

Saúde Mental na Campanha Gaúcha - CAPS II

BARBOSA, Raquel Pinheiro¹
CARDOSO, Clivia Nair Saraiva
JÚNIOR, Sidnei Nogueira de Souza¹
SILVEIRA, Mateus da Rocha Centena¹
GOMES, Melina Britto²
ROSA, Andreia Quadros²
VISENTINI, Danielle Machado²

RESUMO: O presente estudo buscou compreender o avanço do tratamento farmacoterápico oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), em uma cidade localizada na fronteira do Rio Grande do Sul. No primeiro momento, os profissionais vinculados ao referido centro responderam um questionário semi estruturado acerca dos medicamentos disponibilizados aos pacientes por intermédio da Farmácia Central. Dentro disso, levou-se em consideração os desafios enfrentados pelos profissionais envolvidos no tratamento de pacientes. No mesmo sentido, as dificuldades de aceitação e a disciplina dos indivíduos em relação ao tratamento psicoterápico e psicofarmacológico, segundo às necessidades de cada paciente. Por último, os resultados encontrados foram devidamente analisados, segundo o referencial teórico, tabulados. Dentro desse estudo foi possível depreender que a influência dos psicofármacos, os fatores genéticos, emocionais e transtornos mentais evidenciam a importância de uma abordagem multidisciplinar que une psicofarmacologia e psicoterapia, trazendo à tona o conceito de clínica ampliada.

Palavras-chave: psicofarmacologia, medicações, CAPS II, mecanismo de ação, psicotrópicos.

ABSTRACT: The present study sought to understand the advancement of pharmacotherapy treatment offered by the Psychosocial Care Center II (CAPS-II), in a city located on the border of Rio Grande do Sul. At first, professionals linked to that center answered a semi-structured questionnaire about the medicines made available to patients through the Central Pharmacy. Within this, the challenges faced by professionals involved in treating patients were taken into account. In the same sense, the difficulties of acceptance and discipline of individuals in relation to psychotherapeutic and psychopharmacological treatment, depending on the needs of each patient. Finally, the results found were duly analyzed, according to the theoretical framework, and tabulated. Within this study it was possible to infer that the influence of psychotropic drugs, genetic and emotional factors and mental disorders highlight the importance of a multidisciplinary approach that combines psychopharmacology and psychotherapy, bringing to light the concept of expanded clinical practice.

Keywords: psychopharmacology, medications, CAPS II, mechanism of action, psychotropic drugs.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Antes da reforma psiquiátrica no Brasil, o tratamento para transtornos mentais era hospitalocêntrico, com uso excessivo de medicamentos e internações prolongadas. Com a reforma, houve uma transição para um modelo centrado na comunidade, com ênfase em tratamentos ambulatoriais e terapias psicossociais, visando à autonomia e reinserção social dos pacientes (GONÇALVES, 2018).

Nessa esteira, através da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, como fruto da luta antimanicomial, instituiu-se um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil os direitos e a proteção das

¹ Discentes do Curso de Psicologia, 7º semestre 01/2024- Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

² Docentes do Curso de Psicologia – Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

pessoas acometidas de transtorno mental estão assegurados, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política ou qualquer outra forma. Assim ficou redirecionado o modelo assistencial em saúde mental.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido essencial na promoção e na garantia do direito à saúde mental; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por sua vez, oferecem um modelo de atenção integral, centrado no paciente e na comunidade, que inclui o fornecimento de medicamentos psicotrópicos como parte essencial do tratamento (AMARANTE, 2021).

Segundo Brasil (2014), a oferta de ações e serviços do SUS deve ser organizada em regiões de saúde, onde os municípios de cada região colaboram para garantir atendimento integral, regulamentado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) de 2014. Esse contrato é baseado em um planejamento regional integrado, seguindo etapas como a elaboração do Mapa da Saúde, definição de ações e serviços, responsabilidades de referenciamento, medicamentos ofertados e metas regionais. A coordenação é realizada pelo Estado, com apoio da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Pontua-se que a gestão da saúde no país ocorre de forma descentralizada entre União, Estado e Municípios, sendo um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90.

Nesse ponto, cabe ressaltar que, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito para todos e dever do Estado. Portanto, segundo Paim (2009), em 1990 o SUS foi regulamentado, quando também instituiu-se a Lei no 8.080/1990, que visa a promoção, a proteção e a recuperação em saúde, através de princípios como a universalidade, a gratuidade, a integralidade e a descentralização.

Dentro dessa temática, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi formulada por intermédio da Portaria GM/MS 3.088/2011 e incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017, com o intuito de atender pessoas em sofrimento psíquico, bem como para prestação de serviços a indivíduos com necessidades decorrentes uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, visando garantir a integralidade do cuidado, o que envolve o Governo Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2011).

Nessa esteira, conforme tais legislações, pontua-se que os atendimentos em saúde mental são realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos CAPS que existem no país,

onde o usuário recebe assistência multiprofissional e cuidado terapêutico adequado. Frisa-se que, em algumas modalidades desses serviços, há possibilidade de acolhimento noturno com cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

Basicamente, a RAPS é formada por:

Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2011).

As mudanças estruturais com a reforma psiquiátrica não ocorreram de maneira imediata. A transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial tem sido gradual e complexa. Durante esse período de transição, a psicofarmacologia ocupa um papel central no tratamento de pessoas atendidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possivelmente mais do que seria ideal. Isso poderia refletir a necessidade de um maior esforço para implementar plenamente o modelo biopsicossocial, que integra abordagens biológicas, psicológicas e sociais para um cuidado mais holístico e eficaz.

Nesse contexto, os psicofármacos desempenham um papel fundamental no tratamento de pessoas com transtornos mentais, oferecendo alívio dos sintomas e promovendo estabilidade emocional. Frequentemente eles são parte vital de uma abordagem terapêutica, ajudando não apenas a reduzir a gravidade dos sintomas, mas também melhorando a capacidade do indivíduo de se engajar em psicoterapias, promovendo recuperação mais eficaz e melhor qualidade de vida (GROHOL, 2020).

Ressalta-se, nesse ponto, que torna-se imprescindível haver uma garantia de acesso aos medicamentos e vacinas essenciais à comunidade, além de outras tecnologias de saúde prioritárias, de acordo com a evidência científica disponível e de acordo com o contexto nacional publicado pela *Organización Panamericana de La Salud*, (2017), que disponibiliza uma agenda de saúde sustentável para as américas, no período de 2018 a 2030.

A partir disso, o presente estudo objetiva compreender o avanço da atuação do CAPS-II em uma cidade localizada na fronteira do Rio Grande do Sul, bem como seus impactos na vida da população local. Conforme destacado por Santos (2021), compreender essas disparidades é fundamental para promover políticas de saúde mais equitativas e eficazes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

Atualmente, ocorre uma mudança de paradigma na prática em saúde mental coletiva no Brasil: o modelo psicossocial substitui ao modelo asilar/ psiquiátrico. Este é norteado pela Reforma Psiquiátrica (1978-1980), classificada como política e social complexa, com atores e instituições diferentes vinculados, incidindo diretamente nos governos federal, estadual, municipal e na sociedade civil, sobre a compreensão, espaços, práticas e relações com a loucura (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), o ano de 1987 foi o marco para a alteração nas formas do cuidado em saúde mental no Brasil. Foi o início à implantação dos serviços que substituem os hospitais psiquiátricos - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - compostos por uma equipe interdisciplinar, com psicólogos, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, arteterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, dentre outros profissionais.

2.1.1 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (1992), os CAPS surgiram na década de 1980 e foram regulamentados somente em 1992, por intermédio da Portaria MS 224/92, garantindo o cuidado de base territorial e serem serviços substitutivos aos hospitalares, oferecendo cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico, algo que foi o estopim das discussões e debates sobre os direitos civis, humanos e sociais, de acordo com Souza; Guljor e Silva (2014).

O CAPS II deve priorizar as pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrente de problemas mentais graves e persistentes, considerando também aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas. Outrossim, atendem a demandas que envolvem situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2022).

No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde definiu que os CAPS constituem-se de um “serviço ambulatorial de atenção diária” e funcionam segundo a lógica territorial, conforme o § 2º do art. 1º da Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002. O primeiro serviço inaugurado no Brasil, em 1987, foi o intitulado de Professor Luiz Cerqueira, sediado na cidade de São Paulo - SP, que se constituiu como projeto-piloto na atenção diferenciada ao portador de sofrimento psíquico grave. Nessa época, se buscava desenvolver um dispositivo em que fosse possível o cuidado ao usuário com

graves comprometimentos psíquicos, geralmente com vínculos afetivos precários e com relações sociais prejudicadas (BRASIL, 2002).

Na atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), Souza, Guljor e Silva (2014) entendem que o CAPS, tido como o articulador principal das ações estratégicas e organizacionais da rede de atenção à saúde mental dos diversos municípios.

Dentro disso, o Art. 4.2 da Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002) define, especificamente, as seguintes características do CAPS II: o Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas (BRASIL, 2002, p. 2).

Nesse ínterim, ressalta-se na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002), que a assistência prestada ao paciente no CAPS II deve incluir as seguintes atividades: a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; e, g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Outrossim, em se tratando de recursos humanos, também está prevista na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002) a composição mínima da equipe técnica para atuação no CAPS II, com o atendimento de até 30 (trinta) pacientes por turno, limitado a, no máximo, 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo. Na prática,

está previsto 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e, 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Nesse sentido, segundo Sundfeld (2010), a inserção da psicologia no campo da clínica ampliada, que consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde, adoecimento e necessidades dos usuários, diversificando assim os modelos antigos e abrindo possibilidades para novas experimentações, pode contribuir efetivamente com a ampliação das ações de atenção básica à saúde.

Essa estratégia de articulação de saberes para a construção contínua de outros conhecimentos que possam assegurar uma visão ampliada dos sujeitos, que não separa a saúde da saúde mental, de forma que eles passem a ser cuidados integralmente, caracteriza-se também como matriciamento, um apoio que surge como arranjo organizacional, integrando as distintas especialidades e profissões em direção a efetivação da clínica ampliada (Campos, 1999, Campos, & Domitti, 2007).

Iglesias e Avellar (2016) defendem que o compromisso do psicólogo da atenção básica se faz ainda mais necessário, considerando o matriciamento em saúde mental, partindo unicamente dos CAPS. Segundo os autores, conjectura-se que esses Centros não possuem uma equipe específica voltada à função de matricular, visando articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias indispensáveis para a efetivação do apoio em toda a sua potencialidade. No entanto, sustentar uma prática pautada na lógica do matriciamento, quando inserido na rede de atenção básica, parece não ser tão simples na prática.

De acordo com Soares Neto et al., (2016) e Lima Júnior (2013), os principais transtornos mentais identificados no Brasil são: depressão, ansiedade e transtornos de personalidade. A depressão, por exemplo, pode ser identificada e tratada na atenção básica. No entanto, para que isso ocorra efetivamente, faz-se necessário campanhas de conscientização e treinamentos especializados, sendo estes fundamentais não somente com a participação de profissionais, mas, também, devendo haver união entre eles e a população, incentivando a busca por ajuda. O Brasil incorporou a atenção à saúde mental às ações da Atenção Básica –AB 2-4 há mais de uma década, o que garantiu um panorama favorável ao

apoio e ao atendimento a esses quadros depressivos, possibilitando ao paciente com depressão um maior acesso ao tratamento (MOTTA et al., 2017).

Corroborando com isso, segundo Da Silva e Veronez. (2021), após um estudo sobre “Sintomas de Transtorno de Ansiedade experienciados pelos pacientes”, depreender que a grande maioria dos pacientes aderem a diferentes tipos de medidas terapêuticas, dentre elas a medicamentosa, sendo referidos a utilização de medicamentos como antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos e até mesmo fitoterápicos, o que será abordado no tópico seguinte.

2.1.2 Psicofarmacologia

A psicofarmacologia é uma área da ciência que estuda os efeitos dos medicamentos no funcionamento do cérebro e no comportamento humano. Ela investiga como os medicamentos psicotrópicos, como antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, interagem com os neurotransmissores do cérebro para tratar distúrbios psiquiátricos, como depressão, ansiedade e esquizofrenia (APA, 2020).

De acordo com Sena et al (2011), a respeito do modo de ação dos psicofármacos (psicotrópicos), eles atuam sobre receptores específicos ou interferem com a neurotransmissão, modificando a síntese, a liberação ou o término de ação (captação ou metabolização) de neurotransmissores. Segundo o autor, o Sistema Nervoso Central (SNC) é definido como uma rede integrada de circuitos e que comunicam diretamente ou efetuam modulação positiva ou negativa, a resposta final é uma resposta complexa e multimediada.

Figueiredo (2015) classificou esses medicamentos em quatro categorias: ansiolíticos-sedativos; antidepressivos; estabilizadores do humor e antipsicóticos ou neurolépticos. No entanto, embora possam ser administradas para o tratamento de ansiedade, por exemplo, com efeitos que incidem diretamente sobre as emoções, o humor e o comportamento, esses também podem estimular a dependência química no organismo humano (Carvalho, 2016).

Segundo o entendimento de Stahl (2019), o fundamento para a administração de cada substância psicotrópica precisa ser norteado pelos seguintes pontos:

1. Dose terapêutica – que é definida a partir da classe da substância, a finalidade pelo qual é prescrita, como ela atua no SNC, quanto tempo que leva para começar a agir, as melhores combinações de potencialização para um resposta parcial ou resistência ao tratamento, dentre outras informações;

2. Efeitos colaterais – trata sobre os efeitos colaterais notáveis e os efeitos colaterais potencialmente fatais ou perigosos, traz informações sobre ganho de peso e sedação e dá uma direção sobre como lidar com eles;

3. Dosagem e uso – evidencia a variação típica e as formas de dosagem, bem como dados sobre overdose, uso prolongado e outras precauções e advertências; e

4. Populações especiais – informações específicas sobre a possibilidade de insuficiência renal, hepática e cardíaca, direcionando precauções a serem tomadas no tratamento, especialmente, de idosos, crianças, adolescentes, gestantes e lactantes.

Brasil (2000) afirma que, no tratamento psicofarmacológico não se deve buscar objetivos gerais, mas específicos, conforme se apresentam os sintomas do indivíduo. Com isso, é possível controlar a eficácia da medicação administrada. Além disso, permite um melhor direcionamento na devolutiva à família do paciente sobre as reais expectativas do tratamento farmacológico.

Dentro disso, a Organización Mundial de la Salud (2017), ressaltou, através de uma agenda de saúde sustentável para as Américas, no período de 2018 a 2030, que se deve melhorar o acesso equitativo a medicamentos, vacinas e outras tecnologias de saúde prioritárias, norteadas pelas evidências científicas disponíveis, fato que é imprescindível para o acesso universal à saúde. Nesse ínterim, a disponibilidade das tecnologias em saúde e a sua utilização racional propriamente dita inclui as seguintes considerações:

1. Acesso oportuno e acessível a medicamentos e outras tecnologias de saúde que sejam seguros, de qualidade, eficazes e eficientes;
2. Lista nacional de medicamentos essenciais e lista priorizada de tecnologias em saúde;
3. Forte programa nacional de imunização;
4. Mecanismos sustentáveis de contratação pública e reforço da cadeia de abastecimento de medicamentos e vacinas;
5. Promoção de um ambiente competitivo e de práticas transparentes e eficientes na gestão de medicamentos, vacinas e outras tecnologias de saúde, incluindo a otimização de mecanismos e fundos regionais e sub-regionais;
6. Inovação, avaliação e gestão de tecnologias em saúde de acordo com as necessidades da população;
7. Desenvolvimento de medicamentos inovadores de acordo com as necessidades da população; e
8. Gestão da propriedade intelectual para promover a inovação *Organización Panamericana de La Salud, (2017, p 1).*

Em setembro de 2023, a Faculdade Cetrus Sanar (CETRUS), o centro de referência para o aprendizado de conteúdos e técnicas médicas, divulgou um artigo em seu endereço eletrônico <https://educa.cetrus.com.br/psicofarmacologia/> sobre psicofarmacologia, tendo

como um dos seus objetivos facilitar a compreensão da relação entre os processos psicológicos e neuroquímicos, como sendo fundamental para a prática clínica embasada na administração de medicamentos voltados para a saúde mental.

Nesse sentido, cognição, emoção e comportamento dos indivíduos são mediados por uma rede de neurotransmissores e neuropeptídeos. Os psicofármacos atuam diretamente na comunicação neuronal, agindo como agonistas, antagonistas ou moduladores do Sistema Nervoso Central (SNC). Assim sendo, eles podem aumentar ou diminuir a atividade dos sistemas de sinalização SNC, impactando os processos psicológicos. Com isso, compreender a relação entre processos psicológicos e neuroquímicos é de suma importância para desenvolver tratamentos eficazes. Cabe ressaltar que as intervenções com psicofármacos visam restaurar o equilíbrio neuroquímico comprometido pelos transtornos mentais, melhorando assim os processos psicológicos afetados (CETRUS, 2023).

De acordo com a CETRUS (2023), esses psicofármacos desempenham um papel crucial no controle e tratamento de transtornos mentais, como por exemplo: transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios psicóticos, entre outros. As substâncias psicoativas englobam uma variedade de fármacos que têm a capacidade de influenciar o SNC. Dentre eles incluem-se os ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor, sendo cada um projetado para tratar uma gama específica de condições psiquiátricas.

a) Ansiolíticos

Segundo Elisabetsky et al. (2021), conjectura-se que os neurotransmissores mais associados aos sintomas de ansiedade são: a noradrenalina, a serotonina, a dopamina e o ácido gama-aminobutírico (GABA). No SNC, o GABA é o principal neurotransmissor inibitório. Por outro lado, no sistema nervoso periférico, essa função é dominada pela noradrenalina, a adrenalina e pelo hormônio cortisol, que induzem o organismo humano a lutar ou a fugir de uma suposta situação de iminente perigo.

Os psicofármacos utilizados para o manejo de estados anormais de ansiedade fazem parte do grupo das drogas psicolépticas (por exemplo, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos, etc.), que diminuem o ritmo da função cerebral, também conhecidas como drogas depressoras do SNC. Com isso, é possível deduzir algumas consequências de uma diminuição crescente do ritmo do SNC: diminuição do alerta e da ansiedade (sedação), hipnose (sono), anestesia, coma e até morte (ELISABETSKY et al., 2021).

Em se tratando de transtornos de ansiedade, que envolvem preocupações excessivas e persistentes, por vezes acompanhadas de sintomas físicos. A CETRUS (2023) menciona que os Benzodiazepínicos, como o Alprazolam e o Clonazepam, agem rapidamente para aliviar os sintomas, podendo causar dependência e sedação. Por outro lado, tem-se a Buspirona, um ansiolítico com efeitos menos sedativos e com risco menor de dependência. Nessa esteira, os antidepressivos, como os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRSs) e Inibidores de Recaptação de Noradrenalina-Dopamina (DNRI), também são eficazes no tratamento de ansiedade generalizada (TAG).

b) Hipnóticos

O metabolismo hepático dos ansiolíticos/hipnóticos metabolizados pelo CP450, diminuindo suas concentrações plasmáticas pode ser induzido pela carbamazepina. Por outro lado, o divalproato e o topiramato inibem o metabolismo hepático, principalmente do diazepam. Dentro disso, o lorazepam, por ter seu metabolismo por conjugação com o ácido glicurônico, talvez possa ser a melhor opção, de acordo com Sena et al. (2011).

Em se tratando dos mecanismos de ação dos hipnóticos, Mendelson (2000) compreende que o ácido gama amino-butírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central. Neste caso, o receptor contém uma região específica de ligação para os benzodiazepínicos (BZDs) e para outras moléculas como os barbitúricos e álcool. Na prática, a ligação do GABA e de seus agonistas do receptor GABA-A modifica a estrutura com abertura dos canais de cloro, elevando o influxo celular deste íon e produzindo uma inibição sináptica rápida, além da hiperpolarização de membrana celular.

Segundo Mendelson (2000), há dois tipos de sub-receptores que fazem parte do complexo GABA-A: o sub receptor ômega tipo 1, relacionado a efeitos hipnóticos e cognitivos e o sub receptor ômega tipo 2, ligado à cognição, psicomotricidade, efeitos ansiolíticos, limiar convulsivo, depressão respiratória, relaxamento muscular e potencialização dos efeitos do álcool. Essas agonistas GABA-A, ômega 1 e 2 produzem efeitos ansiolíticos, antiepiléticos, relaxante muscular e hipnóticos.

c) Antidepressivos e estabilizadores de humor

De acordo com Elisabetsky et al. (2021), há uma complexidade nas bases neurobiológicas do transtorno depressivo maior. Historicamente, essa situação foi relacionada ao mecanismo de alguns fármacos. Assim, o mecanismo de ação desses fármacos foi determinado como o exemplo seguinte: se o fármaco A atua via mecanismo X e o paciente

melhora dos sintomas, logo, a disfunção no sistema X é responsável pela depressão. Porém, essa lógica fica limitada e não explica totalmente os efeitos dos antidepressivos e as bases neurobiológicas desses transtornos.

Dentro desse mecanismo de ação, sabe-se que praticamente todos os sistemas de neurotransmissores estão envolvidos, ou seja, certamente há disfunções nos níveis de serotonina, noradrenalina, dopamina, ácido gama-aminobutírico (GABA) e glutamato, que são responsáveis por várias funções cognitivas, motoras, de controle do ciclo sono/vigília e comportamentais. (ELISABETSKY et al., 2021).

Coltri (2019) vai dizer que alguns antidepressivos têm sua ação embasadas na inibição seletiva da recaptação da serotonina, também conhecidos por antidepressivos ISRS, que impedem a retirada da serotonina da fenda sináptica, local onde esse neurotransmissor exerce suas ações. Consequentemente, a serotonina permanece disponível por mais tempo nessa fenda, causando melhora significativa no humor dos indivíduos. Dentre eles, os mais populares da mesma classe são: fluoxetina, citalopram, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, escitalopram e valija. Sobre os ISRS, Paulino (2018) afirma que a fluoxetina tem sido mais eficiente no tratamento da depressão, fato que pode ser atribuído ao seu metabólito norfluoxetina que, por possuir ação prolongada e ser farmacologicamente ativo, confere à fluoxetina atividade clínica significativa.

Da mesma forma, os ISRS poderão reduzir o metabolismo hepático da carbamazepina e do valproato, podendo os efeitos extrapiramidais, quando associados com o lítio. Ainda nessa esteira, sabe-se que a mirtazapina pode potencializar os efeitos depressivos sobre o SNC, e a venlafaxina, a duloxetina e o milnaciprano poderão ser utilizados, porém podem ter seu metabolismo estimulado pela carbamazepina e inibido pelo valproato (SENA et al., 2011).

Segundo a CETRUS (2023), psicofármacos prescritos para depressão incluem: a) Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina, como Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, dentre outros, com objetivo de aumentar os níveis de serotonina no cérebro, melhorando o humor. Por outro lado, também podem causar efeitos colaterais como disfunção sexual, náusea e ganho de peso, por exemplo; b) Inibidores de Recaptação de Noradrenalina-Dopamina (DNRI), como Bupropiona. Porém, podem causar dor de cabeça, agitação e até convulsões. c) Moduladores de Serotonina (bloqueadores 5-HT₂), como

Mirtazapina e Trazodona, que atuam de maneira diferente dos supramencionados, aliviando os sintomas depressivos, mas também podem causar ganho de peso e sedação.

d) Antipsicóticos

Elisabetsky et al. (2021) afirma que, até meados dos anos 1950, pessoas com transtornos psicóticos geralmente eram tratadas com métodos não farmacológicos, resumindo-se em internação e isolamento em manicômios e hospitais psiquiátricos, eram contidos em casos de agitação, utilizavam eletroconvulsoterapia, chegando até a procedimentos cirúrgicos, como a lobotomia e a leucotomia pré-frontal.

Segundo os mesmo autores (2021), a era da psicofarmacologia moderna foi inaugurada apenas a partir de 1952, com a descoberta dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina, que foi o primeiro psicofármaco em que os psiquiatras adotaram para o tratamento do transtorno mental. Esse psicofármaco foi inicialmente compreendida como indutora de “calma emocional” com modesta sedação. A característica comportamental do sujeito em relação a seu efeito é um estado de indiferença ao ambiente e aos estímulos externos, mas sem a perda de consciência.

No tratamento da esquizofrenia, a CETRUS (2023) salienta que os antipsicóticos convencionais (clorpromazina e haloperidol), os primeiros a serem desenvolvidos, podem causar efeitos colaterais como acatisia e problemas de coordenação. Já, os antipsicóticos de segunda geração (quetiapina e risperidona) também são amplamente utilizados, com menos efeitos colaterais extrapiramidais. Outros medicamentos, como a Escetamina, também podem ser utilizados nos casos persistentes ou quando outros tratamentos não são eficazes.

Em suma, é compreendido por Elisabetsky et al., (2021), que, na ausência de tratamento específico, os antipsicóticos são usados no manejo de transtornos do controle de impulso e da conduta e de transtornos da personalidade, dentre outros. Embora esse manejo não seja recomendado, os atípicos também têm sido utilizados no manejo de sintomas psicóticos e agitação em pacientes com demência. Para se ter uma noção das possibilidades de manejo dos atípicos, nos Estados Unidos, em 2014, a pimavanserina para tratar a psicose na doença de Parkinson, visto que ela atua como agonista inverso de receptores 5-HT_{2A}, sem bloquear receptores D₂.

Segundo a CETRUS (2023), tanto para médicos quanto para os que buscam apenas compreender melhor esse campo, é imprescindível compreender os aspectos que influenciam a decisão de receitar uma medicação. A base para qualquer prescrição de medicamentos é um

diagnóstico preciso, que engloba compreender profundamente os sintomas de cada paciente, considerando o seu perfil psicológico, para tanto, exige-se uma abordagem global que considere não apenas o que se observa efetivamente, mas também a história progressa do indivíduo.

Dentro disso, leva-se em conta o quadro clínico (avaliar a natureza e gravidade do quadro psiquiátrico do paciente); a manifestação dos sintomas (entender como os sintomas se manifestam e afetam o paciente ajuda a escolher o medicamento mais apropriado); a idade do paciente (a faixa etária do paciente influencia a escolha da medicação, uma vez que as respostas a medicamentos podem variar com a idade); as comorbidades psiquiátricas e clínicas (saber se existem outras condições médicas ou psiquiátricas presentes, considerando que algumas medicações podem interagir com outras); questões físicas e histórico e o histórico médico do paciente podem impactar a escolha da medicação; a disponibilidade e acesso ao medicamento (o medicamento é facilmente acessível ao paciente, tanto em termos de disponibilidade quanto de custo?) (CETRUS, 2023).

Nesse ponto, é importante considerar como é de fato o fluxo de incorporação de medicamentos do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), para que um medicamento faça parte do SUS, necessita-se de uma avaliação criteriosa antes dela ser disponibilizada à população, levando em conta tanto as necessidades dos pacientes quanto as do sistema público de saúde. No primeiro momento, a avaliação começa com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando ainda a etapa de definição de preços, feita pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

Posteriormente, para que possam ser utilizadas na rede pública de saúde, além de receber o registro sanitário, elas ainda necessitam ser avaliadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) - um órgão colegiado que assessora o Ministério da Saúde no processo de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, procedimentos e equipamentos ofertados no SUS. Por fim, a análise realizada pela CONITEC considera a eficácia, a segurança, a efetividade e o provável impacto social, legal, ético e econômico. Tudo para uma possível aprovação da incorporação do medicamento, procedimento ou equipamento à comunidade brasileira (BRASIL, 2022).

Por fim, a CETRUS (2023) ressalta que o objetivo da prescrição de uma medicação é promover a restauração da saúde mental e a melhoria da qualidade de vida do paciente. No entanto, o psicofármaco não é a única solução, mas um meio para alcançar esse objetivo

global. Nesse ponto, Sundfeld (2010), ressalta a importância da clínica ampliada, uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH) (2013), que propõe qualificar o modo de se fazer saúde, integrando a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, considerando a criação de vínculo com o usuário. Em suma, isso representa o aumento da autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo, qualitativo e descritivo que está inserido em um Projeto de Aperfeiçoamento Teórico-Prático (PATP) desenvolvido por alunos do sétimo semestre do curso de Psicologia da faculdade IDEAU, no interior do Rio Grande do Sul. O estudo busca, através do ensino teórico, um aprendizado prático, proporcionando dessa forma, a formação de profissionais alinhados com o mercado de trabalho e capazes de empreender com criatividade, confiança e responsabilidade.

A posteriori, foi realizado o contato com a equipe e coordenação do CAPS II, foi apresentada a proposta à coordenadora do CAPS II, que é uma assistente social, quando se realizou uma entrevista breve sobre as possíveis perguntas do questionário que estava sendo estruturado, ajustando-o à realidade do CAPS II. Assim, foi marcada uma entrevista individual com cada membro da equipe na própria instituição (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, dentre outros).

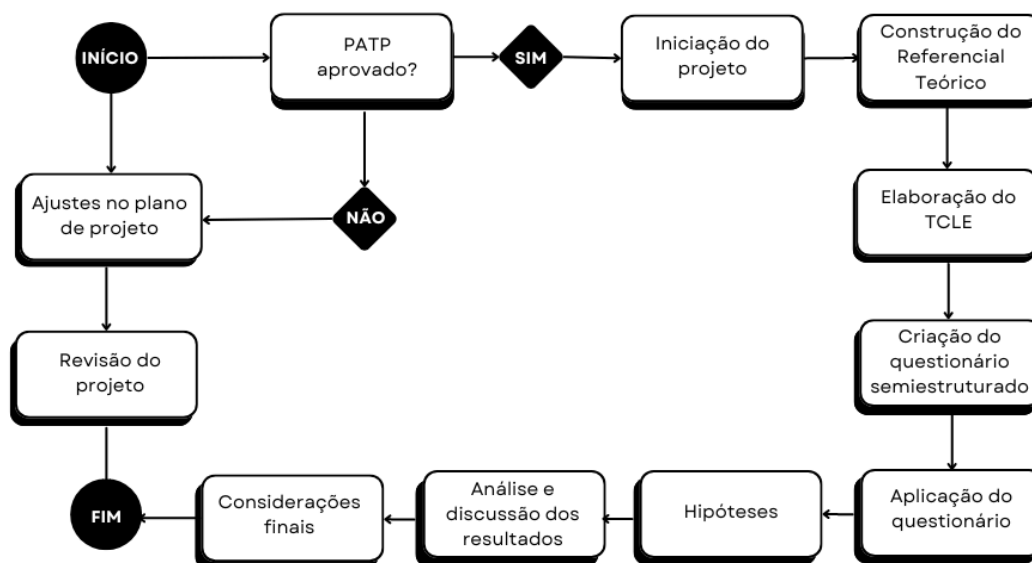
Tais encontros iniciavam-se com a entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha informações sobre a pesquisa e sobre a participação voluntária e anônima. Participaram efetivamente da referida pesquisa 11 (onze) profissionais, dos quais: 1 (uma) da assistência social, 2 (duas) da recepção, 1 (um) de enfermagem, 5 (cinco) de psicologia, 1 (um) médico psiquiatra e 1 (uma) farmacêutica da Farmácia Central.

Em um segundo encontro, após a assinatura dos TCLE, foram feitas as entrevistas, estas foram transcritas resguardando o sigilo dos participantes. Posteriormente, houve a coleta e tabulação dos dados, seguida de uma discussão sobre os dados levantados que contribuíram para a formulação das hipóteses e considerações finais.

O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, constituído por questionamentos diversificados, adaptados para cada profissional, conforme o Apêndice I.

Os procedimentos dessa metodologia são melhores descritos no Fluxograma 1 - procedimentos adotados, conforme o seguinte:

Fluxograma 1 - procedimentos adotados



Fonte: Cardoso, Barbosa, Júnior e Silveira, 2023.

3.1 Hipóteses

A análise do estudo em questão serviu como referência para o levantamento de hipóteses, bem como a própria metodologia, valorizando o que se construiu na imersão em campo de pesquisa em relação aos relatos dos profissionais do CAPS II supramencionados. Tal fato explicita a integração dos diversos passos da produção de conhecimento, com atenção a cada detalhe da pesquisa de campo, considerando que o processo de análise já se iniciou no CAPS II. Como fruto disso, definiu-se como foco desta pesquisa as seguintes hipóteses:

1. Os pacientes que buscam ajuda nessa rede de saúde pública geralmente é voluntária ao tratamento, não necessitando de encaminhamento médico ou ordem judicial, por exemplo;
2. A demanda de pacientes versus a quantidade de profissionais, infraestrutura e instrumentos de trabalho são adequados, garantindo a qualidade e o atendimento humanizado, além do conceito de clínica ampliada;

3. A medicação disponibilizada pelo SUS atende à demanda do CAPS II;
4. Há controle da demanda do CAPS II, sobre a quantidade de atendimento de pacientes;
5. Há o controle de medicalização, comunicado pelo espaço de receita médica e o fornecimento fático, representado pela Farmácia Central;
6. Há evidências de dependência de psicofármacos; e
7. Há evidência de comprometimento dos pacientes com o tratamento.

3.2 Resultados e Análise dos Resultados

A seguir serão expostos os resultados obtidos e ordenados pelos objetivos desta pesquisa, organizados prioritariamente por dados globais (mais de um profissional respondeu à mesma pergunta) e específicos (a pergunta é para um profissional específico), dependendo do contexto, visando ressaltar os aspectos qualitativos e quantitativos do presente estudo. A partir de então, considerou-se que o processo interpretativo ocorreu desde a escrita do referencial teórico à releitura do mesmo, engendrando-se uma produção de compreensões na interlocução com os dados obtidos.

a) Assistente social

Segundo a coordenadora do CAPS II, assistente social, onde se deu este estudo, atualmente trabalham 4 (quatro) recepcionistas, 1 (um) oficial administrativo, 6 (seis) psicólogos, 1 (uma) enfermeira, 3 (três) técnicos enfermagem, 1 (uma) assistente social, 1 (uma) nutricionista, 1(um) médico psiquiatra e 1 (um) médico clínico, o que totaliza 18 (dezoito) profissionais, embora apenas 11 (onze) desses tenham respondido ao questionário.

Desses números, observou-se que a unidade segue o que está previsto na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002), no que tange à composição mínima da equipe técnica para atuação no CAPS II, em se tratando de recursos humanos.

Foi pontuado pela profissional que seu trabalho como assistente social é baseado em visita domiciliar, no entanto, não existe veículo disponível ao CAPS II para que isso ocorra, o que dificulta a execução dessa atividade, conforme se prevê na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002). Além disso, enfatizou que falta uma melhor estrutura física, acompanhamento terapêutico com pacientes, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, oficineiro, dentre outros.

Por fim, na sua percepção, no CAPS II deveria prevalecer atendimentos a pessoas com transtornos mais complexos, podendo esses pacientes serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde e Família (ESF). No entanto, isso não ocorre na prática, o

que compromete a qualidade dos atendimentos aos pacientes, corroborando com o que Soares Neto et al., (2016) e Lima Júnior (2013) dialogam sobre a depressão, por exemplo, ao afirmarem que esse transtorno pode ser identificado e tratado na atenção básica, salientando que, para isso, é necessário haver campanhas de conscientização e treinamentos especializados, incentivando a busca por ajuda.

b) Profissionais de psicologia

Em se tratando da demanda diária aproximada de pacientes, obteve-se as seguintes respostas:

- 1 - “O médico hoje atendeu 3 (três) pacientes hoje até às 10 (dez) horas da manhã. O normal são 3 (três) (segunda a quarta feira) a 6 (seis) (quintas e sextas feiras) acolhidas, dependendo do dia da semana. O que falta é médico.”
- 2 - “A demanda diária para psicólogos é aproximadamente 50 (cinquenta) pacientes. O número de profissionais de psicologia no CAPS II seria adequado. No entanto, todos os órgãos encaminham todas as demandas para o CAPS II, quando poderiam ser atendidos pelas UBS ou ESF.”
- 3- “Em torno de 30 (diariamente). Nunca vai ser (adequada), por conta dos pacientes que não são daqui.”

Nesse ponto (demanda), infere-se uma média de 20 (vinte) pacientes semanais, que daria uma estimativa aproximada de 80 (oitenta) pacientes mensais. O fato semelhante ocorre com os profissionais de psicologia, visto o segundo relato que trouxe uma demanda diária média de 50 (cinquenta) pacientes por profissional, tratando-se de cerca de 1500 (mil e quinhentos) pacientes a cada 30 (trinta) dias para cada profissional de psicologia, o que conduziria 5 (cinco) vezes esse número (7500 pacientes/mês), pois há 5 (cinco) psicólogos.

Com isso, percebeu-se que o CAPS II pesquisado extrapolou o atendimento de até 30 (trinta) pacientes por turno, limitado a, no máximo, 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, embora a quantidade de profissionais existentes no CAPS II esteja dentro do que está previsto na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002).

Dentro disso, considerando haver apenas 1 (um) médico psiquiatra no CAPS II, depreende-se, com esses números, que a qualidade do serviço prestado possa estar comprometida, embora uma das respostas pontuou que nem todos os que chegam são encaminhados ao médico, mas são 90% aproximadamente, ainda assim a proporcionalidade entre médico-paciente não é adequada para a manutenção do atendimento humanizado e a garantia da escuta qualificada, conforme hipótese (número 3) levantada.

Portanto, sobre a demanda de pacientes versus a quantidade de profissionais, infraestrutura e se os instrumentos de trabalho são adequados, fatos que corroboram com a

qualidade do serviço prestado e o atendimento humanizado, considerando o conceito de clínica ampliada, de acordo com os achados, percebeu-se que há discrepância entre as diretrizes previstas na PNH (2013) e o que ocorre na íntegra no cotidiano do CAPS II. Nesse ponto, ressalta-se que se deve qualificar o modo de fazer saúde, integrando-se a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, considerando a criação de vínculo com o usuário, aumentando assim a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade.

Dentre os principais desafios no CAPS II, segundo os profissionais de psicologia, destacam-se os seguintes: a) falta de motivação para atender em grupo; b) A falta de medicação; c) A percepção de que os pacientes não têm como comparecer à terapia, devido ao fato de não terem como custear o transporte até o Centro; d) Os pacientes “lutam” por questões básicas para sobreviverem, não sendo a terapia uma prioridade em suas vidas; e) A desproporcionalidade entre a demanda e os profissionais; f) a desvalorização do salário dos servidores; g) na prática, o CAPS se torna um “grande ambulatório” por não ter oficinas (modelo biomédico); h) o desafio consigo para não se acomodar “atender por atender” (sem compromisso); i) a falta de recurso que culmina com a falta de motivação; j) a evasão do tratamento ou automedicação; k) ter que informar ao paciente que a próxima consulta com o médico vai demorar; e, l) esses profissionais responderam que o CAPS II não oferece instrumentalização técnica (Testes Psicológicos e cursos de aperfeiçoamento para os profissionais do CAPS II, por exemplo) para atendimento dos pacientes, sendo isso de total responsabilidade dos profissionais.

Diante disso, pontua-se como uma possível solução para esses fatos que a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde. Ou seja, cada região formada nos estados deverá garantir a integralidade no atendimento através da parceria entre os municípios componentes, tudo isso regulado pelo COAP. Nesse ponto, frisa-se:

A construção do contrato que deve ser precedida pelo planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes signatários, contempla algumas etapas, dentre elas: Elaboração do Mapa da Saúde da Região de Saúde. Definição das ações e dos serviços de saúde e das responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outros municípios. Definição dos medicamentos ofertados, com base na Renam e na lista complementar do Estado, se couber. Pactuação das metas regionais e das responsabilidades individuais, bem como das responsabilidades orçamentárias e financeiras. A coordenação do processo de elaboração do COAP será sempre do Estado, cabendo-lhe organizar as discussões, as negociações e os esclarecimentos nas Regiões de Saúde. Entretanto, os municípios podem, no âmbito da CIR, iniciar o debate e fomentar esse processo (BRASIL, 2014).

Segundo a BRASIL (2014), é através da CIR que os entes municipais poderão, junto ao Estado, debater as suas necessidades de saúde, as referências e o financiamento na região em que estão inseridos. Com isso o município em estudo se sentirá amparado nas suas responsabilidades perante a cooperação da União e do Estado, sendo promotores da equidade orçamentária regional, equilibrando assim as desigualdades existentes.

Portanto, nesse ponto, nota-se que esses achados ocorrem pelo fato da gestão da saúde no país ser descentralizada entre União, Estado e Municípios, sendo um dos princípios organizativos do SUS, estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90.

Por fim, em se tratando da falta de instrumentalização técnica, o Art. 4.2 da Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002) define, especificamente, como características do CAPS II - o Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes que haja também, além de outras atividades, a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

c) Recepcionistas

Foi respondido pelos recepcionistas que há cerca de 300 (trezentos) pacientes/mês, considerando o controle feito por intermédio das acolhidas e dos atendimentos, porém, muitos sem o CAPS II sem ao menos conversar. Essa evidência corrobora com as hipóteses sobre o controle da demanda do CAPS II e sobre a quantidade de atendimento de pacientes (número 4), bem como cumpre o requisito de realizar e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

Sobre a estrutura, faltam salas, faltam mais médicos e faltam formas de terapia. Sobre se os pacientes são voluntários ao tratamento ou encaminhados, ficou destacado que a maioria chega por vontade própria, como um dos relatos apontou: “por favor, me ajuda, não tenho encaminhamento”. Tal situação confirma a hipótese número 1. No entanto, abandonam o tratamento por falta de autonomia (esquecimento) ou por perceberem uma sensível melhora em seu quadro de saúde mental, segundo a percepção de um dos participantes da pesquisa. Ressaltou-se ainda que o paciente sem tratamento acaba adoecendo toda a família e os

principais casos se tratam de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio. Em se tratando dessa problemática, o CAPS II deve atender demandas que envolvem situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, garantindo o cuidado na sua integralidade, priorizando as pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrente de problemas mentais graves e persistentes, considerando também aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas (BRASIL, 2022).

d) Médico psiquiatra

O psiquiatra do CAPS II afirmou que atende cerca de 60 (sessenta) pacientes por semana (240/mês), confirmando não ser adequada a proporcionalidade entre a demanda de pacientes e os profissionais. Na oportunidade, sobre os medicamentos disponibilizados ao CAPS II, respondeu que também não são suficientes à demanda, sendo os antidepressivos os mais receitados, embora a psicopatologia mais receitada pelo mesmo seja a ansiedade, visto que os pacientes já chegam ao consultório em uma situação muito comprometida no que se refere à saúde mental. Dentro disso, ressaltou-se que os medicamentos são antigos, porém atendem às demandas que se apresentam, porém com pouca variedade farmacológica. De acordo com o médico psiquiatra, a maioria dos pacientes que chegam ao consultório médico do CAPS II têm uma real necessidade de uso de medicamentos, embora haja bastante casos de abuso de psicofármacos, especialmente os tranquilizantes e sedativos.

Nesse ínterim, percebe-se, de fato, que é importante considerar como é o fluxo de incorporação de medicamentos do SUS. Para que um medicamento seja incorporado ao SUS, necessita-se de uma avaliação criteriosa antes dela ser disponibilizada à população, levando-se em conta tanto as necessidades dos pacientes quanto as do sistema público de saúde. Dentro disso, a ANVISA a CONITEC (um órgão colegiado que assessora o Ministério da Saúde no processo dessa incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, procedimentos e equipamentos ofertados no SUS) realizam uma análise criteriosa e consideram os seguintes pontos: a eficácia, a segurança, a efetividade e o provável impacto social, legal, ético e econômico. Somente após isso, pode haver uma aprovação da incorporação dos medicamentos, procedimentos ou equipamentos à comunidade brasileira (BRASIL, 2022). Esse contexto pode explicar o motivo pelo qual as medicações podem ser muito antigas, como foi pontuado pelo médico psiquiatra.

Portanto, constatou-se o que Gonçalves (2018) afirma sobre a disparidade pode resultar em desigualdades no acesso a tratamentos eficazes para transtornos mentais,

impactando negativamente a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, isso ocorre devido à lentidão do avanço da disponibilização de farmacoterapia no sistema público de saúde no Brasil em comparação com o setor privado.

O médico pontuou que a relação entre profissionais de psicologia e o psiquiatra é boa, bem como há evolução e conversas qualificadas com os demais profissionais, bem como com os pacientes, o que garante a multi e interdisciplinaridade. Dentro disso, ao corroborar com a visão de clínica ampliada, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (2013), que propõe qualificar o modo de se fazer saúde, integrando a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, considerando a criação de vínculo com o usuário, se constatou que a maioria dos pacientes que chegam ao consultório deveriam realmente ser atendidos pelo CAPS II.

e) Enfermagem

Ficou pontuado pelo profissional de enfermagem que há demanda variada (sem precisar em números) e por haver demanda fora do CAPS II, deveria haver um veículo para visitas domiciliares. Além disso, salientou o mesmo que a coordenadora do CAPS II, no que diz respeito a pacientes que poderiam ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde e Família (ESF), corroborando novamente com o que Soares Neto et al., (2016) e Lima Júnior (2013) compreendem, sobre tratamentos que deveriam ser realizados na atenção básica. Por fim, a participante pontuou que a quantidade de médicos deveria ser maior, conforme a alta demanda de pacientes.

Sobre a disponibilidade de medicação ser adequada ou não à demanda que chega ao CAPS II, foi respondido que não se tem acesso a esse tipo de informação.

Além disso, perguntado sobre a instrumentalização adequada para ser utilizada com os pacientes, respondeu-se que, apesar de algumas necessidades não serem supridas, por outro lado, ocorre a interdisciplinaridade com a evolução das conversas qualificadas com outros profissionais sobre os pacientes, dependendo da necessidade.

f) Farmácia Central

Em se tratando da suficiência de medicamentos à demanda do CAPS II, respondeu-se que o matriciamento deveria funcionar melhor, no entanto, raramente há falta de medicação, ratificando mais uma vez o que Gonçalves (2018) afirma sobre haver disparidade da disponibilização de farmacoterapia no sistema público de saúde no Brasil em comparação com o setor privado.

Sobre essa questão, evidenciou-se que o CAPS II provavelmente não possui, de fato, uma equipe específica voltada à função de matricular, conforme foi pontuado por Iglesias e Avellar (2016), visto que o matriciamento é um apoio que surge como arranjo organizacional, segundo Campos (1999) e Campos & Domitti (2007), além de ser uma importante integração das distintas especialidades e profissões que caminham em direção à efetivação da clínica ampliada. No entanto, sustentar a lógica do matriciamento na prática, estando inserido na rede de atenção básica, não parece ser uma tarefa simples.

Nesse ínterim, pontuou-se que a compra das medicações são realizadas conforme as demandas que se apresentam, sendo o processo de compra realizado via pregão, a cada 2 meses, ou por licitação, a cada 12 meses. Dentro disso, as principais medicações que a Farmácia Central disponibiliza aos pacientes do CAPS II, basicamente, são: Amitríptilina 25mg, Biperideno 2mg, Carbamazepina 200mg, Ácido valproico 250mg, 500mg e líquido, Fluoxetina 20mg e Benzodiazepínicos.

Ao realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, a Farmácia Central também cumpre o que se prevê em legislação vigente.

Ressaltou-se que há exceções concedidas a pacientes, no que diz respeito à liberação de medicações, quando os mesmos chegam com receitas vencidas, sendo consideradas as medicações não utilizadas e devolvidas. Dentro disso, embora haja evidências de dificuldades no acesso às medicações, há uma certa garantia de acesso aos medicamentos e vacinas essenciais à comunidade, conforme pontuado pela *Organización Panamericana de La Salud*, (2017), que disponibilizou uma agenda de saúde sustentável para as Américas, no período de 2018 a 2030.

Um dado obtido com essa pesquisa na Farmácia Central interessante foi a estimativa de 337 (trezentos e trinta e sete) medicações liberadas no dia da entrevista (29/05/24), comparado com 516 (quinhentos e dezesseis) medicações liberadas no dia anterior. Portanto, de fato, há controle de medicalização, comunicado pelo espaço de receita médica e o fornecimento fatídico, representado pela Farmácia Central, conforme hipótese 5.

No que se refere ao nível de comprometimento dos pacientes que buscam ajuda no CAPS II, temos o seguinte:

Tabela 1 - percepção dos profissionais sobre o comprometimento dos pacientes do CAPS II

Variável	Assistência Social	Psiquiatria	Psicologia	Enfermagem	Recepção	Farmácia Popular
Muito comprometido	0	0	0	1	0	0
Comprometido	0	0	3	0	1	0
Pouco comprometido	0	0	0	0	1	0
Sem comprometimento	0	0	0	0	0	1
Comprometidos, porém os familiares não auxiliam	0	0	0	0	0	0
Depende do paciente	1	1	2	0	0	0
Total de respostas	1	1	5	1	2	1

Fonte: Cardoso, Barbosa, Júnior e Silveira, 2024.

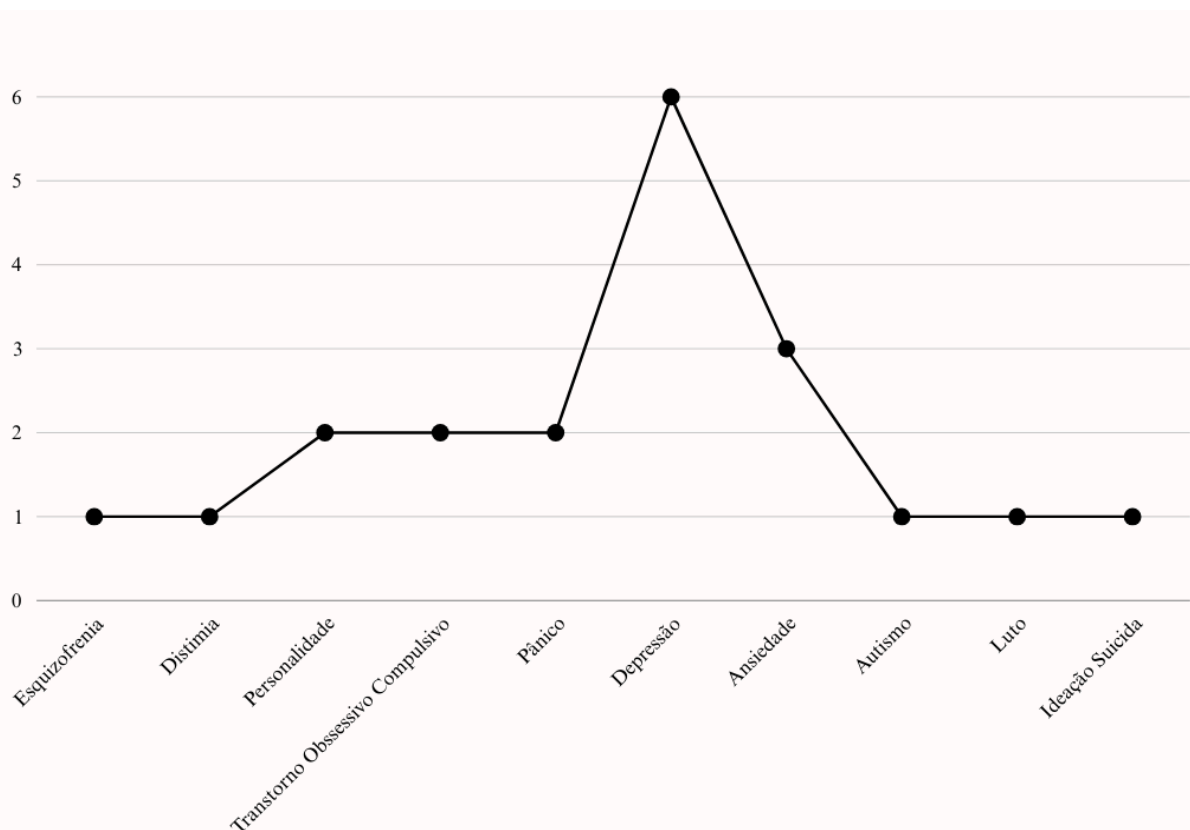
De acordo com os dados acima e a percepção *in loco*, notou-se que o comprometimento varia de paciente para paciente, considerando a personalidade, o contexto familiar e o transtorno em que o cada um se enquadra. Tais números corroboram com a hipótese número 7 deste estudo, sobre haver evidência de comprometimento dos pacientes com o tratamento.

Por outro lado, notou-se que as atividades ou técnicas alternativas aplicadas junto aos pacientes não tem sido muito utilizadas, algo que poderia engajar mais os pacientes com o tratamento, conforme previsto na Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (2002), no que tange às atividades grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e, aos pacientes assistidos em um turno 4 (quatro) horas a 8 (oito) horas, oferta de refeições diárias.

Segundo os profissionais do CAPS II, as demandas mais comuns que se apresentam são bem diversificadas, com predominância para os casos de depressão e ansiedade, respectivamente. Tais dados são obtidos através da atualização de cadastro de cada paciente que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, através de controle das receitas, dentro de sua área assistencial, ações essas que são regulamentadas pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999. Dentro disso, e sobre medicamentos excepcionais que são previstos na Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001.

Esses resultados são melhores descritos, conforme o que segue:

Gráfico 1 - demandas prevalentes no CAPS II



Fonte: Cardoso, Barbosa, Júnior e Silveira, 2024.

Sobre a predominância da depressão e ansiedade apontados no gráfico acima, corroboram com a afirmação de Soares Neto et al., (2016) e Lima Júnior (2013), que trata sobre os principais transtornos mentais identificados no Brasil, O mesmo autor salientou que a depressão poderia ser identificada e tratada na atenção básica, necessitando para isso de campanhas de conscientização e treinamentos especializados, incentivando a busca por ajuda.

Dentro disso, a partir das informações trazidas pelos participantes da pesquisa, também constatou-se que há indícios de casos de dependência de psicoativos, como clonazepam. A hipótese de existir evidências de dependência de psicofármacos foi confirmada, de acordo com os dados obtidos, corroborando com o que Figueiredo (2015) pontuou sobre esse medicamentos (ansiolíticos-sedativos; antidepressivos; estabilizadores do humor e antipsicóticos ou neurolépticos), que incidem diretamente sobre as emoções, o humor e o comportamento, podendo sim estimular a dependência química no organismo humano, segundo Carvalho (2016). No entanto, nota-se também maior prevalência na busca por benzodiazepínicos, psicofármacos utilizados para o manejo de estados anormais de ansiedade,

também utilizado para prevenir e tratar convulsões, transtorno do pânico, segundo Elisabethsky et al., (2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos resultados obtidos, percebeu-se que, apesar da eficácia dos psicofármacos existirem, ela está sujeita a uma interação complexa de diversos fatores que vão desde características genéticas aos aspectos comportamentais de cada paciente. Além disso, pontua-se que, quando se trata de substâncias psicoativas, essa influência se torna ainda mais evidente, visto que estão ligadas às questões emocionais e mentais afetadas.

Com esse estudo, evidenciou-se também, dentro do CAPS II, a importância de uma abordagem multidisciplinar, trazendo à tona o conceito de clínica ampliada. Com isso, a colaboração entre médicos e terapeutas permite uma compreensão mais completa dos efeitos medicamentosos e sua interação com as complexidades psicológicas dos indivíduos. Esse alinhamento entre práticas clínicas pode ser mais eficaz, tratando tanto os aspectos químicos quanto os emocionais do tratamento.

Sobre o CAPS II, notou-se que há um adequado controle de demandas que chegam ao local, priorizando os pacientes com problemas de saúde mental. Em contrapartida, o avanço do tratamento farmacoterápico oferecido há pouca variedade medicamentosa, devido à gestão de descentralização da saúde pública. Esse fato também ocorre pelo avanço da disponibilização de farmacoterapia no sistema público de saúde no Brasil ter sido mais lento em comparação com o setor privado.

Diante do exposto, o psicólogo, como figura importante no campo da saúde mental, norteado pela visão multidisciplinar e a partir da lógica de matriciamento, tira o foco da doença para o sujeito, canais profissionais, ambos estão devidamente alinhados com o mercado de trabalho e capazes de atuar com confiança e responsabilidade, garantindo assim a visão de clínica ampliada, estabelecendo, na prática, os laços sociais e garantindo o cuidado na sua integralidade, priorizando as pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrente de problemas mentais graves e persistentes.

Por fim, embora essa temática não tenha se esgotado com este estudo, foi possível depreender que a influência dos psicofármacos, os fatores genéticos, emocionais e transtornos mentais evidenciam a importância de uma abordagem multidisciplinar que une psicofarmacologia e psicoterapia, trazendo à tona o conceito de clínica ampliada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. 2021.

AMARANTE, P. D. C.. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1995.

American Psychological Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2020.

BRASIL. H. H.. **Princípios gerais do emprego da farmacologia**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Emprego de psicofármacos do Brasil HHA Psychiatry. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Rio de Janeiro-RS. Dez 2000. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600011> Acesso em 02 abr 2024.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 jun 2024.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 25 mar 2024.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH). Secretaria de Atenção à Saúde**. Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013 – 2.000 exemplares – OS 2013/0463. Brasília-DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf acesso em: 19 maio de 2024.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa**. 2014. Brasília-DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/contrato_organizativo_acao_publica_coap.pdf acesso em: 16 junho de 2024.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tecnologias no SUS. Saiba como é o processo de incorporação de um medicamento, equipamento e procedimento ao SUS**. Avaliação é feita pela Conitec para que uma nova tecnologia seja ofertada na rede pública de saúde. Brasília-DF. 27 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/saiba-como-e-o-processo-de-incorporacao-de-um-medicamento-equipamento-e-procedimento-ao-sus> acesso em 13 de junho de 2024.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Estabelece diretrizes e normas**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União 1992; 30 jan 1992.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 1992; 30 jan.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União de 2 de setembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 17 jun 2024.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - sus e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área**

da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 28 de dezembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 17 de junho de 2024.

_____. Lei nº 10.216 de 26 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 de 09 de abril de 2001. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 17 de junho de 2024.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União de 29 de junho de 2011. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 17 de junho de 2024.

CARVALHO, E.F. de, et al.. **Perfil de dispensação e estratégias para uso racional de psicotrópicos.** 45f. Monografia (Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CAMPOS, G. W. S.. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 4(2), 393-403. 1999. Disponível em doi:10.1590/S1413-81231999000200013 acesso em 1º de junho de 2024.

CAMPOS, G. W. S., & DOMITTI, A. C.. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 399-407. 2007. Disponível em doi:10.1590/S0102-311X2007000200016 acesso em 1º de junho de 2024.

CETRUS - Faculdade Cetrus Sanar. **Centro de referência para o aprendizado de conteúdos e técnicas médicas.** Psicofarmacologia: tudo sobre a compreensão dos efeitos e uso de medicamentos. Setembro de 2023. disponível em <https://educa.cetrus.com.br/psicofarmacologia/> acesso em 19 de maio de 2024.

COLTRI, F.. **Antidepressivos de inibidores seletivos são os mais usados.** 2019. Jornal da USP. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/antidepressivos-de-inibidores-seletivos-sao-os-mais-usados/> . Acesso em: 04 abr. 2024.

DA SILVA, I. B. L.; VERONEZ, F. D. S.. **Estratégias da Atenção Básica sobre os casos de Transtorno de Ansiedade em adultos e idosos / Primary Care Strategies on cases of Anxiety Disorder in adults and the elderly.** Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 8020-8029, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-334. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28023>. Acesso em: 18 may. 2024.

ELISABETSKY, E.; HERRMANN, A. P.; PIATO, A.; LINCK, V. M.. **Descomplicando a psicofarmacologia.** São Paulo-SP. Editora Blucher, 2021. E-book. ISBN 9786555062717. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555062717/>. Acesso em: 02 abr. 2024.

FIGUEIREDO, A.C.D. de. **Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013.** 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

GONÇALVES, R. B... **Reforma psiquiátrica no Brasil: avanços e desafios na atenção à saúde mental.** Revista de Saúde Pública, pag 52, 43. 2018.

GONÇALVES, R. B.. **Desafios na disponibilização de medicamentos psicotrópicos no sistema público de saúde brasileiro.** Revista Brasileira de Saúde Mental, 41(2), 123-135. 2018.

GROHOL J., J. M.. **The Insider's Guide to Mental Health Resources Online.** Nova York, NY: Guilford Press. 2020.

IGLESIAS, A., AVELLAR, L. Z.. **Os Psicólogos e o Matriciamento. Psicologia: Ciência e Profissão.** Abr/Jun. 2016 v. 36 n°2, 364-379. DOI: 10.1590/1982-3703001372014 Acesso 1º de junho de 2023.

LIMA JÚNIOR. C. A. **Plano de ação para melhoria da atenção em saúde mental na unidade básica de saúde urbana do município de girau do ponciano – Alagoas.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família, 2013.

MOTTAC.C.L. et al.. **O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 911-920, Mar. 2017.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. **Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región.** 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169> acesso em 18 de maio de 2024.

PAIM, J. S. (2009). **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Saúde em Debate, 33(81), 27-37. Recuperado de <http://www.nesc.ufpr.br/processoseletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20-%20Uma%20an%C3%A1lise%20sobre%20o%20processo%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20brasileira.pdf> Acesso em 01 abr 2024.

SANTOS, A. B.. **Discrepâncias na disponibilização de farmacoterapia e seus impactos na população: uma análise em contexto municipal.** Revista Brasileira de Saúde Pública, 45(3), 321-335. 2021.

SENA, E. P. de; MIRANDA-SCIPPA, ÂNGELA M. A.; QUARANTINI, Lucas de C.; OLIVEIRA, Irismar. Irismar - **Psicofarmacologia clínica.** Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2011.

STAHL, S.M.. **Fundamentos de psicofarmacologia de Stahl: guia de prescrição.** Porto Alegre: Artmed, 2019. Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715307. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715307/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

PAULINO, P. H. de S.. **Estudo teórico da fluoxetina.** 2018. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Química, Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del Rei –, 2018. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/coqui/TCC/Monografia-TCC-Paulo_H_S_Paulino.pdf Acesso em: 30 Abr. 2024.

SOUZA A.R, GULJOR A.P.F., SILVA J.L.L.. **Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial.** Av Enferm 2014.

SOARES NETO J. J. et al. **O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.** Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

SUNDFELD, A. C.. **Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.

Apêndice I

Anexo 1		Questionário Caps II	
		Cargo:	ASSISTENTE SOCIAL COORDENADORA
1-	Quais e quantos profissionais de cada especialidade atuam no CAPS II?		
2-	Qual a demanda diária aproximada de pacientes do CAPS II?		
3-	Quais as psicopatologias mais comuns que se apresentam no CAPS II?		
4-	Principal desafio de atuar no CAPS II?		
5-	A demanda para a assistência social é viável com o número de profissionais atual?		
6-	A demanda do CAPS II é viável com o número de profissionais atual?		
7-	Considera que alguns pacientes do CAPS II poderiam ser atendidos em outra rede?		
8-	O CAPS II oferece estrutura adequada para os assistentes sociais prestarem seus serviços?		
9-	Como funciona a interdisciplinaridade no CAPS II? Existe evolução e conversas qualificadas com outros profissionais sobre os pacientes?		
10-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:		
	☐ Muito comprometido	☐ Comprometido	
	☐ Pouco comprometido	☐ Sem comprometimento	
	☐ Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam		

Anexo 2		Questionário Caps II	
		Cargo:	ENFERMAGEM
1-	Qual a demanda diária aproximada de pacientes da enfermagem?		
2-	Quais são as dificuldades institucionais?		
3-	A disponibilidade de medicação é adequada à demanda?		
4-	O CAPS II oferece estrutura adequada para os enfermeiros prestarem seus serviços?		
5-	O CAPS II oferece instrumentalização adequada para ser utilizada nos pacientes?		
6-	A disponibilidade de medicação é adequada à demanda		
7-	Como funciona a interdisciplinaridade no CAPS II? Existe evolução e conversas qualificadas com outros profissionais sobre os pacientes?		
8-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:		
	☐ Muito comprometido	☐ Comprometido	
	☐ Pouco comprometido	☐ Sem comprometimento	
	☐ Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam		

Anexo 3		Questionário Caps II	
		Cargo:	RECEPÇÃO
1-	Qual a demanda semanal aproximada de pacientes?		

2-	Qual o principal desafio de atuar no CAPS II?
3-	Quais são as principais demandas dos pacientes que frequentam o CAPS II?
4-	A estrutura do CAPS II é adequada?
5-	Como funciona a triagem para classificação do grau de risco de pacientes?
6-	Os pacientes que chegam para triagem são por encaminhamento ou por vontade própria?
7-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:
	() Muito comprometido () Comprometido
	() Pouco comprometido () Sem comprometimento
	() Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam

Anexo 4		Questionário Caps II	
		Cargo:	PSICÓLOGOS
1-	Qual a demanda diária aproximada de pacientes da psicologia?		
2-	O número de profissionais da psicologia é suficiente para a demanda do CAPS II?		
3-	Qual o número diário de acolhidas?		
4-	Qual a porcentagem desses pacientes são encaminhados ao psiquiatra?		
5-	Como você percebe a relação entre psicologia e psiquiatria no âmbito da saúde mental?		
6-	Principal desafio de atuar no CAPS II?		
7-	Já presenciou casos de dependência aos medicamentos?		
8-	Quais as psicopatologias mais comuns que se apresentam no CAPS II?		
9-	Acredita que é viável uma escuta qualificada com o volume e a demanda atual de atendimentos?		
10-	Como funciona a interdisciplinaridade no CAPS II? Existe evolução e conversas qualificadas com outros profissionais sobre os pacientes?		
11-			
12-	O CAPS II oferece instrumentalização técnica para atendimento dos pacientes?		
13-	Como é a capacitação técnica do psicólogo no CAPS II?		
14-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:		
	() Muito comprometido	() Comprometido	
	() Pouco comprometido	() Sem comprometimento	
	() Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam		

Anexo 5		Questionário Caps II	
		Cargo:	MÉDICO PSIQUIATRA
1-	Qual a média diária de atendimentos?		
2-	Acredita que o número de psiquiatras é suficiente à demanda do CAPS II?		

3-	Os medicamentos disponibilizados são suficientes à demanda?
4-	Quais medicações são mais disponibilizadas/receitadas?
5-	Quais medicações, não disponíveis na farmácia popular, seriam fundamentais para que os pacientes tenham o tratamento farmacológico adequado?
6-	Quais psicopatologias mais comuns se apresentam no CAPS II?
7-	Dentre os atendidos existem pessoas que não tem uma real necessidade de medicação?
8-	Existe algum caso de abuso de psicotrópicos?
9-	Como você percebe a relação entre psicólogos e psiquiatras, no âmbito da saúde mental?
10-	Considera que alguns pacientes do CAPS II poderiam ser atendidos na rede básica?
11-	Acredita que é viável uma escuta qualificada com o volume e a demanda atual de atendimentos?
12-	Como funciona a interdisciplinaridade no CAPS II? Existe evolução e conversas qualificadas com outros profissionais sobre os pacientes?
13-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:
	☐ Muito comprometido ☐ Comprometido
	☐ Pouco comprometido ☐ Sem comprometimento
	☐ Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam

Anexo 6		Questionário Caps II	
		Cargo:	FARMÁCIA
1-	Os medicamentos utilizados são suficientes à demanda do CAPS II?		
2-	Quais medicamentos são disponibilizados pelo SUS através do CAPS II?		
3-	Quais medicações são mais difíceis de obter para os pacientes obterem tratamento adequado?		
4-	Existe estimativa de atendimento de pacientes do CAPS II?		
5-	Como funciona o processo de compra de medicação?		
6-	Quem decide quais medicações serão compradas?		
7-	Existe maneira do paciente recorrer caso a farmácia popular não tenha disponível a medicação necessária?		
8-	Percepção dos profissionais sobre o comprometimentos dos pacientes ao tratamento:		
	() Muito comprometido		() Comprometido
	() Pouco comprometido		() Sem comprometimento
	() Os pacientes são comprometidos, porém os familiares não auxiliam		