

Wilson Piazza Santos

**As perspectivas da realização do serviço de farmácia clínica em serviços de
saúde mental**

Belo Horizonte

2019

Wilson Piazza Santos

As perspectivas da realização do serviço de farmácia clínica em serviços de saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Me. Anísia Valéria Chaves e Silva

Belo Horizonte

2019

Santos, Wilson Piazza.
S237p As perspectivas da realização do serviço de farmácia clínica em serviços de saúde mental. / Wilson Piazza Santos. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

37 p.

Orientador(a): Anísia Valéria Chaves e Silva.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Serviços Farmacêuticos. 3. Sistema Único de Saúde.
I. Silva, Anísia Valéria Chaves e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

Wilson Piazza Santos

As perspectivas da realização do serviço de farmácia clínica em serviços de saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Me. Anísia Valéria Chaves e Silva

Psicóloga

Mestre em Educação

Analista de educação e pesquisa em saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Dra. Ana Regina Machado

Psicóloga

Mestre em Saúde Pública pela UFMG

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz
Analista de educação e pesquisa em saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Hairton Ayres Azevedo Guimarães

Farmacêutico

Especialista em Farmacologia Clínica e em Farmácia Clínica
Farmacêutico do Hospital Galba Velloso - Fundação Hospitalar de Minas Gerais
Farmacêutico da Drogeria Araújo

Belo Horizonte

2019

*A minha MãE, que não poupou esforços para
que eu e minhas irmãs estudássemos e agora,
do céu, acompanha nossas conquistas.*

AGRADECIMENTOS

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de crescimento e ampliação de saberes.

À Prof^a. Me. Anísia Valéria Chaves e Silva pela orientação.

A minha colega de trabalho Ana Cristina Nunes da Silva pelo auxílio e colaboração.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio.

Nunca tenha certeza de nada, porque a sabedoria começa com a dúvida.

Sigmund Freud

RESUMO

O tratamento das doenças mentais representa um desafio complexo, e requer a atuação de uma equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental. O farmacêutico, embora não seja integrante obrigatório desta equipe, na prática, exerce função importante no tratamento dos pacientes desses serviços, uma vez que o medicamento é uma importante ferramenta para o tratamento dos transtornos mentais. Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico em Saúde Mental, suas ações, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções. O presente estudo pretende avaliar as pesquisas sobre as intervenções farmacêuticas junto aos pacientes com doenças psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed e LILACS. Foram considerados estudos que apresentassem intervenção do farmacêutico em pacientes com transtorno mental, submetidos a tratamento em algum estabelecimento ambulatorial e/ou hospitalar de saúde mental pertencentes ao SUS, em que foram analisados objetivamente algum desfecho desta intervenção, publicados nos últimos dez anos, sendo estudos primários, constituídos de ensaios clínicos, controlados, randomizados ou não. No entanto, nenhum artigo atingiu os critérios de inclusão para esta revisão, por isso nenhum artigo recuperado foi selecionado. Embora seja elevada a distribuição dos transtornos mentais no Brasil, percebe-se que a prática farmacêutica junto à população brasileira portadora dessas doenças é extremamente reduzida ou pouco divulgada. O farmacêutico ainda está muito ligado às atividades gerenciais, de logística do medicamento, contribuindo principalmente para a disponibilidade e oferta do mesmo. Outro fator determinante para atuação do farmacêutico na Saúde Mental e divulgação de suas experiências é a sua formação, que deve habilitar o profissional para atuar nos diferentes níveis de atenção e cuidado ao paciente, deixando de lado a formação tecnicista voltada principalmente à produção do medicamento. No entanto, a formação deste novo profissional requer a mudança de comportamentos e de entendimentos para a visualização dos aspectos clínicos, o que exigirá um tempo considerável. Sendo o profissional farmacêutico o detentor de conhecimentos específicos sobre o uso dos medicamentos, é evidente a necessidade de inclusão deste profissional na equipe de atendimento multiprofissional dos serviços de atendimento de saúde mental do SUS. A ausência de estudos sobre as atividades clínicas do farmacêutico em Saúde Mental no SUS aponta para a necessidade de avaliar os impactos de suas intervenções, com seus desfechos clínicos de modo a permitir um melhor entendimento do papel deste profissional na Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços Farmacêuticos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The treatment of mental illness represents a complex challenge and requires the action of a multidisciplinary mental health care team. Although the pharmacist is not a mandatory member of this team, in practice, he plays an important role in treating patients of these services, since the drug is an important tool for treating mental disorders. However, little is known about the insertion of the pharmaceutical professional in Mental Health, their actions, as well as the clinical, humanistic and economic results of the interventions. This study aims to evaluate research on pharmaceutical interventions with patients with psychiatric diseases in the Unified Health System. A bibliographic review was performed in the PubMed and LILACS databases. We considered studies that presented intervention of the pharmacist in patients with mental disorder, undergoing treatment in some outpatient and / or hospital mental health facility belonging to the SUS, which were objectively analyzed some outcome of this intervention, published in the last ten years, being studies primary studies, consisting of controlled clinical trials, randomized or not. However, no articles met the inclusion criteria for this review, so no retrieved articles were selected. Although the distribution of mental disorders in Brazil is high, it is clear that the pharmaceutical practice among the Brazilian population with these disorders is extremely reduced or little known. The pharmacist is still closely linked to the managerial activities, logistics of the drug, contributing mainly to its availability and supply. Another determining factor for the pharmacist's performance in Mental Health and the dissemination of his experiences is his education, which should enable the professional to work at different levels of care and patient care, leaving aside the technical training focused mainly on the production of the drug. However, training this new professional requires changing behaviors and understandings to view clinical aspects, which will require considerable time. As the pharmaceutical professional has specific knowledge about the use of medications, the need to include him in the multiprofessional team of mental health services of the Unified Health System is evident. The absence of studies on the clinical activities of the pharmacist in Mental Health in Unified Health System points to the need to evaluate the impacts of their interventions, with their clinical outcomes in order to allow a better understanding of the role of this professional in Mental Health.

Keywords: Mental Health. Pharmaceutical Services. Unified Health System

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estratégia de busca utilizada nesta revisão.....	29
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS -	Centros de Atenção Psicossocial
CEME -	Central de Medicamentos
CFR -	Conselho Federal de Farmácia
LILACS -	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS -	Ministério da Saúde
NAPS -	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PNM -	Política Nacional de Medicamentos
PRM -	Problema Relacionado a Medicamento
PUBMED -	Publicações Médicas
PWDT -	Pharmacist's Workup of Drug Therapy
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos
SUS -	Sistema Único de Saúde
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	Objetivo Geral.....	19
3.2	Objetivos Específicos.....	19
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
4.1	Assistência Farmacêutica no Brasil.....	20
4.2	Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.....	21
5	METODOLOGIA.....	29
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é parte integrante e essencial da saúde e do bem-estar, como refletido na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): “*um estado de completo bem-estar mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (WHO, 2013). Nas Américas, o adoecimento mental, o abuso de substâncias e o suicídio estão entre os principais contribuintes para a morbidade, incapacidade, lesões e mortalidade, e aumentam o risco de outros problemas de saúde. Em 2013, entre 18,7% e 24,2% da população dessa região apresentava transtorno mental (OPAS, 2018).

O impacto das doenças mentais vai além das questões clínicas, já que a qualidade de vida também é prejudicada pelo estigma e discriminação. Há ainda impactos socioeconômicos, uma vez que os transtornos mentais podem representar custos econômicos agregados de 23,2% do produto nacional bruto de países desenvolvidos. Contudo, o tratamento adequado destas doenças pode minimizar os custos para as Américas (LUCCHETTA e MASTROIANNI, 2012).

A pessoa alienada, que futuramente receberia o diagnóstico de doente mental, era tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento. Buscava-se afastar os ‘loucos’ do convívio social. Aqueles que pertenciam às famílias ricas eram presos em suas casas e os pobres perambulavam pelas ruas ou eram abrigados nas Santas Casas de Misericórdia, em Paris no século XX. A rigidez das regras e as excessivas medidas de segurança destas instituições pareciam justificar a suposta periculosidade dos doentes mentais, a necessidade de exclusão dos mesmos e, conseqüentemente, o afastamento do seu meio familiar, da sua comunidade e da sua vida (ALENCAR *et al.*, 2012).

Mobilizações políticas e sociais das décadas de 1970 e 1980 promoveram a redemocratização do Brasil e os movimentos pela reforma sanitária e psiquiátrica, que contribuíram para uma nova forma de pensar sobre a saúde mental. Conseqüentemente, foram instituídas legislações que visavam normatizar e aprimorar a assistência às pessoas portadoras de transtorno mental, nos diferentes níveis de atenção à saúde. A partir de então, a área da saúde vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas que tem possibilitado mudanças nas concepções dos profissionais sobre os transtornos mentais e na assistência prestada a estes doentes (GUIMARÃES *et al.*, 2010). Um fato importante para o movimento

da luta antimanicomial que impulsionou a reforma psiquiátrica brasileira, foi a vinda ao Brasil, em 1978, de Franco Basaglia, fundador do Movimento da Psiquiatria Democrática na Itália, e pioneiro na prática da extinção dos manicômios. Após a sua vinda, o movimento ganhou força. Em Santos, por exemplo, a prefeitura desapropriou uma clínica psiquiátrica e implantou na cidade novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, como os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), criação de oficinas de trabalho e de diversos projetos de inserção social. No congresso federal, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou um projeto de lei de sua autoria (3657/89), cuja a justificativa fazia menção a Lei 180 italiana conhecida como lei Basaglia, o projeto foi rejeitado, mas foi aprovado um substitutivo que modificou muitos aspectos do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro (AMARANTE, 2011).

Em 4 de junho de 2001 foi aprovada no Brasil a lei da reforma psiquiátrica, Lei nº. 10.216 (BRASIL, 2001), com a incorporação de avanços nos serviços e assistência aos portadores de transtornos mentais, com destaque para ações mais humanizadas e de respeito aos direitos aos doentes. Esta Lei define como direito da pessoa portadora de transtorno mental: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; tratamento humanitário e respeitoso, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; fornecimento das informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; que seja tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; etc. (BRASIL, 2001).

No momento de reforma da saúde e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, paralelamente o Brasil aplicava novos tratamentos na área de saúde mental, oportunizando, mais tarde, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo principal objetivo era reintegrar os pacientes à sociedade e evitar a exclusão dos mesmos por meio de internações psiquiátricas desnecessárias (ALENCAR et al, 2012). Por sua vez, o modelo de reforma psiquiátrica brasileiro tem por grande mérito a proposta de oferecer tratamento a pessoas reais, em vez de tratar doenças, se propondo a lidar com questões de cidadania, inclusão social e solidariedade (AMARANTE, 2011).

Entretanto, o tratamento das doenças mentais permanece como um desafio complexo, e requer a atuação de uma equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental, seja em um CAPS ou em um hospital psiquiátrico (BRASIL, 2017). Embora cada profissional tenha um papel bem-estabelecido de acordo com a sua formação e cargo ocupado no serviço,

a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente. O farmacêutico, embora não seja integrante obrigatório desta equipe, de acordo com a Portaria Nº 3.588 (BRASIL, 2017) do MS, na prática exerce função importante no tratamento dos pacientes desses serviços, uma vez que o medicamento é uma importante ferramenta para o tratamento dos transtornos mentais.

Destaca-se assim que a reforma psiquiátrica brasileira também exigiu modificações na Assistência Farmacêutica, compreendida como um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, incluindo atividades de pesquisa, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos. Estes são entendidos como insumos essenciais para a saúde que devem estar acessíveis e serem utilizados de forma racional (BRASIL, 2004).

A assistência terapêutica integral no âmbito da Assistência Farmacêutica consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado (BRASIL, 2011).

Não basta a oferta dos medicamentos, uma vez que são frequentes os erros de medicação envolvendo psicofármacos. Diante disso, no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica propuseram além da revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), também a oferta de orientações e informações sobre o uso dos medicamentos aos usuários e familiares e a definição de uma política de Assistência Farmacêutica na área de saúde mental, na qual constem mecanismos de seguimento terapêutico, avaliação do uso de medicamentos e exigência da presença do profissional farmacêutico nos programas de Saúde Mental visando à promoção do uso racional dos psicofármacos (BRASIL, 2005; LUCCHETTA e MASTROIANNI, 2012).

Intervenções farmacêuticas que confirmariam estas propostas correspondem aos macrocomponentes resultantes do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, tais como: dispensação, orientação farmacêutica, educação em saúde, atendimento farmacêutico, acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (OPAS, 2002). A atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde traz inúmeros benefícios, com impacto clínico e econômico, resolvendo e

prevenindo problemas com o tratamento farmacológico (LUCCHETTA e MASTROIANNI, 2012).

Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico no âmbito da Atenção Farmacêutica em Saúde Mental, suas ações, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de transtorno mental, alinhado aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Estudos são necessários para entender melhor o papel deste profissional na Saúde Mental e de que forma contribui para o tratamento do paciente acometido por transtorno mental.

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a analisar as pesquisas sobre o papel do farmacêutico na atenção à saúde mental, bem como identificar as intervenções deste profissional junto aos pacientes com transtornos mentais em tratamento em serviços de saúde mental públicos no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela atuação clínica do farmacêutico em Saúde Mental surgiu ao assumir o serviço como farmacêutico na farmácia de um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte. O hospital em questão integra o complexo de Saúde Mental de uma grande rede hospitalar do SUS do estado de Minas Gerais. Essa rede hospitalar vem buscando aumentar a atuação dos profissionais farmacêuticos na Farmácia Clínica.

A partir da experiência profissional anteriormente citada um dos aspectos que motivou o aprofundamento neste tema pelo autor deste trabalho, foi a dificuldade enfrentada pelo profissional farmacêutico em se inserir na equipe multiprofissional do serviço, já que pela inexistência de obrigatoriedade legal a presença do farmacêutico como membro da equipe ainda não é uma realidade, embora se saiba da importância da atuação deste profissional na redução de erros de medicação, diminuição do tempo de internação e consequente redução de custos na instituição.

Outro aspecto motivacional para realização deste trabalho foram os desafios que o autor deste estudo vivenciou na prática para realizar as atividades de farmácia clínica (consulta farmacêutica, anamnese farmacêutica, conciliação medicamentosa, alta hospitalar, educação em saúde, etc.) junto aos pacientes psiquiátricos, uma vez que os mesmos muitas vezes estão desacompanhados e não possuem domínio da sua situação de saúde.

Diante da especificidade do trabalho em um Hospital Psiquiátrico de Belo Horizonte, e da necessidade da efetivação do serviço de Farmácia Clínica nesse hospital, observou-se a importância de aprimoramento dos conhecimentos, para identificar quais serviços farmacêuticos são possíveis de serem realizadas nessa instituição hospitalar e quais podem trazer benefícios para o tratamento dos pacientes.

Este estudo justifica-se ainda pelos ideais da reforma psiquiátrica, que questiona a assistência oferecida nos hospitais psiquiátricos, mesmo sabendo-se que essa assistência acontece de forma mais humanizada atualmente. Sabe-se da tendência da transferência dos atendimentos prestados nos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais e outros serviços da rede de saúde mental, contudo enquanto estes serviços estiverem funcionando é importante oferecer o melhor tratamento possível ao paciente em conformidade com a lei da reforma psiquiátrica, por isso é importante que o farmacêutico se empenhe para o exercício do seu trabalho.

Desta forma, o presente estudo visa aprofundar tanto os conhecimentos já construídos como os conhecimentos buscados na bibliografia a partir da seguinte pergunta: como as intervenções do farmacêutico clínico permitem o alcance de melhoria da resposta ao tratamento do paciente com transtorno psiquiátrico nos serviços públicos de saúde mental no Brasil?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Pesquisar estudos sobre a efetividade das intervenções do farmacêutico clínico junto aos pacientes com doenças psiquiátricas em tratamento nos serviços de saúde mental do SUS.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a existência da descrição das atividades dos farmacêuticos nos diferentes serviços públicos de saúde mental.
- Analisar as possibilidades da realização do serviço de farmácia clínica nos estabelecimentos de saúde mental.
- Descrever as intervenções farmacêuticas encontradas e seus desfechos clínicos.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Assistência Farmacêutica no Brasil

O presente estudo busca contribuir para prática clínica do profissional Farmacêutico na Saúde Mental e utiliza a revisão da bibliografia para identificar estudos que abrangem a temática da Farmácia Clínica na Saúde Mental nos moldes da Assistência Farmacêutica integral preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). Para isso faz-se necessária uma contextualização de como se desenvolveu a Assistência Farmacêutica como política pública no Brasil.

A Assistência Farmacêutica surgiu em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como objetivo promover e organizar o fornecimento de medicamentos com preços acessíveis à população sem condições econômicas para adquiri-los, fomentar à pesquisa científica e tecnológica da área químico-farmacêutica, e incentivar à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios (BRASIL, 1971). A CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica no país até 1997, quando suas atribuições foram transferidas para outros órgãos e setores do MS.

Em 30 de julho de 1973, através do Decreto n.º 2.552 (BRASIL, 1973), foi instituído o Plano Diretor de Medicamentos, definido como “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social” (COSENDEY, 2000). Para Bermudez (1995) o Plano Diretor de Medicamentos, foi um marco referencial pois definiu e norteou os rumos da atuação da CEME ao longo dos seus mais de vinte anos de existência.

Em 1975, foi criada, a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), com o objetivo de racionalização da assistência farmacêutica. A RENAME é uma publicação do MS, atualizada de tempos em tempos, que contém os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira. Ela é utilizada pelos estados para elaboração de suas listas de Assistência Farmacêutica básica (FERREIRA, 2011).

Com a criação do SUS, através da Constituição Federal de 1988, e posterior regulamentação pela Lei n. 8080 (BRASIL, 1990), a saúde foi definida como um direito fundamental do ser humano, e o Estado passou a ter obrigação de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que reduzissem o risco de doenças e agravos, assegurando acesso

universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as áreas de atuação do SUS foi incluída a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005).

Após a criação do SUS, mudanças se fizeram necessárias para sua consolidação, neste sentido, no âmbito da Assistência Farmacêutica foram necessárias mudanças na legislação, em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916 (BRASIL, 1998), que tinha como finalidades principais garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; promover o uso racional dos medicamentos; e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Para isso, como principais diretrizes foram definidas o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da Assistência Farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária, com base nos princípios e diretrizes do SUS, e para a sua implementação, programas e atividades específicas foram definidos nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução 338/2004 (BRASIL, 2004), define Assistência Farmacêutica como o conjunto de ações relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde à população. Este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como o abastecimento em todas suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Assistência Farmacêutica envolve também atividades referentes à Atenção Farmacêutica, modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (BRASIL, 2004).

4.2 Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica

A profissão farmacêutica passou por diversas mudanças associadas à questões tecnológicas, econômicas e políticas. Hepler e Strand (1990) definem três períodos dessa profissão no século 21: o tradicional, o transicional e o de desenvolvimento do foco no cuidado do paciente.

Para eles, durante o estágio tradicional, o farmacêutico tinha como principais atribuições a preparação e venda de drogas medicinais, e sua preocupação era garantir que as drogas que produzia ou vendia fossem puras, não adulteradas e preparadas de forma adequada. Este profissional além destas funções, tinha como obrigação orientar os clientes que lhe solicitava a prescrição de medicamentos. Tais funções eram condizentes com as de um boticário (HEPLER e STRAND, 1990).

Aos poucos a profissão farmacêutica foi se restringindo. A fase tradicional entrou em declínio com o surgimento das indústrias farmacêuticas, que passaram gradualmente a ser as maiores responsáveis pela produção dos medicamentos e a escolha dos agentes terapêuticos passou a ser realizada pelo médico (HEPLER e STRAND, 1990).

Diante de tal situação, em meados dos anos de 1960, iniciou-se a prática da Farmácia Clínica, e com ela teve início um período de transição profissional, no qual os farmacêuticos buscaram a autorrealização e o total desenvolvimento do seu potencial profissional. Nesse período de rápida expansão de funções e incremento de diversidade profissional, os farmacêuticos passaram a inovar funções e contribuir para o meio científico de forma relevante (HEPLER e STRAND, 1990). Esta nova atividade tinha por objetivo a interação do farmacêutico com o paciente e com a equipe de saúde, proporcionando o desenvolvimento de habilidades relacionadas às responsabilidades com a farmacoterapia dos pacientes (PEREIRA e FREITAS, 2008).

O grande desafio da Farmácia Clínica foi transformá-la em uma ciência que trouxesse os fundamentos da epidemiologia clínica alinhados aos da farmacologia. Como essa atividade surgiu nos hospitais, uma das críticas ao movimento foi que o modelo era muito hospitalocêntrico, voltado para o atendimento das necessidades das equipes de saúde, não atingindo os ideais iniciais de ter usuário dos medicamentos como foco principal.

Motivados pela restrição da Farmácia Clínica ao ambiente hospitalar voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes junto as equipes de saúde, em meados da década de 1970, alguns autores se empenharam em redefinir o papel do farmacêutico em relação ao paciente. Mikeal *et al.* (1975) iniciaram a construção do conceito

de Atenção Farmacêutica, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal.

O uso do termo *Pharmaceutical Care*, traduzido para o português como Atenção Farmacêutica, possivelmente, apareceu pela primeira vez na literatura em uma publicação de Brodie *et al.* (1980), como sendo: “a definição das necessidades farmacoterapêuticas de um dado paciente e a provisão não apenas dos medicamentos requeridos, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois) para assegurar uma terapia perfeitamente segura e efetiva” (BRODIE *et al.*, 1980).

Hepler (1987) indicou para um caminho de uma Farmácia prática e fez um compromisso para desenvolvimento da Farmácia como uma verdadeira profissão clínica, de forma que houvesse um pacto entre os farmacêuticos e seus pacientes e, por extensão, entre a profissão farmacêutica e a sociedade. Mais adiante, o referido autor ressaltou a importância em se estabelecer relações com o paciente, na qual o farmacêutico gerenciasse o uso dos medicamentos (com habilidade e conhecimentos adequados). Além disso, chamou o momento de evolução profissional como o terceiro da educação farmacêutica e propôs que os farmacêuticos clínicos realizassem ações isoladas para os pacientes e se responsabilizassem na atenção aos mesmos (HEPLER, 1987).

Seguindo essa linha de pensamento, Hepler (1988) defendeu a evolução da profissão para acompanhar as transformações tecnológicas, econômicas e sociais que estavam acontecendo no mundo, embora ainda houvesse vários aspectos não resolvidos nos mais diversos âmbitos. Também sugeriu que a nova configuração profissional se baseasse em quatro pilares: a farmácia como atividade central e com função social, definição da filosofia profissional e relação com a sociedade, estruturação organizacional da profissão e marketing da nova profissão. Na mesma época, Strand *et al.* (1988) trabalharam no desenvolvimento do *Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT)*, processo de tomada de decisão racional e sistemático em que as necessidades dos pacientes com relação à farmacoterapia são abordadas e documentadas de maneira sistemática e global.

Em 1990, foi estabelecido um pacto que uniu a visão filosófica de Strand e o pensamento de Hepler sobre a responsabilidade profissional no cuidado aos pacientes, o qual defendia a adoção de um enfoque centrado no paciente e o desenvolvimento de uma relação terapêutica na qual o paciente e o profissional se unam para resolver os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), que resultou no conceito clássico de Atenção Farmacêutica:

Provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) a cura da doença, 2) a redução ou eliminação dos sintomas, 3) a interrupção ou retardamento do processo patológico, e 4) a prevenção de uma doença ou dos sintomas (HEPLER e STRAND, 1990).

No mesmo ano, Hepler e Strand (1990) desenvolveram a primeira classificação de PRM, com oito categorias, sem critérios de agrupamento entre elas. Os autores, focados na resolução de PRM, definiram-nos como sendo uma experiência indesejável do paciente que envolve a farmacoterapia e que interfere real ou potencialmente com os resultados desejados pelo paciente (HEPLER e STRAND, 1990).

A OMS, em 1993, estendeu o benefício da Atenção Farmacêutica para toda a comunidade dizendo que é a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico, reconheceu este profissional como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida do paciente (OMS, 1993).

Mais tarde, a definição de Atenção Farmacêutica foi revisada por Cipolle e colaboradores (1998), sendo definida como uma prática clínica na qual o profissional de saúde assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos usuários pelos resultados alcançados, cujos componentes são: filosofia de prática, processo de cuidado do usuário e sistema de gerenciamento da prática (CIPOLLE *et al.*, 1998). Este grupo também modificou a classificação para sete categorias agrupadas em critérios de necessidade, efetividade, segurança e adesão e o conceito de PRM, que passou a ser definido como: “qualquer evento indesejável experimentado pelo paciente que envolva ou se suspeite que envolva a farmacoterapia e que interfira real ou potencialmente em um resultado esperado” (CIPOLLE *et al.*, 2000).

Nesse mesmo período, surgia na Espanha o termo “Atención Farmacéutica”. Um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada desenvolveu o Método Dáder, que de maneira semelhante ao método de seguimento farmacoterapêutico americano PWDT, permite identificar, prevenir e resolver, de maneira sistemática e documentada, os PRM (NETO, 2010).

No Brasil, o termo Atenção Farmacêutica foi definido a partir de discussões entre MS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, entre outros, resultando no documento proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Nessa proposta, Atenção Farmacêutica é definida como sendo um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida dentro

da Assistência Farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Esta definição traz ainda que a Atenção Farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, com o objetivo de se alcançar uma farmacoterapia racional e se obter resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

Para o exercício da Atenção Farmacêutica no Brasil, também foram definidos em 2002, os macros componentes da prática profissional: atendimento farmacêutico, orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, e registro sistemáticos das atividades (OPAS, 2002). Neste encontro de 2002 também foram propostos quatro termos ou conceitos relacionados à prática da Atenção Farmacêutica, bem como esclarecimentos quanto ao seu entendimento e aplicação, PRM foi definido como um problema de saúde, relacionado à farmacoterapia, que pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário. O PRM pode ser real, quando manifestado, ou potencial na possibilidade de sua ocorrência. E pode ter diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e ao medicamento, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais. A identificação de PRM's segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia. O acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico, um componente da Atenção Farmacêutica, configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de PRM, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar cura, o controle ou o retardamento de uma enfermidade, compreendendo os aspectos referentes à efetividade e à segurança, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. O atendimento farmacêutico é o ato em que o farmacêutico, fundamentado em sua prática, interage e responde às demandas dos usuários do sistema de saúde, buscando a resolução de problemas de saúde, que envolvam ou não o uso de medicamentos. Este processo pode compreender escuta ativa, identificação de necessidades, análise da situação, tomada de decisões, definição de condutas, documentação e avaliação, entre outros. Já a intervenção farmacêutica é um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. (OPAS, 2002).

O Manual para La Atencion Farmaceutica (2005) apud Ribeiro *et al.* (2015), proposto no Consenso de Granada, trás os seguintes tipos de intervenções farmacêuticas:

Ajuste de dose/posologia: Alteração na dose e/ou posologia do medicamento prescrito, seja aumento ou redução, para adequar a prescrição de acordo com o preconizado pela literatura, considerando a condição clínica, o peso ou a superfície corpórea do paciente.

Alternativa terapêutica mais adequada/disponível: Substituição do medicamento prescrito por outro medicamento disponível na padronização do hospital ou apresentação mais adequada do mesmo medicamento.

Conciliação medicamentosa: Alteração por necessidade de conciliação de medicamentos de uso regular. Interação medicamentosa: Alteração da dose e/ou posologia ou até mesmo substituição do medicamento devido à presença de interações medicamentosas com relevância clínica.

Necessidade de tratamento adicional: Identificação de ocorrência de condição clínica não tratada, necessidade de continuação do tratamento ou necessidade de tratamento profilático (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) define Farmácia Clínica como a área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças (CFF, 2013). Esta área farmacêutica é norteada por dois seguimentos: a pesquisa e a prática profissional, dentro do âmbito da pesquisa, ela tem possibilitado a realização de estudos científicos tanto para avaliar tecnologias em saúde quanto para avaliação dos serviços de saúde e uso de medicamentos, através de delineamentos de pesquisa como revisões sistemáticas com meta-análises, estudos farmacoeconômicos, ensaios clínicos e observacionais (CIPOLLE *et al.*, 2012; OMS, 1993).

Para que o serviço de Farmácia Clínica seja realizado é preciso que antes o farmacêutico atenda às premissas necessárias, como agir eticamente; atuar com profissionalismo/excelência/responsabilidade; atender de forma humanizada; atuar na promoção da autonomia do paciente; criar vínculo com o paciente no contexto da terapia; não prejudicar o meio ambiente, e pessoas como o paciente e aqueles presentes em seu contexto familiar/comunidade e os demais profissionais; agir em prol do bem e não do mal; exercer suas atividades com equidade e cidadania (CFF, 2013), e ainda, deve também, promover o cuidado centrado no paciente, incentivar o uso racional de medicamentos e serviços de saúde; registrar todo o processo de atuação entre outros (OMS, 2013; OMS, 1993).

A Resolução n. 585/2013 (CFF, 2013), define como principais atribuições clínicas do farmacêutico: oferecer o cuidado centrado no paciente; desenvolver ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde; participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia; analisar a prescrição de medicamentos; realizar intervenções farmacêuticas e

emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde; participar e promover discussões de casos clínicos; e elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente. Tais atribuições somam-se em prol da promoção de algo substancialmente maior: a Atenção Farmacêutica, que é uma das principais contribuições do farmacêutico para a manutenção da saúde e para o sucesso terapêutico do paciente.

Fazem parte dos serviços farmacêuticos realizados: o rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, manejo de problema de saúde autolimitado, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação medicamentosa, revisão farmacoterapêutica, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.

Na atividade de rastreamento em saúde, tem-se como objetivo a identificação de pacientes doentes ainda sem diagnóstico, neste serviço podem ser realizados testes como a aferição da pressão arterial e valores séricos de glicose e triglicérides por exemplo, e ainda são avaliados os resultados e baseando-se nestes, é tomada a decisão de como proceder terapêuticamente para cada paciente (CFF, 2016). O rastreamento em saúde tem como vantagens a redução de ocorrência de subdiagnósticos pela medicina, e promover a possibilidade de prevenções em saúde (PEELING e YE, 2004; RUZANY e SZWARCOWALD, 2000).

O manejo de problema de saúde autolimitado envolve o acolhimento pelo farmacêutico, do paciente que apresente algum problema de saúde autolimitado, que são patologias agudas de pouca gravidade, ao acolher, o farmacêutico provê o acesso ao tratamento, e intervém no processo de cuidado, de acordo com o limite profissional, prescrevendo medicamentos isentos de prescrição por exemplo (CFF, 2016). Na Educação em saúde, o farmacêutico atua promovendo o desenvolvimento de um papel ativo do paciente no seu processo de cuidado, sendo vinculada à ampliação do papel dos indivíduos e suas comunidades na promoção da qualidade de vida saudável (FRADE, 2006).

A monitorização terapêutica consiste na análise quantitativa de fármacos no sangue dos pacientes, sendo os resultados interpretados e utilizados como base para a determinação do plano terapêutico individualizado, visando uma farmacoterapia mais eficaz e segura (CFF, 2016). No serviço de revisão da farmacoterapia, é realizada a análise de todos os medicamentos em uso pelo paciente, de modo a verificar/evitar a presença de problemas na farmacoterapia. Quando realizada somente com base na prescrição, denomina-se este serviço como análise de prescrição já quando o intuito é promover a adesão do paciente, deve haver

contato direto com o mesmo (BLENKINSOPP *et al.*, 2012). Já o serviço de conciliação medicamentosa, é definido como a identificação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, de modo a conciliar com dados obtidos através de análise do prontuário do próprio paciente, familiares e profissionais. (CFF, 2016). A conciliação é importante no contexto hospitalar para garantir que o paciente trate todas as suas demandas de forma efetiva.

A gestão da condição de saúde, enquanto serviço farmacêutico, é o gerenciamento de determinada condição de saúde, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, para alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde focada em uma doença ou condição específica. Ela visa fornecer ao paciente as ferramentas e o conhecimento necessários para seu autocuidado, em um contexto interprofissional de trabalho em saúde. Neste serviço, o farmacêutico trabalha com outros profissionais da saúde, a fim de gerenciar o cuidado prestado a um paciente e alcançar objetivos terapêuticos específicos (CFF, 2016; MCGIVNEY *et al.*, 2007).

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço longitudinal de acompanhamento farmacêutico que acontece durante vários encontros com o paciente. Neste processo, PRM e resultados negativos da farmacoterapia são diagnosticados, suas causas são analisadas e as intervenções realizadas são documentadas, com o objetivo de resolvê-las ou preveni-las. Este serviço consiste na perspectiva de continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico em múltiplas consultas com o paciente (PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2011; UNITED KINGDOM, 2005; OPAS, 2002).

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, cuja finalidade é permitir a melhor ordenação da realidade empírica, abrangendo estudos clássicos e os últimos estudos sobre o problema de pesquisa (MINAYO, 2013).

Após a definição do objeto de estudo, definiu-se uma pergunta que articulasse a assistência farmacêutica integral ao serviço de saúde mental, e realizou-se um levantamento nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Publicações Médicas (PUBMED), utilizando-se descritores relacionados à Farmácia Clínica e Saúde Mental. A pesquisa foi realizada no mês de agosto de 2019 e as estratégias utilizadas estão resumidas na Tabela 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada nesta revisão

Base de dados	Descritores utilizados
LILACS	("mental health" OR "mental disorder" OR "hospitals psychiatric" OR "mental health services") AND (pharmacists OR "pharmacy service, hospital" OR "pharmaceutical services")
PUBMED	((("mental health"[Mesh]) OR mental disorder[Text Word]) OR mental health[Text Word]) OR mental health services[Text Word]) AND (((("Pharmacists"[Mesh]) OR Clinical Pharmacists[Text Word]) OR Pharmacist[Text Word]) OR Pharmacists, Clinical[Text Word])

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

A opção de fazer uso dos descritores em inglês teve por objetivo ampliar a estratégia de busca e melhorar possíveis resultados.

Para esta revisão os critérios de inclusão foram estudos com pacientes portadores de qualquer tipo de doença mental, independentemente da idade, sexo e etnia. Foram considerados os estudos que apresentaram alguma intervenção do farmacêutico clínico em pacientes com transtorno mental, submetidos a tratamento em algum estabelecimento ambulatorial e/ou hospitalar de saúde mental pertencentes ao SUS, em que foram analisados objetivamente algum desfecho desta intervenção.

Não foi aplicado qualquer tipo de limite nas estratégias de busca, ou seja, não houve restrição para período, idioma do resumo ou do artigo. No entanto, adotaram-se como

critérios de inclusão estudos publicados nos últimos dez anos, ou seja, de agosto de 2009 a agosto de 2019, nos idiomas inglês, espanhol e português, relacionados com o tema da pesquisa, estudos primários, constituídos de ensaios clínicos, controlados, randomizados ou não.

Aqueles estudos cujo desenho de pesquisa não se enquadraram nesses critérios, como estudos não controlados, estudos caso-controle, estudos retrospectivos não controlados, revisões narrativas e sistemáticas, relatos de caso, série de casos, cartas, breve comunicação, comentários e opiniões emitidos por especialistas, foram excluídos. Pesquisas relacionadas a entrevistas e questionários direcionados aos farmacêuticos sobre suas práticas profissionais, métodos de ensino e pesquisas que não mencionassem aprovação por algum Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, também foram excluídos desta revisão.

Realizou-se uma triagem inicial dos estudos identificados nas bases de dados utilizadas, por meio das informações contidas nos seus títulos e resumos, agrupando-os em selecionados e não selecionados. Caso não fosse possível selecionar somente por base nas informações apresentadas no título e resumo, buscou-se a versão completa do estudo, para avaliar a possibilidade de inclusão.

O processo de análise dos artigos foi executado pelo próprio autor desta revisão auxiliado por outro profissional farmacêutico atuante no mesmo local de trabalho do autor.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, 514 estudos foram identificados pelas estratégias de busca formuladas. Desses, 209 artigos foram recuperados do MEDLINE (PubMed) e 305 artigos da LILACS.

Nenhum artigo atingiu os critérios de inclusão para esta revisão, por isso nenhum artigo recuperado foi selecionado.

Embora seja elevada a distribuição dos transtornos mentais no Brasil, percebe-se que a prática farmacêutica junto à população brasileira portadora dessas doenças é extremamente reduzida ou pouco divulgada. Cerca de 18 anos após as discussões iniciais sobre Atenção Farmacêutica no Brasil, ainda não há publicações sobre a intervenção do farmacêutico clínico junto aos pacientes com doenças psiquiátricas em tratamento nos serviços de saúde mental públicos no Brasil.

Apesar da reforma psiquiátrica brasileira ter redirecionado o modelo assistencial psiquiátrico, onde o processo de humanização do cuidado ao paciente portador de transtorno mental se tornou o eixo norteador da atenção em Saúde Mental, esse modelo não inclui o farmacêutico na equipe mínima do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O farmacêutico ainda está muito ligado às atividades gerenciais, de logística do medicamento, contribuindo principalmente para a disponibilidade e oferta do mesmo.

Contudo, os documentos originados da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica propuseram a oferta de orientações e informações sobre o uso dos medicamentos aos usuários e familiares e a definição de uma política de assistência farmacêutica na área de saúde mental. Mas mesmo assim, é difícil encontrar serviços de saúde mental no SUS com farmacêuticos atuando diretamente com os pacientes.

Outra possibilidade para a inexistência de estudos relacionados ao SUS nesta revisão é que o Brasil iniciou as discussões sobre Atenção Farmacêutica a menos de 20 anos, talvez um tempo insuficiente para a construção de uma prática consolidada e conseqüente divulgação dos resultados. É certo que o desenvolvimento do conhecimento científico local, muitas vezes depende das experiências internacionais. Entretanto, quando estas experiências não detalham os meios pelos quais se alcançaram determinados resultados ou ainda quando os métodos para avaliação dos resultados não são confiáveis torna-se pouco efetivo o aproveitamento por parte do leitor. Além disso, o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica em Saúde Mental no Brasil deve levar em conta os aspectos culturais, educacionais e de assistência à saúde do próprio país.

Um aspecto que pode contribuir para a não reprodutibilidade de estudos internacionais sobre a temática desta revisão no Brasil, é o não engajamento do farmacêutico na equipe de saúde mental dos serviços. O distanciamento deste profissional junto aos demais pode dificultar a implantação de projetos de Atenção Farmacêutica ou Farmácia Clínica nesta área. Conseqüentemente a divulgação das experiências locais é dificultada.

Outro fator determinante para atuação do farmacêutico na Saúde Mental e divulgação de suas experiências é a sua formação. As mudanças no currículo dos cursos de Farmácias propõem a formação de um profissional humanista, apto para atuar nos diferentes níveis de atenção e de cuidado ao paciente, bem como na investigação científica. Deve-se deixar de lado a formação meramente tecnicista, voltada principalmente à produção do medicamento. No entanto, a formação de um profissional com o perfil mais humanizado requer a mudança de comportamentos e de entendimentos para a visualização dos aspectos clínicos, o que exigirá tempo considerável para o advento desse profissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o uso de medicamentos é uma intervenção frequente nos serviços de saúde do SUS, e isso se confirma nos serviços de saúde mental. Oferecer o melhor tratamento medicamentoso possível para melhora da qualidade de vida dos pacientes deve ser o objetivo principal dos profissionais de saúde envolvidos na cadeia de medicação, bem como pacientes, dependendo de suas habilidades e capacidades.

Sendo o profissional farmacêutico o detentor de maior conhecimento sobre o uso dos medicamentos, entende-se como necessária a inclusão deste profissional na equipe de atendimento multiprofissional dos serviços de atendimento de saúde mental do SUS. Embora não tenham sido encontrados estudos no Brasil que comprovem tal fato, a experiência de outros países evidencia a contribuição do farmacêutico na melhora da eficácia e do uso seguro dos medicamentos, na prevenção ou redução do uso inadequado de medicamentos, na promoção da educação em saúde, na melhora do envolvimento e participação dos pacientes em sua farmacoterapia, proporcionando maior igualdade nos cuidados de saúde e compartilhamento equilibrado de responsabilidades.

A ausência de estudos sobre as atividades clínicas do profissional farmacêutico no âmbito da Atenção Farmacêutica em Saúde Mental no SUS, suas intervenções, bem como seus desfechos clínicos apontam para a necessidade de realização de estudos que permita um melhor entendimento do papel deste profissional nos serviços de saúde mental.

A falta de dados consistentes e a descrição limitada das atividades do farmacêutico clínico nos estudos torna-se um fator limitante do nosso trabalho, necessitando de novas pesquisas para melhor compreensão da atividade desse profissional nos serviços públicos de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; ALENCAR, B. R.; CAVALCANTE E. A. B. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 33, n. 4, p. 489-495, 2012.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3 th ed. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2011. 120 p

BERMUDEZ, J., 1995. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME.

BLENKINSOPP, A.; BOND, C.; RAYNOR, D. K. Medication reviews. **British journal of clinical pharmacology**, Oxford, v. 74, n. 4, 573-580, 2012 P.

BRASIL. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 1973.

BRASIL. 1.^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **Relatório Final Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social**. Reuniões e Conferências, Brasília – DF, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição administrativa atualizada em outubro 2005. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

BRASIL. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Diário Oficial da União, Brasília; 1971.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011.

BRASIL. Lei Federal n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 1998. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2010). **Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2017.

BRODIE, D.C.; PARISH, P.A.; POSTON, J.W. **Societal needs for drugs and drug-related services.** Am. J. Pharm. Educ., v.44, n.3, p.276-78, 1980.

CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **El ejercicio de la atención farmacéutica.** Madrid: Mc Graw Hill, 2000. 352p.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management.** 3. ed. New York: McGraw Hill, 2012. 697 p.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY P. C. **Pharmaceutical Care Practice.** New York: McGraw-Hill, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Relatório: Oficina sobre serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias,** 1, Brasília, 2013. 48 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013. Seção 1, 186-188 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

COSENDEY, M.A.E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil.** 2000. 358p. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FERREIRA, M. J. Q. **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. RECIFE. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28642/1/366.pdf> . Acesso em: 22/08/2019.

FRADE, J. C. Q. P. **Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas René Rachou, 2006

GUIMARÃES, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., & Maftum, M.A. O tratamento ao portador do transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, 19(2), 274-282, 2010.

HEPLER CD. Unresolved issues in the future of pharmacy. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.45, p.1071-81, 1988.

HEPLER CD. The third wave in the pharmaceutical education: the clinical movement. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v.51, p.369-85, 1987.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en atención farmacêutica. **Pharm Care Esp.** , Madrid, v. 1, n. 1, p. 35-47, 1999. (título original: Opportunities and e Esp responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. Bethesda, v. 47, p. 533-543, m 1990.)

LUCCHETTA RC; MASTROIANNI PC. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** 2012; 33(2):165-169.

MCGIVNEY, M. S. et al. Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA**, Washington, v. 47, n. 5, 620-628, 2007 P.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013

MIKEAL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L.; VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p.567-574, 1975.

NETO, C. J. B. F. Atenção farmacêutica na oncologia. In: ALMEIDA, J. R. C. **Farmacêuticos em oncologia: uma nova realidade**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2010, capítulo 14, páginas 429 – 449.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - Proposta**. Brasília: OPAS, 25p, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Mental health as a component of universal health.** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e140.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio.** Ginebra, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/ OMS.** Washington: OPS/OMS, 2013.

PEELING, R.; YE, H. **Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview.** Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 82, n. 6, 439-446, 2004 P.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** Volume 44, n. 4, 601-612. Dezembro, 2008.

PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. **Guidelines for pharmacists providing home medicines review (HMR) services.** Deakin, 2011.

RIBEIRO, V. F. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.** São Paulo v.6 n.4 18-22. Dezembro 2015.

RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. **Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto.** Adolescência latinoamericana, Buenos Aires, v. 2, n. 1, 26-35, 2000 P.

STRAND LM, CIPOLLE RJ, MORLEY PC. **Documenting clinical pharmacist's activities: back to basics.** Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, Cincinnati, v.22, p. 63- 6, 1988.

UNITED KINGDOM. Department of Health. National Health System. **Choosing health through pharmacy.** A programme for pharmaceutical public health 20052015. London: NHS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020.** Ginebra: WHO, 2013.