

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE FARMÁCIA

LILIAN BROVEDAN CREPALDI

**ANÁLISES DOS PRONTUÁRIOS COM ÊNFASE NAS DOENÇAS E SEUS
RESPECTIVOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CIDADE DO SUL CATARINENSE**

CRICIÚMA

2013

LILIAN BROVEDAN CREPALDI

**ANÁLISES DOS PRONTUÁRIOS COM ÊNFASE NAS DOENÇAS E SEUS
RESPECTIVOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CIDADE DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de Farmacêutico no
Curso de Farmácia da Universidade do
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof. Dr.^a Silvia Dal Bó

CRICIÚMA

2013

LILIAN BROVEDAN CREPALDI

**ANÁLISES DOS PRONTUÁRIOS COM ÊNFASE NAS DOENÇAS E SEUS
RESPECTIVOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CIDADE DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Farmacêutico, no Curso de Farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Farmacologia.

Criciúma, 25 de Junho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Silvia Dal Bó – Dr. - (UNESC) - Orientadora

Prof. Gabriella Peraro Cemin - (UNESC)

Prof. Indianara Reynaud Toreti Becker- Mestre - (UNESC)

Dedico àqueles que são os pilares da minha vida e sem os quais a mesma não teria sentido: meus pais, meu irmão e meu namorado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus**, que é fonte de toda a vida e que me concedeu forças e direção para concluir mais esta fase importante de minha formação profissional. Sem a presença de **Deus** seria impossível chegar ao final desta etapa.

Á toda minha **família**, pela compreensão e o apoio constante em minhas decisões. Em especial aos meus **pais**, Ires Crepaldi e Jania Terezinha Brovedan, ao meu **irmão** Alison e meu **namorado** Renan, pelo amor, dedicação e apoio incondicional.

A todos os meus **verdadeiros amigos**, que estiveram comigo em todos os momentos, partilhando incertezas e alegrias, dividindo o peso dos contratempos e superando os problemas, em especial, as minhas grandes amigas, Josiane e Ana Paula.

A todos os meus **amigos** da graduação do curso de farmácia pelo companheirismo durante esta jornada, em especial a Cassiane, Laís, Juliana, Caroline e Otaviana. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosas, brincalhonas e cúmplices. Porque em vocês encontrei verdadeiras irmãs. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Á minha **orientadora**, Prof^a Dra. Silvia Dal Bó, que com muita paciência e atenção, dedicou o seu precioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho, sempre me motivando, compartilhando ideias, conhecimento e experiência.

Aos **docentes** do curso de Farmácia, pela convivência harmoniosa, pelas trocas de conhecimentos e experiências que foram tão importantes na minha vida acadêmica/pessoal.

A família **CAPS II**, a todos os usuários e profissionais que fazem desta grande família, um grande sucesso. Muito obrigada, pelo apoio, ensinamento, companheirismo, mais principalmente pela grande experiência de vida.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa.

“Aos que padecem das enfermidades da mente, que um dia possam ser compreendidos e tratados com a dignidade que merecem”.

Autor Desconhecido

RESUMO

Objetivos: o objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a saúde mental, com foco nos transtornos mentais e investigar a sua prevalência, faixa etária, sexo e analisar quais os medicamentos mais prescritos no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). **Metodologia:** o estudo terá caráter quantitativo e descritivo por meio de análise dos prontuários ativos, com questões abertas e fechadas do CAPS II de uma cidade do sul catarinense. **Resultados:** pode-se observar que a maioria pertence ao sexo feminino; o tempo de tratamento mais observado foi de seis a nove anos; a faixa de idade mais encontrada no serviço foi de 40 a 49 anos. Entre as patologias, a depressão é a mais prevalente, com destaque para o sexo feminino e faixa etária dos 40 a 49 anos, seguida pela esquizofrenia, com prevalência do sexo masculino e faixa etária dos 30 a 39 anos e o transtorno de humor bipolar, sendo a maioria do sexo feminino e faixa etária dos 40 a 49 anos. O medicamento mais utilizado pelos usuários no geral foi o benzodiazepínico clonazepam; o destaque entre os antidepressivos foi a fluoxetina e o antipsicótico foi o haloperidol. **Conclusão:** neste estudo pode-se concluir que a doença mais prevalente foi a depressão. O medicamento psicotrópico mais utilizado foi o clonazepam. A faixa etária mais prevalente foi a de 40 a 49 anos e o gênero feminino prevaleceu. O tratamento *versus* doenças e os respectivos tratamentos ofertados foi considerado adequado, entretanto existem medicamentos mais modernos que podem ser utilizados, e que apresentam menos efeitos colaterais, auxiliando assim, na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: CAPS II. Transtornos Psiquiátricos. Tratamento Farmacológico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Centros de Atenção Psicossocial por tipos (Brasil, final de 2011). | 17 |
| Figura 2 - Sexo dos usuários atendidos no CAPS II de um município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 13/05/2013. | 33 |
| Figura 3 - Distribuição da faixa etária por gênero dos usuários atendidos no CAPS II de um município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 34 |
| Figura 4 - Tempo de tratamento de maior prevalência no CAPS II do município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 35 |
| Figura 5 - Medicamentos mais prescritos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 38 |
| Gráfico 1 - Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 a 2011). | 15 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Classificação dos transtornos mentais e comportamentais na CID-10 | 22 |
| Tabela 2 - Faixa etária dos usuários atendidos no CAPS II do município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013..... | 33 |
| Tabela 3 - Diagnóstico dos usuários atendidos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013..... | 36 |
| Tabela 4 - Dados coletados dos usuários com depressão atendidos no CAPS II de um município sul catarinense avaliado no período de 22/04/2013 a 03/05/2013..... | 36 |
| Tabela 5 - Diagnóstico dos usuários esquizofrênicos atendidos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 37 |
| Tabela 6 - Diagnóstico de usuários bipolares atendidos no CAPSII de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 37 |
| Tabela 7 - Categoria de psicofarmacócos utilizados pelos usuários do CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013. | 38 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CID-10 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FDA | Food and Drug Administration |
| GABA | Ácido Gama-Aminobutírico |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMAO | Inibidor da Monoamina Oxidase |
| ISRS | Inibidor Seletivo de Receptação de Serotonina |
| MTSM | Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| THB | Transtorno de Humor Bipolar |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 CONCEITO DE SAÚDE | 13 |
| 2.1 SAÚDE MENTAL | 13 |
| 3 HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL | 14 |
| 3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA | 14 |
| 4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 16 |
| 4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I | 17 |
| 4.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II | 18 |
| 4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III | 18 |
| 4.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD | 19 |
| 4.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - C | |
| APS I | 19 |
| 5 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS | 21 |
| 5.1 TRANSTORNOS AFETIVOS | 22 |
| 5.1.1 Depressão | 23 |
| 5.1.2 Transtorno Bipolar | 23 |
| 5.1.3 Esquizofrenia | 24 |
| 5.1.4 Epilepsia | 25 |
| 6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO | 26 |
| 6.1 FARMÁCOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS | 26 |
| 6.1.1 Benzodiazepínicos | 27 |
| 6.2 FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS | 27 |
| 6.2.1 Primeira geração ou Típicos | 28 |
| 6.2.2 Segunda geração ou Atípicos | 28 |
| 6.3 FARMÁCOS ANTIDEPRESSIVOS | 28 |
| 6.4 FARMÁCOS ANTIEPILÉPTICOS | 30 |
| 7 OBJETIVOS | 31 |
| 7.1 OBJETIVOS GERAIS..... | 31 |
| 7.2 METODOLOGIA..... | 31 |
| 7.2.1 Tipo de Estudo | 31 |
| 7.2.2 População de estudo | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 7.2.3 Instrumento de Pesquisa..... | 31 |
| 7.2.4 Critérios de inclusão e exclusão..... | 32 |
| 8 RESULTADOS..... | 33 |
| 9 DISCUSSÃO | 39 |
| 10 CONCLUSÃO | 43 |
| REFERÊNCIAS..... | 44 |

1 INTRODUÇÃO

A saúde é definida segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o bem-estar físico, psíquico e emocional. O bem-estar psíquico está interligado com o físico e o emocional e vice-versa. Sendo assim, para se alcançar uma saúde “completa” é importante que se cuide da saúde da mente, ou seja, a saúde mental.

A saúde mental no Brasil vem evoluindo ao longo dos anos desde a década de 70, quando surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, não condizentes com a forma de tratamento dada aos pacientes, começaram a denunciar aos órgãos superiores este modelo de tratamento, que era hospitalocêntrico, crônificador de sofrimento e deteriorava ainda mais o sofrimento psíquico do paciente. (ESPIRITO SANTO, 2008).

A reforma psiquiátrica no Brasil surgiu no final dos anos 70, devido às críticas dadas ao modelo de tratamento, mas só foi sancionada uma lei específica da reforma psiquiátrica em 2001. Esta lei defende o benefício à saúde, visando alcançar sua recuperação através da reinserção das pessoas com transtornos mentais na família e na sociedade. Então, como estratégia de serviços comunitários para diminuir as internações hospitalares e com ênfase na reabilitação social, cria-se o Centro de Atenção psicossocial (CAPS).

Este trabalho tem como objetivo avaliar quais as doenças psíquicas mais frequentes; a faixa etária mais prevalente nesses transtornos; quais os medicamentos mais prescritos e analisar se estes são de primeira escolha para o tratamento, ou se existem medicamentos melhores, com menos efeitos colaterais, através de análise dos prontuários ativos, onde serão coletados todos os dados. No presente trabalho é realizado um levantamento bibliográfico sobre o conceito de saúde mental e seu histórico, além de uma breve explicação sobre os principais transtornos psiquiátricos e seus respectivos tratamentos.

A elaboração deste trabalho é importante para o serviço de saúde mental, visto que deixa claro os índices de prevalência sexo e idade, além das medicações mais utilizadas.

Por ser uma área tão importante e pouco conhecida no meio acadêmico, a estratégia da saúde mental no município é bem desenvolvida visto que aqui, conta-se com quatro tipos de CAPS diferentes.

2 CONCEITO DE SAÚDE

O termo “saúde” é o equilíbrio dos três pilares que sustentam o ser humano: o bem-estar físico, psíquico e social e não meramente a ausência de doenças. Seguindo este mesmo raciocínio, saúde poder ser compreendida a nível micro (celular) e macro (social). (OMS, 2001).

Assumindo o conceito de saúde proposto pela OMS criado em 1974, nenhum ser humano será totalmente saudável ou totalmente doente, pois ao longo de sua existência viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e interação com elas. (ROEDER, 2003).

2.1 SAÚDE MENTAL

Segundo o relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001, lamentavelmente, na maior parte do mundo, a saúde mental e os transtornos mentais estão longe de ganhar a mesma importância dada à saúde física, ficando geralmente, ignorados ou negligenciados.

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter geracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2001, p. 03)

3 HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Os seres humanos sempre se preocuparam com qualquer comportamento diferente daquele geralmente encontrado em seu meio. Ao longo da história muitos são os rótulos aplicados às pessoas que apresentam algum transtorno mental, como lunático, insano, ou louco (ROEDER, 2003). Durante muito tempo o doente mental era taxado de “o diferente” dos ditos normais, aquele que não seguia o padrão de comportamento que era proposto pela sociedade. A forma de como eram tratados era baseada na exclusão e asilamento (GONÇALVES; SENA, 2001). Esta forma de assistência ao tratamento era essencialmente privatizante, hospitalocêntrica e cronificadora de sofrimento psíquico, que acentuava ainda mais a deterioração psíquica e o afastamento da vida coletiva do paciente, chegando a uma situação em que uma imensa parte da população passou a residir nos hospitais psiquiátricos (ESPIRITO SANTO, 2008). Muitos pacientes acabavam esquecidos dentro desses hospitais, onde as condições de “tratamento” eram as mais variadas possíveis, sendo uma forma de manter este ser “diferente” longe dos membros familiares e conseqüentemente longe da sociedade.

Em conseqüência destas situações, os profissionais de saúde mental passaram a questionar esta realidade assistencial, surgindo o MTSM, formado não apenas por profissionais, mas também por associações de familiares, sindicalistas e os próprios pacientes psiquiátricos, solicitando melhores condições de trabalho e melhores condições de tratamentos para os internos. (ESPIRITO SANTO, 2008; BONFANTE, 2009). Este movimento levou a crise do modelo de assistência baseada na exclusão.

Segundo Batista (2012), o modelo de assistência à saúde mental baseado em internações prolongadas ou permanentes foi, por muitos anos, o único disponível para o tratamento das pessoas que apresentavam transtornos psiquiátricos graves.

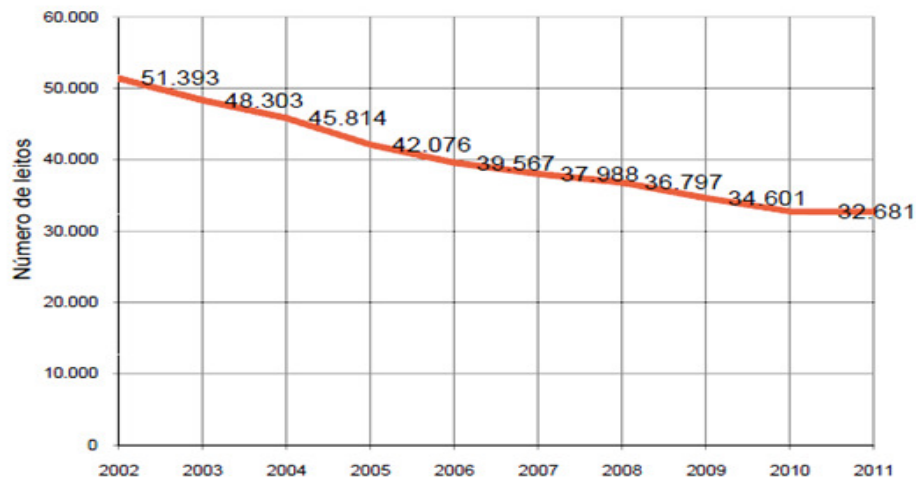
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fundada ao final dos anos 70 devido à crise do modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e dos esforços dos movimentos sociais pelo direito dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). É um movimento histórico de caráter político, econômico e social (GONÇALVES;

SENA, 2001) que obteve sucesso na consolidação de uma nova Política de Saúde Mental que têm como principais características: a redução de leitos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos; a criação de serviços substitutivos; a aprovação de uma nova legislação em saúde mental, a Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001 (LOUGON, 2006). Esta lei define que a internação hospitalar deve ser o último recurso no tratamento de transtornos mentais, defende o benefício à saúde, visando a reinserção do paciente na família, no trabalho e na sociedade. (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

Com a criação de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas, vem ocorrendo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros.

Gráfico 1 - Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 a 2011).



Fontes: Saúde mental em Dados 9.

O gráfico 1 mostra o processo de redução de leitos psiquiátricos no país, desde o ano de 2002. Este processo resultou, ao longo dos anos, no fechamento de cerca de 18.500 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Em Santa Catarina existem 720 leito nos quatro hospitais psiquiátricos e 480 leitos psiquiátricos em dezoito hospitais gerais, que atendem pessoas com transtornos psíquicos e problemas relacionados ao uso de álcool/drogas (SANTA CATARINA, 2008).

4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo Espírito Santo (2008), no ano de 1987, na “I Conferência Nacional de Saúde Mental”, entrou-se em consenso sobre a necessidade de mudança do modelo assistencial, e que o melhor modo de tratamento era o realizado em serviço extra-hospitalares de base comunitária.

O primeiro CAPS no Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

A criação deste CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social inicialmente de trabalhadores de saúde mental que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2004, p. 12).

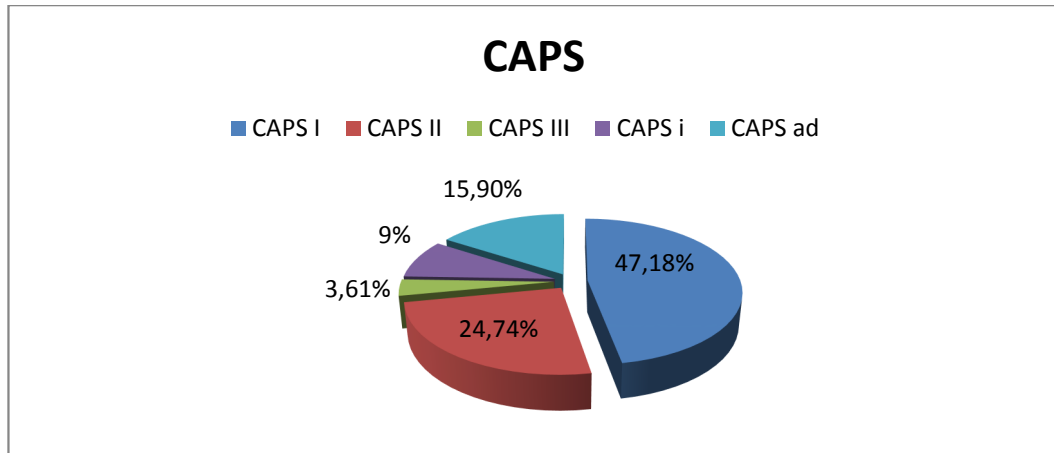
O CAPS é um serviço substitutivo, aberto e comunitário, de atenção em saúde mental. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses e demais quadros. Tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade (SCHRANK; OLSCHOWSHY, 2008; BRASIL, 2004).

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, e são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria reconhece e amplifica o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004).

Segundo a publicação feita pelo Ministério da Saúde, os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Diferenciam-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS II ad e CAPS i (BRASIL, 2004).

Segundo dados coletados da Cartilha de Saúde Mental em Dados 10, até o último trimestre de 2011, existia no país 822 CAPS I implantados; 431 CAPS II; 63 CAPS III; 149 CAPS i e 277 CAPS ad, totalizando 1742 CAPS. (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Centros de Atenção Psicossocial por tipos (Brasil, final de 2011).



Fonte: BRASIL (2012).

Em Santa Catarina até o último trimestre de 2011, existiam 79 CAPS, sendo 47 CAPS I; 13 CAPS II; 11 CAPS ad; 06 CAPS i e 02 CAPS III (BRASIL, 2012), sendo que o primeiro CAPS III a ser implantado em Santa Catarina encontra-se situado na cidade de Criciúma, inaugurado em 2009 (BONFANTE, 2009). No cenário nacional, o estado de Santa Catarina tem se mantido na 5ª ou 6ª posição com a maior cobertura de CAPS (SANTA CATARINA, 2008).

4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I

De acordo com a portaria/GM n.336, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona no período de 08:00 hs as 18:00 hs, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Realiza uma série de 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;
- d) Visitas domiciliares;
- e) Atendimento à família;
- f) Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004).

4.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) tem por finalidade o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos mentais, psicoses e neuroses. Sua capacidade operacional de atendimento é para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando no período das 08:00 hs às 18:00 hs, durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2004).

Segundo Bonfante (2009), o CAPS II desenvolve atividades de atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupos ou oficina terapêutica e visitas domiciliares.

Cada usuário tem seu plano terapêutico individual, propondo atividades que atendam suas necessidades. O CAPS II oferece três modalidades de atendimentos: atendimento intensivo – é um atendimento diário para pessoas com graves sofrimentos psíquicos, que precisam de atenção contínua; atendimento semi-intensivo – o usuário pode ser atendido até doze dias no mês, onde o sofrimento e desestruturação diminuíram, mas ainda necessita da atenção direta da equipe, para reestruturar e recuperar sua autonomia; atendimento não intensivo - quando a pessoa não precisa de suporte contínuo para viver e realizar suas atividades, podendo ser atendido até três vezes no mês (BONFANTE, 2009).

4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) é um serviço de atenção à saúde mental, ordenado pela lógica não manicomial, para atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico, de complexidade média, sendo intermediário em hospital geral e/ou psiquiátrico, atendendo pessoas com transtornos mentais, a partir dos oito anos de idade, de ambos os sexos, em situações de crises ou agudização dos sinais e sintomas que necessitam de uma maior atenção do que a disponibilizada pelos outros CAPS (BONFANTE, 2009).

Segundo a publicação feita pelo Ministério da Saúde, apresenta capacidade operacional de atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos, de internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias (BRASIL, 2004).

4.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS ad

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS II ad oferece atendimento psicossocial diário para pessoas com graves transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, com faixa etária a partir dos oito anos de idade, oferecendo um planejamento terapêutico possibilitando intervenções precoces.

O atendimento no CAPS II ad acontece da seguinte maneira:

a) O usuário chega à unidade de saúde, é avaliado pela equipe técnica e encaminhado ao CAPS II ad;

b) O usuário chega ao CAPS II ad, é acolhido e avaliado pela equipe multiprofissional, podendo passar por um processo de desintoxicação ambulatorial, ser reencaminhado à unidade de saúde ou encaminhado para desintoxicação em hospital geral ou clínicas especializadas;

c) Após avaliação, se o usuário permanecer no CAPS II ad, ele passa a frequentar o serviço conforme o plano terapêutico definido, o qual inclui atividades psicoterapêuticas, oficinas terapêuticas, consulta médica, atenção farmacêutica, assistência social, assistência de enfermagem, dentre outras (BONFANTE, 2009).

O CAPS ad possui capacidade operacional de atendimento em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 08:00 hs às 18:00 hs, de segunda a sexta (BRASIL, 2004).

4.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - CAPS i

O Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS i) é um serviço de atenção diária destinada às crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como portadores de autismo, psicoses, neuroses e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Segundo Bonfante (2009), em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPS i são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de

inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportistas, atividades externas. Possui capacidade operacional de atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 08:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta (BRASIL, 2004).

5 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Os transtornos mentais são alterações no modo de pensar e do humor, ou comportamentos associados como angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (ROEDER, 2003). Para serem categorizados como transtornos é preciso que estas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esfera da vida (OMS, 2001).

Os atributos da personalidade de um indivíduo não são suscetíveis à medição precisa, como ocorre com muitos índices de saúde física (batimentos cardíacos). Ao invés disso é inferido através do comportamento, um conjunto de sinais e sintomas é que determinarão as características de determinados tipos de transtornos mentais (ROEDER, 2003, p. 53).

Sabe-se hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e que os transtornos mentais têm sua base no cérebro, afetando pessoas de todas as idades, em todos os países. Elas são verdadeiramente universais e causam sofrimento à família e comunidades, tanto como aos indivíduos (ROEDER, 2003).

Devido ao negligenciamento o mundo está padecente de uma grande carga de transtornos mentais e um crescente desnível de tratamento. Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e de comportamento, mas apenas uma pequena minoria recebe o tratamento mais básico (OMS, 2001).

Os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral. Este número cresce para 23% em países desenvolvidos. Das 10 principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações; alcoolismo por 7,1%; esquizofrenia por 4%; transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8%. As previsões acenam para um futuro onde terá um aumento exponencial das doenças mentais (SÃO PAULO, 2010).

Segundo a OMS (2001), a maioria dos estudos chegou à conclusão de que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino. Os transtornos mentais graves são também, mais ou menos igualmente comuns, com exceção da depressão, que é mais comum no sexo

feminino, e dos transtornos devidos ao uso de substâncias, que ocorrem mais frequentemente no sexo masculino. Os transtornos mentais e comportamentais apresentam um quadro variado e heterogêneo, ao passo que alguns distúrbios são brandos, outros são graves, alguns duram umas poucas semanas e outros podem durar a vida inteira.

Os transtornos mentais e de comportamento é uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10), conforme tabela abaixo.

Tabela 1 - Classificação dos transtornos mentais e comportamentais na CID-10

| CID-10 | Categoria | Exemplo |
|-----------|--|---|
| F00 - F09 | Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. | Doença de Alzheimer |
| F10 - F19 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa | Síndrome de dependência de opiáceos |
| F20 - F29 | Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes | Esquizofrenia |
| F30 - F39 | Transtornos do humor (afetivos) | Transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos |
| F40 - F48 | Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes | Ansiedade generalizada |
| F50 - F59 | Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos | Transtornos da alimentação |
| F60 - F69 | Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto | Transtornos paranoicos da Personalidade |
| F70 - F79 | Retardo mental | Retardo mental leve |
| F80 - F89 | Transtornos do desenvolvimento psicológico | Autismo infantil |
| F90 - F98 | Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência | Tiques |
| F99 | Transtorno mental não especificado | |

Obs: Alguns do CID acima são tratados nos CAPS, mas não são todos.

Fonte: Classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde.CID-10.

5.1 TRANSTORNOS AFETIVOS

Para Gelder, Mayou e Geddes (2002), os transtornos afetivos são assim chamados pelo fato de que sua principal característica é a anormalidades do humor, isto é, depressão ou elação (mania). Essas anormalidades são mais intensas e

persistentes do que a tristeza normal em períodos de adversidades e a animação normal durante bons períodos.

5.1.1 Depressão

A depressão é uma das grandes doenças conhecida popularmente de “O grande mal do século”. É traçada por mudanças no comportamento, no ânimo e, principalmente, nos estados de humor dos indivíduos (VELASCO, 2009). Pode variar em gravidade, desde a depressão branda até muito grave, ser episodicamente, recorrente ou crônica. A depressão é um distúrbio grave que atinge 14 milhões de adultos nos Estados Unidos da América (EUA) a cada ano, tendo prevalência na faixa etária de 15-44 anos (OMS, 2001).

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a depressão se caracteriza por tristeza, perda de interesse nas atividades e diminuição de energia. Embora os sintomas sejam comuns, se diagnostica uma pessoa com transtorno depressivo, quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por pelo menos duas semanas.

Independente de sexo e idade, a depressão é mais alta entre indivíduos com menor renda, aqueles com menor grau de instrução educacional e os que estão desempregados ou recentemente divorciado ou separado. A idade também desempenha um papel na depressão, que ao contrário de outros transtornos, a depressão é encontrada ao longo da duração da vida, tendo a incidência de pico por volta dos 40 anos e também nas idades mais avançadas (HOLMES, 2001).

5.1.2 Transtorno Bipolar

O Transtorno do Humor Bipolar (THB) é uma doença recorrente, grave e, por vezes, crônica, que afeta aproximadamente 1,5 % da população e caracteriza-se pela presença de episódios de mania e depressão (KAPCZINKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004). Segundo os mesmos autores, o THB afeta igualmente, homens e mulheres em todo o mundo, e está associado com o alto índice de suicídio. Estima-se que aproximadamente 15% dos pacientes com esse transtorno comentem suicídio.

O THB tem uma idade de início precoce. Observou-se que entre 20 e 42%

das pessoas afetadas, apresentam sintomas pela primeira vez antes dos 20 anos. A mania é caracterizada por elevação, euforia e uma sensação de bem-estar embelezado, que é rapidamente reduzido à raiva e hostilidade quando a pessoa é contrariada (KAPLAN; SADOCK, 1999).

A causa das oscilações do humor característica do transtorno é desconhecida, possui componente familiar forte e estudos genéticos identificam pelo menos três ligações possíveis com diferentes cromossomos (KATZUNG, 2010).

Por ser uma doença de diferentes fases: mania, depressão e eutímia, o tratamento com indivíduo bipolar é altamente complexo, pois cada fase envolve estratégias distintas para o seu controle (CHENIAUX, 2011). Entretanto, o tratamento do distúrbio bipolar aumentou muito nos últimos anos, devido ao maior reconhecimento do distúrbio e também pelo aumento do número de medicamentos disponíveis para o tratamento, aprovado pelo Food and Drugs Administration (FDA) (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

5.1.3 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das mais graves doenças neuropsiquiátricas e atinge aproximadamente 1 % da população mundial, independentemente de cultura, riqueza, saúde ou educação (KAPCZINKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004).

Esse distúrbio mental é um tipo particular de psicose e se caracteriza por ilusões, alucinações e distúrbios de fala ou pensamento (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

Os diferentes sintomas de esquizofrenia parecem ser resultado do mau funcionamento de diferentes circuitos neuronais. Segundo Rang, Dale e Ritter (2012), os principais neurotransmissores envolvidos na patogênese da esquizofrenia são a dopamina e o glutamato.

Os sintomas devem estar presentes por um tempo suficiente e causar um prejuízo no funcionamento do indivíduo. São divididos em três categorias: *sintomas positivos*: características que os pacientes possuem e que são ausentes em indivíduos saudáveis; *sintomas negativos*: características do funcionamento de indivíduos normais que os esquizofrênicos não possuem e os sintomas de *desorganização*: características presentes em indivíduos normais e em esquizofrênicos, porém de uma forma diferente e mais caótica (KAPCZINKI;

QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004).

A doença geralmente inicia no final da adolescência ou início da fase adulta, e é um distúrbio crônico e incapacitante (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010). Existem evidências de que a esquizofrenia possui um forte componente genético de 50 a 75 %, mas fatores ambientais também possuem papel importante no desenvolvimento da doença (KAPCZINKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004).

Segundo o relatório mundial de saúde, estudos mostraram que 30 % dos pacientes diagnosticados com esse transtorno haviam tentado suicídio pelo menos uma vez durante a vida e aproximadamente 10 % dos indivíduos com esquizofrenia, morrem em virtude do suicídio.

5.1.4 Epilepsia

A epilepsia é um problema de saúde cuja prevalência está entre 5 a 10 casos a cada 10.000 pessoas em países desenvolvidos, podendo ser maior em países em desenvolvimento, sendo a segunda causa de incapacidade mental (KAPCZINKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004). Cerca de 10% da população tem pelo menos uma convulsão durante a vida (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

Para Finkel, Cubeddu e Clark (2010), a epilepsia não é uma entidade isolada, mas um conjunto de diferentes tipos de convulsões e síndromes originadas por vários mecanismos que têm em comum a descarga repentina, excessiva e sincronizada dos neurônios cerebrais.

Nos EUA, afeta aproximadamente 2,5 milhões de pessoas e foram identificadas mais de 40 formas distintas de epilepsia. Acredita-se que as crises epiléticas originem-se do córtex cerebral, e não de outras estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC) (GOODMAN; GILMAN; BRUNTON , 2006)

As crises são classificadas em dois grupos gerais: *parciais* (ou focais) e *generalizadas*, de acordo pelo local de origem, etiologia, correlação eletrofisiológica e apresentação clínica (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

As substâncias que afetam a mente e o comportamento tem atraído a atenção do homem desde o início do registro da história, ou seja, uso de fármacos psicoativos faz parte da natureza do homem (REMINGTON, 2012).

Os medicamentos psicotrópicos (*psique* = mente, *topos* = alteração), são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central (SNC), que afetam o humor e o comportamento, sendo classificados segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolítico e hipnóticos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivo e anticonvulsivantes. Na prática o uso dos fármacos na doença psiquiátrica frequentemente mistura as categorias terapêuticas. (RANG; DALE; RITTER, 2012).

Segundo Remington (2012), mais de 1500 compostos classificados como medicamentos psicoativos ou psicotrópicos já foram descritos, e cerca de 20% de todas as prescrições feitas nos EUA são de medicamentos que visam a modificar os processos mentais e comportamentais.

No município referente ao estudo são fornecidos 15 diferentes fármacos, em diferentes formas farmacêuticas, pertencentes ao elenco da saúde mental e se encontram listados abaixo de acordo com seus grupos terapêuticos:

- a) Antidepressivos: amitriptilina, fluoxetina e imipramina;
- b) Ansiolíticos: clonazepam e diazepam;
- c) Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína, fenobarbital e ácido valpróico;
- d) Antipsicóticos: biperideno, clorpromazina, haloperidol e levomepromazina;
- e) Estabilizador de humor: carbonato de lítio.

6.1 FARMÁCOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

Os fármacos ansiolíticos e hipnóticos são também conhecidos como sedativo-hipnóticos, pois, o mesmo fármaco pode exercer ambas as funções (sedativo e hipnótico) dependendo do método de uso e da dose empregada. Em doses elevadas são utilizados também para induzir a anestesia cirúrgica (OLIVEIRA, 2012).

Para Range, Dale e Ritter (2012), as principais classes destes fármacos

correspondem aos benzodiazepínicos, e outros fármacos hipnóticos não benzodiazepínicos e não barbitúricos, sendo a classe dos benzodiazepínicos, mais utilizada no tratamento da ansiedade e da insônia.

6.1.1 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 a 3% de toda a população ocidental, já o tenha consumido regularmente por mais de um ano (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004). No Brasil, estima-se que 1,6 % da população adulta é usuária crônica de benzodiazepínicos, independente do seu grau de desenvolvimento econômico e de centros urbanos ou rurais (FIRMINO et al., 2011). Atuam seletivamente nos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) que medeiam à transmissão sináptica inibitória em todo o SNC, obtendo assim, os principais efeitos desta classe, como: redução da ansiedade e a agressividade, sedação e indução do sono, redução do tono muscular e da coordenação, efeito anticonvulsivante e amnésia anterógrada (RANG; DALE; RITTER, 2012).

A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contra-indicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência (FIRMINO et al., 2011).

6.2 FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS

Os termos antipsicóticos e neurolépticos têm sido usados para denotar um grupo de fármacos usado para tratar a esquizofrenia, mas também são eficazes em algumas outras psicoses e estados de agitação (KATZUNG, 2010).

Existem mais de 30 fármacos antipsicóticos diferentes para o uso clínico, mas, com certas exceções, as diferenças entre eles são pequenas (RANG; DALE; RITTER, 2012). Traça-se uma distinção entre os fármacos que foram originalmente desenvolvidos, muitas vezes denominados antipsicóticos de *primeira geração/típicos*, e os desenvolvidos recentemente (REMINGTON, 2012).

Embora os antipsicóticos tenham tido um impacto revolucionário benéfico na prática clínica e psiquiátrica, é importante ressaltar seus perfis de segurança, principalmente os efeitos adversos dos fármacos neurolépticos típicos/antigos

(GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2006).

6.2.1 Primeira geração ou Típicos

São antagonistas da dopamina e seu efeito resulta na diminuição dos sintomas positivos (alucinações, delírios e desorganização do pensamento) e na produção de efeitos colaterais, principalmente os efeitos extrapiramidais. Também causam distúrbios de movimento tanto a curto quanto a longo prazo, sendo um dos principais fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento farmacológico. Os principais medicamentos usados são a clorpromazina e o haloperidol (GIACON; GALERA, 2006).

6.2.2 Segunda geração ou Atípicos

Os agentes antipsicóticos atípicos são efetivos contra os sintomas negativos da esquizofrenia (assim como os sintomas positivos), também possuem um espectro de efeitos adversos menores quando comparados os antipsicóticos atípicos, tendo assim uma eficácia mais alta e melhores taxas de adesão (REMINGTON, 2012).

Agem farmacologicamente inibindo receptores de dopamina e serotonina e os principais medicamentos desta classe são clozapina, risperidona e olanzapina. Os antipsicóticos de nova geração vêm substituindo os demais, no tratamento esquizofrênico, devido à possibilidade do uso de doses mais baixas (GIACON; GALERA, 2006).

6.3 FARMÁCOS ANTIDEPRESSIVOS

O advento de medicamentos antidepressivos tornou a depressão um problema médico passível de tratamento. Nas últimas cinco décadas, a psicofarmacologia da depressão evoluiu muito e rapidamente. Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com a estrutura química ou as propriedades farmacológicas (MORENO; HUPFELD; SOARES, 1999).

Os antidepressivos aliviam os sintomas depressivos, pois produzem aumento na concentração de neurotransmissores na fenda sináptica através da

inibição do metabolismo, bloqueio de recaptura neuronal ou atuação em auto receptores pré-sinápticos (REMINGTON, 2012). A maioria dos fármacos antidepressivos úteis clinicamente potencializa, direta ou indiretamente, as ações da norepinefrina e/ou serotonina no cérebro, evidenciando a teoria das aminas biogênicas, que propõe que a depressão se deve pela deficiência das monoaminas em locais-chaves do cérebro. A teoria prevê que a mania é causada por produção excessiva desses neurotransmissores (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

Os medicamentos empregados no tratamento de distúrbios depressivos podem ser classificados em: (RANG; DALE; RITTER, 2012) (GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2006)

a) Inibidores da captura de monoaminas:

- inibidores seletivos da recaptura da serotonina. (ISRS)
 - * Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram e fluvoxamina.
- Inibidores da captação de serotonina e norepinefrina (tricíclicos)
 - * Imipramina, amitriptilina, clomipramina, doxepina.
- inibidores mais recentes e misturados da norepinefrina e serotonina.
 - * venlafaxina, duloxetina, milnaciprano.
- inibidores da captação de norepinefrina
 - * Bupropiona.

b) Antagonistas do receptor da monoamina

- * Mirtazapina, trazadona, mianserina, nefazodona.

c) Inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs)

- Inibidores irreversíveis não competitivos
 - * Fenelzina e trancilcipromina
- Inibidores reversíveis seletivos.
 - * moclobemida, brofaromina, toloxatona

Os efeitos terapêuticos das drogas antidepressivas sobre o humor necessitam de administração contínua por pelo menos quatro a seis semanas antes de se tornarem evidentes (GRAEFF; GUIMARÃES, 2005).

6.4 FARMÁCOS ANTIEPILÉPTICOS

Os agentes farmacológicos em uso clínico atual inibem as crises convulsivas, portanto, são denominados anticonvulsivantes (GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2006).

Segundo Range, Dale e Ritter (2012), o termo antiepiléptico é usado como sinônimo de anticonvulsivante, para descrever fármacos usados para o tratamento da epilepsia. Os mecanismos de ação dos anticonvulsivantes atualmente comercializados não são completamente entendidos (REMINGTON, 2012).

Os antiepilépticos são inteiramente eficazes para controlar convulsões em 50-80% dos pacientes epiléticos. Estes precisam usar medicamentos continuamente por muitos anos e, portanto, é particularmente importante evitar efeitos colaterais (RANG; DALE; RITTER, 2012). Estima-se que aproximadamente 10 a 15% dos pacientes necessitem de mais de um fármaco e talvez 10% possam não alcançar controle completo dos ataques (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010.). Há claramente a necessidade de fármacos mais específicos e eficazes (RANG; DALE, RITTER, 2012).

Três mecanismos principais parecem ser importantes na ação dos antiepilépticos:

- a) Potencialização da ação do GABA (fenobarbital e benzodiazepínicos);
- b) Inibição da função dos canais de sódio (carbamazepina);
- c) Inibição da função dos canais de cálcio (valproato e clonazepam).

A escolha do tratamento farmacológico se baseia no tipo específico de crise a ser combatida, variáveis específicas do paciente e características do fármaco, incluindo custos e interações com outros fármacos (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010). Os anticonvulsivantes suprimem as crises, mas não “curam” ou “previnem” a epilepsia (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010).

7 OBJETIVOS

7.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar todos os prontuários ativos do CAPS II, analisando quais as doenças mais prevalentes e os medicamentos psicotrópicos mais utilizados pelos usuários, fazendo uma analogia das doenças e os respectivos tratamentos ofertados e levantamento da faixa etária e sexo dos usuários.

7.2 METODOLOGIA

7.2.1 Tipo de Estudo

A pesquisa teve caráter quantitativo e qualitativo.

7.2.2 População de estudo

A população analisada foi de adultos, mulheres e homens, residentes em uma cidade do sul do estado de Santa Catarina, que frequentam o CAPS II. Segundo dados do Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município é formado por 192.308 habitantes. Os parâmetros a serem avaliados incluem sexo, idade e diagnóstico médico (CID), medicamentos em uso e avaliação do tratamento farmacológico.

7.2.3 Instrumento de Pesquisa

A pesquisa foi realizada através da avaliação de 102 prontuários de usuários submetidos a tratamento em um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II). O contato com o estabelecimento foi realizado por meio do coordenador do serviço presente no estudo, sendo a ele informado o objetivo do trabalho, os materiais utilizados e o total sigilo para toda e qualquer informação obtida dos materiais. A pesquisa ocorreu entre 22 de abril até o dia 03 de maio deste mesmo ano. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa em humanos.

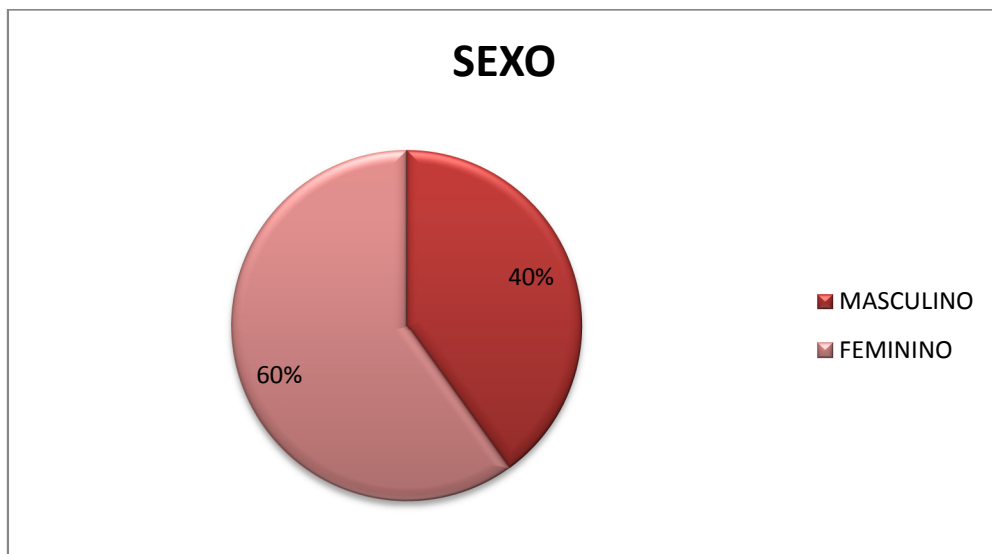
7.2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão aplicou-se a todos os pacientes submetidos a tratamento no período que se realizou a pesquisa nos CAPS II. Os critérios de exclusão foram adotados aos CAPS II ad, CAPS III e CAPS i. O CAPS II ad, se distânciava dos outros CAPS por tratar de transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). O CAPS i atende crianças e adolescente de até 18 anos e foi excluído desta pesquisa pelo fato de não possuir farmácia interna, sendo os medicamentos dispensados em outro lugar. O CAPS III ficou fora do estudo, pois no tempo previsto não foi possível fazer a coleta dos dados com os mesmos critérios utilizados na pesquisa, o que modificaria as estratégias e andamento da pesquisa.

8 RESULTADOS

Durante o período estudado foram avaliados no total de 102 prontuários de usuários sob tratamento na instituição, sendo que dentre eles 61 (59,80%) eram do sexo feminino e 41 (40,20%) do sexo masculino, conforme Figura 2.

Figura 2 - Sexo dos usuários atendidos no CAPS II de um município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 13/05/2013.



Fonte: dados da pesquisadora

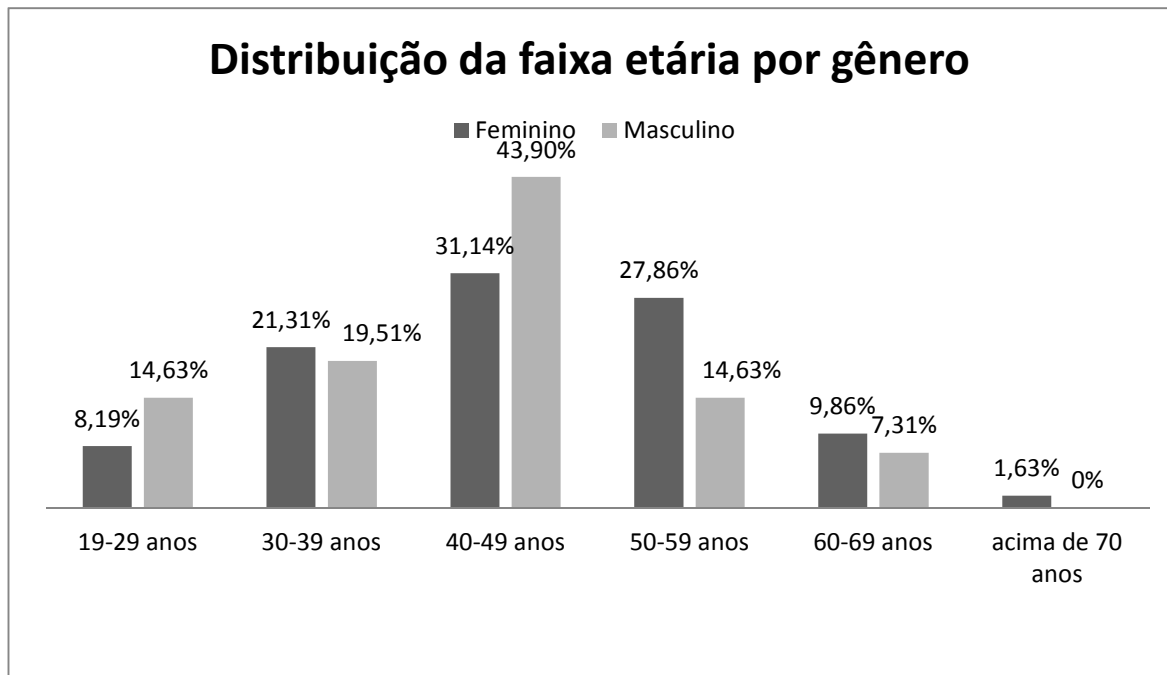
A maioria dos usuários apresentava-se na faixa etária entre 40 a 49 anos, conforma a tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Faixa etária dos usuários atendidos no CAPS II do município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Faixa etária (ano) | Número de pacientes |
|--------------------|---------------------|
| 19 a 29 | 11 (10,78%) |
| 30 a 39 | 21 (20,58%) |
| 40 a 49 | 37 (36,27%) |
| 50 a 59 | 23 (22,54%) |
| 60 a 69 | 9 (8,82%) |
| Acima de 70 | 1 (0,98%) |

Fonte: dados da pesquisadora

Figura 3 - Distribuição da faixa etária por gênero dos usuários atendidos no CAPS II de um município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

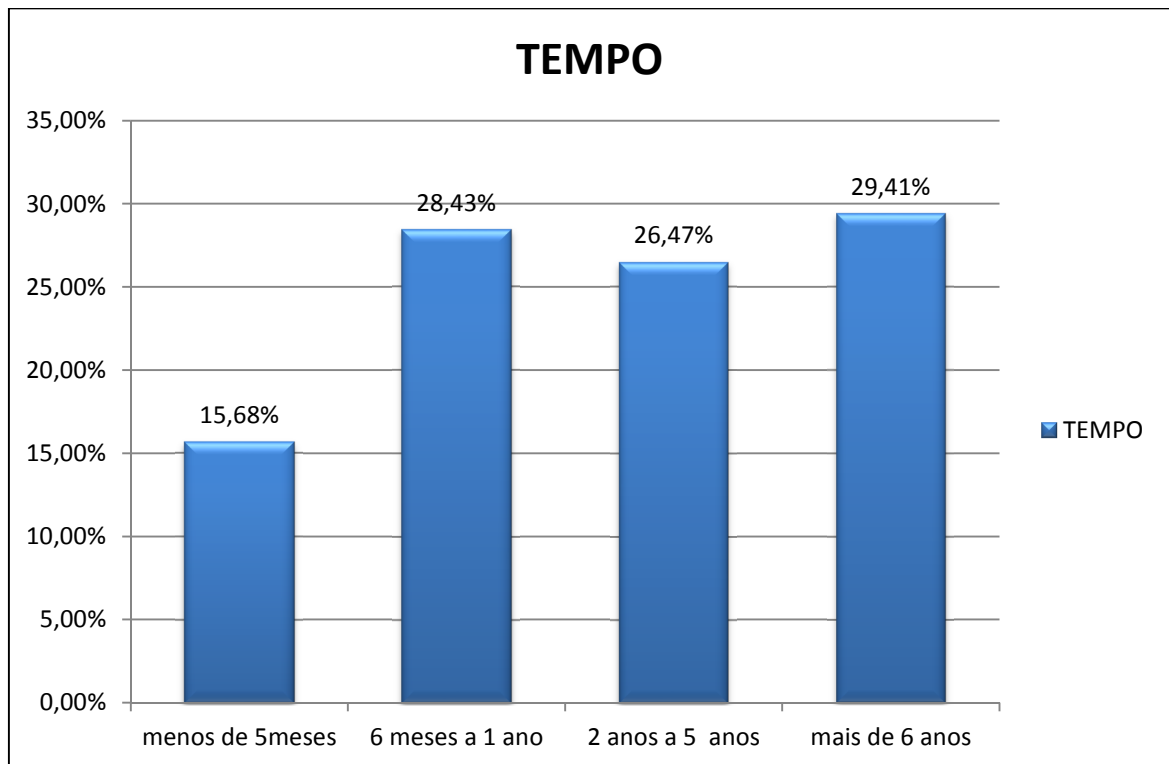


Fonte: dados da pesquisadora.

Ao se relacionar a idade com o gênero, observou-se que entre os usuários de 19 a 29 anos, 14,63% é do gênero masculino e 8,19% do gênero feminino; de 30 a 39 anos, 21,31% são do gênero feminino e 19,51% do gênero masculino; de 40 a 49 anos, 43,90% são do gênero masculino e 31,14% do gênero feminino; de 50 a 59 anos, 27,86% são do gênero feminino e 14,63% do gênero masculino; de 60 a 69 anos, 9,86% são do gênero feminino e 7,31% do gênero masculino; e acima dos 70 anos, 1,63% apenas do sexo feminino, conforme figura 3.

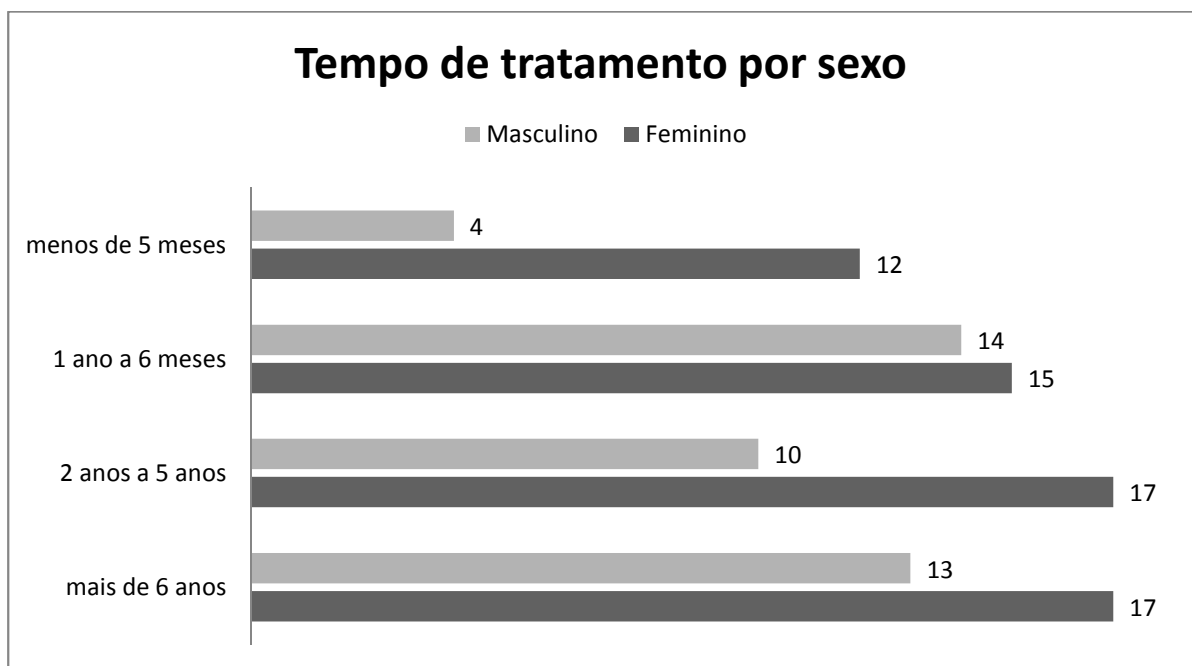
Ao se avaliar o período de tratamento, foi possível observar que no geral, os usuários são reincidentes 57 (55,88%), ou seja, já frequentaram o serviço pelo menos uma vez, contra 45 (44,11%) não reincidentes. Em relação à modalidade de tratamento, a mais encontrada entre os usuários foi semi-intensivo 42 (41,17%) seguido do intensivo 39 (38,23%) e não intensivo 21 (20,58%). O maior tempo de acompanhamento observado foi de nove anos e o menor tempo de acompanhamento foi de duas semanas. A média de tempo de tratamento mais prevalente encontrado no serviço foi mais de seis anos (Figuras 4 e 5).

Figura 4 - Tempo de tratamento de maior prevalência no CAPS II do município do sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.



Fonte: dados da pesquisadora

Figura 5 - Tempo de tratamento dos usuários, diferenciando os sexos no CAPS II do município do sul catarinense, no período de 22 /04/2013 a 03/05/2013.



Fonte: dados da pesquisadora

Ao se avaliar os prontuários, foi possível observar a presença de mais de um distúrbio para um mesmo usuário, sendo que dentre os 102 prontuários avaliados, um total de 49 apresentou diagnóstico de depressão (48,04%), seguido de esquizofrenia, de THB, de transtorno de personalidade, de retardo mental, de transtorno psicótico agudo, de transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas. (Tabela 3).

Tabela 3 - Diagnóstico dos usuários atendidos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Diagnóstico* | Número de pacientes | Feminino % | Masculino % |
|--|---------------------|------------|-------------|
| Transtorno de Depressão | 49 (48,04 %) | 81,63 | 18,36 |
| Esquizofrenia | 29 (28,43 %) | 34,48 | 65,52 |
| Transtorno Bipolar | 10 (9,80 %) | 60 | 40 |
| Transtorno de Personalidade | 6 (5,88 %) | 66,66 | 33,33 |
| Retardo Mental | 5 (4,90 %) | 20 | 80 |
| Transtorno Psicótico Agudo | 2 (1,96 %) | 100 | 0 |
| Transtorno decorrente do uso de substâncias | 1 (0,98 %) | 0 | 100 |

*Os diagnósticos apresentados são da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Obs: Alguns pacientes apresentavam distúrbios associados (não contabilizado nesta tabela)

Fonte: dados da pesquisadora

O transtorno mais encontrado no CAPS II foi a depressão com 48,04%. Os dados coletados referentes ao diagnóstico de depressão encontram-se na tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Dados coletados dos usuários com depressão atendidos no CAPS II de um município sul catarinense avaliado no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Depressão | |
|-----------------------|--------------------------|
| Faixa etária | 40 – 49 anos (48,98%) |
| Tempo de tratamento | 6 meses – 1 ano (28,57%) |
| Medicamento utilizado | Clonazepan (73,5%) |

Fonte: dados da pesquisadora

A esquizofrenia encontra-se em segundo lugar no *ranking* dos transtornos mentais mais encontrados no CAPS estudado, com 28,43%. Mais dados referente à esquizofrenia encontra-se na tabela 5.

Tabela 5 - Diagnóstico dos usuários esquizofrênicos atendidos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Esquizofrenia | |
|-----------------------|-----------------------|
| Faixa etária | 30 – 39 anos (31,03%) |
| Tempo de tratamento | 6 – 9 anos (48,27%) |
| Medicamento utilizado | Haloperidol (55,20%) |

Fonte: dados da pesquisadora

O THB aparece como o terceiro diagnóstico mais prevalente, atingindo 9,80%. Mais dados referentes aos usuários com este transtorno estão apresentados na tabela 6.

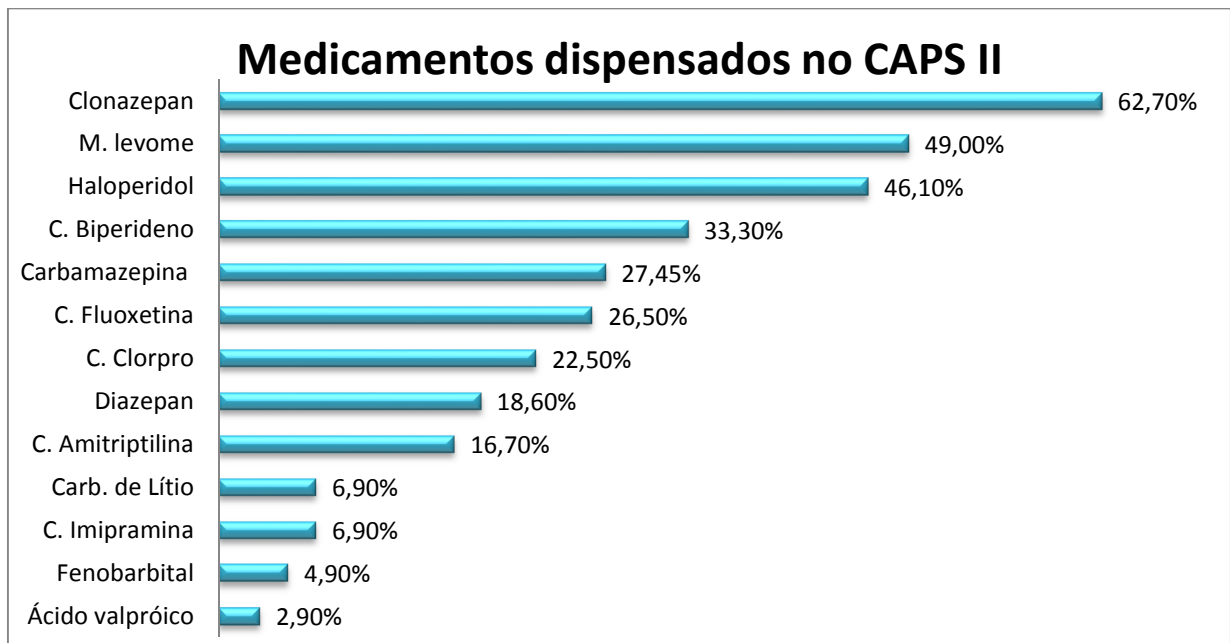
Tabela 6 - Diagnóstico de usuários bipolares atendidos no CAPSII de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Transtorno Bipolar | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Faixa etária | 40 – 49 anos (40,00%) |
| Tempo de tratamento | 6 meses – 1 ano (50,00%) |
| Medicamento utilizado | Carbonato de Lítio (80,00%) |

Fonte: dados da pesquisadora

Ao analisar os prontuários, verificou-se que os medicamentos mais prescritos pelo médico do serviço, em primeiro lugar o clonazepam, presente no tratamento de 64 usuários (62,70%), em segundo lugar o maleato de levomepromazina com 50 usuários (49,10) e em terceiro lugar haloperidol com 47 usuários (46,10%), seguido do cloridrato de biperideno com 33 usuários (33,30%). (Figura 5).

Figura 5 - Medicamentos mais prescritos no CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.



Fonte: dados da pesquisadora

Entre os medicamentos que não são fornecidos pelo serviço em primeiro lugar encontra-se a olanzapina com 5 usuários (4,90%), seguido por cloridrato de tioridazina com 4 usuários (3,90%); risperidona, cloridrato de sertralina e cloridrato de clomipramina com 2 usuários (2,00%) cada, escitalopram, cloridrato de nortriptilina e periciazina, com 1 (1,00%) usuários cada.

Tabela 7 - Categoria de psicofarmacócos utilizados pelos usuários do CAPS II de um município sul catarinense, no período de 22/04/2013 a 03/05/2013.

| Categoria de Psicofarmacócos | Frequência |
|------------------------------|-------------|
| Antidepressivos* | 53 (51,96%) |
| Antipsicóticos** | 81 (79,41%) |
| Anticonvulsivante*** | 33 (32,35%) |
| Benzodiazepínicos**** | 83 (81,37%) |

* Fluoxetina (27), amitriptilina (17), imipramina (7), **clomipramina** (2), **sertralina**, **escitalopram** e **nortriptilina** (1). ** Haloperidol (47), levomepromazina (37), clorpromazina (23), **olanzapina** (5), **tioridazina** e **risperidona** (4), **periciazina** (1) *** carbamazepina (28), fenobarbital (5), ácido valpróico (3), fenitoína (1) . **** Clonazepan (64), diazepam (19). **OBS: os pacientes são polimedicados.**

Fonte: dados da pesquisadora

9 DISCUSSÃO

Ao se avaliar o sexo dos usuários atendidos no CAPS II, constatou-se que a maioria era do sexo feminino. Um estudo sobre o perfil dos usuários de CAPS da região sul brasileira, teve maior concentração de mulheres na faixa etária adulta de meia-idade (KANTORSKI et al., 2011). Já outro estudo, mostra a prevalência do sexo masculino nos usuários atendidos nos CAPS de Pelotas/RS (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009). A maioria dos estudos chegou à conclusão de que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino (OMS, 2001). O resultado encontrado na pesquisa pode ser explicado pelo fato de que as mulheres teriam maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda, enquanto a maior parte dos homens não busca ajuda.

Segundo os dados da pesquisa, a faixa etária em que se encontra o maior número de pacientes é de 40 a 49 anos. Estudos como o de Adamoli e Azevedo (2009) e Adreoli et al. (2004), mostram que a média de idade prevalente nos CAPS é em torno de 40 e 46 anos respectivamente. Quando foi feito um levantamento da faixa etária pelo gênero, observou-se maior predominância na faixa etária inicial (19 a 29 anos) e entre 40 a 49 anos para o gênero masculino, e o aumento do gênero feminino nas demais faixas etárias, estando de acordo com a literatura científica, que pontua o início mais precoce dos transtornos mentais para homens do que para mulheres, com o aumento de casos mais tardios para as mesmas (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006)

Segundo Mello, Mello e Kohn (2007), não há nenhum estudo representativo dos índices de prevalência *versus* faixa etária, seja regional, seja nacional. Através dos estudos utilizados pelos autores, foi possível considerar que os índices de prevalência de sexo e idade não variam no Brasil e que o único fator que causa impacto é o índice dos transtornos.

O principal transtorno encontrado foi a depressão com 49 pacientes, onde 40 pacientes são do sexo feminino (81,63%) e apenas 9 do sexo masculino (18,36%). Em outro estudo realizado com os CAPS da região sul do Brasil, a depressão também apareceu em primeiro lugar, seguida de transtorno de esquizofrenia e transtorno bipolar, dados semelhantes ao desta pesquisa (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos é

a maior prevalência de depressão em mulheres que homens, como comprovado na pesquisa. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2003), as mulheres têm um risco significativamente maior de em algum momento na vida desenvolver este tipo de transtorno, sendo a frequência duas vezes maior em mulheres do que em homens. É comprovadamente a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (JORGE, 2003).

Os medicamentos utilizados para o tratamento da depressão são os medicamentos antidepressivos. O cloridrato de fluoxetina é o medicamento desta classe terapêutica mais utilizada pelos usuários do serviço. Este medicamento faz parte da classe dos antidepressivos inibidores seletivo de recaptção de serotonina (ISRS), o único desta classe disponível no serviço. Os ISRS são atualmente os antidepressivos mais prescritos, geralmente, têm uma menor incidência de efeitos adversos quando comparados com os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) (REMINGTON, 2012). Segundo Moreno, Moreno e Soares (2013), os ISRS são resultados de pesquisas para encontrar medicamentos tão eficazes quanto os antidepressivos tricíclicos, mas com poucos problemas de tolerabilidade e segurança. Para Baroza e Silva (2012), a grande demanda do uso do cloridrato de fluoxetina, é devido a seus menores índices de abandono de tratamento se comparado a outros antidepressivos. Geralmente os antidepressivos quando testados em uma grande população todos possuem a mesma eficácia, entretanto, efeitos colaterais diferentes, sendo este último o critério de escolha do medicamento (REMINGTON, 2012). Levando-se em consideração os efeitos colaterais, a utilização do antidepressivo cloridrato de fluoxetina é a melhor opção dentre os antidepressivos que são ofertados no serviço.

A esquizofrenia encontra-se em segundo lugar no *ranking* dos transtornos mentais mais encontrados no CAPS estudado, atingindo cerca de 29 pacientes (28,43%), sendo 19 pacientes do sexo masculino (65,51%) e 10 do sexo feminino (34,48%). A faixa etária mais encontrada foi dos 30 aos 39 anos (31,03%). Em relação ao tempo de tratamento dos pacientes, a pesquisa mostrou que a maioria dos pacientes já estava em tratamento por no mínimo de 6 anos. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2003), uma incidência ligeiramente mais alta de esquizofrenia foi observada em homens (JORGE, 2003). Não há relatos da faixa etária mais prevalente, apenas a idade de aparecimento em

cada gênero, homens 18 e 25 anos e mulheres 25 a 35 anos.

Os medicamentos utilizados para esquizofrenia são os antipsicóticos. No CAPS II apenas os antipsicóticos típicos são ofertados. Segundo Remington (2012), estes são efetivos apenas para as manifestações positivas da esquizofrenia, além de causar distúrbios do movimento (distúrbios extrapiramidais) tanto a curto quanto a longo prazo. Dentre os medicamentos antipsicóticos ofertados, os mais usados para o tratamento da esquizofrenia são haloperidol, o cloridrato de clorpromazina e maleato de levomepromazina, sendo que duas pessoas não faziam uso de nenhum antipsicótico. O grande número de pessoas em uso de cloridrato de biperideno ocorre por ele ser um coadjuvante no tratamento de psicoses, já que o mesmo é utilizado para aliviar sintomas extrapiramidais causados pelo haloperidol.

Segundo Abreu, Bolognesi e Rocha (2000), os efeitos adversos aparecem como principal motivo de descontinuação do tratamento. Assim, os medicamentos de segunda geração (antipsicóticos atípicos) dão grande contribuição ao paciente, pois promove a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais, (OLIVEIRA, 2000), além de serem efetivos contra sintomas negativos, assim como positivos (REMYNGTON, 2012).

Em torno de doze pessoas no total fazem uso de antipsicóticos de segunda geração, onde o mais usado é a olanzapina. Segundo Baroza e Silva (2012), em relação aos antipsicóticos e suas associações mais observadas, acredita-se que ainda se vale muito do uso do haloperidol e suas associações pelo seu custo mais baixo. Ao se avaliar o custo de medicamentos pode-se constatar que a associação de haloperidol ao cloridrato de prometazina ou do haloperidol ao cloridrato de biperideno apresenta um custo cerca de três vezes inferior ao uso de um antipsicótico mais moderno (monoterapia) que possui menos efeitos indesejáveis. Como a maioria dos antipsicóticos de segunda geração são disponibilizados pelo componente especializado do município, o tratamento dos usuários poderia ser repensado em favor do uso dos antipsicóticos atípicos, já que muitos usuários estão em tratamento com os de primeira geração há muitos anos.

O Transtorno Humor Bipolar é terceiro diagnóstico mais prevalente, atingindo 9,80% dos usuários, sendo 6 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com faixa etária dos 40 aos 49 anos, e o tempo de tratamento de seis meses a um ano. Não há diferenças de prevalência dos gêneros, sendo tanto comum em homens quanto em mulheres (JORGE, 2003).

Segundo Knapp e Isolan (2005), o transtorno bipolar pode ser tratado com várias classes de medicamentos, incluindo carbonato de lítio, anticonvulsivante, antipsicótico e antidepressivos. Na pesquisa os medicamentos mais utilizados por esse grupo de usuários foram o estabilizante de humor carbonato de lítio, os antipsicóticos, haloperidol e maleato de levomepromazina e o antiepiléptico carbamazepina. Os estabilizantes do humor são medicamentos usados com o objetivo de manter o humor estável em pacientes portadores desta patologia (SARDINHA, 2011). O carbonato de lítio é o principal representante desta classe. Nos últimos anos, as limitações e os efeitos colaterais dos sais de lítio tornaram-se cada vez mais conhecidos e intensificaram-se os esforços para encontrar agentes alternativos (GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2006). As alternativas ou adjuntos para o carbonato de lítio mais bem sucedidos até hoje são os anticonvulsivante carbamazepina e ácido valpróico (POST, 2000 apud GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2006). Os fármacos antipsicóticos também são amplamente utilizados, principalmente na fase maníaca (SARDINHA, 2011).

No CAPS II são atendidos diversos tipos de pacientes com diferentes patologias graves. Lá, os pacientes recebem tratamento farmacológico e não farmacológicos que contribuem para a evolução do tratamento. Dentro deste raciocínio, é de suma importância que os médicos e todos os profissionais envolvidos no tratamento de usuários com transtornos mentais conheçam tanto os usuários quanto os possíveis efeitos adversos dos fármacos, para que possam escolher os mais eficientes e seguro para cada usuário. Várias são as classes de medicamentos psicoativos disponíveis na terapêutica. Alguns antigos, outros mais modernos e que apresentam menos efeitos colaterais. Sendo assim, faz-se necessário a individualização do usuário na escolha de um tratamento terapêutico, a fim de se obter melhores resultados na resposta ao medicamento, bem como a adesão ao tratamento proposto (BAROZA; SILVA, 2012).

10 CONCLUSÃO

Com a avaliação dos prontuários ativos dos CAPS nos períodos de 22 de abril a 03 de maio de 2013 este estudo pode concluir que:

- a) As doenças mais prevalentes foram a Depressão, seguida de Esquizofrenia e Transtorno de Humor Bipolar;
- b) Os medicamentos psicotrópicos mais utilizados pelos usuários são clonazepam e levomepromazina;
- c) O Antidepressivo mais prescrito foi o cloridrato de fluoxetina;
- d) O antipsicótico mais prescrito foi a levomepromazina;
- e) Muitos usuários são polimedicados;
- f) O tratamento *versus* doenças e os respectivos tratamentos ofertados foi adequado;
- g) Existem medicamentos mais modernos que podem ser utilizados, que apresentam menos efeitos colaterais, auxiliando assim, na adesão ao tratamento;
- h) A faixa etária mais prevalente foi a de 40 a 49 anos;
- i) A maioria dos pacientes já frequenta o serviço há mais de seis anos;
- j) Em relação ao gênero, há mais mulheres em tratamento do que homens.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Paulo B.; BOLOGNESI, Gustavo; ROCHA, Neuza. Prevenção e tratamento dos efeitos adversos de antipsicóticos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, p.41-4, 2000.
- ADAMOLI, Angêlica Nickel; AZEVEDO, Mario Renato. Padrões de atividades físicas de pessoas com transtorno mental e comportamental. **Ciências e saúde coletiva**, v. 14, p. 243-251, 2009.
- ANDRADE, Márcia de Freitas; ANDRADE, Regina Célia Garcia de; SANTOS, Vania dos. **Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações**. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 40, n. 4, p. 471-479, 2004.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S15163322004000400004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 24 set. de 2012
- ANDRADE, Laura Helena S.G de; VIANA, Maria Carmem; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clin.**, n. 33, p. 43-54, 2006.
- ANDREOLI, Sergio Baxter et al. Utilização dos centros de atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, p. 836-844, maio-jun/2004.
- BAROZA, Pablo Sevidanes; SILVA, Denise Aparecida da. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de Atenção psicossocial (CAPS) do município de Porciúncula-RJ. **ACTA Biomédica Brasiliensia**, v.3, n.1, jun./2012.
- BATISTA, Cynthia M.F. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador**.2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de São João Del rei, São João Del rei.
- BONFANTE, Douglas C.**Reforma psiquiátrica e os trabalhos do CAPS**. 2009. 43 f. TCC (Graduação em Psicologia). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 9. **Informativo Eletrônico**, Brasília, ano VI, n. 9. Jul./2011.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001., Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 out. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10. **Informativo Eletrônico**. Brasília, ano VII, n. 10. Mar./2012. . Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2013.

CHENIAUX, Elie. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2011.

ESPIRITO SANTO. Secretária do Estado da Saúde. **Diretrizes da Saúde Mental**. Vitória, 2008. 172 p.

FINKEL, Richard; CUBEDDU, Luigi X.; CLARK, Michelle Alexia. **Farmacologia ilustrada**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 556 p.

FIRMINO, Karleyla Fassarela et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, Jun./2011.

GELDER, Michael G.; MAYOU, Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 309 p.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, jun./2006 .

GONÇALVES, Alda Martins; SENNA, Roseli Rosângela de. A reforma psiquiátrica no

Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am, USP**, março. 2001.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007>. Acesso em: 26 set. 2012.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 51-58, 2012.

GOODMAN, Louis Sanford,; GILMAN, Alfred,; BRUNTON, Laurence L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. 1821 p.

GRAEFF, Frederico G.; GUIMARÃES, Francisco Silveira. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. 238 p.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 565 p.

JORGE, Miguel R. (Coord.). **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 880 p

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan Antônio. **Bases biológicas dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 503 p.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Descrição de oferta e consumo de psicofarmacos em centros de atenção psicossocial na região sul brasileira. **Rev. Esc. USP**. São Paulo, mar./2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a29.pdf> > Acesso em: 02 de abr. de 2013.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 3 v.

KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. Abordagens psicoterápicas no Transtorno Bipolar. **Rev. Psiq.Clin.**, v.32, p.98-104, 2005.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria Institucional: do Hospício á Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006. 226p.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. . **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207p.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatria.**, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, Irismar de. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. **Rev. Bras. Psiquiatria**, p.38-40, 2000.

OLIVEIRA, Daniela Rodrigues de. **Psicofarmacologia da ansiedade e insônia: Ansiolíticos e Hipnóticos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Caracas: reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Caracas; 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental nova concepção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso 12 out. 2012.

RANG, H. P.; DALE, M. Maureen. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 778p.

REMGINGTON, Joseph P. **Remington: a ciência e a prática da farmácia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 2208 p.

ROEDER, Maika Arno. **Atividade física, Saúde mental & Qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 365p.

SANTA CATARINA - Divisão de política de Saúde Mental. **Plano Operativo estadual de saúde mental**. Florianópolis, SC, 2008.

SÃO PAULO - Conselho Regional de Medicina do Estado de. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial**. São Paulo, 2010. p. 104.

SARDINHA, Aline. **Psicofarmacologia**: estabilizadores de humor. Rio de Janeiro: shape, 2011.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, mar./2008.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_arttex.

Acesso em: 26 set. 2012.

VELASCO, Paulo Miguel. **Depressão e transtornos mentas**: tudo o que você deve e precisa saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. 244 p.