões de efetividade e segurança em tratamentos farmacológicos, mas este paradigma deve ser quebrado, pois a participação deste profissional na equipe de saúde junto a outros profissionais além de proporcionar o acesso da população a farmacoterapia, contribui para o uso racional de medicamentos (URM) e proporciona o cuidado farmacêutico aos usuários e a população em geral¹³.

Na realidade o farmacêutico deve ser correlacionado às atividades clínicas como um todo, que envolvem desde a seleção até o uso pelos usuários e população. O núcleo de atividade deste profissional compõe as atividades clínicos-assistenciais e técnico-pedagógicas, que não são claras ao modo dos profissionais e da população entenderem a relação e contexto farmacêutico-paciente¹³.

O profissional farmacêutico tem um grande papel, quando envolve o contexto em saúde, pois pode promover ou colaborar ações coletivas, atividade de educação em saúde, oficinas, grupos de convivências, grupos operativos e terapêuticos em conjuntos com diversos profissionais da área de saúde¹³.

Há carências em políticas públicas que direcionem o farmacêutico para o serviço em saúde mental, apenas, citam que este profissional de saúde é parte integrante, mas não definem o caminho, ou a melhor estratégia que o mesmo deve adotar mediante legislação para tal área. A importância da intervenção farmacêutica de qualidade na saúde mental, depende também de órgãos como Ministério da Saúde, propondo uma melhor reestruturação do serviço juntamente com a capacitação de profissionais farmacêuticos envolvidos na área¹¹. Apesar de ser bem pactuado as ações e atribuições

dos farmacêuticos é importante a implantação de políticas públicas, com apoio dos órgãos de classe e gestão que descrevam as atividades a serem desenvolvidas pelo por este profissional na SM e outros espaços que atendam pacientes com transtornos mentais¹³.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Para se ter uma boa saúde mental é necessário conseguir apreciar a vida, com qualidade de vida cognitiva e emocional, humor constante, saber lidar com emoções e buscar ajuda sempre que necessário¹⁴.

As pessoas que demandam de um cuidado em saúde mental, primeiramente,



Fonte: Portal UNICAP, 2020.

devem passar pelo serviço de porta de entrada, na Atenção Primária (AP), no qual as ações são desenvolvidas em um território conhecido, possibilitando a equipe multiprofissional uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida¹⁵.

A Política de Saúde Mental no Brasil é resultado da mobilização de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam milhares de pessoas com transtornos mentais. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica, mostrando que para os portadores de transtornos mentais, passam a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia da doença. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura)¹⁵.

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Na década de 2000, com

financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros¹⁵.

Associado as novas conduções, vem o tratamento medicamentoso. Os psicofármacos são considerados como recursos farmacológicos para o tratamento em saúde mental, entretanto, a utilização só faz sentido quando se estabelece um contexto de vínculo e de escuta, entre o profissional prescritor e o paciente, no qual neste momento o usuário compreende e se corresponsabiliza pelo uso do medicamento que passará a não somente demandar “troca de receitas”, como também poderá se colocar diante das queixas que lhe trás. Na maioria das vezes para o profissional de saúde, ao se deparar com alguém em sofrimento, a solução mais rápida e perigosa é ideia de que a prescrição do medicamento possa representar uma solução rápida, sem muitas vezes escutar e dialogar sobre a angústia que o paciente sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema¹⁵.

DO ACESSO AO CUIDADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL

Os CAPS surgiram como serviços regionalizados, integrando a rede de atenção à Saúde Mental e proporcionando o atendimento de particularidades locais. Estes serviços são integrantes de uma nova modalidade de atenção implantada no SUS que envolve a construção de uma política pública baseada em práticas multiprofissionais e interdisciplinares¹⁶.



Fonte: Google Imagens, 2021.

As instituições de referências para a SM no tratamento e atendimento de crises e urgências, têm o uso de medicamentos como uma atividade comum e inerente ao plano terapêutico. O uso de medicamentos nestes serviços requer a organização própria do

serviço de Assistência Farmacêutica (AF), uma vez que esta contempla diversas atividades voltadas não só para sua disponibilidade, mas também para a conservação, o controle de qualidade e atividades assistenciais a fim de garantir a segurança e a efetividade dos medicamentos. São necessários ainda mecanismos de acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos, difusão de informações, além da educação permanente dos profissionais de saúde, assegurando seu uso racional¹⁷.

A AF nos serviços de SM em geral é necessária para assim corroborar com adequado planejamento a fim de cumprir com seu objetivo de proporcionar a assistência terapêutica integral, promoção e recuperação da saúde, podendo as farmácias destes centros se tornarem referência na dispensação de medicamentos da saúde mental. Em participação colaborativa o farmacêutico é visto nos CAPS como peça fundamental, visto que este profissional pode estabelecer o primeiro contato com o usuário ou atuar como um elo com os demais profissionais da equipe de saúde mental, principalmente com o médico, e participar em estratégias de adesão atuando no cuidado à saúde mental¹⁷.



Fonte: Google Imagens, 2021.

Na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o farmacêutico ocupa um lugar de destaque, sendo um dos seus pilares para colaborar com o cuidado deste usuário. A PNAF compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde - tanto individual como coletiva - e tem o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e seu uso racional, além disso, nas ações do cuidado farmacêutico, em que o usuário é o centro da atenção, há uma interação direta entre o farmacêutico e o paciente, objetivando um manejo medicamentoso eficiente, ou seja, uma farmacoterapia racional e obtenção de desfechos definidos e mensuráveis que melhorem a qualidade de vida destes¹⁸.

A fim de atender de forma mais efetiva as necessidades de grupos específicos de usuários, em especial aqueles portadores de agravos relacionados à saúde mental, foi implantado, através da Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental na rede pública¹⁹.

Alguns requisitos são estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, entre eles:

- Apresentação de consolidado atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental, implantados nos municípios do estado.
- Estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços.
- Resolução aprovada nas Comissões Intergestoras Bipartites - CIB e encaminhada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, contendo a relação dos municípios que possuísem serviços ambulatoriais de saúde mental.

Os medicamentos a serem disponibilizados devem ser selecionados com base no grupo farmacológico que atua sobre o sistema nervoso central (SNC), constante da RENAME vigente, devendo ser priorizado o acesso dos pacientes atendidos no nível ambulatorial, para os quais a falta de medicamentos poderia levar à hospitalização¹⁹.

O Conselho Nacional de Saúde dos Secretários - CONASS tem, ao longo dos últimos anos, reiterado junto às instâncias responsáveis pelo Programa de Saúde Mental e pela Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, a necessidade de reavaliar esta área, não contemplada na Portaria GM/MS n. 2084/2006, que trata da Assistência Farmacêutica na atenção primária. Discussões nesse sentido estão em andamento, com a finalidade de superar a fragmentação e estabelecer diretrizes para a Assistência Farmacêutica na área de saúde mental¹⁹.

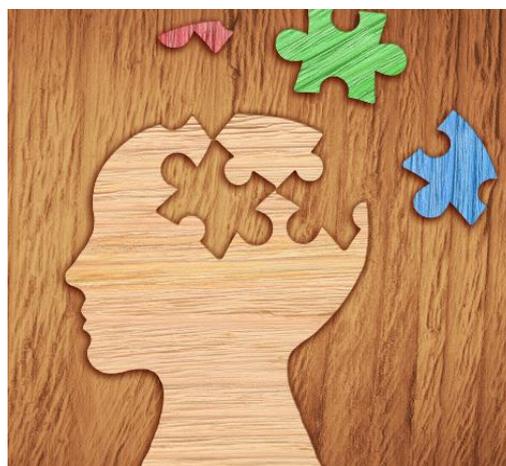
A avaliação dos serviços de saúde faz parte do processo de planejamento e gestão, sendo capaz de subsidiar parâmetros importantes no desenvolvimento de novas estratégias e alterações no serviço, principalmente no que concerne a reavaliação das diretrizes da Assistência Farmacêutica na área de saúde mental, pois os estudos de avaliação dos serviços de Saúde Mental ainda são escassos e os mesmos não avaliam critérios específicos das condições da AF nestas unidades, serviço considerado indissociável no modelo de assistência atualmente praticado no país¹⁷.

DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE

A saúde em sua amplitude geral, em conjunto com a saúde mental, tem conceitos complexos e tradicionalmente motivados por cenários sócio-políticos e pela evolução de práticas em saúde. Entretanto, muito se discute sobre a consolidação de um cuidado em saúde multidisciplinar em diferentes áreas de conhecimento na saúde, gradualmente, incorporando tais conceitos^{20,21}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". A definição supracitada foi inovadora e ambiciosa, pois, em vez de oferecer um conceito inapropriado de saúde, expandiu a noção incluindo aspectos físicos, mentais e sociais ^{21,22}.

Em relação ao termo saúde estabelecido pela OMS foi estabelecido paralelamente o conceito em saúde mental, também por essa organização como um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, trabalhando produtivamente, sendo capaz de contribuir para sua comunidade²³. Os conceitos e definições em saúde mental são conteúdos de diversos saberes, todavia, prevalece um discurso psiquiátrico entendendo como termo oposto à loucura, exibindo que usuários com diagnósticos de transtornos mentais não podem ter nenhum grau de saúde mental, bem-estar ou qualidade de vida, como se os problemas ou sintomas fossem contínuos na vida ^{24,25}.



Em relação ao conceito de saúde e transtornos mentais foi evidenciado que se tem dois paradigmas envolvendo estes termos, que são os modelos biomédicos e o da produção em saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os usuários com um transtorno psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais, ou seja, um cuidado com mais liberdade. Ainda é prevalente o paradigma biomédico para profissionais de saúde no Brasil sobre a concepção da saúde mental ²⁶.

A importância de aspectos socioculturais e os recursos que os usuários com sofrimento psíquico utilizam mostra relevância, pois refere-se sobre a influência que a pessoa em sofrimento psíquico recebe do ambiente, do contexto, da família, dos amigos,

da situação econômica, da espiritualidade, da ajuda de outras pessoas, dos próprios desejos e expectativas²⁶.

As sintomatologias das doenças foram elementos fundamentais para explicar o significado da saúde mental, não sendo só o oposto de doenças psiquiátricas, como também os aspectos relacionados ao bem-estar, qualidade de vida e condições sociais de vida. A classificação do usuário como doente, pode levar à diminuição de sua autonomia e de sua capacidade de se sentir saudável, mesmo com suas limitações²⁷.

Pode-se definir alguns aspectos importantes para se ter uma boa saúde mental, como: reconhecer seus limites, buscar ajuda quando necessário, saber lidar com as emoções boas e desagradáveis, reconhecer as exigências da vida e lidar com elas, estar bem consigo mesmo e com os outros, conseguir apreciar a vida e boa qualidade de vida cognitiva ou emocional²⁸.

De acordo com classificações internacionais o termo “transtorno mental” é utilizado em substituição a “doenças mentais”, com intuito de não correlacionar a doenças clínicas, sendo preferível usar uma denominação diferente, pois é evitado o termo doença pois torna algo negativo; por outro lado, vários profissionais usam o termo “doença”, para que os indivíduos sejam considerados incapazes de decidir algo ou desenvolver ações por estarem doente mentalmente²⁸.

O transtorno mental integra um amplo espectro de problemas patológicos que prejudicam a mente, constantemente criando grande incômodo interior e alterando comportamentos de indivíduos. São muitos sintomas provocados por essas mudanças mentais, como as queixas de humor, ansiedade, memória, percepção e pensamento²⁸.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Para Organização Mundial de Saúde - OMS, as ações inseridas em saúde mental seguem como pré-requisito a promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde. O termo promoção em saúde visa não só os pacientes com transtornos mentais como também os que não apresentam nenhum problema clínico e foca nos conceitos de educação em saúde



Fonte: Google Imagens, 2021.

como sendo apenas ausência de doenças. Através da promoção em saúde os usuários se fortalecem, aprimora capacidades funcionais, melhora sensações de bem-estar, desenvolvimento individual e suas ações em grupo, ou melhor, no coletivo²⁹.

É importante frisar que as ações para a promoção da saúde mental devem ser realizadas pela equipe multiprofissional, que deve disseminar a informação e realizar ações educativas para com orientação para ações e a partir disto os pacientes passem a decidir e consigam cuidar de si e fazer suas escolhas, conforme patologia diagnosticada. Para chegar ao êxito é necessário ações interdisciplinares e intersetoriais, que envolvem não só a equipe multiprofissional como também pacientes com transtornos mentais²⁹.

PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Os programas de prevenção e educação em saúde têm como base a divulgação de informações científicas e recomendações de mudanças de hábito. Em saúde mental, as ações de prevenção têm como finalidade evitar o surgimento dos transtornos mentais, desenvolvendo controles para alguns fatores de risco. Neste contexto, é diferenciado a prevenção em três tipos como: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária por parte dos profissionais de saúde, tendo como base nessas prevenções as intervenções, que serão estratégias para promover a saúde dos usuários acometidos por transtornos mentais³⁰.



Fonte: Google Imagens, 2021.

TIPOS DE PREVENÇÕES EM TRANSTORNOS MENTAIS

➤ **Prevenção primária:** evitar a ocorrência antes de acontecer, isto é, reduzir os fatores de risco. Ex.: evitar o uso de drogas, evitar o *bullying*²⁹.

➤ **Prevenção secundária:** no caso em que o paciente já se expôs ao fator de risco, é preciso interromper esta exposição. Assim, é importante a identificação da exposição ou de sintomas e iniciar o tratamento precocemente. Ex.: um paciente está em situação de rua há poucos meses. No início, tinha disposição e estava procurando "se virar", mas

após muitas tentativas frustradas de busca de emprego e contato com sua família, começa a se isolar e a desistir de ir atrás de trabalho e de serviços da assistência social. Essa pode estar manifestando sinais iniciais de uma depressão. Assim, uma intervenção neste momento em que há ainda poucos sintomas seria uma estratégia de prevenção secundária²⁹.

➤ **Prevenção terciária:** deve ser feita quando o paciente já está sofrendo consequências negativas devido a um determinado problema ou transtorno. A ideia é agir para reduzir o prejuízo, evitar que mais problemas surjam e, também, realizar reabilitação, se possível. É importante buscar apoio e tratamento especializado. Ex.: a estratégia de redução de danos para dependentes de drogas é baseada na ideia de prevenção terciária. O objetivo da intervenção é pensado caso a caso com o princípio de diminuir os problemas que o usuário apresenta ocasionado pela sua dependência²⁹.

PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

Para desenvolver suas intervenções como farmacêutico, é necessário conhecer e identificar os diferentes tipos de transtornos mentais⁹:

- Transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade)⁹;
- Transtornos mentais severos ou graves (quadros psicóticos breves, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia)⁹;
- Transtornos mentais decorrente do uso de drogas⁹.



Fonte: Google Imagens, 2021. *idem*

Sendo importante destacar os principais sintomas, comportamentos, sentimentos e pensamentos relacionados as diversas patologias mentais em quadros ilustrativos.

Quadro 2: Principais sintomas dos Transtornos Mentais Comuns – Depressão x ansiedade¹¹

Transtornos mentais comuns	Depressão	Ansiedade
Sintomas físicos	- Cansaço - Sensação de fraqueza e de falta de energia - Dores pelo corpo	- Sentir o coração batendo rápido (palpitação) - Sentir-se sufocado - Tontura - Tremor de mãos e até do corpo todo - Dores de cabeça - Formigamento em braços, pernas e/ou no rosto
Comportamentos	- Alteração do sono (falta ou excesso de sono) - Alteração do apetite (diminuição ou aumento do apetite)	- Dormir pouco e/ou mal - Evitar situações e lugares que causam medo (ex.: locais públicos, pois a pessoa tem medo de ter

	- Diminuição do desejo sexual	uma crise de pânico, ou um local em que a pessoa sofreu um assalto)
Sentimentos	- Tristeza - Fracasso ou frustração - Culpa - Perda de interesse na vida - Perda de vontade de fazer coisas de que gostava, pois elas não têm mais graça	- Medo - Sentir que algo ruim pode acontecer
Pensamentos	- Desesperança no futuro - Dificuldade em tomar decisões - Dificuldade em se concentrar - Acha que não é tão bom quanto os outros (baixa autoestima) - Acha que seria melhor se não estivesse vivo - Ideias e planos de suicídio	- Preocupar-se demais com seus problemas ou com sua saúde - Pensar que vai morrer, perder o controle ou ficar “louco” (durante situação de grande medo e com sintomas físicos) - Pensar algo incômodo repetidas vezes e, mesmo se esforçando, não conseguir parar de pensar nisso

Fonte: Modelo adaptado, Brasil 2011¹¹.

Quadro 3: Principais sintomas da dependência de álcool e uso problemático de drogas⁹

Transtornos mentais comuns	Dependência do Álcool	Uso Problemático de Drogas
Sintomas físicos	- Perda de apetite - Problemas de estômago, como gastrite e úlcera - Problemas no fígado - Vômitos e enjoo matinal - Recorrência de acidentes e machucados - Sintomas de abstinência: tremor, suor, confusão e até convulsões	- Cuidado com o corpo prejudicado - Problemas respiratórios, se o uso for por fumo. - Sintomas de abstinência de drogas (sintomas gerais): enjoo, ansiedade, tremor, diarreia, cólicas intestinais, suor
Comportamentos	- Dificuldade para dormir - Necessidade de beber durante o dia - Necessidade de beber de manhã para aliviar desconforto físico	- Dificuldade para dormir - Irritabilidade (pessoa se torna “pavio curto”) - Fazer o que for necessário para obter a droga, como roubar, por exemplo
Sentimentos	- Sentir-se vulnerável e sem controle sobre si mesmo - Sentir-se culpado por beber	- Sentir-se vulnerável e sem controle sobre si mesmo - Sentir-se culpado por usar drogas - Sentir-se triste e deprimido
Pensamentos	- Grande desejo de beber - Pensamentos contínuos sobre a próxima vez que for beber - Pensa em se matar	- Grande desejo de usar a droga - Pensamentos contínuos sobre a próxima vez que for usar drogas - Pensamentos sobre se matar

Fonte: Modelo adaptado, Brasil 2011¹¹.

Quadro 4: Principais sintomas da esquizofrenia e episódio de mania no transtorno afetivo bipolar⁹

Transtornos mentais comuns	Esquizofrenia	Episódio de mania no transtorno afetivo bipolar
Sintomas físicos	- Queixas incomuns e sensações estranhas no corpo, como falar que há algo andando em sua pele	- Intensa agitação psicomotora - Insônia - Diminuição do apetite - Aumento da libido
Comportamentos	- Não mais faz suas atividades normais - Isola-se - Mostra-se inquieto - Anda bastante - É agressivo - Apresenta comportamento bizarro, como guardar coisas incomuns e se esconder	- Falar rápido - Ser socialmente inapropriado, por exemplo, demonstrando sexualidade exacerbada - Não conseguir relaxar ou ficar parado - Dormir muito pouco, mas se sentir descansado - Fazer muitas coisas, mas não completar nenhuma

	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza baixo autocuidado e higiene prejudicada - Responde perguntas com falas irrelevantes ou incoerentes 	
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Sente-se triste - Perde interesse nas atividades diárias - Sente-se com medo de ser machucado ou prejudicado 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir-se no “topo do mundo” e capaz de fazer qualquer coisa - Sentir-se muito feliz sem motivo - Irritabilidade
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Tem dificuldade em pensar claramente - Manifesta pensamentos estranhos e que não podem ser mudados por argumentação e mostra de dados objetivos (ex.: achar que alguém o quer machucar, achar que sua mente está sendo controlada) “Imagina coisas”: ouve vozes dentro ou fora de sua cabeça, vê coisas que outros não veem (alucinações). 	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditar que é uma pessoa especial ou que tem poderes especiais - Acreditar que outros o querem machucar - Negar que há uma doença - Ouvir vozes (alucinações) - Acreditar que outros o querem machucar - Negar que há uma doença - Ouvir vozes (alucinações)

Fonte: Modelo adaptado, Brasil 2011¹¹.

Quadro 5: Principais sintomas da psicose leve e comportamento de acúmulo de objetos: diferenças quando em associação à psicose ou à transtorno obsessivo compulsivo⁹

Transtornos mentais comuns	Psicose Leve
Sintomas físicos	- Inquietude
Comportamentos	- Agressividade - Falar coisas sem sentido
Sentimentos	- Medo ou emoções muito oscilantes
Pensamentos	- Crenças bizarras - Ouvir vozes e ver coisas que ninguém vê (alucinações)

Fonte: Modelo adaptado, Brasil 2011¹¹.

Quadro 6: Principais sintomas da Psicose com comportamento bizarro e transtorno obsessivo compulsivo com colecionismo patológico⁹

Transtornos mentais comuns	Psicose com comportamento bizarro	Transtorno obsessivo compulsivo com colecionismo patológico
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos delirantes: ideias que não podem ser alteradas pela argumentação - Seu conteúdo não pode ser reconhecido como verdadeiro pela maior parte das pessoas de seu grupo cultural 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos obsessivos: ideias indesejáveis que vêm à mente sem controle, causam desconforto e ansiedade - Seus conteúdos envolvem: agressividade, doenças, acidentes, mortes, sexualidade etc.
Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Decorrente do delírio, é necessário acumular por conta de algum significado específico e delirante 	<ul style="list-style-type: none"> - Compulsivo, pois visa aliviar temporária mente o mal-estar causado pelos pensamentos obsessivos -O colecionismo serve como uma forma de amenizar os pensamentos indesejáveis. Assim, também surge o medo de se desfazer de jornais, embalagens, objetos quebrados, objetos encontrados na rua etc.
Crítica sobre seu comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa crítica, geralmente apresenta maior comprometimento mental (dificuldade de entender as coisas, principalmente abstrações, desorganização do pensamento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui crítica, geralmente demonstra grande sofrimento diante do comportamento, mas não consegue se controlar.

Fonte: Modelo adaptado, Brasil 2011¹¹.

O TRATAMENTO E OS PSICOFÁRMACOS

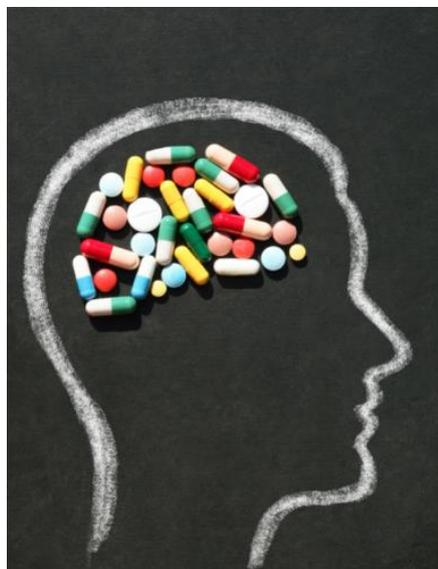
Várias são as terapias adotadas para o tratamento da SM, desde os tratamentos medicamentosos, incluindo os psicofármacos, a homeopatia e a fitoterapia, como as terapias não medicamentosas, sendo o aconselhamento, terapia tradicional chinesa e a medicina antroposófica. Outras formas de tratamento também são adotadas neste âmbito da saúde como a psicoterapia, eletroconvulsoterapia e a terapia espiritual³¹.

Define-se tratamento como o conjunto de meios (terapias) empregados visando a debelar uma doença ou proporcionar ao doente cuidados paliativos. Na linguagem médica corrente, usa-se tratamento como sinônimo tanto de terapia como de terapêutica³¹.

Para promoção em saúde o tratamento em saúde mental com medicamentos psicofármacos é um recurso entre outros, porém sua utilização só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. O paciente deve compreender e se responsabilizar pelo uso correto dos medicamentos que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá ter implicações outras, diante das queixas trazidas³².

Para o profissional de saúde, diante de alguém em sofrimento, é importante considerar a perigosa ideia de que o medicamento possa representar uma solução rápida, uma resposta para uma angústia que sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema. “Muita calma nessa hora”. Uma escuta atenta e mesmo adiar a prescrição para o próximo encontro podem ser peças fundamentais no vínculo que vai sustentar a gestão compartilhada do uso daqueles medicamentos. Uma parceria que, desse modo, já nascerá com consistência³³.

Os psicofármacos são medicamentos sujeitos a controle especial pertencentes a portaria 344/98 cujas classe de receitas são: (A3, B1 e C1) consideradas substâncias que podem causar dependência. Podem ser divididos em quatro classes amplas: ansiolíticos, que são utilizados para ansiedade; antidepressivos, usados na depressão, antimaníacos



Fonte: Google Imagens, 2021. *idem*

(estabilizadores do humor), usados no tratamento do distúrbio bipolar; e os antipsicóticos, utilizados no tratamento das psicoses³⁴.

A administração de substâncias psicotrópicas tem como objetivo minimizar os sintomas causados por algum transtorno mental, bem como, a modificação do humor, da emoção e do comportamento. O tratamento medicamentoso é fundamental para a melhoria dos sintomas indesejáveis desses transtornos, quando avaliado por um profissional prescritor e acompanhado pela equipe multiprofissional. Os efeitos buscados pela ingestão de medicamentos psicotrópicos são: o alívio da euforia, ansiedade, depressão e a promoção do sono. Porém, isso tem levado a população a fazer o uso indiscriminado e compulsivo desses medicamentos³⁴.

Por se tratar de medicamentos psicoativos, o cuidado farmacêutico é importante, pois acompanha desde a programação e planejamento adequado, para garantia do acesso do usuário ao medicamento que necessita, o armazenamento e transporte adequados, para garantir da segurança e eficácia do produto, a dispensação, para garantia do seu uso adequado pelo paciente, até o monitoramento terapêutico deste arsenal medicamentoso, com o intuito de prevenir possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas e uso incorreto do medicamento que possam acarretar prejuízo ao tratamento e o dano a sua saúde da população³⁵.

Segue abaixo tabelas que informam quais os medicamentos psicoativos e suas determinadas classes, que são mais utilizadas em tratamentos para pacientes com transtorno mental, quando prescrito por profissional habilitado.

Tabela 1 - Psicofármacos da classe dos Benzodiazepínicos mais comuns

Apêndice I.

Tabela 2. Psicofármacos da classe dos Sedativos e Hipnóticos mais comuns

Apêndice II.

Tabela 3. Psicofármacos da classe dos Antidepressivos mais comuns

Apêndice III.

Tabela 4. Psicofármacos da classe dos Antipsicóticos mais comuns

Apêndice IV.

Tabela 5. Psicofármacos da classe dos Estabilizadores do Humor mais comuns

Apêndice V.

O aumento da medicalização da população reflete no uso de psicofármacos, com justificativa que os usuários desconhecem sobre os medicamentos prescritos referente ao diagnóstico de doença mental, como também desconhecem os efeitos indesejáveis destes medicamentos e o sofrimento que costuma permanecer mesmo com o tratamento farmacológico, sendo motivo de dificuldade por parte dos usuários que fazem tratamento medicamentoso de voltar a suas atividades sociais e no mercado de trabalho. É desejo dos usuários viver sem medicamentos, no entanto muitos fazem a interrupção repentina da medicação, no qual levam a internação³⁶.

A implantação da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é adotada na saúde mental como estratégia, a partir de grupos que usam a ferramenta do Guia de GAM, no qual foi elaborado com base na autonomia, que é um dos contextos centrais na renovação dos modelos de cuidado em SM. Portanto, é importante valorizar a experiência e o saber dos usuários em SM, onde a experiência e saber geram protagonismo na gestão do tratamento, podendo assim viabilizar outras formas de cuidado além do medicamentoso³⁶.

Através do Guia GAM várias mudanças foram alcançadas, no entanto o contexto da medicação se apresenta como centralidade do tratamento medicamentoso e da prescrição médica na SM, seja em CAPS, ambulatórios, consultório de rua e em outros ambientes da atenção primária. As práticas em saúde neste âmbito ainda se realizam de modo hierárquico, especialista e com baixa inclusão da experiência dos usuários³⁶.

A participação da equipe multidisciplinar em saúde com base no Guia GAM é fundamental para o SUS, pois ganha expressão e importância para as mudanças nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho em saúde, seja na formulação de metodologias de produção de conhecimento na saúde, incluindo a perspectiva dos sujeitos participantes na organização e análise de dados em pesquisas³⁷.

Com relação ao uso de psicofármacos o Guia GAM pode demonstrar alguns problemas inerentes a processos individuais e institucionais relacionados ao uso, prescrição, dispensação, rotina dos efeitos clínicos e colaterais e ajuste de doses destes medicamentos, que reflete diretamente na gestão das práticas de medicação.

Deve-se evitar estereótipos como: o medicamento é o único tratamento, o prescritor é o único que detém o saber sobre o uso do medicamento e tal remédio é bom ou ruim³⁸.

O GAM aposta de maneira participativa e interventiva na SM, onde o desafio é de inclusão democrática dos usuários dos serviços de saúde, pois esses indivíduos com diagnósticos de doentes mentais são meramente alvos de preconceitos de sua condição de sujeitos de direitos na sociedade. A estratégia deste guia são grupos heterogêneos integrados por colaboradores e usuários, ou por trabalhadores e família, onde é feita uma dinâmica de manejo congestivo, com coordenação centralizada em um moderador, que visa a descentralização do manejo. As decisões do grupo só podem ser tomadas casos a caso, após o compartilhamento de experiência dos usuários por parte do moderador, portanto a ideia geral do GAM é discutir a importância estratégica de metodologias de intervenção que fomentem autonomia nas relações de poder entre equipes de saúde, entre trabalhadores e usuários, e entre os tipos de saber envolvidos nas práticas de produção de saúde³⁹.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL

Em 2006 foi aprovada no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com intenção de implantar e adequar ações/serviços de medicina tradicional chinesa/ acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica⁴⁰.



Fonte: Google Imagens, 2021.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são condizentes com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de medicina tradicional e medicina complementar/alternativa (MT/MAC). As PIC abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico, e a integração do ser humano com o meio em que vive. O processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa a promoção global do cuidado e, principalmente, do estímulo ao autocuidado³¹.

A inserção das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio para os gestores públicos, pois há poucos recursos humanos capacitados, financiamento insuficiente, faltam espaços para o desenvolvimento de novas práticas e ainda há dificuldade de integração entre as PIC e a lógica biomédica. Na atenção primária as equipes são importante recurso de enfrentamento nos agravos à saúde, sendo impossível mencionar a saúde integral sem incluir a SM, assim como não há meios de abordar esta temática sem pensar nos dispositivos relativos ao contexto de vida das pessoas. É preconizado que aqueles que necessitam de acompanhamento devem ter o cuidado disponível em seu território e a atenção primária é um importante articulador dos serviços da rede de SM⁴¹.

Entende-se que a SM não está dissociada da saúde geral e suas demandas revelam-se em todos os serviços da RAPS, especialmente na atenção primária. É necessário que o cuidado em SM seja incorporado à prática em todos os níveis de atenção, com intervenções capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a forma como o indivíduo percebe o mundo. A articulação entre SM e atenção primária é capaz de possibilitar a construção de um projeto terapêutico que ofereça cuidado integral ao indivíduo, sendo esse um dos princípios do SUS. Dentro disso, o acolhimento e o vínculo são considerados os componentes principais de cuidado à SM na ESF por serem os meios por onde o cuidado se torna transversal⁴¹.

Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura

Apresenta como uma de suas teorias fundamentais a teoria do Yin-Yang, divisão em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando os fenômenos em opostos complementares. Além desta, há a teoria dos Cinco Movimentos, que compreende e atribui a todas as coisas e fenômenos um dos cinco elementos, a saber: madeira, fogo, terra, metal e água⁴².



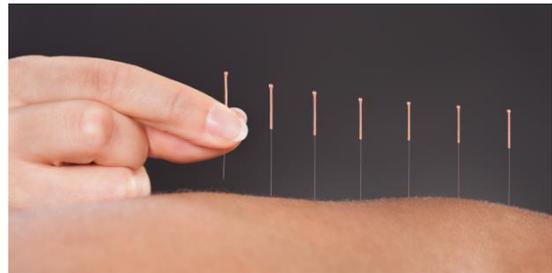
Fonte: Google Imagens, 2021.

Em se tratando do cuidado à saúde mental, para a MTC, as duas teorias (polaridade Yin e Yang e a teoria dos Cinco Movimentos) ajudam a ampliar o olhar sobre o paciente e sobre as desarmonias que levam ao sofrimento mental, reconhecendo

a diversidade de influências sobre os processos humanos e sua relação com o ambiente⁴².

A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e, como procedimentos terapêuticos, acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa⁴³.

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção



Fonte: Google Imagens, 2021.

de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças. Criada há mais de dois milênios, é um dos tratamentos mais antigos do mundo e pode ser de uso isolado ou integrado com outros recursos terapêuticos da MTC ou com outras formas de cuidado⁴³.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai chi chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa) relacionadas à prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde⁴³.

Homeopatia

Pautada no paradigma vitalista, observa-se que o processo de adoecimento ocorre a partir de um desequilíbrio em nível sutil, imaterial e que, inicialmente, é com frequência imperceptível. Posteriormente, pode evoluir para uma



Fonte: Google Imagens, 2021.

entidade clínica, detectável pelas conseqüentes manifestações, tanto na esfera psíquica – pela presença de sintomas mentais, tais como medos, angústias, tristeza, ansiedades e demais sensações subjetivas –, como pelos sintomas físicos. Desta forma, no curso do

tratamento, a melhoria dos sintomas deve acontecer nesta totalidade, sempre acompanhada pela sensação subjetiva de bem-estar⁴³.

O objetivo do tratamento homeopático é traçar um projeto de valorização da vida, de conservação e recuperação da saúde. Nesse sentido, é importante integrar esses conhecimentos com os conhecimentos e princípios da Atenção Básica e da Saúde Mental, compartilhando as concepções do processo saúde/doença e outras possíveis ferramentas para abordagem do cuidado das pessoas e suas famílias⁴³.

A inserção da homeopatia no SUS é importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde, pois recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Neste cenário, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde e a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo e contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência⁴³.

Fitoterapia

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de



Fonte: Google Imagens, 2021.

origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças⁴³.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de dez anos, até os com início recente ou com pretensão de implantação⁴³.

Na SM, diversas são as possibilidades que as plantas medicinais e a Fitoterapia podem oferecer no processo de cuidado aos usuários que procuram as redes de Atenção à Saúde para obter alívio de seu sofrimento mental e/ou de um convívio com álcool e drogas. Mais do que apenas discutir “fitoterápicos indicados como coadjuvantes em determinados transtornos mentais”, obviamente um tema hoje bastante estudado, acredita-se que o mais importante é decidir, com critérios já produzidos no Brasil e mundo afora, se poderia haver contribuição vantajosa da Fitoterapia ou mesmo das plantas medicinais nas várias etapas do projeto terapêutico que a equipe, em parceria com o paciente, permanentemente constrói para cada caso em sua singularidade⁴².

Não se tem relatos de uso de fitoterápicos em casos severos, como situações de esquizofrenia, bipolaridade ou depressão grave. Além disso, com respeito à ansiedade generalizada, ainda se dispõe de poucos estudos clínicos consistentes no sentido de apoiar o emprego clínico desses produtos, considerando o paradigma da medicina baseada em evidências. Assim, bons diagnósticos, principalmente os que excluam condições de maior risco e severidade, bom conhecimento do fitoterápico que se vai utilizar, além da disponibilidade de critérios e diretrizes são ferramentas que podem ser úteis para guiar uma prescrição fitoterápica nesse contexto, sempre no sentido de cuidar melhor e de maneira integral⁴².

Somando novas opções terapêuticas às situações clínicas apresentadas no cotidiano das USF, torna-se possível a redução da medicalização excessiva. Observam-se, por exemplo, situações em que o uso de fitoterápicos reduz o uso de ansiolíticos. O acesso da população à prática e aos benefícios da fitoterapia na atenção primária (SF e NASF) torna-se campo fértil para o desenvolvimento de suas potencialidades de forma multiprofissional, assim como abre leque de possibilidades e vantagens. A aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade torna a relação mais horizontal, reforçando o papel da ESF como primeiro contato do usuário com o SUS, assim como a ampliação das ofertas de cuidado favorece o princípio da integralidade em saúde⁴³.

Em virtude da importância desse programa no contexto da fitoterapia na rede pública, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal. Em seu § 1º, contempla a Farmácia Viva, que, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas

medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e officinais de plantas medicinais e fitoterápicos. A portaria traz ainda que não é permitida a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos elaborados a partir das etapas citadas⁴³.

Termalismo Social/Crenoterapia

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica,



Fonte: Google Imagens, 2021.

atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida com a colonização portuguesa, que trouxe ao País os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde⁴³.

Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura. O recurso à água como agente terapêutico remonta aos povos que habitavam nas cavernas, que o adotavam depois de observarem o que faziam os animais feridos⁴³.

Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de



Fonte: Google Imagens, 2021.

maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos

baseados na homeopatia, fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da Saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria⁴³.

No campo da SM, a medicina e as terapias antroposóficas trazem algumas contribuições de grande relevância para a promoção da saúde, prevenção e a reabilitação tanto no âmbito individual como no coletivo, compreendendo todas as fases do ciclo de vida humano. A Psicologia Antroposófica propõe processo psicoterapêutico baseado na imagem de ser humano ampliada e pode ser acompanhada de outras terapias tais como a Terapia Artística, a Cantoterapia e a Musicoterapia, entre outras. Também vale ressaltar a contribuição da Terapia Biográfica, que organiza as vivências e o amadurecer humano em ciclos de sete anos. Todas essas abordagens têm em comum a perspectiva do indivíduo tomar a própria vida em suas mãos, ou seja: autonomia e autocuidado como elementos centrais do tratamento e da busca pelo equilíbrio da saúde⁴².

OUTRAS TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS

Os transtornos mentais têm início em virtude de fatores psicológicos, biológicos e ambientais, onde cada fator destes terá uma magnitude diferente para cada paciente dependendo da doença mental que lhe acomete. Muitas vezes o tratamento farmacológico não é eficaz para tratar o transtorno, portanto é necessário a associação do tratamento medicamentoso com não medicamentoso, incluindo abordagens sociais e psicológicas. Seguindo esta premissa cabe ressaltar algumas formas de tratamento não medicamentoso, tais como: reabilitação psicossocial, aconselhamento, psicoterapia e terapias espirituais⁴².

Aconselhamento

O contexto, ou melhor, modelo biomédico ainda é bastante usual pelos profissionais de saúde, no qual muitos duvidam que o escutar e falar podem ser considerado um tipo de tratamento acontecendo muitas vezes, quando procurados pelos usuários com transtornos mentais, apenas a prescrição medicamentosa sem a escuta do mesmo, corroborando com esta afirmativa é que muitas vezes os próprios pacientes pela

falta do contexto esclarecedor de sua patologia mental, aguardam apenas a prescrição do medicamento quando procuram os serviços de saúde⁴².

A palavra aconselhamento pode ser usada de diferentes maneiras variando de contexto de paciente para paciente, sendo classificado na forma de tratamento, como mais do que apenas uma conversa entre amigos, pois



Fonte: Google Imagens, 2021.

há toda uma sistemática para acontecer o aconselhamento, onde todos os métodos explicam o porquê um paciente tem doença mental, com intuito de ajudá-lo na busca de soluções para os problemas enfrentados. O aconselhamento deve ser realizado por profissionais habilitados, que estejam dispostos a aprender e com uma mente aberta⁴².

O tratamento no contexto do aconselhamento demonstra fatos que este pode ajudar as pessoas com transtornos mentais sem concorrência com o tratamento medicamentoso, proporcionando assim um auxílio no tratamento e maior entendimento dos usuários quanto aos seus problemas relacionados ao contexto mental de saúde ou não⁴².

O profissional farmacêutico tem um papel fundamental no tratamento dos transtornos mentais, pois com sua rotina diária desenvolvem possibilidades e relações com os usuários que necessitam deste serviço. Os passos específicos de um aconselhamento para pessoas com transtornos mentais comuns são⁴²:

- dar garantias de que entende que a pessoa está em sofrimento e de que ela terá o apoio necessário para superar isso; fornecer as explicações solicitadas;
- oferecer exercícios de relaxamento e de respiração;
- orientar sobre sintomas específicos;
- ensinar habilidades de resolução de problemas.

Com a intenção de ampliar o acesso da população acometida por transtornos mentais o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006), que traz diretrizes para inserção de ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como para os observatórios de saúde de Termalismo Social/Cronoterapia e Medicina Antroposófica⁴².

Psicoterapia

É a conversa entre um profissional de saúde, que pretende auxiliar a pessoa com algum problema ou compreensão sobre si mesmo, melhorando assim o desenvolvimento de uma melhor alternativa para que o usuário possa lidar melhor com seus problemas. Este tipo de



Fonte: Google Imagens, 2021.

tratamento não medicamentoso é conhecido como “terapia da fala”, sendo um aconselhamento complexo, com aprofundamento em requisitos que impactem no funcionamento da pessoa e não está iminentemente focada na solução dos problemas^{44,45}.

Exemplos da psicoterapia: terapia comportamental, psicodrama e psicoterapia. A psicoterapia é indicada para pacientes com ou sem transtornos mentais e a literatura releva que a psicoterapia associada ao tratamento medicamentoso, proporciona um efeito potencializa que demonstra ótimos resultados^{44,45}.

Eletoconvulsoterapia (ECT)

Popularmente auto denominado de eletrochoque. Sempre questionado a décadas este tipo de tratamento muitas vezes foi executado sem a indicação correta, onde infelizmente em alguns estabelecimentos, este é realizado de maneira errada, sem bloqueio, ou seja, anestesia, considerando assim uma execução antiética. A realização da ECT sem anestesia é proibido pelas entidades de classes^{44,45}.



Fonte: Google Imagens, 2021.

O procedimento da ECT, sofre preconceito pelos relatos e histórico da sua utilização nos manicômios, sem indicação terapêutica e sim com objetivo de punir

pacientes acometidos por doenças mentais, sem uso de anestesia e indicação clínica, causando morte e sequelas nestes com transtornos mentais ^{44,45}.

Em controvérsia aos maus usos desta terapia, quando indicada em tratamentos na medicina é um dos procedimentos mais eficazes, sendo segura quando realizada com anestesia, com efeitos colaterais muitos raros ^{44,45}.

Terapia espiritual

É uma linha de tratamento não medicamentoso escolhida atualmente, onde muitas culturas não observam diferenças entre mente e espírito, envolvendo muitas vezes para tratamento de doenças mentais, rezadeiras e sacerdotes.



Fonte: Google Imagens, 2021. regras

Muitas vezes os pacientes com transtornos mentais procuram ajuda espiritual para depressão, problemas familiares, ansiedade e etc ^{44,45}.

Aromaterapia

Prática terapêutica secular que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental, ao bem-estar e à higiene. Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode ser



Fonte: Google Imagens, 2021.

associada a outras práticas – como terapia de florais, cromoterapia, entre outras – e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes

setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo^{30,31}.

Biodança

Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao



Fonte: Google Imagens, 2021.

desenvolvimento humano. Utiliza exercícios e músicas organizados que trabalha a coordenação e o equilíbrio físico e emocional por meio dos movimentos da dança, a fim de induzir experiências de integração, aumentar a resistência ao estresse, promover a renovação orgânica e melhorar a comunicação e o relacionamento interpessoal^{30,31}.

Terapia Comunitária Integrativa

Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.



Fonte: Google Imagens, 2021.

Nela, o saber produzido pela experiência de vida de cada um e o conhecimento tradicional são elementos fundamentais na construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e diminuição do isolamento social. Atua como instrumento de promoção da saúde e autonomia do cidadão^{30,31}.

MODELO BIOMÉDICO X MODELO BIOPSISSOCIAL

A maioria dos profissionais de saúde das diversas equipes multidisciplinares, ainda tem uma forte visão e execução do modelo biomédico, muitas vezes retratado e

assimilado nas suas formações acadêmicas, no qual entende-se que a função destes profissionais é apenas pelo raciocínio anátomo-clínico e fisiopatológico, baseado em evidências científicas⁴⁶.

Os aspectos de saúde devem ser tratados para além do que é biológico, ou seja, o bem estar biopsicossocial, pois quando nós profissionais de saúde estamos no processo do cuidado ao paciente tudo entra em jogo, não só o lado analítico-racional. É importante incorporar o modelo de atendimento no contexto biopsicossocial escutando o famoso “desabafo”, entre o profissional de saúde com paciente em sofrimento, onde raramente os profissionais de saúde oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço para o desabafo com o mesmo⁴⁶.

A existência de um profissional de saúde na atenção primária como interlocutor pode ser uma alternativa para se lidar com sofrimentos diários, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. Portanto, é necessário que juntamente fazer com que a equipe de saúde entenda que o contexto biopsicossocial e a importância do acolhimento aos pacientes com doenças mentais demonstra aos mesmos que o profissional de saúde está interessado em lhe ajudar⁴⁶.

O FARMACÊUTICO NO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

A profissão farmacêutica vem passando por inúmeras mudanças a fim de atender as novas demandas sociais. O papel da farmácia e do próprio farmacêutico era baseado em comprar, registrar, armazenar e fornecer medicamentos, desconsiderando a dimensão e o alcance da assistência farmacêutica³⁵.



Fonte: Google Imagens, 2021.

A função informativa e educativa na dispensação do medicamento é essencial a rede da assistência à saúde e engloba umas das últimas e mais importantes oportunidades ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou diminuir possíveis riscos relacionados à farmacoterapia³⁴.

Ao longo de suas reformulações, a Política de Saúde Mental proporcionou mudanças na reestruturação da Assistência Farmacêutica para atender ao programa de saúde proposto e aos pacientes, a qual engloba um conjunto de ações e de serviços

farmacêuticos que tem como propósito possibilitar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, incluindo atividades de pesquisa, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos⁴⁷.

O conhecimento do paciente quanto a profissão farmacêutica pode trazer ao mesmo a melhoria e entendimento na prevenção e promoção a doença ou condição relacionada, ao tratamento terapêutico e uso correto dos medicamentos, com aplicação da educação em saúde para pacientes por profissionais da área farmacêutica, visando um suporte na avaliação dos resultados do seu tratamento³³. Compreendendo ainda, num conceito bem mais ampliado na atualidade, as atividades técnico gerenciais da AF, estão voltadas para o paciente, uma vez que o medicamento passará a ser o meio para as ações assistenciais³³.

Com o surgimento dos psicofármacos, o exercício profissional no setor da saúde mental passou por diversas mudanças significativas, suspendendo um tratamento que era voltado para o modelo manicomial para dedicar-se a medicar os sintomas do sofrimento psíquico⁴⁷. Vários fatores pertinentes ao processo de administração dos medicamentos se refletem no efeito terapêutico esperado, e, por esse motivo, esses medicamentos nem sempre alcançam absolutamente sua função. Seguindo este escopo é relevante orientar o paciente a respeito do uso dos medicamentos psicotrópicos, conforme posologia prescrita, mencionando possíveis barreiras que podem prejudicar o sucesso do tratamento⁴⁸.

Os transtornos mentais envolvem muitas vezes, dependendo do tratamento adotado, uma administração de psicofármacos prolongada, podendo assim causar vários efeitos adversos que devem ser avaliados para o tratamento ter sucesso, associa-se ainda, o risco da polifarmácia dependendo do diagnóstico. Deste modo, é evidente a importância de inclusão do profissional farmacêutico na equipe de saúde mental com o objetivo de direcionar a política de assistência farmacêutica e orientação do uso de medicamentos focando no contexto medicamento-paciente¹⁷.

A importância do farmacêutico no Programa de Saúde Mental engloba o contexto do uso concomitante de diferentes medicamentos que pode resultar em riscos de interações medicamentosas e reações adversas, ou seja, a Problemas Relacionados com Medicamentos – PRM. A politerapia é empregada quando se espera atingir efeito terapêutico sinérgico, possibilitando assim uma maior eficácia no tratamento de

transtornos mentais, por isso é imprescindível que se faça uma avaliação dos riscos dessas interações, tal como, das possíveis maneiras de reduzir o número dos efeitos indesejados e esta atribuição compete ao profissional farmacêutico¹⁷.

Os transtornos mentais exigem um tratamento contínuo e a adesão ao tratamento é fundamental para o controle dessas doenças, pois a adesão apontará que o usuário precisa aceitar e seguir as recomendações médicas e de outros profissionais de saúde, sobre o uso de um determinado medicamento. Vários fatores colaboram para a baixa adesão aos tratamentos em saúde mental, como por exemplo, os efeitos colaterais do medicamento, a necessidade de administração contínua e a própria natureza dos transtornos psiquiátricos⁴⁸.

Diante disso, vale ressaltar que o farmacêutico inserido no Programa da Saúde Mental, orienta ao usuário no início do tratamento, onde serão necessárias algumas semanas para que se note uma melhora no quadro clínico, para que não pense que o medicamento não está fazendo efeito e queira interromper o tratamento, mas não só na orientação o farmacêutico está presente, como também na seleção adequada, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, atividades estas que fazem parte do cuidado que garantem o acesso do paciente ao medicamento e conseqüentemente o acompanhamento terapêutico. Do mesmo modo orientá-lo que quando ocorrer melhoras no quadro clínico, não se deve interromper o tratamento, explicando-se a importância do cumprimento do tratamento dentro do prazo determinado pelo médico⁴⁹.

O CUIDADO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL

A Farmácia Clínica é a área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao usuário, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. As atribuições clínicas do farmacêutico visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde. As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a



farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente⁵⁴.

As ações que envolvem o cuidado farmacêutico se correlacionam na abordagem de medicamentos para os transtornos mentais, até as revisões de prescrições médicas, com intuito de reduzir os riscos a eles associados, garantindo a segurança e eficácia do tratamento prescrito, bem como o uso racional de medicamentos por equipes multiprofissionais em diferentes níveis de cuidado²⁹. O cuidado com o paciente envolve relação humanizada com o respeito às crenças, expectativas, experiências, atitudes e preocupações do próprio ou cuidadores quanto às suas condições de saúde e ao uso de medicamentos, na qual farmacêutico e usuário compartilham a tomada de decisão e a responsabilidade pelos resultados em saúde alcançados⁵⁴.

É importante ser frisado pelo profissional farmacêutico que a utilização de medicamentos sem indicação e/ou prescrição favorecem o aumento do risco de interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos e custo que pode ser evitado pelos usuários, portanto a inserção deste profissional clínico na equipe de saúde proporciona melhoria no acompanhamento das condições clínicas do mesmos²⁹.

O cuidado farmacêutico com foco no paciente de saúde mental deve ser organizado de forma que possa atender³³:

- Adesão ao tratamento;
- Dispensação especializada;
- Conciliação de medicamentos.

O farmacêutico atua na adesão ao tratamento através da anamnese farmacêutica que é o procedimento de coleta de dados do paciente, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista, com a finalidade de conhecer sua história de saúde, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar suas necessidades relacionadas à saúde, que é realizada na consulta farmacêutica, no qual o profissional farmacêutico presta este cuidado através da evolução farmacêutica que são registros efetuados pelo farmacêutico no prontuário do paciente, com a finalidade de documentar o cuidado em saúde prestado, propiciando a comunicação entre os diversos membros da equipe de saúde⁵⁴.

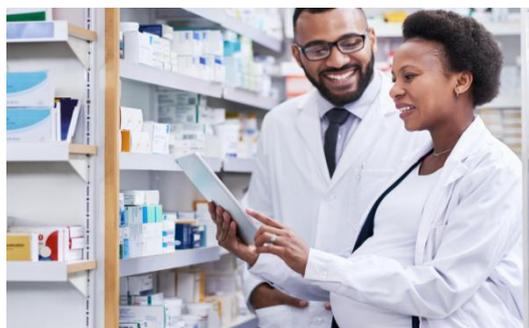
A dispensação especializada ocorre por meio da intervenção farmacêutica, otimização da farmacoterapica (caso seja necessário), proporcionando assim o uso racional de medicamentos⁵⁴. E por fim a conciliação de medicamentos é feita de

atividades que reduz discrepâncias das prescrições, como duplicidades ou omissões de medicamentos, e tem como objetivo a prevenção de erros de medicação⁵⁵. É descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração), a ser comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e alta hospitalar⁵⁶.

Na prática, não é só o farmacêutico o responsável pela conciliação de medicamentos. A comunicação entre a equipe multiprofissional é fundamental para que a reconciliação de medicamentos ocorra, pois, além dos farmacêuticos, médicos e toda a equipe de enfermagem atuam diretamente na terapia medicamentosa como responsáveis pela prescrição, dispensação, administração de medicamentos, monitoramento e educação dos pacientes durante a internação hospitalar. A equipe multidisciplinar deve trabalhar para obter uma única lista de medicamentos a ser adequadamente registrada e obtida por meio de entrevista com o paciente no momento da admissão hospitalar, transferências ou alta⁵⁷.

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL

De acordo com o cotidiano de alguns profissionais de saúde os mesmos ficam com objeção em episódios que necessitem de intervenções em pacientes acometidos por transtornos mentais. É comum entender e imaginar que algumas vezes profissionais de saúde já se sentiram inseguros, com reação de surpresa ou sem saber como agir naquele determinado momento que demanda cuidado e atenção a saúde mental³³.



Fonte: Google Imagens, 2021.

As práticas em saúde mental devem ser realizadas por equipe de profissionais de saúde, onde o “cuidado” conjunto em saúde mental será de grande valia. É necessário atentar para o entendimento do território, a relação de vínculo da equipe de saúde com os pacientes, a prática da humanização para alcançar um cuidado efetivo para com estes portadores de transtornos mentais³³.

As intervenções farmacêuticas são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as individualidades dos usuários e de suas comunidades, sendo necessário o conhecimento prévio do farmacêutico atuante naquela região das demandas em saúde mental, para assim o mesmo traçar estratégias que possa ajudar esta população, prestando com afinco o cuidado farmacêutico desde a seleção, que é o processo de escolha, a aquisição do medicamento até a dispensação do mesmo, de forma orientada e humanizada, fazendo que os pacientes entendam como se comportar no tratamento seja para prevenir ou promover a saúde no âmbito da saúde mental³³.

A intervenção farmacêutica é uma prática documentada do profissional farmacêutico junto ao paciente ou outro profissional de saúde, com ênfase em resolver dificuldades correlacionadas a farmacoterapia. A intervenção documentada, vai desde uma prescrição farmacológica ou não farmacológica e um encaminhamento de forma escrita a um profissional de saúde ⁵⁰.

Para o farmacêutico exercer ações de Atenção Farmacêutica, ele deve possuir conhecimentos e habilidades clínicas, podendo contribuir para a melhora do paciente. Tais habilidades incluem metodologias da prática da Atenção Farmacêutica, que compreendem atitudes, valores éticos e corresponsabilidades na prevenção de doenças e promoção e recuperação de saúde⁵⁰.

Além disso, para se ter as intervenções farmacêuticas de modo robusto, é necessário que o profissional farmacêutico tenha suporte na infraestrutura, conheça a necessidade da população no qual está oferecendo seu serviço, amplitude e epidemiologia, para assim traçar estratégias nas abordagens farmacológicas e não farmacológicas, pois alguns obstáculos são encontrados nas rotinas práticas como limitações na infraestrutura, disponibilidade do farmacêutico, falta de conhecimento por parte da população e dos farmacêuticos com formação anterior ao surgimento da prática ou com formação deficiente neste âmbito⁵¹.

Abaixo, seguem algumas ações que podem ser realizadas por profissionais farmacêuticos na execução do cuidado farmacêutico em saúde mental⁵¹:

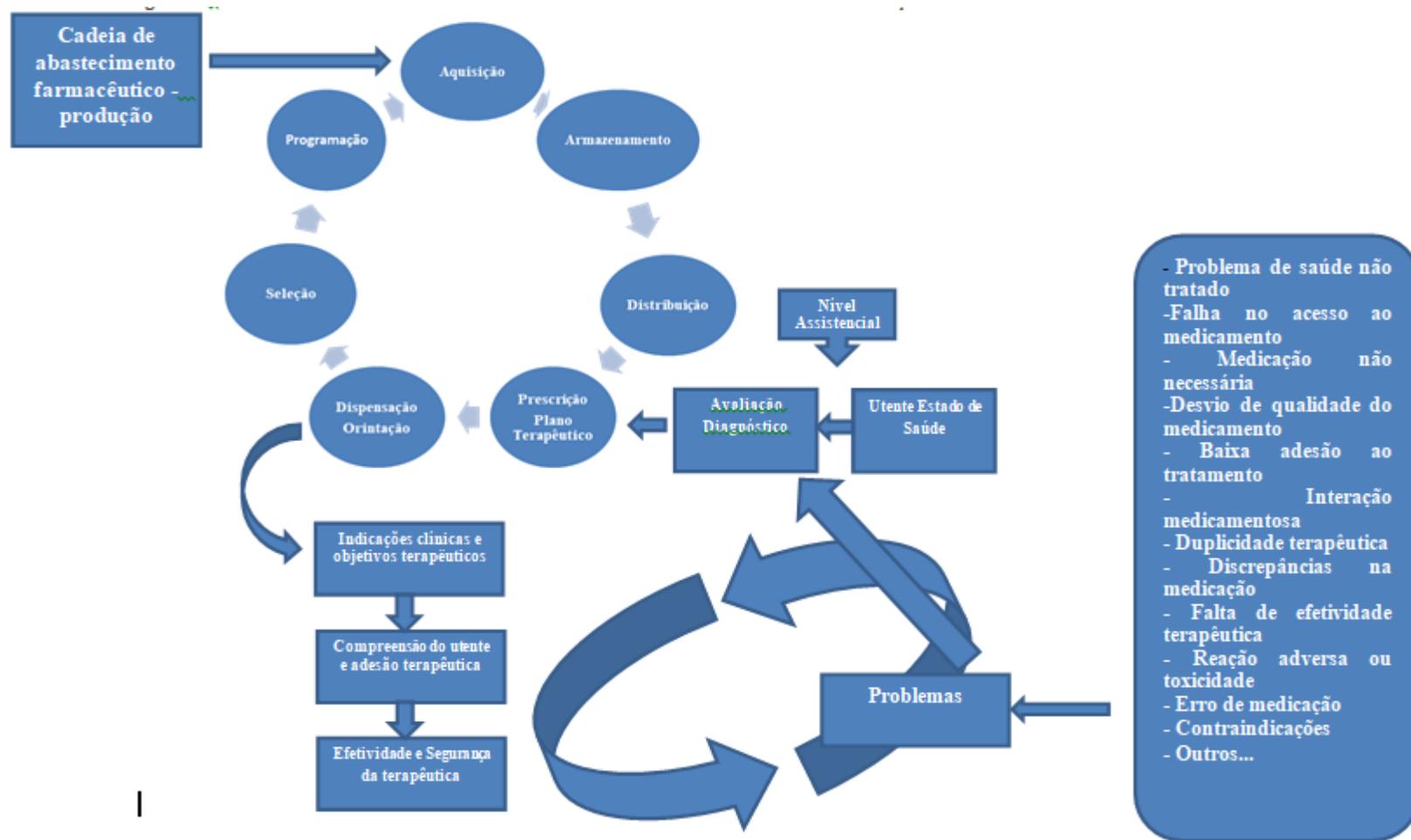
- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade da empatia;
- Escutar sempre o que paciente precisa dizer;

- Acolher de forma humanizada o paciente e suas queixas emocionais como legítimas;
- Oferecer ajuda e/ou suporte na proporção correta, uma vez que não torne o paciente portador de transtorno mental como dependente e também não gere uma sobrecarga no profissional que ajuda;
- Elencar medicamentos essenciais conforme conhecimento prévio do território e dos portadores de doenças mentais;
- Verificar o uso regular de medicamentos mediante prescrições médicas;
- Explicar de forma orientativa em cada dispensação, fazendo com que o paciente de transtorno mental entenda o tratamento, a fim de se obter êxito no mesmo;
- Solicitar a presença de um familiar que tenha condições cognitivas para se explicar o tratamento e a forma de utilização de medicamentos, caso o paciente tenha um transtorno mental, que comprometa seu entendimento cognitivo;
- Explicar a indicação terapêutica de cada medicamento dispensado;
- Gerar protocolos que acompanhem cada caso de pacientes para serem discutidas em reuniões de CAPS, demonstrando as possíveis interações medicamentosas e outros Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM);
- Permitir o desabafo do paciente com profissional farmacêutico na escuta;
- Criar grupos junto com equipe multiprofissional de saúde, pois o processo grupal desde que bem definido a sua finalidade, estrutura e manejo, permite forte e abundante troca de experiências, que não seria alcançado em nenhum atendimento individualizado;
- Atuar na cronicidade medicamentosa em ação transdisciplinar entre atenção primária, apoio matricial dos CAPS do município ou território.

O contexto de saúde e cuidado são paralelos, pois todas as profissões desta área seguem as mesmas etapas no processo do cuidado do paciente, sendo um denominador comum na resolução com expertise de problemas relatados que interfira diretamente na saúde da população. Os profissionais farmacêuticos têm expertise em medicamentos, portanto estão aptos a resolverem problemas inerentes a farmacoterapia, com objetivo de promover o uso racional de medicamento, resolver problemas relacionados a medicamentos, garantindo assim sua efetividade e segurança clínica^{52,53}.

O cuidado farmacêutico engloba os requisitos da assistência farmacêutica e atenção farmacêutica, onde as ações assistenciais são centradas no paciente, seguindo esta premissa a figura 1 abaixo demonstra em fluxo de modo conceitual a assistência farmacêutica, atenção farmacêutica integrando o processo de cuidado em saúde que também pode ser elucidado no âmbito da saúde mental^{52,53}.

Figura 1: Fluxo do cuidado da assistência farmacêutica: da cadeia do medicamento à Atenção Farmacêutica ⁵³.



Adaptação,

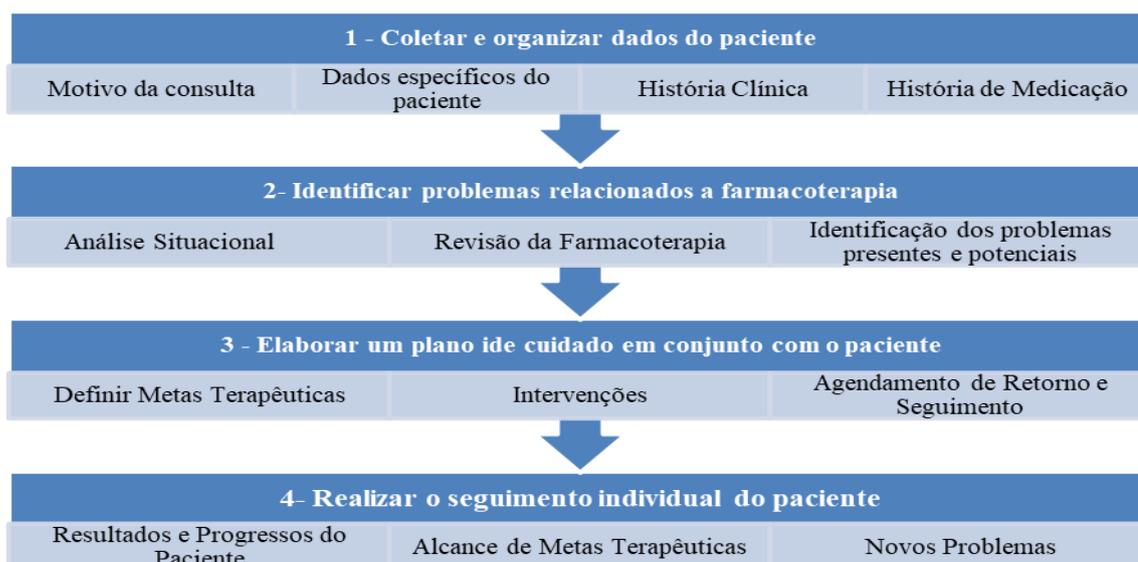
Fonte
Correr⁵².

O método clínico do cuidado farmacêutico segue as etapas, onde no dia a dia o farmacêutico atenderá seus pacientes de forma individualizada, necessitando de certa experiência em semiologia farmacêutica e entrevista clínica, no qual seguirá um fluxo desde a abertura da ficha de registro do atendimento até a elaboração do plano de cuidado em paralelo com o paciente, com a inclusão de intervenções farmacêuticas e possíveis encaminhamentos para outros profissionais⁵².

O manejo adotado pode ser seguido nas diversas áreas farmacêuticas que tenha contato direto com o paciente, inclusive na Saúde Mental, ao final de qualquer consulta farmacêutica deverá ser entregue ao paciente a declaração de serviço farmacêutico, que é um documento que registra e concretiza o atendimento, mas a consulta não acaba apenas na entrega da declaração, pois o farmacêutico deve agendar retornos ou frequência de seguimento avaliando assim os resultados das suas condutas adotadas na consulta, podendo se enquadrar com afinco na saúde mental e em diversas áreas assistenciais farmacêuticas.

Lembrando que todo processo de atendimento e/ou consulta é reiniciado no surgimento de novos problemas, queixas ou mudanças significativas no tratamento⁵². A figura 2 detalha o método clínico do cuidado farmacêutico abordado em consulta nas diversas áreas assistenciais, como por exemplo, a saúde mental.

Figura 2: Método clínico do Cuidado Farmacêutico abordado em consulta nas diversas áreas assistenciais ^{51,52}.



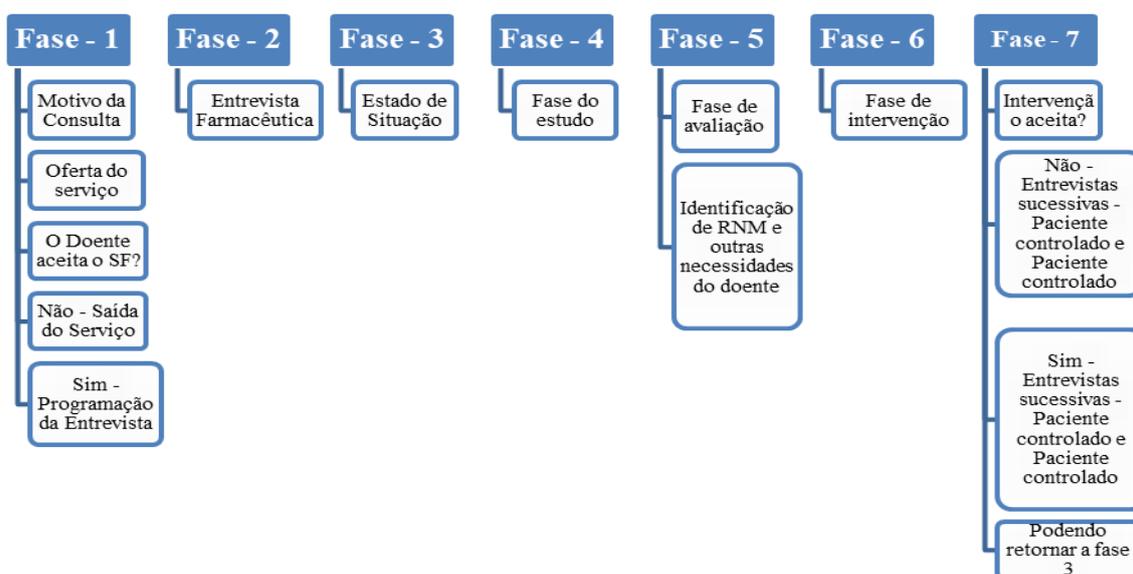
Fonte: Adaptação Correr ⁵².

Dentre as práticas, ou melhor, intervenções farmacêuticas relatadas acima todas se enquadram no contexto de saúde mental. O cuidado farmacêutico enfatiza as medidas a serem tomadas pelo farmacêutico assistencial, no qual o mesmo orienta o doente que utiliza medicamentos específicos a tais enfermidades mentais, entre essas atividades o Segmento Farmacoterapêutico (SF) representa uma melhor meta para atingir resultados mais positivos, quando se utilizam medicamentos⁵¹.

O conceito de SF está diretamente relacionado a um serviço essencial que se deve prestar ao paciente, no qual pressupõe uma responsabilidade que o profissional farmacêutico deve cumprir, sendo um método que pode ser aplicado com êxito na saúde mental, desde que o profissional tenha qualificação para executar tal trabalho, que em conjunto com outros profissionais de saúde pode realizar os procedimentos já relatados neste guia em cuidados farmacêuticos, tendo em vista a acessibilidade ao medicamento, ofertando, em paralelo com o médico, aconselhamento em saúde, SF e apoio profissional aos doentes⁵¹.

Por isso é importante ressaltar que o SF é uma das etapas do cuidado farmacêutico, pois tem como objetivo detectar problemas relacionados a medicamento e prevenir e solucionar resultados negativos a medicamentos (RNM). As ações adotadas para intervenções farmacêuticas conhecidas, atualmente, seguem o método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico ou protocolos clínicos. Neste guia, as possíveis intervenções, estão baseadas no método Dáder, conforme figura 3⁵¹.

Figura 3: As sete etapas do Método Dáder de SF⁵¹



Fonte: Adaptação método de Dáder de SF⁵¹.

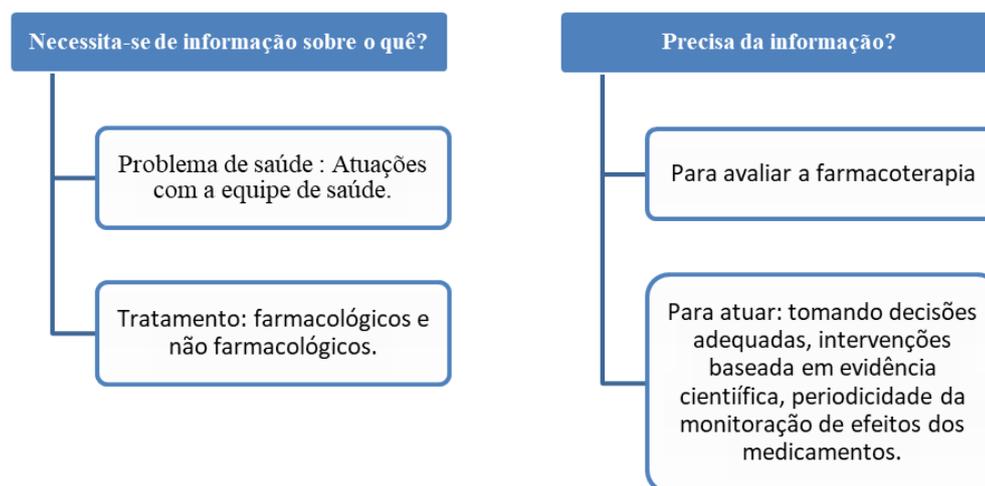
Há vários aspectos que devem ficar claro na oferta do serviço do SF, conforme o método de Dáder em qualquer área da saúde, assim como na saúde mental, tais como:

- ✓ O farmacêutico no âmbito da saúde mental irá tentar ao máximo com que o paciente consiga o máximo de benefícios dos medicamentos que utiliza. Dialogando com frases do tipo “posso ajudá-lo a obter o máximo de benefício dos seus medicamentos, “podemos melhorar os resultados dos seus medicamentos”, “como o Sr. se sente, após o início do tratamento?”, ou ainda “senti algum incômodo quando toma a medicação?”, entre outros⁵¹.
- ✓ Nunca o profissional farmacêutico irá substituir a função de nenhuma classe profissional da área de saúde devendo sempre trabalhar em equipe. É importante esclarecer ao paciente que não será alterado nenhum esquema terapêutico sem contato ou decisão do médico, pois o farmacêutico deve sempre recorrer ao médico no aparecimento de algum aspecto que possa ser melhorado na administração do medicamento, principalmente quando é correlacionado a saúde mental, que necessita de um acompanhamento fidedigno da equipe multidisciplinar, inclusive do farmacêutico⁵¹.
- ✓ É necessário que o profissional farmacêutico incorpore o contexto de atendimento biopsicossocial, no qual escuta de forma humanizada todos os relatos do paciente com doença mental, pois desta forma a corresponsabilidade e a colaboração entre ambos, tende a criar um vínculo positivo, onde o paciente acaba percebendo que ele é o elemento principal no atendimento do SF⁵¹.
- ✓ O paciente tem que perceber e saber que não se pode por conta própria tomar nenhuma decisão, portanto é necessário este vínculo para que o mesmo incorpore o acordo firmado no SF e que para tomar alguma decisão, principalmente no âmbito da saúde mental na aceitação do SF é necessário sempre consultar o farmacêutico assim como toda a equipe de saúde envolvida no seu cuidado. Sendo importante mencionar frases como “juntos podemos melhorar sua qualidade de vida no contexto de saúde mental que você se encontra hoje” e “juntos podemos conseguir almejar seu objetivo na melhora da qualidade de vida do processo de doença mental que você enfrenta⁵¹”.

- ✓ O farmacêutico para iniciar uma entrevista primeiramente deve quebrar o silêncio e permitir que a conversa se inicie, como por exemplo: “bom dia, meu nome é E.RB. sou farmacêutico. Quero conversar um pouco com você sobre os medicamentos que utiliza atualmente, mas antes, queria que você falasse o que mais te preocupa em relação a sua saúde, para assim eu te ajudar”. Feito isto o usuário inicia sua resposta e assim o farmacêutico irá registrando em seus protocolos clínicos de consulta⁵¹.
- ✓ Sempre que concluir o serviço é necessário o farmacêutico na entrevista farmacêutica combinar com o usuário o seguinte: o dia e a hora que vai acontecer o próximo encontro, também pode ser adequado indicar a duração aproximada da entrevista⁵¹.
- ✓ Solicitar sempre nas consultas farmacêuticas o usuário traga os medicamentos que está tomando, ou seja, pedir para o mesmo trazer todos os medicamentos que tem na sua casa, os que utiliza atualmente, os que não usa, podendo sempre eliminar os medicamentos que o usuário não utiliza e/ou não necessita, evitando assim interações medicamentosas, por conta da polifarmácia, contexto que afeta muito o tratamento dos transtornos mentais⁵¹.
- ✓ O estado de situação demonstra resumidamente por meio documental o paralelo, entre os problemas de saúde e os medicamentos, trata-se de uma ferramenta que permitirá observar a fotografia do usuário. Neste estado preconiza a informação do histórico farmacoterapêutico do doente, que é redigido de forma organizada em um documento, desta maneira permitindo observar de uma forma geral para estado de saúde do mesmo. Nesta situação verifica-se a avaliação da farmacoterapia, o panorama global do estado de saúde e expor o caso sem sessões de reuniões a exemplos de saúde mental expor em reuniões do NASF e CAPS⁵¹.
- ✓ No documento para ser elucidado o estado de situação, é necessário, três focos, tais como: problemas de saúde, medicamentos e avaliação, onde vai ser descrito nesta aba todo estado global de saúde do usuário⁵¹.
- ✓ A fase do estudo obtém a informação objetiva sobre os problemas de saúde e os medicamentos do usuário. É necessário na fase do estudo avaliar criticamente a

necessidade, a efetividade e a seguridade, desenhar um plano de atuação com o doente e promover a tomada de decisões clínicas⁵¹, conforme figura 4.

Figura 4: Necessidade de informações para conduta farmacêutica.



Fonte: Adaptação, Correr⁵².

- ✓ A fase de avaliação identifica os resultados negativos a medicação que o usuário pode apresentar⁵¹.
- ✓ A fase de intervenção está ligada diretamente ao plano de atuação, pois este é um programa de trabalho contínuo, desenhado em paralelo, no qual é registrado as diversas intervenções farmacêuticas que possivelmente melhora e preserva o estado de saúde do usuário. A intervenção farmacêutica neste plano busca resolver ou prevenir os RNM, preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados e assessorar ou instruir o doente⁵¹.
- ✓ Quando se realizar intervenção farmacêutica é recomendado se comunicar com a equipe multidisciplinar em saúde do serviço e esta comunicação além de verbal em reuniões é necessário emissão de relatório por escrito do profissional de saúde, porém é necessário cumprir alguns requisitos⁵¹, tais como:
 - ✓ Respeitar a relação e comunicação entre os profissionais de saúde.
 - ✓ Impedir qualquer confusão que se possa produzir quando é o usuário a emitir oralmente a informação ao médico.

- ✓ Quando o farmacêutico for redigir o relatório ao médico é de extrema importância seguir alguns passos, como apresentação do doente, motivo do encaminhamento, parecer farmacêutico e despedida.
- ✓ As intervenções farmacêuticas são de formas graduais, porém é conveniente que para cada intervenção que se pretenda realizar se estabeleça os seguintes itens data de início da intervenção farmacêutica, data de revisão da intervenção e data do resultado da avaliação⁵¹.
- ✓ Quanto as entrevistas farmacêuticas sucessivas, após as fases de intervenções farmacêuticas, fecham-se o processo de seguimento terapêutico do usuário fazendo com que esse processo se torne cíclico. As entrevistas repetitivas com os mesmos servem para conhecer a resposta do indivíduo ou do médico à proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico, demonstra de forma comprobatória a continuidade da intervenção e obter informação sobre o resultado de intervenção farmacêutica⁵¹.
- ✓ As entrevistas farmacêuticas sucessivas com o usuário, além de monitoramento, servem para iniciar novas intervenções previstas no plano de atuação, com proposito de realizar um objetivo⁵¹.
- ✓ O plano de ação inclui alguns passos, tais como: definir objetivos, hierarquizar por prioridade os objetivos, determinar as intervenções farmacêuticas e planificar as intervenções farmacêuticas. Dentre os objetivos estão otimizar o máximo a assistência que o doente recebe, melhorar o cuidado e o controle dos problemas de saúde e melhorar o benefício que se pode obter na farmacoterapia⁵¹.

As intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental devem promover novas capacidades de modificar e classificar as condições e modos de vida, configurando-se pela prevenção e promoção a saúde na produção de vida e não se restringido a cura de doenças. Na atenção primária o avanço em intervenções farmacêuticas em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre farmacêuticos e usuários, que juntos criam estratégias e ferramentas para construir o cuidado em saúde³³.

É necessário ter atenção que as intervenções farmacêuticas no âmbito da saúde mental não se transformam em regras rígidas, estando focada apenas na redução dos

sintomas, deixando de lado a vida do usuário e o território em que ele vive, sendo importante a escuta do mesmo com transtorno mental e indagá-lo sobre a relação do seu sofrimento com manifestações de sintomas que está acontecendo. Ressaltando que nem sempre as intervenções farmacêuticas que reduzam sintomas estão atreladas a impactos positivos na vida do usuário³³.

Visando aproximar a teoria da prática, seguem alguns cenários adaptados para contextualizar o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária na Saúde Mental.

CENÁRIO I

M.C.N., 39 anos, chega ao CAPS apresentando um quadro de crise psicótica, acompanhada de um familiar, e levando um encaminhamento do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde. No encaminhamento há um breve relato sobre a história atual da doença e as condutas adotadas pela equipe de profissionais da atenção básica, dentre as quais, a assistência médica e o fortalecimento de vínculos no território.

O farmacêutico do CAPS é escalado para o acolhimento no dia em que a usuária vem ao serviço, bastante resistente, agitada, persecutória e dizendo ouvir vozes. Utilizando as tecnologias leves de cuidado, o profissional se apresenta, acolhe e legitima as demandas e queixas da mulher, e a convida para conhecer a história e dinâmica do serviço durante uma visitação pelas instalações.



Segue para o atendimento compartilhado, onde estão o psiquiatra, o farmacêutico, M.C.N. e o familiar. Durante a anamnese, a usuária que já fez uso de psicofármacos, mas não se lembra de quais, faz suas colocações e diz que não aderiu aos medicamentos. O familiar também não lembra quais foram os medicamentos, faz as suas considerações. Em comum acordo com a família, o médico prescreve haloperidol 5 mg, cloridrato de prometazina 25 mg e divalproato de sódio 500 mg de uso oral.

Quais ações/intervenções poderão ser conduzidas pelo farmacêutico?

- Explicar utilizando a comunicação efetiva o esquema posológico que será seguido, o motivo do uso e a relação que será estabelecida com esses medicamentos, além dos efeitos adversos.
- Elaborar calendário posológico através da construção compartilhada com o usuário.

- Explicar que o farmacêutico é o técnico de referência no serviço para a usuária devido a formação do vínculo.

- Descrever o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que serão aprofundadas posteriormente com a usuária, sendo definidos também os dias dos atendimentos individuais e participação nos grupos terapêuticos; contrarreferência para a UBS com articulação para a entrada no território para o levantamento de potencialidades e das vulnerabilidades, e discussão do caso com os profissionais da atenção primária à saúde.

- Estabelecer algumas prováveis articulações intersetoriais com o Serviço Social em acordo com a demanda da família.

CENÁRIO II

C.A.A., 25 anos, atualmente em situação de rua, sem documentos e fazendo uso de álcool, cigarro, crack e maconha, procura o CAPS AD II do município de Recife, pela quinta vez, buscando ajuda. A mulher é acolhida em horário noturno e faz a última refeição oferecida pelo serviço no dia. É reconhecida pelos profissionais mais antigos do serviço e diz ter vindo fazer uma nova triagem para ser acompanhada pelo serviço.

A triagem é realizada pelo farmacêutico do serviço que leu previamente o prontuário da usuária e pede para ela relatar um pouco sobre a sua vida e quais os motivos que a trazem ali.

C.A.A. diz que já conhece o CAPS, citando os nomes dos profissionais que lhe acompanhavam, mas que já não fazem mais parte do quadro do serviço. Sua principal demanda é parar de fazer uso do crack, explicando durante toda a triagem que haverá uma audiência para ela reaver a guarda de suas duas filhas que estão numa instituição acolhedora. A mulher é mãe de três crianças, e a mais nova está sob a responsabilidade da avó materna.

C.A.A, eufórica e com um discurso religioso forte, diz não estar sob de efeito de crack naquele momento, que não fez uso naquele dia e que começou a vender balas e água nas estações de metrô faz uma semana. Porém, há dias em que não consegue deixar de fazer uso, motivo pelo qual teve vergonha de voltar ao serviço. Relatou também já ter se prostituído para conseguir comprar a droga, mas hoje não recorre a isso. A mulher não vê os filhos há mais de seis meses, inclusive a criança mais nova, porque brigou com a família que não aceita seu uso abusivo de drogas, proibindo-a de voltar à casa de sua mãe. Começou a frequentar a igreja do bairro, mas sente falta de alguém com quem conversar. Diz que sente falta dos atendimentos com o técnico de referência no serviço de saúde mental e das atividades em grupo.

Quais ações/intervenções poderão ser conduzidas pelo farmacêutico?

- Ainda durante a triagem, o farmacêutico pode dialogar com a usuária, inicialmente, sobre práticas simples de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias que causam dependência, além de também abordar as práticas de sexo seguro para prevenir infecções sexualmente transmissíveis.

- Encaminhar a usuária para o atendimento com o médico psiquiatra que já a conhecia das idas anteriores ao CAPS e lhe prescreve os seus medicamentos.
- Sanar as dúvidas sobre a farmacoterapia e possíveis efeitos adversos.
- Construir conjuntamente com a usuária um calendário posológico utilizando gravuras, cores e colagens dos rótulos dos medicamentos porque a mesma não sabe ler, e decidir com ela dispensação ser a dose diária para tentar vinculá-la ao serviço.
- Dispensar dispensou preservativos e lubrificantes.
- Tentar articular uma unidade de acolhimento no território para a usuária.
- Ser o novo técnico de referência no serviço para a usuária, que irá entrar em contato com a família para restabelecer e fortalecer o vínculo.
- Encaminhar ao Centro de Referência de Assistência Social para retirar a 2ª via de sua documentação.
- Levantar a possibilidade de encaminhá-la para o Programa de Educação para Jovens e adultos.
- Incluí-la no grupo terapêutico de geração de renda do CAPS.
- Aprofundar todas as possibilidades de projeto terapêutico singular posteriormente com a usuária.

CENÁRIO III

Reportagem no jornal local:

“Usuários crônicos de álcool e droga, que frequentam o serviço CAPS AD, atendidos pelo farmacêutico João Henrique.”

Em entrevista, João Henrique, cita os benzodiazepínicos, como a classe de medicamentos, que estão sendo usados em larga escala e de forma errônea e baseado também neste contexto o farmacêutico do serviço acreditou e demonstrou a partir desta experiência a gestores, prescritores e pacientes, com ações e através de palestras que o melhor remédio é o uso atento e racional dos medicamentos e atrelado a isso a apreciação da arte como solução momentânea e rotineira para aliviar sintomas mentais como ansiedade proporciona uma melhor qualidade de vida a estes usuários.



Fonte: <https://www.facebook.com/pg/capsadestacaovicentearaujo/posts/>

Quais ações/intervenções poderão ser conduzidas pelo farmacêutico?

- Estimular a leitura, como instrumento que pode ajudá-los no exercício da cidadania e práticas cotidianas, no contexto de ressocialização, proporcionando e deixando a disposição dos usuários deste serviço uma biblioteca, pois se acredita que a leitura e a interpretação de textos irão proporcionar aos usuários uma reflexão melhor da vida e até do próprio serviço.

- Proporcionar aos usuários deste CAPS a abstração de certos momentos que levam a tristeza e dor até o melhoramento do estado de saúde mental, com um grande desafio, envolvendo o contexto da leitura e a saúde mental. Vários usuários não sabem ler e este momento pode proporcionar ações de voluntariado na unidade. Pessoas que se

dispõe fazer a leitura para os usuários que não são alfabetizados e mesmo assim, a escuta dos usuários que não sabiam ler demonstram bastante atenção e um novo olhar para o serviço multiprofissional aplicado no CAPS AD do município.

- Estimular a arte e terapia orientando os usuários deste serviço a ação de transformar as caixas vazias de medicamentos para serem utilizadas como guarda de medicamentos e assim fazer com que os mesmos abstraíam também seus momentos de sofrimento e se sintam úteis promovendo assim uma certa dedicação.

- Estimular a arte e terapia, como amenizadores do comportamento em saúde, com intuito de tratar a medicalização praticada pelos usuários e com isso tratar de temas como organização da terapia, criatividade e sustentabilidade e o uso prolongado de psicofármacos em especial os benzodiazepínicos, que foi demonstrado a partir das produções artísticas com melhoria na qualidade de vida destes pacientes, estimulando o cuidado em saúde.

CENÁRIO IV

Em Ipubi, município do estado de Pernambuco, fazendo a visita domiciliar junto com a equipe multiprofissional em saúde, a farmacêutica Ana Alice do CAPS, atende uma família que mudou recentemente para um bairro da periferia desta cidade e se depara com a seguinte cena:

- Muitos gritos e barulhos vindos de uma casa próxima, com novos moradores. Mesmo assustada, Ana Alice vai se aproximando e vê João, jogando pedras na casa e gritando “fora da minha casa”. Ana Alice percebe, ao se aproximar, um olhar assustador e que a situação é grave.

Nesse momento, seu celular toca e é sua colega, Dra Joana, médica no CAPS. Ouve ainda a gritaria e preocupada, se dirige para o bairro próximo. Ao chegar, Ana Alice já tem mais informações sobre a situação. O rapaz é usuário de drogas ilícitas, mais especificamente, a cocaína. Dra Joana consegue se aproximar do usuário, que parece confuso e grita com ela para ela sair e cuidar de sua própria vida.

As duas profissionais, juntas, não desistem e vão negociando com João, e somente após 35 minutos, ele aceita tomar dois comprimidos de clorpromazina que tinha em casa. Não foi necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU ou ação policial para conter o caso.

Quais ações/intervenções poderão ser conduzidas pelo farmacêutico?

- Encaminhar o paciente para unidade de saúde mais próxima e de maneira humanizada.

- Encaminhar o paciente ao CAPS AD, pois alguns neurolépticos provocam alguns efeitos indesejados como a impregnação motora.

CENÁRIO V

E.R.B, 60 anos de idade, foi diagnosticado com depressão e hipertensão arterial, apresentando pressão arterial estável em 130x80 com regime dietético e uso do captopril. Passou a apresentar constantes descompensações do seu quadro clínico, com elevações da pressão arterial (PA) para 160x100, logo após a introdução da venlafaxina no seu esquema terapêutico.

O farmacêutico João Alberto juntamente com a equipe multiprofissional do CAPS, avaliaram o caso do usuário e o mesmo detecta uma possível interação medicamentosa quando conversa com o mesmo, pois ele se queixa de cefaléia e mal estar abdominal. Observou-se também que mesmo o paciente fazendo uso de um anti-hipertensivo Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina - IECA, houve elevações da PA.

Após estudo do caso, o farmacêutico encaminha seu parecer ao médico do CAPS.

Quais ações/intervenções poderão ser conduzidas pelo farmacêutico?

- Elaborar uma avaliação para os medicamentos em uso contínuo pelo usuário, pois há indicativo de interação entre os medicamentos. Para isso, encaminhar ao médico as explicações farmacológicas prováveis.
- Solicitar ao médico o ajuste terapêutico que cause menos dano ao paciente.
- Requerer para o paciente o acompanhamento do cardiologista.

REFERÊNCIAS

1. Marianna Lima de Rolemberg Figueirêdo; Dalnei Minuzzi Delevati; Marcelo Góes Tavares. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e sociais | Maceió* | v. 2 | n.2 | p. 121-136 | Nov 2014.
2. ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.
3. Kyrillos Neto F, Moreira JO, Dunker CIL. DSMs and the Brazilian Psychiatric Reform. *Front Psychol.* [Internet]. 2015;6:401.
4. Costa JP, Jorge MSB, Coutinho MPL, Costa EC, Holanda ITA. Psychiatric reform and their developments: social representations of professionals and users of the psychosocial care. *Psicol Saber Soc.* [Internet]. 2016;5(1):35-45.
5. Alencar S.O.T., Cavalcante B.A.E, Alencar R.B. Assistência Farmacêutica e Saúde Mental no Sistema Único de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2012;33 (4);489-495 ISSN 1808-4532.
6. Vasconcellos, V. C. A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.
7. Hirdes, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, 2009, p.297-305.
8. Brasil. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 dezembro de 2002. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, p. 213, 2002.
9. Jorge, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.
10. Freire, E. C.; Feijó, C. F. C.; Fonteles, M. M. F.; Soares, J. E. S.; Carvalho, T. M. J. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 34, p. 565-570, 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33 p.: il.
14. World Health Organization (WHO). *Basic documents*. 48. ed. Itália, 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

- Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12*. Brasília: outubro de 2015.
 17. Silva, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, jun. 2017.
 18. Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3 (2): 90-97.
 19. Ministério da Saúde. PORTARIA SPS N.1077, DE 24 DE AGOSTO DE 1999. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental. Diário Oficial da União de 25 de agosto de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999c.
 20. Rocha PR da, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):129-35.
 21. Hunter J, Marshall J, Corcoran K, Leeder S, Phelps K. A positive concept of health - interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic. *Complement Ther Clin Pract*. [Internet]. 2013;18(4):197-203. doi: 10.1016/j.ctcp.2013.07.001
 22. Frenk J, Gómez-Dantés O. Designing a framework for the concept of health. *J Public Health Policy*. 2014 Aug;35(3):401-6. doi: 10.1057/jphp.2014.26.
 23. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. 2014 Aug.
 24. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
 25. Kyrillos Neto F, Moreira JO, Dunker CIL. DSMs and the Brazilian Psychiatric Reform. *Front Psychol*. [Internet]. 2015; 6:401.
 26. Gaino, Loraine Vivian, Souza, Jacqueline de, Cirineu, Cleber Tiago, & Tulimosky, Talissa Daniele. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(2), 108-116.
 27. Szmukler G. When psychiatric diagnosis becomes an overworked tool. *J Med Ethics*. 2014 Aug;40(8):517-20.
 28. Freire, E. C.; Feijó, C. F. C.; Fonteles, M. M. F.; Soares, J. E. S.; Carvalho, T. M. J. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 34, p. 565-570, 2013.
 29. Czeresnia, D.; Freitas, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).
 31. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012.
 32. Carvalho, C., Jamara, C. C., Santana, C. *Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua: Conceitos e práticas para profissionais da assistência social*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. p. 162-185, São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

33. Narikawa, V. Orientação da Participação de Farmacêuticos na Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselho Federal de Farmácia. 2010. Acessado em 31 de outubro de 2019.
34. Silva, T. O.; Iguti, A. M.. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do estado de São Paulo. Rev Eletrônica Gestão e Saúde, p. 2004-2015, 2013.
35. Santos, A.M.; Felipe, R.L. A atuação do farmacêutico na saúde mental após a reforma psiquiátrica: uma revisão de literatura. Uberlândia – MG, 2018.
36. Passos Eduardo, Sade Christian, Macerata Iacã. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. Saude soc. [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Oct 06] ; 28(4): 6-13.
37. Passos, E.; Carvalho, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, p. 92-101, 2015.
38. Passos, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). Aletheia, n. 41, p. 24-38, 2013.
39. Passos, E.; Carvalho, S. V.; Maggi, P. M. A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na gestão autônoma da medicação. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del-Rei, v. 7, n. 2, p. 269-278, 2012.
40. Ministério da Saúde (BR). Prática integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
41. Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB, Schneider JF, Olschowsky A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. R Pesq: Cuid Fundam Online. 2012 out/dez.
42. Rodrigues, A. G; De Simoni, C.; Trajano, M. A.; Campos, T. P. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do Sistema. In: BARRETO, A. F. (Org). Integralidade e Saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il.
44. Forghieri, Y. C. O aconselhamento terapêutico na atualidade. Rev. abordagem gestalt. Goiânia, v. 13, n. 1, p. 125-133, jun. 2007. Acessado em 17 jan. 2020.
45. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social / Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Anderson da Silva Rosa, organizadores. - São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.
46. Pereira, T.T.S.O, Barros, M.N.S, Augusto, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.
47. Zanella, C. G.; Aguiar, P. M.; Storpirtis, A. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em centros de atenção psicossocial adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 325-332, 2015.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
49. Coutinho, M. B. Atuação farmacêutica no campo de saúde mental: uma revisão da literatura. João Pessoa – PB, 2015.

50. Marques, L. X. F. A intervenção farmacêutica como ferramenta do acompanhamento farmacoterapêutico visando melhor qualidade de vida em portadores de transtornos psicossociais. Teresina – Piauí, 2013.
51. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Terceira Edição, 2009.
52. Correr, C.J, Otuki M.F. Método Clínico de Atenção Farmacêutica. Março, 2011. Correr, C.J, Otuki M.F, Soler. Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Universidade Federal do Paraná, Departamento de Farmácia. Ver Pan-Amaz Saúde, 2011.
53. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 - Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.
54. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
55. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital National Patient Safety Goals Effective [internet]. 2018.
56. Lindenmeyer LP, Goulart VP, Hegele V. Reconciliação Medicamentosa como Estratégia para a Segurança do Paciente Oncológico: Resultados de um estudo piloto. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. 2013; 4(4):51-55.
57. Marques LFG, Lieber NSR. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. Saúde Soc. 2014; 23(4):1431-1444.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Tabela 1 - Psicofármacos da classe dos Benzodiazepínicos mais comuns

Medicamentos de Referência	Ativo	Classe Medicamentosa	Concentração	Indicação	Presente no Componente Básico, Especializado e Outros
Frontal®	Alprazolam	Benzodiazepínico	0,25 mg, 05 mg, 1,0 mg ou 2,0 mg	A – Transtornos da Ansiedade. B - Não deve ser administrado como substituição ao tratamento apropriado de psicose (quadro de delírios e alucinações).	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros
Lexotam®	Bromazepam	Benzodiazepínico	3 mg e 6 mg	A – Transtornos da Ansiedade e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas à síndrome de ansiedade. B - Para uso adjuvante no tratamento de ansiedade e agitação associadas a transtornos psiquiátricos, como transtornos do humor e esquizofrenia.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Librium®	Clordiazepóxido	Benzodiazepínico	10 mg e 25 mg	A-Útil no alívio da <u>ansiedade</u> e da tensão nervosa.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Rivotril®	Clonazepam	Benzodiazepínico	0,5 mg, 2,0 mg, 0,25 mg e 2,5 mg	A-Transtornos de ansiedade. B-Como ansiolítico em geral. C-Distúrbio do pânico com ou sem agorafobia. D-Fobia social. Transtornos do humor. E-Transtorno afetivo bipolar: tratamento da mania. F-Depressão maior: como adjuvante de antidepressivos	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros

				(depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento). G-Emprego em síndromes psicóticas. H-Tratamento da acatisia. I-Tratamento da síndrome das pernas inquietas. J-Tratamento da vertigem. L-Tratamento da síndrome da boca ardente.	
Olcadil®	Clozazolam	Benzodiazepínico	1 mg, 2 mg e 4 mg	A-Distúrbios emocionais, especialmente ansiedade, medo, fobias, tensão, inquietude, astenia e sintomas depressivos. B-Distúrbios comportamentais, especialmente má adaptação social. C-Distúrbios do sono. D-Distúrbios psicossomáticos dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, muscular esquelético ou urogenital. E-Reações afetivas devido à moléstias agudas ou crônicas. F-Síndrome de abstinência ao álcool. G-Outros empregos: Pré-medicação anestésica. H-Tratamento coadjuvante em psicopatia, retardo mental, psicoses, depressão endógena e psicogênica, distúrbios geriátricos.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Tranxilene®	Clorazepato	Benzodiazepínico	5 mg, 10 mg e 15 mg.	A-Ansiolítico. B-Manifestações de ansiedade	() Componente Básico () Componente Especializado

				patológica, inclusive distúrbios funcionais e alterações de fundo psicossomático	(X) Outros
Valium®	Diazepam	Benzodiazepínico	5 mg e 10 mg	A-Alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. B- Pode também ser útil como coadjuvante no tratamento da ansiedade ou agitação associada a desordens psiquiátricas. C- Alívio do espasmo muscular reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação). D-Pode ser igualmente usado no tratamento da espasticidade devida a lesão dos interneurônios espinhais e supra espinhais tal como ocorre na paralisia cerebral e paraplegia, assim como na atetose e na síndrome rígida.	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros
Dalmadorm®	Flurazepam	Benzodiazepínico	30 mg	A-Tratamento da insônia a curto prazo.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Rohypnol®	Flunitrazepam	Benzodiazepínico	1 mg	A-Tratamento de curta duração da insônia.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Lorax®	Lorazepam	Benzodiazepínico	2 mg	A- Controle dos distúrbios de ansiedade ou para alívio, a curto prazo, dos sintomas da ansiedade ou da ansiedade associada com sintomas depressivos.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros

				<p>B-A ansiedade ou tensão associadas ao estresse da vida cotidiana não requer, usualmente, tratamento com um ansiolítico.</p> <p>C-Tratamento do componente ansiedade em estados psicóticos e depressão intensa, quando estiver indicada terapia adjuvante.</p> <p>D- Como medicação pré-operatória, tomada na noite anterior e/ou uma a duas horas antes do procedimento cirúrgico.</p>	
Dormonid®	Midazolam	Benzodiazepínico	5 mg/5 mL, 50 mg/10 mL e 15 mg/3 mL.	<p>A-Indução de sono de ação curta e indicada a pacientes adultos, pediátricos e neonatos para: sedação da consciência antes e durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com ou sem anestesia local (administração I.V.).</p> <p>B-Pré-medicação antes de indução anestésica (incluindo administração I.M. ou retal em crianças); indução anestésica.</p> <p>C-Como um componente sedativo em combinação com anestesia em adultos (não deve ser utilizado para indução anestésica em crianças); sedação em unidades de terapia intensiva.</p> <p>D-Dormonid® comprimidos de 7,5 mg e 15 mg é medicamento</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>

de uso adulto, indicado para:
tratamento de curta duração de
insônia.

Elaborado: Próprio autor, 2020 . Adaptado: Bulário Eletrônico, ANVISA, 2020.

APÊNDICE II

Tabela 2. Psicofármacos da classe dos Sedativos e Hipnóticos mais comuns

Medicamentos	Ativo	Classe Medicamentosa	Concentrações	Indicação	Presente no Componente Básico, Especializado e Outros
Zylinox®	Hemitartarato de Zolpidem	Hipnótico e Sedativo	10 mg	A-Tratamento da insônia.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Imovane®	Zopiclona	Hipnótico e Sedativo	7,5 mg	A-Tratamento de todos os tipos de insônia, tendo sido demonstrada sua atividade como hipnótico.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Sonata®	Zaleplom	Hipnótico e Sedativo	10 mg	A-Tratamento de curto prazo da insônia.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Pryma®	Eszopiclona	Hipnótico e Sedativo	2 mg e 3 mg	A-Tratamento de insônia em adultos. B-Os sintomas da insônia incluem dificuldade para adormecer e despertar frequente durante a noite	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros

Elaborado: Próprio autor, 2020. Adaptado: Bulário Eletrônico, ANVISA, 2020.

APENDICE III

Tabela 3. Psicofármacos da classe dos Antidepressivos mais comuns

Medicamentos	Ativo	Classe Medicamentosa	Concentrações	Indicação	Presente no Componente Básico, Especializado e Outros
Tofranil®	Imipramina	Antidepressivo	10 mg e 25 mg	A-Tratar depressão e distúrbios do humor.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Amytril®	Amitriptilina	Antidepressivo	25 mg e 75 mg	A- Para o tratamento de depressão, mas também é utilizado para o tratamento de enurese noturna (urinar na cama à noite).	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros
Pamelor®	Nortriptilina	Antidepressivo	10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg		() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Fluxene®	Fluoxetina	Antidepressivo	20 g	A-Para tratamento da depressão, associada ou não à ansiedade. B-Bulimia nervosa. C-Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). D- transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia.	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros
Pondera®	Paroxetina	Antidepressivo	10 mg e 30 mg	A-Tratamento da depressão. B-Transtorno obsessivo-compulsivo. C-Transtorno do pânico. D-Fobia social/transtorno de ansiedade social. E-transtorno de ansiedade generalizada. F-transtorno de estresse pós-traumático.	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros

Zoloft®	Sertralina	Antidepressivo	50 mg e 100 mg	A-Tratamento da depressão acompanhada por sintomas de ansiedade. B-Transtorno Obsessivo Compulsivo em adultos e crianças. C-Transtorno do Pânico. D-Transtorno do Estresse Pós-Traumático. E- Fobia Social ou Transtorno da Ansiedade Social. F- Síndrome da Tensão Pré-Menstrual e/ou Transtorno Disfórico Pré-Menstrual.	(X) Componente Básico () Componente Especializado () Outros
Proximax®	Citalopram	Antidepressivo	20 mg e 40 mg	A-Depressão. B-Tratamentos de longo prazo para prevenir a recorrência de novos episódios depressivos em pacientes que tem depressão recorrente. C-Tratamento de pacientes com transtorno do pânico e para o tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC).	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Luvox®	Fluvoxamina	Antidepressivo	50 mg e 100 mg	A-Tratamento da depressão e do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Venlift®	Venlafaxina	Antidepressivo	37,5 mg, 75 mg e 150 mg	A-Tratamento da depressão, incluindo depressão com ansiedade associada. B-Prevenção de recaída e recorrência da depressão. C-Tratamento de ansiedade ou transtorno de ansiedade generalizada (TAG), incluindo tratamento em longo prazo. D-Tratamento do transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros

				E-Tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia, conforme definido no DSM-IV.
Velija®	Duloxetina	Antidepressivo	30 mg e 60 mg	A-Transtorno depressivo maior. () Componente Básico B-Dor neuropática periférica() Componente Especializado diabética;Fibromialgia (FM) em(X) Outros pacientes com ou sem transtorno depressivo maior (TDM). C-Estados de dor crônica associados à dor lombar crônica. D-Estados de dor crônica associados à dor devido à osteoartrite de joelho (doença articular degenerativa) em pacientes com idade superior a 40 anos. E-Transtorno de ansiedade generalizada.
Loredon®	Trazadona	Antidepressivo	50 mg e 100 mg	A-Tratamento da depressão com ou() Componente Básico sem episódios de ansiedade, da dor() Componente Especializado associada à neuropatia diabética e de(X) Outros outros tipos de dores crônicas e no tratamento da depressão maior.
Prolift®	Reboxetina	Antidepressivo	4 mg	A-Tratamento agudo do transtorno() Componente Básico depressivo grave ou muito grave e para() Componente Especializado a manutenção da melhora clínica em(X) Outros pacientes responsivos ao tratamento inicial.
Bup®	Bupropiona	Antidepressivo	150 mg	A-Tratamento de doenças depressivas() Componente Básico ou na prevenção de recaídas e(X) Componente Especializado recorrências de episódios depressivos() Outros após resposta inicial satisfatória. B- A bupropiona também é usada para ajudar a parar de fumar. Entretanto, as informações desta bula são específicas para pacientes em tratamento de depressão. Dosagens e outras instruções são diferentes para pacientes

em tratamento para deixar de fumar.				
Menelat®	Mirtazapina	Antidepressivo	300 mg e 45 mg	A-Tratamento de estados depressivos. () Componente Básico (X) Componente Especializado () Outros
Ludiomil®	Maprolina	Antidepressivo	25 mg e 75 mg	A-Tratar doenças de depressão e distúrbios do humor. () Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Anafranil®	Clomipramina	Antidepressivo	25 mg	A-Tratar a depressão e distúrbios do humor. () Componente Básico () Componente Especializado B-Tratar obsessões, estados de pânico e fobias (medo irracional), condições de dor crônica e fraqueza muscular (cataplexia) associados com ataques repetidos de sonolência excessiva (narcolepsia) em adultos, ejaculação precoce. C-Em crianças acima de 5 anos, Anafranil® é utilizado para tratar obsessões e incontinência urinária noturna. (X) Outros
Lexapro ®	Escitalopram	Antidepressivo	10 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg/ml	20A-Tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da <u>depressão</u> ; () Componente Básico () Componente Especializado B-Tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia; (X) Outros C-Tratamento do <u>transtorno de ansiedade</u> generalizada (TAG); D-Tratamento do transtorno de ansiedade social (<u>fobia social</u>); E-Tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC).

Elaborado: Próprio autor, 2020. Adaptado: Bulário Eletrônico, ANVISA, 2020.

APÊNDICE IV

Tabela 4. Psicofármacos da classe dos Antipsicóticos mais comuns

Medicamentos	Ativo	Classe Medicamentosa	Concentrações	Indicação	Presente no Componente Básico, Especializado e Outros
Haldol®	Haloperidol	Antipsicótico	1 mg, 5 mg, 2 mg/ml, 5 mg/ml	A-Delírios e alucinações na esquizofrenia aguda e crônica. B- Na paranoia, na confusão mental aguda e no alcoolismo (Síndrome de Korsakoff). C- Como um agente antiagitação psicomotor: mania, demência, alcoolismo, oligofrenia. Agitação e agressividade no idoso. D- Distúrbios graves do comportamento e nas psicoses infantis acompanhadas de excitação psicomotora. E- Movimentos coreiformes. Soluços, tiques, disartria. F- Estados impulsivos e agressivos. G - Síndrome de Gilles de la Tourette. H- Como antiemético: náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens, quando outras terapêuticas mais específicas não foram suficientemente eficazes.	<input checked="" type="checkbox"/> Componente Básico <input type="checkbox"/> Componente Especializado <input type="checkbox"/> Outros
Orap®	Pimozida	Antipsicótico	1 mg e 4 mg	A-Distúrbios que afetam seus pensamentos, sentimentos ou seu comportamento.	<input type="checkbox"/> Componente Básico <input type="checkbox"/> Componente Especializado <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Stelazine®	Trifluoperazina	Antipsicótico	2 mg e 5 mg	A-Tratamento de manifestações psicóticas, ou seja, distúrbios que podem afetar seus pensamentos,	<input type="checkbox"/> Componente Básico <input type="checkbox"/> Componente Especializado

				atitudes e emoções.	(X) Outros
Amplictil®	Clorpromazina	Antipsicótico	25 mg, 100 mg e 40 mg/ml	<p>A-Tratamento de: quadros psiquiátricos agudos, ou então no controle de psicoses de longa evolução.</p> <p>B-Também é indicado em manifestação de <u>ansiedade</u> e agitação, soluços incoercíveis (solução que não para), náuseas (enjoo) e vômitos e neurotoxicoses (aceleração da respiração e <u>convulsão</u> com os olhos dilatados) infantis; também pode ser associado aos barbitúricos (medicamento depressor do sistema nervoso central) no tratamento do <u>tétano</u>.</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>
Neozine®	Levopromazina	Antipsicótico	25 mg, 100 mg e 40 mg/ml	<p>A-Nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica, sedativa em pacientes psicóticos.</p> <p>B-Terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, associados com a dor em pacientes terminais.</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>
Melleril®	Tioridazida	Antipsicótico	10 mg, 25 mg, 50 mg e 100 mg	<p>A-Deve ser usado apenas em pacientes adultos com esquizofrenia crônica ou exacerbações agudas não responsivas ao tratamento com outros fármacos antipsicóticos, por causa de baixa efetividade ou incapacidade de alcançar uma dose eficaz devido a reações adversas intoleráveis destes medicamentos.</p>	<p>() Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>(X) Outros</p>
Equilid®	Sulpirida	Antipsicótico	50 mg	<p>A-Indicado para pacientes com problemas neurolépticos, como estados</p>	<p>() Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p>

				neuróticos depressivos, síndromes vertiginosas, e esquizofrenia.	(X) Outros
Leponex®	Clozapina	Antipsicótico	25 mg e 100 mg	A-Para tratar pessoas que apresentam esquizofrenia e que já utilizaram outros medicamentos antipsicóticos e não se beneficiaram suficientemente ou não toleraram outros medicamentos antipsicóticos devido às reações adversas	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros
Risperdal®	Risperidona	Antipsicótico	0,25 mg, 0,50 mg, 1 mg, 2 mg e 3mg	A-Para psicoses (por exemplo, esquizofrenia). Isto significa que ele tem um efeito favorável sobre um certo número de transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade, ser excessivamente introvertido etc.	(X) Componente Básico (X) Componente Especializado () Outros
Zyprexa®	Olanzapina	Antipsicótico	2,5 mg, 5 mg e 10 mg	A-É indicado para o tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia e outros transtornos mentais (psicoses), nos quais sintomas positivos (exemplo: delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (exemplo: afeto diminuído, isolamento emocional/social e pobreza de linguagem) são proeminentes. B-Alivia também os sintomas afetivos secundários na esquizofrenia e os transtornos relacionados.	() Componente Básico (X) Componente Especializado () Outros

Seroquel®	Quetiapina	Antipsicótico	25 mg, 100 mg, 200 mg e 300 mg	A-Tratamento da esquizofrenia, como monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar, dos episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, no tratamento de manutenção do transtorno afetivo bipolar I (episódios maníaco, misto ou depressivo) em combinação com os estabilizadores de humor lítio ou valproato, e como monoterapia no tratamento de manutenção no transtorno afetivo bipolar (episódios de mania, mistos e depressivos).	() Componente Básico (X) Componente Especializado () Outros
Abilify®	Aripiprazol	Antipsicótico	10 mg e 15 mg	A-Tratamento de esquizofrenia.	() Componente Básico () Componente Especializado (X) Outros

Elaborado: Próprio autor, 2020. Adaptado: Bulário Eletrônico, ANVISA, 2020.

APÊNDICE V

Tabela 5. Psicofármacos da classe dos Estabilizadores do Humor mais comuns

Medicamentos	Ativo	Classe Medicamentosa	Concentrações	Indicação	Presente no Componente Básico, Especializado e Outros
Carbolitium®	Carbonato de Lítio	Estabilizador do Humor	300 mg e 450 mg	<p>A- No tratamento de episódios maníacos nos transtornos afetivos bipolares.</p> <p>B-No tratamento de manutenção de indivíduos com transtorno afetivo bipolar, diminuindo a frequência dos episódios maníacos e a intensidade destes quadros.</p> <p>C-Na profilaxia da mania recorrente; prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora.</p> <p>D-No tratamento da depressão, o lítio tem sua indicação nos casos em que os pacientes não obtiveram resposta total, após uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) ou tricíclicos por 4 a 6 semanas, com doses efetivas. Nesses casos a associação com lítio potencializará a terapia em curso.</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>(X) Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>
Tegretol®	Carbamazepina	Estabilizante do Humor	200 mg, 400 mg e 20 mg/ml	<p>A- Epilepsia - Crises parciais complexas ou simples (com ou sem perda da consciência) com ou sem generalização secundária. - Crises tônico-clônicas generalizadas. Formas mistas dessas crises.</p> <p>B- Mania aguda e tratamento de</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>

				<p>manutenção em distúrbios afetivos bipolares para prevenir ou atenuar recorrências.</p> <p>C- Síndrome de abstinência alcoólica.</p> <p>D- Neuralgia idiopática do trigêmeo e neuralgia trigeminal em decorrência de esclerose múltipla (típica ou atípica).</p> <p>E- Neuralgia glossofaríngea idiopática.</p> <p>F- Neuropatia diabética dolorosa.</p> <p>G- Diabetes insípida central. H- Poliúria e polidipsia de origem neuro-hormonal.</p>	
Depakene/Depakote®	Ácido Valpróico/Valproato	Estabilizante do Humor	250 mg e 500 mg	<p>A-Mania: é indicado para o tratamento de episódios agudos de mania agudos ou mistos associados ao transtorno afetivo bipolar (TAB), com ou sem características psicóticas, em pacientes adultos.</p> <p>B-Epilepsia: é indicado isoladamente ou em combinação a outros medicamentos, no tratamento de pacientes adultos e crianças acima de 10 anos com crises parciais complexas, que ocorrem tanto de forma isolada ou em associação com outros tipos de crises.</p> <p>C-Prevenção da Enxaqueca: é indicado à prevenção da enxaqueca em pacientes adultos. Não há evidências de que seja útil no tratamento agudo de enxaquecas.</p>	<p>(X) Componente Básico</p> <p>() Componente Especializado</p> <p>() Outros</p>
Lamictal®	Lamotrigina	Estabilizante do	5 mg, 25 mg, 50	A-Tratar crises epiléticas	() Componente Básico

		Humor	mg, 100 mg e 200 mg	convulsivas parciais e crises generalizadas. B-Previne também os episódios de alteração do humor, especialmente episódios depressivos, em pacientes adultos com <u>transtorno bipolar</u> .	(X) Componente Especializado () Outros
Topamax®	Topiramato	Estabilizante do Humor	25 mg, 50 mg e 100 mg	A-Indicado em monoterapia tanto em pacientes com <u>epilepsia</u> recentemente diagnosticada como em pacientes que recebiam terapia adjuvante e serão convertidos à monoterapia. B-Indicado, para adultos e crianças, como adjuvante no tratamento de crises epiléticas parciais, com ou sem generalização secundária e crises tônico-clônicas generalizadas primárias. C-Indicado, também, para adultos e crianças como tratamento adjuvante das crises associadas à Síndrome de Lennox-Gastaut. D-Indicado, em adultos, como tratamento profilático da <u>enxaqueca</u> . E-Tratamento agudo da enxaqueca não foi estudado.	() Componente Básico (X) Componente Especializado () Outros
Neurontin®	Gabapentina	Estabilizante do	300 g, 400 mg e	A-Tratamento da dor neuropática	() Componente Básico

Humor	600 mg	(dor devido à lesão e/ou mau funcionamento dos nervos e/ou do sistema nervoso) em adultos; como monoterapia e terapia adjunta das crises epiléticas parciais (convulsões), com ou sem generalização secundária (crise com maior comprometimento do <u>sistema nervoso central</u> acompanhado de perda da consciência), em pacientes a partir de 12 anos de idade.	<input checked="" type="checkbox"/> Componente Especializado <input type="checkbox"/> Outros
-------	--------	--	---

Elaborado: Próprio autor, 2020. Adaptado: Bulário Eletrônico, ANVISA, 2020.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou um Manual de Intervenções Farmacêuticas para Assistências a Usuários com Transtornos Mentais que foi validado por especialistas (validação de conteúdo) e por farmacêuticos da Atenção Primária (validação semântica).

Trata-se de um material educativo, elaborado através de um processo colaborativo, sendo provavelmente, o primeiro com essas características para auxiliar a rede de cuidado na saúde mental. A percepção dos profissionais farmacêuticos, as fragilidades no processo da assistência a usuários com transtornos mentais nos serviços da atenção primária a saúde, os hiatos existentes no processo do cuidado farmacêutico prestado aos usuários e familiares, foram inquietações e preocupações no desenvolvimento do produto. Espera-se que esse Manual se torne uma referência diária na prática das orientações farmacêuticas nos serviços.

E, também, visando tornar ciente toda a comunidade científica acerca dos resultados alcançados nessa pesquisa, foi elaborado um artigo que será submetido Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

Conclui-se que os resultados foram positivos e inovadores, que poderão ser utilizados por profissionais farmacêuticos que atuam no SUS e na iniciativa privada.

VI REFERÊNCIAS

1. Marianna Lima de Rolemberg Figueirêdo; Dalnei Minuzzi Delevati; Marcelo Góes Tavares. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e sociais | Maceió | v. 2 | n.2 | p. 121-136 | Nov 2014.*
2. Fernandes, Flora.; Moura, Joviane. A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental. *Psicologado, Piauí, (parte II) in: Faculdade de ciências Médicas da UESPI. 2009. Disponível em: Acesso em: 16/02/2019.*
3. Arbex, Daniela. *Holocausto Brasileiro.* São Paulo: Geração, 2013.
4. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.
5. Vasconcelos, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.* São Paulo: Hucitec, 2010, p.17-73.
6. Costa JP, Jorge MSB, Coutinho MPL, Costa EC, Holanda ITA. Psychiatric reform and their developments: social representations of professionals and users of the psychosocial care. *Psicol Saber Soc.* [Internet]. 2016;5(1):35-45.
7. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1397-1417, 2012.*
8. Jorge, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.*
9. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(55):1121-32.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
11. Vasconcellos, V. C. A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.
12. Organização Mundial da Saúde: Psicótropas ou Drogas Psicótropas. Disponível em: < <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em: março de 2021.
13. Brasil. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em site: < http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acessado em: março 2021.
14. Waidman, M. A. P. et. al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2011.*

15. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/policy perspectives/ppm05en.pdf>.
16. Brasil. Fiocruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). 2016. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. 2016. Disponível em: https://sinitox.iciet.fiocruz.br/sites/sinitox.iciet.fiocruz.br/files//Brasil_6_1.pdf.
17. Cardoso, RV. Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família. Unicamp 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312682/1/Cardoso_RaquelVaz_M.pdf.
18. Souza TT, Silva WB, Onofre ASC, Quintans JSS, Onofre FBM, Quintans-Júnior LJ. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Braz J Pharm Sci* 2011; 47(4):787-795.
19. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3883-3891.
20. Marin N, organizadora. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS, OMS; 2003.
21. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3277-3283.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33 p.: il.
23. Pasquali L. Testes referentes a Construto: Teoria e Modelo de construção. In: Pasquali L, editor. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 165–98.
24. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev latino-am Enferm*. 2005;13(5):754–7.
25. Rubio DM, Weger MB-, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94–104.
26. Andreia M, Ribeiro S, Giovanelli Vedovato T, Helena M, De B, Lopes M, et al. Artigo de Revisão Estudos de Validação na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Rev Rene*. 2013;14(1):218–28.
27. Santos FC. Construção e Validação Semântica de um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros que atuam em oncologia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2016.
28. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde coletiva*, v 16, n. 7, PP 3061-8, 2011.
29. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Hear lung*. 1987;16(6):625–9.
30. Likert RA. Technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. n. 140, p. 44-53, 1932. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf.
31. Alexandre Neusa Maria Costa, Coluci Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jul [citado 2021 Abr 11] ; 16(7) : 3061-

3068. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt.
32. Resolução CNS Nº 510, de 07 de Abril de 2016, Ética e Pesquisa na Área de Ciências Humanas e Sociais: CNS 510 – 2016. Ética na Pesquisa.

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALERECIDO PARA OS JUÍZES DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – PCLE 1.

FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde

PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: **Elaboração e Validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.**

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Elaboração e Validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.** O objetivo desse projeto é validar um manual para realização de Intervenções Farmacêuticas que serão utilizadas na Atenção Primária em Saúde, trazendo diferenciais na qualidade de vida do paciente da saúde mental.

A educação permanente para profissionais de saúde na área farmacêutica é uma das principais estratégias que garantirá a qualidade do serviço farmacêutico prestado aos pacientes. É perceptível que estudos e capacitações no âmbito da saúde mental precisam ser propostos, com base nas vivências já mostradas na literatura e nas experiências vividas pelos profissionais, pois é uma ferramenta importante no cuidado farmacêutico para a assistência da população que são acometidas pelas doenças mentais.

Nessa pesquisa intenta-se validar um manual de capacitação sobre o tema das intervenções farmacêuticas.

Você receberá os conteúdos: título do manual, objetivos, público-alvo, metodologia utilizada, métodos adotados, recomendação de referências bibliográficas.

Você deverá realizar a avaliação de conteúdo do manual com base no seu conhecimento e experiência. Para a avaliação de conteúdo solicitamos que leve em consideração o grau de adequação do conteúdo abordado e dos objetivos de aprendizagem. Ao final você poderá preencher uma folha de parecer e devolver à equipe de pesquisadores no prazo máximo de 30 dias após seu recebimento.

Após análise de todos os juízes, os instrumentos serão reenviados para você para revisão das modificações. Os pesquisadores pretendem manter os resultados conforme o consenso entre os juízes. Segue após assinaturas desse processo de consentimento livre e esclarecido, uma carta ao juiz e folha de parecer.

Os riscos serão mínimos para os participantes, onde os mesmos poderão escolher o melhor horário e melhor momento para avaliar a proposta do manual. Em relação, aos riscos de sigilo, eles serão garantidos pela assinatura do termo de confidencialidade dos responsáveis pela pesquisa e quanto a perda de informações será minimizado, pois o banco de dados será protegido por senha e somente o acesso poderá ser feito pelos pesquisadores.

Todavia é importante mencionar o benefício esperado para o serviço farmacêutico na saúde mental e seus pacientes, considerando o produto técnico elaborado e validado, para auxiliar as condutas na assistência farmacêutica e promover o uso racional dos medicamentos utilizados para o tratamento na saúde mental. Sendo também potencial produto para auxiliar a gestão destes medicamentos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Everton Rodrigues Bezerra (mestrando), Prof. Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros (orientadora), Prof. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo (co-orientadora) e Prof. Dra. Mônica Maria Henrique dos Santos (co-orientadora), certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelos pesquisadores responsáveis: Flávia Patrícia Morais de Medeiros através do telefone (81) 9 9904 2615 ou no endereço Av. Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira - Recife-PE. CEP: 51150-004. Bloco: A - 1º andar (coordenação de cursos) e Everton Rodrigues Bezerra, através do telefone (087) 99956.7474, E – mail: everton4541@yahoo.com.br ou na Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS nas sextas – feiras das 8:00 às 17:00h ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE, CEP: 51150-000, Bloco: Administrativo. Tel: (81) 33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br.

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

APÊNDICE II: PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA – PCLE 2.

FPS-Faculdade Pernambucana de Saúde

PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Elaboração e Validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Elaboração e Validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.** O objetivo desse projeto validar um manual para realização de Intervenções Farmacêuticas que serão utilizadas na Atenção Primária em Saúde, trazendo diferenciais na qualidade de vida do paciente da saúde mental.

A educação permanente para profissionais de saúde na área farmacêutica é uma das principais estratégias que garantirá a qualidade do serviço farmacêutico prestado aos pacientes. É perceptível que estudos e capacitações no âmbito da saúde mental precisam serem propostos, com base nas vivências já mostradas na literatura e nas experiências vividas pelos profissionais, pois é uma ferramenta importante no cuidado farmacêutico para a assistência da população que são acometidas pelas doenças mentais.

Nessa pesquisa intenta-se validar um manual para realização de Intervenções Farmacêuticas na Atenção Primária em Saúde no município do Recife-PE.

Você receberá conteúdos: título do manual, objetivos, público-alvo, metodologia utilizada, métodos adotados, recomendação de referências bibliográficas.

Você deverá receber o manual e verificará se todos os itens do instrumento em processo de validação são compreensíveis, inclusive para os membros da população a que se destina. Para o processo de validação semântica serão convidados profissionais farmacêuticos com atuação na atenção primária. A escolha dos farmacêuticos para a avaliação semântica será feita por amostragem intencional e solicitamos que leve em consideração o grau de adequação do conteúdo abordado e dos objetivos a que se destina o manual.

Você deverá realizar a avaliação de aparência do manual com base no seu conhecimento e experiência. Ao final você poderá preencher uma folha de parecer e devolver à equipe de pesquisadores no prazo máximo de 15 dias após seu recebimento

Após análise de todos os farmacêuticos, os instrumentos serão reenviados para você para revisão das modificações. Os pesquisadores pretendem manter os resultados conforme o consenso entre os farmacêuticos. Segue após assinatura desse processo de consentimento livre e esclarecido, uma carta ao farmacêutico e folha de parecer.

Os riscos serão mínimos para os participantes, onde os mesmos poderão escolher o melhor horário e melhor momento para avaliar a proposta do manual. Em relação, aos riscos de sigilo, eles serão garantidos pela assinatura do termo de confidencialidade dos responsáveis pela pesquisa e quanto a perda de informações será minimizado, pois o banco de dados será protegido por senha e somente o acesso poderá ser feito pelos pesquisadores.

Todavia é importante mencionar o benefício esperado para o serviço farmacêutico na saúde mental e seus pacientes, considerando o produto técnico elaborado e validado, para auxiliar as condutas na assistência farmacêutica e promover o uso racional dos medicamentos utilizados para o tratamento na saúde mental. Sendo também um potencial produto para auxiliar a gestão destes medicamentos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Everton Rodrigues Bezerra (mestrando), Prof. Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros (orientadora), Prof. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo (co-orientadora) e Prof. Dra. Mônica Maria Henrique dos Santos (co-orientadora), certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelos pesquisadores responsáveis: Flávia Patrícia Morais de Medeiros através do telefone (81) 9 9904 2615 ou no endereço Av. Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira - Recife-PE. CEP: 51150-004. Bloco: A - 1º andar (coordenação de cursos) e Everton Rodrigues Bezerra, através do telefone (087) 99956.7474, E – mail: everton4541@yahoo.com.br ou na Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS nas sextas – feiras das 8:00 às 17:00h ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE, CEP: 51150-000. Bloco: Administrativo. Tel: (81) 33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br.

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Impressão digital

APENDICE III: CARTA CONVITE AOS JUIZES

É com grande satisfação que contamos com sua contribuição na condição de juiz no processo de validação de conteúdo para o projeto intitulado – **Elaboração e Validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da atenção primária.**

Neste projeto propõe-se a elaboração de um manual para farmacêuticos atuantes na saúde mental e/ou na saúde pública. Para a elaboração dos objetivos de aprendizagem foram utilizados como referenciais a revisão prévia da literatura. O manual receberá conteúdos: título do manual, objetivos, público-alvo, metodologia utilizada, métodos adotados, recomendação de referências bibliográficas. Além disso, receberá os casos clínicos que serão utilizados na construção do manual e o questionário de opinião dos juízes.

A metodologia escolhida para ser empregada no manual foi a da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A educação permanente para profissionais de saúde na área farmacêutica é uma das principais estratégias que garantirá a qualidade do serviço farmacêutico prestado aos pacientes. É perceptível que estudos e capacitações no âmbito da saúde mental precisam ser propostos, com base nas vivências já mostradas na literatura e nas experiências vividas pelos profissionais, pois é uma ferramenta importante no cuidado farmacêutico para a assistência da população que são acometidas pelas doenças mentais de acordo com os levantamentos epidemiológicos realizados em CAPS da região do Recife no estado de Pernambuco.

A seguir você receberá o manual, os casos clínicos que serão utilizados e os instrumentos de avaliação, constando de um teste escrito com questões de múltipla escolha e o questionário de opinião dos profissionais farmacêuticos sobre o manual e método. Após sua análise, você poderá responder conforme a folha de parecer do juiz e acrescentar sugestões e comentários.

Esse material que você está recebendo deverá ser devolvido em 30 dias de seu recebimento. Posteriormente após análise das opiniões você receberá versão modificada desses instrumentos para sua revisão.

Desde já agradecemos pela sua valiosa contribuição,
Recife, de de 2019

Everton Rodrigues Bezerra, mestrando Profissional em Educação para Ensino na Área de
Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
Prof. Flavia Patricia Morais de Medeiros, Dra. Orientadora
Prof. Mônica Cristina Batista de Melo, Dra, Co – orientadora
Prof. Mônica Maria Henrique dos Santos, Dra, Co – orientadora

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Dr. Carlos Santos da Figueira
Diretor Acadêmico da FPS

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de mestrado profissional em Educação na Área de Saúde intitulado “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, desenvolvido pelo mestrando Everton Rodrigues Bezerra, sob orientação da Profª Dra. Flávia Patrícia Moraes de Medeiros e co-orientações da Profª Dra. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo e da Profª Dra. Mônica Maria Henrique dos Santos. O objetivo da pesquisa “Elaborar e validar um guia para realização de intervenções farmacêuticas na atenção primária em saúde no município do Recife-PE”.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, comprometendo-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade. Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP –FPS) credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, 21 de janeiro de 2019.

Flávia Moraes

Assinatura do pesquisador responsável.

Flávia Moraes
Coordenadora de Curso
Enfermagem

concordo com a solicitação

não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

Carlos Figueira
Diretor Acadêmico
FPS

Av. Mac. Marinho
de Moraes, 4
Sulista, Recife
CEP: 51150-
7000
TEL: (81) 3035-7
(81) 3312-
www.fps.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Everton Rodrigues Bezerra**, pesquisador do Mestrado Profissional em Educação para Ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, a desenvolver pesquisa na Gerência de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Elaboração e validação de um instrumento para intervenções farmacêuticas na saúde mental no âmbito da Atenção Primária**” sendo orientado por Flávia Patrícia Moraes de Medeiros e coorientação de Mônica Cristina Batista de Melo e Mônica Maria Henrique dos Santos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/18 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 22 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


Tullio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tullio Romero Lopes Quirino
Chefe de Div. de Educação na Saúde
FPS (DIRETOS) (SESAU)
Mat. 70.4734

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Flávia Patrícia Morais de Medeiros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09457019.1.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.284.889

Apresentação do Projeto:

Projeto para qualificação no Mestrado Profissional em Educação para Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Elaboração de um guia que irá nortear os farmacêuticos quanto ao conhecimento e as possíveis intervenções farmacêuticas a pacientes com transtornos mentais.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar e validar um guia para realização de Intervenções Farmacêuticas na Atenção Primária em Saúde no município do Recife-PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se relevante, inovadora e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: OK.

Carta de Anuência: OK.

Currículo Lattes: OK.

Orçamento: OK.

Cronograma: OK.

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.284.889

TCLE: OK.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287775.pdf	09/04/2019 11:59:13		Aceito
Outros	Carta_Convite_Farm_09_04.pdf	09/04/2019 11:57:43	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_09_04.pdf	09/04/2019 11:52:20	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	CARTA_CONVITE_09_04.pdf	09/04/2019 11:32:47	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PCLE_2_09_04.pdf	09/04/2019 11:25:27	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PCLE_1_09_04.pdf	09/04/2019 11:25:09	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_FPS_09_04_19.pdf	09/04/2019 11:24:52	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_09_04.pdf	09/04/2019 11:24:26	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Lattes_Flavis_Medeiros.pdf	26/02/2019 11:25:57	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Lattes_Monica_Melo.pdf	26/02/2019 11:25:34	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Lattes_Monica_Santos.pdf	26/02/2019	EVERTON	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.284.889

Outros	Lattes_Monica_Santos.pdf	11:25:02	RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Curri_Lattes_Everton.pdf	26/02/2019 11:06:03	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Carta_Anu_Pref_Recife.pdf	26/02/2019 11:05:01	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Outros	Carta_Anu_FPS.pdf	26/02/2019 11:04:20	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Orçamento	ORC.pdf	26/02/2019 11:03:50	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_FINAL.pdf	26/02/2019 07:04:50	EVERTON RODRIGUES BEZERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 25 de Abril de 2019

Assinado por:

Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

ANEXO D – Normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

SUBMISSÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política editorial

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

– Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol),

citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e

CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um** *e-mail* (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares.**

Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisito.

Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, e o **ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação
Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar
CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander
Agência 0039
Conta Corrente: 13-006625-3

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER – citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. ² (p. 42)

Nota**Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

- * Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
 ** Sem indicação do número de páginas.

Notas

- **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.
- **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

- Autor do livro igual ao autor do capítulo:
 Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
- Autor do livro diferente do autor do capítulo:
 Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

- * Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
 ** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

- Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.
- Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

- * Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.
 ** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

- Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 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 União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadella C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados

em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES**TÍTULOS E SUBTÍTULOS**

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [**subtítulo**],

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [**sub-subtítulo**] e assim sucessivamente.

Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por ^(a), indicadas entre parênteses.

Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser ^(c)).

Nota

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez.