

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ECILDA MARIA NOBERTO DA SILVA

**EDUCAÇÃO MEDICAMENTOSA DE USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ECILDA MARIA NOBERTO DA SILVA

**EDUCAÇÃO MEDICAMENTOSA A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Márcia Astrês
Fernandes**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **EDUCAÇÃO MEDICAMENTOSA A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, de autoria do aluno **ECILDA MARIA NOBERTO DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernades
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus amigo sempre presente, sem o qual nada teria feito.

Aos amigos do curso, que sempre incentivaram meus sonhos e estiveram sempre ao meu lado.

Aos professores que me ensinaram e orientaram ao longo do curso.

À minha família pelo verdadeiro amor e apoio nas horas mais difíceis.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	7
2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
3.MÉTODO.....	18
4.RESULTADO E ANÁLISE.....	20
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde considera que o uso incorreto ou a baixa adesão ao tratamento medicamentoso constitui um problema mundial de saúde pública de grande magnitude. Em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, observa-se a carência de educação em saúde medicamentosa e a dificuldade de acesso a mesma. Assim, o presente trabalho teve como objetivo discorrer sobre as ações educacionais medicamentosas voltadas para os usuários em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, localizado na cidade de Recife-PE. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa tendo como referencial teórico a reforma psiquiátrica, os transtornos mentais e a política nacional de assistência farmacêutica. Os resultados apontaram que apesar dos avanços significativos na área de saúde mental como o arsenal terapêutico assegurado aos usuários pela política nacional de assistência farmacêutica, ainda tem-se muito a percorrer. Cabendo destacar a importância da educação em saúde sobre o esquema medicamentoso para os portadores de transtorno mental e familiares-cuidadores, a fim de que reconheçam a necessidade do tratamento e, assim, apresentem uma boa adesão. De forma que, é imprescindível a implementação de recursos e atividades que melhorem, estimulem e conscientizem de forma mais singular cada caso, avaliando melhor a forma de abordagem. Conclui-se que a educação medicamentosa oferecida nos CAPS estudado ainda necessita de ações que fortaleçam a assistência prestada.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe novas formas e instituições de cuidados ao Portador de Transtorno Mental (PTM), possibilitando a introdução de novas terapias e modelos de dinâmicas como forma de tratamento pautada na inserção social em detrimento ao isolamento social. A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, o cuidado prestado pela equipe multidisciplinar com suas práticas de dialogar e interagir na busca por outras formas de organizar o cuidado em saúde mental, baseadas na reinserção social, na desinstitucionalização e na humanização, além da implementação das mais diversas terapias no sentido de promover a saúde mental do usuário, dentre as quais se destaca a orientação sobre a terapia medicamentosa por meio de atividades educativas.

Entende-se como farmacoterapia, terapia medicamentosa ou educação medicamentosa, no presente estudo, o uso correto dos medicamentos utilizados por um usuário com fins de controle, prevenção ou tratamento de um determinado problema de saúde após avaliação e indicação médica. Para a terapia medicamentosa ou farmacoterapia efetiva, ou ainda a educação em saúde medicamentosa independentemente da formação profissional, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas necessitam de um processo de capacitação racional de ações para o exercício de adesão ao medicamento com mais eficácia por parte dos usuários. O enfoque dado à educação medicamentosa neste projeto se dá no sentido de discutir a partir das práticas de intervenção, além das dimensões levadas a efeito junto a estes pacientes através de seus conteúdos. Sendo a educação medicamentosa uma das maneiras de auxiliar na construção da cidadania e na promoção da inclusão social e no tratamento dos usuários do CAPS.

A relevância do tema é indiscutível, visto que o seguimento incorreto do uso dos medicamentos pode levar ao fracasso terapêutico, e, por exemplo, retardar o processo de cura, não permitindo o controle de uma doença crônica ou, em caso extremo, levar ao óbito.

A implementação da prática depende diretamente da equipe multidisciplinar através de medidas interventivas, que inclusive já existem algumas, embora, carentes de reajuste para que se tenham terapias ou dinâmicas mais efetivas no que diz respeito à educação medicamentosa de usuários do CAPS Esperança, instituição onde este projeto de intervenção será aplicado.

É de se observar que o presente trabalho, não se resume somente a uma simples intervenção de programas de educação medicamentosa, o que permite vislumbrar a constituição de uma Educação em Saúde Medicamentosa que emerge do CAPS, em conformidade à Assistência Farmacêutica (AF), segundo a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004) que se trata de uma política pública intersetorial, que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio da garantia do acesso e uso racional dos medicamentos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o uso incorreto ou a baixa adesão ao tratamento medicamentoso (TM) constitui um problema mundial de saúde pública de grande magnitude. Em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, observa-se à carência de educação em saúde medicamentosa e à dificuldade de acesso à mesma.

A partir disso, surgiu a motivação para realizar um trabalho mais consistente e consciente dentro do CAPS Esperança, com base nas experiências diárias existentes dos profissionais desta instituição em relação ao usuário, uma vez que se acredita que o convívio diário com eles proporciona uma base para o desenvolvimento de ações de educação medicamentosa e para a relação dos profissionais com os usuários. Assim, objetivou-se neste estudo discorrer sobre as ações educacionais medicamentosas voltadas para usuários do CAPS Esperança.

O estudo apresenta relevância por abordar a realidade do acesso e da assistência farmacêutica voltada para a educação em saúde de medicamentos em CAPS e por discorrer acerca da importância da educação em saúde medicamentosa para uma eficiente adesão, de forma a evidenciar a importância dessa estratégia e incentivar os profissionais de saúde a utilizarem-na de forma eficaz na promoção da saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil e a política de implantação dos CAPS

A Reforma Psiquiátrica representa atualmente, para a psiquiatria moderna o que Amarante (1998) definiu com muita propriedade uma comunhão de esforços múltiplos entre a comunidade, instituições médicas, educativas, religiosas, culturais, mais e principalmente a família, como o lugar de atuação do profissional de saúde, devendo todos somar esforços junto as Residências Terapêuticas na prevenção, cura e reabilitação do portador de transtorno mental. Portanto, segundo o autor já mencionado, a cooperação da família e a ampliação de seu potencial terapêutico são as condições necessárias para que a psiquiatria junto à psicologia possua caráter essencialmente terapêutico no tratamento do transtorno mental (AMARANTE, 1998).

Se considerar que a base da vida é a família, então se pode observar que, a Lei Federal nº 10.216/2001 ao introduzir a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011), foi além, pois pensou no portador de transtorno mental como um indivíduo que tem uma vida fora do hospital (trabalho, lazer, amigos, família), não bastando assisti-lo apenas dentro do contexto institucional. Isto significou a inclusão da família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada a este núcleo social (SAMPAIO, 2002).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2004).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), entretanto, é a partir do II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP,

no ano de 1987, que se adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (SAMPAIO, 2002).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, que passam a ser implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (SAMPAIO, 2002).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (SAMPAIO, 2002). É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, começa o processo de expansão dos CAPS e NAPS, com o propósito de desinstitucionalizar e efetivar a reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade.

Contudo, é a partir de 2003, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os tipos de CAPS existentes são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS ad (álcool e drogas); definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (SAMPAIO, 2002).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

2.2 Os CAPS na prevenção e tratamento de transtornos mentais

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Esta lacuna possibilitou, ao longo dos anos, a criação de uma rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas.

É a partir de 2003, no entanto, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1999).

Hoje, em quase todos os estados do país, existem associações de usuários e familiares de saúde mental. É nos anos 90, no entanto, que as experiências de usuários e seus familiares passam a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica. Organizados em associações, usuários e familiares passam a relatar suas vivências, discutir os equipamentos de saúde e a imprimir uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica que ultrapassa o campo técnico (SAMPAIO, 2002).

A participação dos usuários e seus familiares não se dão, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os loucos.

2.3 Transtorno mental: generalidades

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10), transtornos mentais e comportamentais, “indica o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais, e que podem ser causa básica ou associada, de morte” (OMS, 1998).

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado (PAIVA FILHO, 1998).

Os transtornos mentais, em geral resultam da soma de muitos fatores como: alterações no funcionamento do cérebro, Fatores genéticos, Fatores da própria personalidade do indivíduo, Condições de educação, Ação de um grande número de estresses; Agressões de ordem física e psicológica, Perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional, pode-se mesmo então afirmar que os transtornos mentais não tem uma causa precisa, específica, mas que são formados por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (BRASIL, 2004).

É importante observar, que anteriormente o transtorno mental poderia designar qualquer forma de loucura, e somente no começo do século XX o seu conceito se torna apurado, quando o conceito se torna mais praticado por ser observado a partir das quedas nas funções psíquicas e fisiológicas do sujeito (SAMPAIO, 2002).

Em 1960, o termo transtorno mental começa a aparecer mais intensamente nos dicionários psiquiátricos e psicológicos, ambos foram influenciados pelos estudos franceses que também influenciou toda a Europa, de tal forma que só seriam interrompidas no final do século XIX (SAMPAIO, 2002).

No início do século XX a escola de psiquiatria alemã se faz mais presente através de grandes psicólogos e psiquiatras liderados por Krepelin. Porém, foi com Pinel que o vocábulo ganhou uma presença humanista e pública dos estudos do transtorno, cujo exemplo disso é o livro *Traité Médico Philosophyque sur L'aliénation Mentale ou la Manie*, que teve sua edição ampliada em 1809, ambos são considerados marcos não só das histórias da psicologia, da psiquiatria, mas, de toda a medicina (SAMPAIO, 2002).

A classificação dos transtornos mentais de Pinel não é a mais importante da sua obra. Ela é muito simples e divide em quatro partes: Na primeira, situa o transtorno, ou o *delirium*, na segunda parte, fúria maníaca não delirante, na terceira parte, *delirium* maníaco com comportamento extravagante ou violento, quarto demência com a abolição do pensamento. Pinel usa o termo mania como sinal de qualquer forma de transtorno (DAVIDOFF, 1983).

Segundo a OMS (2003) – Organização Mundial de Saúde, os tipos mais usuais diagnosticados de transtorno mental, podem ser assim descritos:

a) Estados de depressão (sentimentos persistentes de tristeza, desânimo, ideias pessimistas e de morte ou suicídio ou tentativas de suicídio, dificuldades de concentração e de memória ou de tomar decisões. Sintomas físicos persistentes que não respondem a tratamento como dores de cabeça, transtornos digestivos e dores crônicas. Perda de interesse ou prazer em atividades, incluindo sexo. Alterações de sono, energia diminuída e fadiga).

b) Estado de mania (irritabilidade, ideias de grandiosidade, atividade aumentada, incluindo atividade sexual, acentuado aumento de energia, comportamento social inadequado, julgamento empobrecido, o que leva a comportamentos de risco, necessidade de sono diminuída, pensamentos acelerados, fala aumentada).

c) Estado de ansiedade exagerada - são transtornos sérios que trazem um nível de ansiedade muito elevado, de caráter crônico, incessante e que pode aumentar progressivamente quando não tratados. Há um comprometimento na realização de tarefas, consequência da dificuldade de concentração, da agitação.

d) Há também o aparecimento de fobias, que não são apenas medos exagerados, são medos irracionais. Pertencem a este grupo de transtornos: síndrome do pânico - onde ocorrem períodos de intensa ansiedade, que surgem espontaneamente e que usualmente duram menos de uma hora. Estes ataques de pânico ocorrem aproximadamente duas vezes por semana, podendo ser muito mais ou muito menos frequentes. Estes ataques de pânico podem estar associados à agorafobia, medo de estar sozinho em lugares públicos, especialmente em situações nas quais uma saída rápida seria difícil.

e) Fobia social - Há o surgimento de uma intensa ansiedade, às vezes até semanas antes da situação temida, onde a pessoa sente que será exposta ao exame de outras pessoas e tem medo de agir de uma maneira humilhante ou embaraçante.

f) Transtornos obsessivo-compulsivos - As pessoas pensam determinadas coisas de uma forma repetitiva que chega a ser muito perturbadora ou repetem determinados atos inúmeras vezes ao dia, chegando a comprometer a execução de suas tarefas diárias por consumir muito tempo para lidar com as ideias (obsessões) ou executar comportamentos que se tornam verdadeiros rituais (compulsões).

Os comportamentos repetitivos (compulsões) são uma tentativa de reduzir a ansiedade relacionada às ideias repetitivas e invasoras (obsessões), mas nem sempre funcionam, podendo até aumentar a ansiedade. Nestas situações a pessoa pode apresentar somente obsessão, somente compulsão ou ambos (OMS, 2003). Também, os transtornos mentais psicóticos, cujo exemplo mais conhecido é a esquizofrenia. Estes tipos implicam numa perda da diferenciação entre o mundo real e o mundo imaginário, em grau variável, fazendo com que as pessoas atingidas tenham desde uma vida relativamente normal até uma grande incapacitação.

Os sintomas mais comuns deste grupo de transtornos mentais são as alucinações, que podem ocorrer na forma auditiva (sons) visual (visões) gustativa (sabores) e olfativa (cheiros) e ouvir vozes que outras pessoas não ouvem é o tipo de alucinação mais comum na esquizofrenia.

Nos transtornos mentais psicóticos as pessoas afetadas perdem a habilidade de pensar corretamente. Os pensamentos mudam muito rapidamente e não tem um encadeamento lógico; a pessoa não pode se concentrar em um pensamento por muito tempo se distrai com facilidade.

Outro aspecto importante nos quadros psicóticos é a alteração da expressão emocional. As pessoas não têm as reações emocionais comuns. São apáticas, desinteressadas das coisas comuns da vida, a motivação pode estar muito reduzida. Em casos mais severos a pessoa pode passar o dia sem fazer praticamente nada e negligenciar até a higiene pessoal. Nestas situações é muito comum os familiares, ainda sem noção de que trata-se de uma perturbação mental, considerarem como má vontade, uma fraqueza da pessoa.

Vale consignar que o tratamento dos transtornos mentais evoluiu muito ao longo da história, principalmente no século XX. Grosso modo, pode-se dizer que fora no final do século XVIII, juntamente com Pinel e o comerciante inglês William Tuke os pioneiros na melhora do tratamento dos transtornos mentais na França e na Inglaterra (MUELLER, 1994).

No começo do século XIX, o transtorno foi reconhecido como uma forma de enfermidade, e elas se tornaram objeto de pesquisa e tratamento. Em fins do século XIX e princípios do século XX, Sigmund Freud e outros médicos europeus deram início a uma mudança na abordagem dos transtornos mentais, com o advento do estudo do inconsciente e da psicanálise, ainda hoje amplamente usada sob a forma de outras linhas psicoterapêuticas (MUELLER, 1994).

Da década de 1950 em diante, o desenvolvimento das drogas psicotrópicas (tranquilizantes e neurolépticos) e dos antidepressivos abriu novas perspectivas à pesquisa,

investigação e principalmente no tratamento de transtornos que antes eram incuráveis e de prognóstico muito restrito.

Novas drogas sintetizadas ou ainda em estudo dão grandes esperanças a pacientes resistentes a outras modalidades terapêuticas. Tratamentos mais humanos como intervenções psicossociais como a arte, por exemplo, bem como os ambulatoriais permitiu uma visão menos preconceituosa dos transtornos mentais.

2.4 Medicamentos, automedicação e educação medicamentosa para usuários de CAPS portador de transtorno mental.

O Brasil se encontra atualmente entre os dez maiores mercados consumidores de medicamentos de acordo com dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), publicados em novembro de 1998. Os dados referentes à Saúde no Brasil possibilitaram uma visão global da situação relacionada aos medicamentos.

Encarado como um meio, o medicamento é uma estratégia para o processo de cura ou reabilitação de um paciente. Parte importante dos recursos terapêuticos, os medicamentos proporcionam uma forma de reencontro do homem com seu bem-estar físico e mental, por isso, é um dos fatores de impacto na resolutividade dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

Entretanto, o acesso a este recurso não ocorre de forma justa e racional, principalmente, por serem caracterizados como mercadoria, ou seja, um bem econômico destinado à venda, o que faz as equipes do PSF enfrentarem grandes desafios relacionados ao seu uso.

OS medicamentos psicotrópicos são causas frequentes de intoxicação medicamentosa, dentre eles os benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos e anticonvulsivantes (FREITAS, 2014). Também, é importante destacar que esses pacientes, pela própria patologia, dificilmente aderem ao tratamento farmacológico, o que prejudica a evolução do quadro e sua qualidade de vida, necessitando de uma real atenção fármaco.

Desta forma, pode afirmar que a automedicação é um dos problemas de saúde pública mais preocupante, pois, o uso incorreto do medicamento pode acarretar reações adversas, interações medicamentosas e o uso indiscriminado de alguns fármacos, sendo uma excelente questão a ser tratada nos mais diversos setores de atenção à saúde, com o propósito de se reduzir a incidência da automedicação (MUELLER, 1994).

Os pacientes portadores de transtornos do sistema nervoso central, atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estão susceptíveis a automedicação, uma vez que o uso indiscriminado pode ocorrer, também, nesse grupo de pacientes, devido ao enorme número de propagandas por parte dos laboratórios e pela própria classe social em que se encontram inseridos.

Neste contexto, a educação em saúde para o uso de medicamentos pode colaborar na percepção dos consumidores e profissionais, para a identificação das diversas dimensões que os medicamentos assumem na sociedade capitalista e, também, na mobilização de autocrítica para determinados hábitos, reavaliando-os transformando conhecimentos novos em qualidade de vida.

Desta forma, a educação em saúde é um dos pilares da prática do enfermeiro na busca do desenvolvimento da autonomia e na responsabilização dos sujeitos no cuidado com sua saúde.

Entende-se assim que a participação em atividades educativas favorece a aquisição de conhecimentos e habilidades acerca do autocuidado que a doença demanda, além de oportunizar a identificação de possíveis problemas que possam estar interferindo nas práticas de cuidado.

Não é demais lembrar que o tipo de atendimento que o usuário recebe influi de forma decisiva na utilização ou não do medicamento, e, mesmo que o diagnóstico e prescrição estejam corretos, a sua adesão depende da orientação recebida, da aceitação, da disponibilidade e possibilidade de se adquirir o medicamento (FREITAS, 2014).

Neste aspecto, no CAPS a equipe multiprofissional reforça as informações sobre a terapêutica do usuário, pois conta com a Política de Medicamentos proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) com destaque para alguns dos elementos importantes no que se refere ao cumprimento da dosagem, influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas e as condições de conservação dos produtos.

2.5 A enfermagem e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso do usuário de CAPS.

A Comissão Internacional de Enfermeiros define como a adesão medicamentosa como “Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos”.

Na literatura, é considerada adesão o seguimento de pelo menos 80% do regime terapêutico prescrito. No entanto, é sabido que aproximadamente 50% dos indivíduos portadores de doenças crônicas, como o diabetes, não aderem ao tratamento e, assim, não obtêm melhoras no contexto da doença.

Também a Organização Mundial da Saúde (OMS) através da *Adherence to long-term therapies*, definiu a adesão como um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões: socioeconômica, terapia, paciente, doença, equipe e sistema de saúde.

Ao considerar que a adesão à terapêutica medicamentosa sofre a influência de diversos fatores que podem interferir no bom controle glicêmico e consequente prevenção das complicações, na duração do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido.

Por conseguinte, é fundamental, também, o conhecimento sobre os princípios que envolvem a administração de medicamentos como: ação, interações e efeitos colaterais, uma vez que um erro pode trazer graves consequências aos usuários sob responsabilidade desses profissionais, razão porque se destaca a importância de parcerias interdisciplinares para efetiva educação do paciente.

Já há muito tempo a enfermagem utiliza recursos teóricos e metodológicos para educar os indivíduos para a saúde, buscando, junto a essa clientela, construir novos conhecimentos; mudar ideias, crenças e hábitos; facilitar e promover a aderência ao tratamento; entre outras finalidades, através de usos de novas propostas de programas e ações educativas na área da saúde com vistas à terapêutica medicamentosa no sentido de adesão ao tratamento.

Os programas de educação em saúde revelam-se como uma ferramenta positiva no incentivo ao uso de medicação. A educação em saúde concebida a partir de um objetivo inicial, com planejamento adequado e metodologia sistematizada enseja a obtenção de bons resultados. Os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção da saúde.

As ações educativas ao uso de medicamentos se constituem em uma contribuição exercida por profissionais de saúde e têm papel importante no contexto econômico, social e político, que dizem respeito a mudanças no modelo assistencial vigente, hegemônico, prestado à sociedade, mas especificamente ao sujeito em relação ao uso de medicamentos, no sentido de implementar as ações educativas ao uso de medicamentos à sua prática cotidiana.

3. MÉTODO

O percurso metodológico adotado neste projeto de intervenção, de ações de educação em saúde medicamentosa na perspectiva de profissionais de saúde e usuários do CAPS Esperança, optou-se pela realização de um estudo de caso de natureza qualitativa, tendo-se como referencial teórico a reforma psiquiátrica, a reabilitação social através dos CAPS e o uso correto e contínuo do medicamento a partir da educação medicamentosa.

A pesquisa qualitativa requer capacidade de identificação e coleta de dados de maneira científica a partir dos significados e vivências das pessoas, além de análise e interpretação dos fenômenos que ocorrem com o grupo determinado (usuários) e influenciam as perspectivas e compreensões desses em relação ao objeto de pesquisa: ações de terapias medicamentosas. Gil (2013, p. 21) afirma que:

“O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após esse tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa”.

Isso demonstra que, para trabalhar com pesquisa qualitativa, é necessário técnica e aprofundamento sobre o assunto, e isso requer rigor e uma análise exaustiva dos dados de pesquisa.

O local da pesquisa foi o CAPS Esperança localizado na região norte de Recife. Centro de atenção psicossocial tipo II; CAPS da cidade do Recife, Distrito III.

A equipe multiprofissional é composta por terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, psicólogos, enfermeiros, educadores físicos, assistente social, farmacêutico, gerente administrativo, gerente operacional, agente administrativo, vigilantes, auxiliar de serviços gerais, copeira, psiquiatra e motorista.

Funciona em dois horários: manhã e tarde, em cada horário tem uma equipe de profissionais. Quanto a estrutura física é composto por recepção, sala de triagem, 3(três) salas para realização de grupos, sala dos técnicos com banheiro, cozinha farmácia, consultório médico,

sala da administração, duas salas amplas (circulação dos usuários, sala de televisão, terraço amplo onde acontece o grupo de acolhimento dos usuários).

No CAPS as atribuições do enfermeiro variam desde as atividades como a triagem dos pacientes, até o atendimento das questões clínicas como a análise do estado geral do usuário, encaminhamento médico clínico ou PSF no caso do usuário portar alguma comorbidade.

Também é atribuição do enfermeiro a responsabilidade, se necessário, por alguns usuários do CAPS, ocasião em que se denomina por TR (técnico de referência) responsabilizando-se pela estadia do usuário no CAPS; encaminhamento no tratamento até a volta; atendimento individual e à família; resolução de problemas como: auxílio doença, atestado médico quando necessário, orientar a família quanto à medição e evolução do usuário em casa.

Os sujeitos são todos os usuários da CAPS portador de transtorno mental. Dessa forma, a amostragem por conveniência e determinada por saturação de dados foi composta todos os participantes.

Em relação aos usuários, os critérios de inclusão foram ter doença crônica em uso de medicação contínua, ser atendido por equipe de Saúde da Família no CAPS com prescrição medicamentosa.

Optou-se pela técnica de observação das ações já existentes sobre educação em saúde medicamentosa, para assim realizar um diagnóstico da realidade e posteriormente intervir nela. E os resultados estão apresentados em forma de outras ações e melhorias das ações já existentes, através de um plano de ação.

4. RESULTADO E ANÁLISE

O CAPS Esperança em atenção a Política Nacional de Medicamentos (PNM), surgida através da Portaria nº 3916 de 1998, cujo propósito é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Uma das diretrizes da PNM é a reorientação da assistência farmacêutica, definida como: um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Em volta do cumprimento da Política, o CAPS Esperança reconhecendo a importância de um trabalho multiprofissional, conta com uma equipe multiprofissional para desempenhar atividades de suporte, orientação aos pacientes e seus cuidadores, sobre uso seguro e correto dos medicamentos, seguindo critérios de racionalidade terapêutica (SAMPAIO, 2002).

Em face disto, o CAPS objeto de estudo reconhece a necessidade do tratamento medicamentoso, pois compreende que o autodomínio é determinante do sucesso ou não do tratamento do usuário de transtorno mental.

4.1 Realidade do CAPS Esperança quanto à educação medicamentosa de seus usuários

Embora reconheça que os recursos destinados a prover adequadamente os usuários da unidade a partir de medicamentos capazes de atender as suas necessidades terapêuticas. O CAPS Esperança possui uma realidade bastante deficiente no que diz respeito a aspectos como: Desconhecimento dos efeitos do medicamento pelo usuário ou família/cuidador; Indicações, contra indicação e horário de medicação; Comunicação, apoio e orientação do familiar ou

cuidador em relação ao uso do medicamento; Falta de medicação nos ambulatórios e nenhuma estrutura de orientação; Pouca ou nenhuma orientação do psiquiatra ao receitar o medicamento; Demora na entrega do medicamento na farmácia da unidade. Em média são 30 dias que o usuário leva até obter de fato o medicamento; Falta de orientação dos profissionais dos PSFS para monitorar e orientar esses usuários nas comunidades.

Aspectos práticos tais como dificuldade de compreensão, de aceitação ou de execução correta do tratamento, têm sido observados; contudo, a causa pode não ser apenas por aspectos inerentes à própria patologia psiquiátrica, mas devido à situação social de risco vivenciada por muitos usuários do CAPS.

4.2 Diversidade terapêutica de educação medicamentosa existente no CAPS Esperança.

Na Fase de adaptação com o medicamento: Trabalhos com o grupo de educação e saúde, onde se procura estimular o uso contínuo da medicação, com orientações centradas em não tomar em jejum, efeitos esperados da Fase de adaptação com o medicamento que com o tempo passam.

Trabalha-se de forma lúdica abordando diversas doenças tanto clínicas quanto psiquiátricas na prevenção e tratamento, através da educação medicamentosa, mediante um instrumento para facilitar o entendimento com desenhos de sol, prato e lua indicando respectivamente manhã, tarde e noite e também são dadas as orientações acerca dos efeitos do medicamento com a possibilidade de encaminhar ao psiquiatra para uma possível mudança na terapia medicamentosa. Os cartazes e panfletagem de reforço dão a importância da continuidade da medicação, assim como a informação em palestras e conversas informais acerca da possibilidade de mudança do medicamento.

Abordagens no CAPS sobre o esquecimento de uma das doses do medicamento com orientação de tomá-la imediatamente quando lembrar, começando novamente a contar o intervalo de tempo, não duplicando as doses.

O sucesso da educação medicamentosa está relacionado à capacidade de construir soluções que venham a efetivar um contato adequado entre usuário e psicofármaco – uma tarefa que cabe a toda a equipe de saúde do CAPS.

4.3 Plano de ações educacionais medicamentosas voltadas para usuários do CAPS Esperança.

Conforme exposto anteriormente, os CAPS surgiram com o objetivo de oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, bem como de substituir o modelo hospitalocêntrico, assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e outros tipos de serviços substitutivos, que são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e que integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Os CAPS têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social e de suas famílias.

Neste sentido, considerando as atividades terapêuticas oferecidas e existentes na CAPS Esperança, a seguir é apresentado um plano no sentido de adaptar as atividades já existentes, bem como apresentar outras novas no sentido de intervir na eficácia da educação medicamentosa nesta unidade.

Para elaboração do presente plano de ação consideraram-se aspectos práticos observados nas terapias medicamentosas já existentes em saúde mental que se relacionam à dificuldade de aderência à psicofarmacoterapia. Tais aspectos se referem a: higiene, atenção ao grau de instrução, compreensibilidade, confusões frequentes quanto ao uso de psicofármacos, armazenagem, manutenção das doses nos horários prescritos, uso de alimentos para manejo de reações adversas e devolução de medicamentos suspensos da terapia. Pacientes em Permanência - Dia (PD): A partir da análise do profissional de referência do paciente, esse o encaminha às reuniões para receber orientações sobre o uso e cuidados corretos com o medicamento como parte de seu projeto terapêutico. Espera-se que ao receber alta do CAPS, o paciente terá recebido 22 todas as informações necessárias.

Familiares/cuidadores: Propõe-se a aplicação do mesmo instrumento de orientação em reuniões com os familiares/cuidadores tendo por finalidade informar a quem supervisiona no cotidiano o tratamento medicamentoso dos pacientes em PD. Pacientes PTM que recebem tratamento supervisionado são considerados inaptos à auto-administrarem sua medicação.

Juntamente com a equipe multidisciplinar através de medidas interventivas, que culminam na educação medicamentosa, oportunizam as seguintes medidas educativas: orientação aos pacientes e seus cuidadores, sobre uso seguro e correto dos medicamentos, seguindo critérios de racionalidade terapêutica; aplicação de um instrumento de orientação em reuniões os familiares – cuidadores, tendo a finalidade de descrever nome da medicação, horário e quantidade de forma simples, que facilite sua compreensão; e dispensar medicações em pacotes separados com indicação (desenho) do sol, prato e lua quando o usuário não sabe ler.

NOME:				
MEDICAÇÃO	MANHÃ	TARDE	NOITE	OBSERVAÇÃO
HORÁRIO	8:00H	14:00H	20:00H	Siga corretamente as instruções deste quadro e jamais altere a prescrição sem autorização médica.

4.4 Plano de ação ou aplicação na realidade

A condição essencial para o sucesso de qualquer tratamento depende da qualidade da orientação que é fornecida ao usuário sobre a utilização correta do medicamento. Algumas dessas atividades são realizadas em grupo, outras são individuais e outras destinadas às famílias.

Recursos destinados a prover adequadamente determinada população com uma gama de medicamentos capazes de atender as suas necessidades terapêuticas, dificilmente serão o suficiente se esses medicamentos não forem usados de forma racional. Uso desnecessário ou incorreto, utilização em situações contraindicadas, consumo indiscriminado, expõe os pacientes a riscos de reações adversas e intoxicações medicamentosas que podem agravar os problemas de saúde dos mesmos (PAIVA NETO, 1998).

Entende-se assim que, os pacientes PTM e familiares/cuidadores reconhecem a necessidade do tratamento medicamentoso e que o autodomínio é determinante do sucesso ou não no tratamento (SAMPAIO, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Exposto o presente trabalho, foi possível analisar e constatar a realidade sobre a ação educativa no serviço em estudo e a partir desta observação concordar com estudiosos da temática quando anunciam ou alertam que o uso desnecessário ou incorreto, utilização em situações contra indicadas e falta de conhecimento do medicamento expõe os pacientes a risco de reações adversas e intoxicação medicamentosa que podem agravar os problemas de saúde dos mesmos. E que apesar dos avanços significativos na área de saúde mental como o arsenal terapêutico que é assegurado aos usuários pela política nacional de assistência farmacêutica, ainda tem-se muito a percorrer.

Importa destacar a importância da educação em saúde sobre o esquema medicamentoso para os portadores de transtorno mental e familiares-cuidadores, a fim de que reconheçam a necessidade do tratamento e, assim, apresentem uma boa adesão.

Portanto, sugere-se que haja maior ênfase na educação medicamentosa a esta clientela específica considerando suas limitações e particularidades. De forma que, é imprescindível a implementação de recursos e atividades que melhorem, estimulem e conscientizem de forma mais singular cada caso, avaliando melhor a forma de abordagem.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucos pela vida. **A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria 344 de 12 de maio de 1998. Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos sujeitos à Controle Especial, artigo 91. outubro 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília – DF, abril, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental nos centros de atenção psicossocial. 1. ed. Brasília: Editora MS; DF; 2004.

FREITAS, Rivelilson Mendes de; MAIA, Flavio Damasceno; IODES, Alda Maria. Atenção farmacêutica aos usuários do Centro de atenção psicossocial - CAPS. *Infarma*, v.18, nº 9/10, 2006. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf12a16.pdf>. Acesso em 2014.

MUELLER, F. L. **A Psicologia Contemporânea**. Lisboa: Publicações Europa, América Ltda., 1994.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artes Médicas, Porto Alegre: 2003.

PAIVA FILHO, O. **Oficinas de assistência farmacêutica**. Pharmacia Brasileira, Brasília, ano 2, n.10, p.17, jul./ago./set. 1998.

REVISTA ABP-APAL – Associação Brasileira de Psiquiatria. Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão em Geriatria: resultados preliminares. vol 16, nº 4, Outubro/Dezembro de 1994.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. **Centro de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Cear**. nº 7. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.