

Contextualização da saúde mental no brasil associada ao tratamento farmacológico com antipsicóticos

Contextualization of mental health in brazil associated with pharmacological treatment of antipsychotics

DOI:10.34119/bjhrv4n1-162

Recebimento dos originais: 11/12/2020

Aceitação para publicação: 25/01/2021

Windson Hebert Araújo Soares

Farmacêutico Residente Multiprofissional em Cuidado Humanizado da Criança e do Adolescente pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia, BH - MG, 30130- 100

E-mail: soareswindson@gmail.com

Juliana de Souza Lima Coutinho

Enfermeira Residente Multiprofissional em Saúde do Idoso

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia, BH - MG, 30130- 100

E-mail: jslcoutinho@gmail.com

Gean Lucas de Araújo Alves

Farmacêutico - Técnico Superior de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Belo Horizonte

Endereço: Avenida Afonso Pena, Nº 2.336 - Savassi, BH - MG, 30.130-012

E-mail: araujoalves.gean@gmail.com/gean.lucas@pbh.gov.br

Kézia Elizama Alves Moura

Farmacêutica Residente Multiprofissional em Cuidado Humanizado da Criança e do Adolescente pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia, BH - MG, 30130- 100

E-mail: keziamourafarmaceutica@gmail.com

Débora Cristina Aquino

Farmacêutica - Hospital Risoleta Tolentino Neves

Endereço: R. das Gabirobas, 1 - Vila Cloris, Belo Horizonte - MG, 31744-012

E-mail: deboracristina.aquino@gmail.com

Naycelle Aparecida Gomes Ribeiro

Nutricionista Residente Multiprofissional em Cuidado Humanizado da Criança e do Adolescente pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia, BH - MG, 30130- 100

E-mail: naycellegribeiro@gmail.com

Marina Gois Pereira Leite Silva

Farmacêutica

Escola de Farmácia - Universidade Federal de Ouro Preto

Endereço: R. Diogo de Vasconcelos, 112- Pilar, Ouro Preto-MG, 35400-000

E-mail: goismarina@yahoo.com.br

Isabella Letícia de Pádua Cruz e Souza

Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde do Idoso

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia, BH - MG, 30130- 100

RESUMO

Este artigo teve como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica da literatura científica sobre a assistência aos transtornos mentais severos e persistentes antes prestados nos hospícios, e que foram sendo substituídos para os Centros de Atenção Psicossocial, proporcionando a substituição do modelo centrado na internação hospitalar, para um modelo de cuidado clínico diário que promova a inserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais. Neste contexto, o presente trabalho espera construir uma visão ampla e específica sobre os serviços substitutivos aos modelo hospitalocêntrico, que compõe uma terapia associado ao tratamento medicamentoso, visto que o uso do medicamento gera uma grande influência na vida destes usuários.

Palavras-Chaves: Reforma Psiquiátrica, Caps, Antipsicóticos Típicos, Antipsicóticos Atípicos, Saúde Mental.

ABSTRACT

This article aimed to present a bibliographic review of the scientific literature on the care of severe and persistent mental disorders previously provided in hospices, and which were being replaced for psychosocial care centers, providing the replacement of the model centered on hospitalization, for a model of daily clinical care that promotes the social insertion of patients with mental disorders. In this context, the present work hopes to build a broad and specific view of the services substitutive to the hospital-centered model, which composes a therapy associated with drug treatment, since the use of the drug generates a great influence on the lives of these users.

keyword: Psychiatric Reform, Caps, Typical Antipsychotics, Atypical Antipsychotics, Mental Health.

1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

O adoecimento psíquico é um problema de saúde pública, que foi amplamente ignorado no Brasil no decorrer dos séculos e que afeta indivíduos em todo o mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2001a), 10% da população global

sofre de algum distúrbio mental, atingindo cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, independente do desenvolvimento econômico do país em que se vive. Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. No Brasil, aparecem cerca de 75.000 novos casos de Esquizofrenia por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes (OLIVEIRA et al, 2012).

Ao longo do tempo, o tratamento da pessoa diagnosticada com doença mental era principalmente por meio da medicalização por instituições que tinham o isolamento como o princípio terapêutico. Buscava-se afastar os loucos do convívio social. Por isto, a importância de discutir e refletir a percepção e o significado de saúde em saúde mental, pois, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou perturbações (OMS, 2001b).

Nos anos de 1940, cria-se a partir do decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, o Serviço Nacional de Doença Mental, órgão que apresentava poucas práticas no aspecto assistencial ao paciente de saúde mental e que passou a gerir toda a Política de Saúde Mental no Brasil, a qual, em 1953 passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde (SOUZA, 2009). Ainda nesta década, segundo Amarante (2006), havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados.

As décadas seguinte foram marcadas pelo excesso de pacientes internados e o surgimento de inúmeros hospitais psiquiátricos no setor privado. Segundo Messas (2008) em 1961, existiam apenas 140 hospitais com fins psiquiátricos no Brasil, destes, 54 eram públicos e 86 pertenciam à propriedade privada.

Com o golpe civil-militar em 1964, consolidou-se a privatização da assistência, contratando-se crescentes leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados. Ainda de acordo com Messas (2008), dos 340 hospitais distribuídos pelo território nacional em 1970, 277 eram privados e 63 públicos. Com isto, o número de leitos psiquiátricos subiu de três mil para quase cinquenta e seis mil segundo Amarante (2006), a saúde mental neste período se transformou em uma mercadoria devido à forte articulação com a internação asilar.

No final da década de 1970, 97% do total dos recursos da saúde mental estava destinado para pagamento da rede hospitalar privada conveniada e contratada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (AMARANTE, 1994).

Em 1979, a participação de Basaglia (psiquiatra italiano) no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, contribuiu com o debate acerca das denúncias que estavam surgindo frente aos manicômios mineiros, denúncias estas que também foram realizadas no Hospital Colônia pelo mineiro Helvécio Ratton, em seu documentário “*Em nome da razão*” (GOULART, 2010), e por Hiram Firmino, com a série de reportagens publicadas também no mesmo ano no jornal “Estado de Minas” denominadas “*Os porões da loucura*” (FIRMINO, 1982).

A partir destes acontecimentos, as mobilizações da sociedade foram fundamentais para repensar a assistência psiquiátrica presente nesta época de ditadura militar (SOUZA, 2009). As reivindicações sociais contribuíram para o processo de redemocratização do Brasil, através da construção de um pensamento crítico a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, e contribuindo para o início do movimento de desinstitucionalização da psiquiatria.

2 MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A temática política e social sobre o processo da Reforma Psiquiátrica (RP) foi impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) designado como primeiro movimento de reivindicações e luta popular na área da saúde mental brasileira e que foi constituído significativamente por médicos que assumiram uma postura crítica em relação as denúncias de violência nos manicômios, da situação precária e desumana de instituições públicas, das mortes não esclarecidas, da mercantilização da loucura, dos hospitais públicos psiquiátricos com superlotação e ao modelo hospitalocêntrico da assistência as pessoas com transtornos mentais. A partir disto, colocou-se em questão a eficiência do sistema, os altos custos e a ineficiência terapêutica como o marco para o início do movimento de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1995; BRASIL 2005).

A psiquiatria neste período ampliou os atores envolvidos no processo, pertencendo à sociedade civil como um todo, e não mais apenas propriedade de profissionais, técnicos e gestores da saúde mental (OLIVEIRA, 2012).

O entendimento da RP, iniciada no final da década de 70, é referida portanto, como um conjunto de processos com princípios éticos, de inclusão, e de (re) construção da cidadania, que compila na construção de uma nova identidade social para o louco, um cidadão como todos os outros como apresenta Basaglia (2005).

Neste período da transformação de práticas, saberes, e valores sociais, tem-se a fundação do Movimento de Luta Antimanicomial em Bauru em 1987, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental trazendo o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano, no contexto político da redemocratização do país e das lutas pela revisão de marcos conceituais, o Estado de São Paulo inaugura o primeiro CAPS do Brasil (Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira) (NASCIMENTO e GALVANESE, 2009). E a partir disto, são implantados no município de Santos em São Paulo, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas (BRASIL, 1992), além da criação de cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Estas experiências passaram a ser um marco no processo da RP Brasileira, pois tratava-se das primeiras demonstrações de que a RP era possível e tinha boa aceitação popular.

A plena compreensão sobre a RP se baseia em dois pontos. O primeiro, a dimensão sócio-cultural, que traz a desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social (LIBERATO, 2011), ou seja, a percepção de um novo lugar para a loucura e, conseqüentemente, uma nova inserção social e cultural do mesmo advindos de sua relação com a sociedade. O segundo ponto, é o fortalecimento dos serviços substitutivos e assistências alternativos (LEAL, 2013).

Com a Constituição de 1988, que considerou a “saúde um direito de todos, sendo dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (artigo 196)”, é criado o Sistema Único de Saúde - SUS, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Associada a isto, a expansão contínua da discussão sobre a saúde mental, houve a sintonia conceitual para o movimento de redemocratização do país, refletindo na proposta da nova Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (PAPSB, 2018).

Em 1989, tem-se no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/89, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, caracterizando o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (MS, 2005). O projeto de lei ampliou as discussões sobre a saúde mental no país, privilegiando o oferecimento de serviços base

comunitária, dispendo proteção e direitos aos portadores de transtornos mentais (ANDRADE, 2015).

Em 1990, o Brasil e os países da América Latina marcaram o seu compromisso com a saúde mental através da assinatura da Declaração de Caracas (JORGE, 2001), comprometendo-se com a reestruturação da assistência psiquiátrica, a partir do desenvolvimento de políticas públicas e suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários.

A partir disto, surgem no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, como a portaria 336/99, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial, e a portaria 224 de 1992, que aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS (instituídos pela portaria 189 de 1991) e definiu o atendimento em saúde mental como unidades locais de atendimento intermediário entre o hospitalar e ambulatorial.

Em 24 de agosto de 1999, tem-se aprovado, a portaria n. 1.077, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, implantando o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais na área de Saúde Mental, constituindo de medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde, e sendo financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS.

Em 6 de abril de 2001, é promulgada a Lei Federal 10.216, que reforça a inclusão social de pessoas com transtornos mentais, estabelecendo uma diretriz não asilar para o funcionamento público, dispendo ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental através da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (DELGADO et al., 2007).

Após a aprovação desta lei, tem-se o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica, surgindo portanto a Política de Saúde Mental. Essa política visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (PITTA, 2011). Regulamentando assim, o fim do hospital como o único recurso de tratamento, bem como a porta de entrada, para constituir uma opção de tratamento de última instância. Sendo assim, promover o fim das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo (BRASIL, 2001).

As demais leis, portarias ministeriais, leis estaduais e municipais criadas visam aprimorar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, regulamentando o cadastramento dos hospitais para internação em Psiquiatria, criando o financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, inserindo a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, criando um subsistema de supervisão de modo a garantir um bom padrão de qualidade, dentre outras.

3 CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O CAPS é definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) como um serviço de referência do Sistema Único de Saúde, para o tratamento e acompanhamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais. Desse modo, a assistência aos transtornos mentais severos e persistentes antes prestados nos manicômios, foram sendo substituídos para os Centros de Atenção Psicossocial, proporcionando a construção e a ampliação de serviços que compõem a rede de atenção psicossocial à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 divide os CAPS nas seguintes modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD ou CAPS ADIII. Essas modalidades são definidas pela capacidade de atendimento, nível de complexidade e abrangência populacional, promovendo atendimento psicoterápico, oficinas terapêuticas, apoio às famílias e tratamento medicamentoso (MS, 2002).

Assim, considera-se que o CAPS I dá resposta a um município de 20.000 a 70.000 habitantes, o CAPS II são centros de médio porte e atendem os municípios com uma população acima de 70.000 habitantes e o CAPS III atende cidades ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes. Os CAPSi são centros especializados em atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Os CAPS AD e ADIII são especializados para usuários com transtorno decorrentes do uso e dependência de substâncias como álcool e outras drogas, atendendo respectivamente cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes e 150 mil habitantes (BRASIL, 2002).

Conforme dados do Ministério da Saúde, em 1998 haviam 148 CAPS habilitados no Brasil, expandindo-se gradualmente e chegando a 2209 em 2014.

Segundo dados atuais do Ministério da Saúde, em julho de 2017, tem-se registrado na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), um total de 2341 CAPS habilitados em funcionamento em todo o Brasil. Vislumbrando portanto, a expansão gradual dos serviços em todo o território brasileiro ao longo dos anos.

O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença mental, contribuindo dessa forma, para o objetivo principal do CAPS, que é a reintegração dos pacientes que sofrem com transtornos mentais à sociedade por meio do oferecimento de cuidados clínicos, evitando assim a exclusão social dos mesmos por meio de internações desnecessárias (LEITE et al., 2016; LUZIO & YASUI, 2010; SOARES et al., 2020).

Nestes Centros de Atenção Psicossocial, o medicamento atua como um instrumento eficiente para o manejo das perturbações sintomáticas, a remissão da psicose, o prolongamento do manejo clínico adquirido, e além de evitar recaídas e surtos para o paciente (SOARES et al., 2020).

4 ABORDAGEM MEDICAMENTOSA À SAÚDE MENTAL

Os fármacos utilizados no manejo da psicose são frequentemente denominados neurolépticos ou antipsicóticos (GOLAN, 2009) e para obtenção do medicamento gratuitamente, tem-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Dentre as classes farmacológicas presentes na RENAME, encontram-se os antipsicóticos primários ou típicos, presentes na Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de cada município. Já os antipsicóticos atípicos, estão presentes na Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado.

A dopamina é um neurotransmissor sintetizado a partir da tirosina no citoplasma do neurônio. Os receptores para a dopamina estão presentes tanto na membrana pós-sináptica, quanto na pré-sináptica, são receptores acoplados a proteína G, com sete domínios transmembrana, e podem ser divididos em dois grupos: D1 (D1 e D5) e D2 (D2, D3 e D4), ambos são pós-sinápticos e são classificados de acordo com as similaridades estruturais. A ação dos antipsicóticos deve-se, principalmente, ao antagonismo de receptores de dopamina D2, cujo mecanismo de ação é a inibição da enzima adenilato ciclase, e conseqüentemente, a síntese de AMP cíclico, bloqueando o efeito da dopamina endógena (GOLAN, 2009; MOREIRA, 2007).

Segundo o modelo dopaminérgico mais comumente empregados na esquizofrenia, os sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações na fala, entre outros), são em hipótese modulados por circuitos mesolímbicos disfuncionais e seriam decorrentes de uma atividade excessiva ou desregulada de dopamina em receptores D2 no núcleo acúmbens visto que, ela tem papel regulador proeminente (BRESSAN 2001; GOLAN, 2009). Enquanto os sintomas negativos (apatia, anedonia, prejuízo na concentração, na memória e na atenção, déficits motores, dificuldade social, entre outros) estão associados a circuitos mesocorticais disfuncionais e seriam decorrentes de uma redução na ativação de receptores dopaminérgicos no córtex frontal, visto que, este é responsável pela atenção, planejamento e comportamento motivado (KAPUR S, 2003;2004).

Os neurolépticos mais antigos, conhecidos como típicos ou convencionais, tem ação principalmente nos receptores D2 em todas as vias dopaminérgicas do SNC, e apresentam janela terapêutica estreita, exigindo cautela na prescrição e no uso (FERREIRA, 2016). Destes medicamentos, alguns estão presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Estes são bastante eficazes (tanto quanto antipsicóticos atípicos) no tratamento do que chamamos sintomas psicóticos positivos (delírios e alucinações). Podem ser de alta, média e baixa potência. Os de baixa potência (ex.: levomepromazina, clorpromazina, cloridrato de tioridazina), tendem a ser mais sedativos e a provocarem maior ganho de peso, entre outros problemas. Os de alta potência (ex.: haloperidol, trifluoperazina) causam mais efeitos motores (lentificação da marcha ou do discurso).

Os antipsicóticos atípicos, por sua vez, são mais recentes, possuem eficácia semelhante aos antipsicóticos típicos e produzem efeitos adversos diferentes, apresentando menor probabilidade de ocasionar sintomas extrapiramidais e costumam ser melhores tolerados (OLIVEIRA, 2000). São indicados em casos especiais, em que haja sintomas negativos, refratariedade ou intolerância ao tratamento com os antipsicóticos típicos (WANNAMACHER, 2004).

Dos antipsicóticos atípicos presentes na RENAME, habitualmente tem-se presentes na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado os comprimidos orais de: clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Sua eficácia é semelhante aos típicos em termos de sintomas positivos, e são mais efetivos no tratamento dos sintomas “negativos” da esquizofrenia.

Meltzer e seus colaboradores, em 1989, propuseram que: a afinidade pelos receptores D2 seria necessária para o efeito antipsicótico, mas uma afinidade menor pelos receptores D2 e uma afinidade maior pelos receptores serotoninérgicos, noradrenérgicos, histaminérgicos e colinérgicos, onde atuam como antagonistas, conferem a um antipsicótico o caráter de atípico, e colabora para a menor probabilidade da ocorrência de sintomas extrapiramidais dos antipsicóticos típicos (SCHMITZ, 2015), pois estes fármacos se ligam de maneira mais transitória aos receptores D2 de dopamina do que os típicos.

Estas medicações, melhoram a adesão do paciente ao tratamento, devido às melhores respostas nos sintomas negativos, principalmente por terem menores efeitos colaterais, adversos, e com isto, prevenindo as recaídas (OJOPI et al., 2003; SOARES et al., 2020), embora promovam também aumento de peso considerável e alterações metabólicas, como as dislipidemias, síndrome metabólica e diabetes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência aos transtornos mentais severos e persistentes antes prestados nos hospícios, foram sendo substituídos para os Centros de Atenção Psicossocial, proporcionando a substituição do modelo centrado na internação hospitalar, para um modelo de cuidado clínico diário.

O modelo de atenção oferecido pelo CAPS, promove a reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais através de atividades de prevenção e controle no manejo dos transtornos em saúde mental.

Neste contexto, o presente trabalho espera construir uma visão ampla e específica sobre os serviços substitutivos aos modelo hospitalocêntrico, que compõe uma terapia associado ao tratamento medicamentoso, visto que o uso do medicamento gera uma grande influência na qualidade de vida destes usuários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. T. M. *Análise da Gestão da Política de Saúde Mental: Um estudo documentado na cidade de Campina Grande - PB*. Trabalho de Conclusão de curso Especialista em Gestão Pública – UEPB. Pernambuco. 56p.2015.

AMARANTE, P. *Asilos, alienados, alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil*. In: AMARANTE, Paulo. et al, Orgs. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente & Cérebro*. São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

BASAGLIA, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.

BRESSAN, Rodrigo A; BIGLIANI, Valeria; PILOWSKY, Lyn S. *Neuroimagem de receptores D2 de dopamina na esquizofrenia*. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 23, supl. 1, p. 46-49, May 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000500014&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 que *estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental*. In: Conselho Regional de Psicologia 6ª região/SP. *Trancar não é tratar: liberdade: o melhor remédio*. 2.ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997. p.42-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001a. *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, 9 abril 2001. Disponível em: <<http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. *Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional*. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*.

[Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>.

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. 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, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de apoio à Gestão Estratégica*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; et al. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

FERREIRA, T. J. N. *Utilização de antipsicóticos na esquizofrenia em diferentes espaços assistenciais da saúde mental*. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.7 n.1 17-20 jan./mar. 2016.

FIRMINO, H. *Nos Porões da Loucura*. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.

GOLAN, David E. *Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GOULART, Maria Estela Brandão. *Em Nome da Razão: Quando a Arte Faz História*. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2010; 20(1): p. 36-41.

JORGE, Miguel R; FRANCA, Josimar MF. *A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, Mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000100002&lng=en&nrm=iso>.

KAPUR S. *Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am J Psychiatry 2003; 160: 13-23.

KAPUR S. *How antipsychotics become anti-“psychotic” – from dopamine to salience to psychosis*. Trends Pharmacol Sci 2004; 25: 402-6.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. *Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. Aletheia, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>.

LEITE, Lara Oliveira de Brito et al. *Os principais medicamentos prescritos em centros de apoio psicossocial – CAPS. INTESA – Informativo Técnico do Semiárido, Pombal-PB*, v 10, n 2, p 76 - 91, Jul - dez , 2016.

LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti. *A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia da atenção psicossocial*. 2011. 201f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. *Além das portarias: desafios da política de saúde mental*. *Psicologia em Estudo* [en linea] 2010, 15 (Marzo-Sin mes). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122130003>>.

MELTZER HY, Matsubara S, Lee JC. *Classification of typical and atypical antipsychotic drugs on the basis of dopamine D-1, D-2 and serotonin-2 pKi values*. *J Pharmacol Exp Ther* 1989; 251: 238-46.

MESSAS, Guilherme Peres. *O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], vol.15, n.1, pp. 65-98, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/05.pdf>>.

MOREIRA, FA; GUIMARÃES, FS. *Mechanisms of antipsychotic medications: dopaminergic hypotheses*. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40 (1): 63-71.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. *Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP*. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, supl. 1, p. 8-15, Aug. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800003&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Irismar R. *Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico*. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 22, supl. 1, p. 38-40, May 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500013&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. *Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas*, SC. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis*, v.4 , n.9, p.52-71 ,2012.

OLIVEIRA, R.M., FACINA, P.C.B.R., JUNIOR, A.C.S. *A realidade do viver com esquizofrenia*. *Rev Bras Enferm, Brasilia* 2012 Mar/Abr; 65(2):309-16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001a). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. OMS; 2001a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001b). *Relatório Mundial da Saúde – A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública*. Disponível em:<http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf>.

OJOPI, E. P. B.; GREGORIO, S. P.; GUIMARAES, P. E. M.; FRIDMAN, C.; DIAS NETO, E. *O genoma humano e as perspectivas para o estudo da esquizofrenia*. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n.1, p. 9-18, 2003.

PITTA, Ana Maria Fernandes. *Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002>. PROJETO ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL. *Reforma Psiquiátrica: modelo rompeu com a "indústria da loucura*. Ano 4. Edição nº15. 2018.

SCHMITZ, Ana Paula. *Antipsicóticos atípicos versus efeito obesogênico sob a óptica da química farmacêutica*. Electronic Journal of Pharmacy, vol. XII, n. 3, p. 23-35, 2015.

SOARES, Windson Hebert Araújo et al. *Perfil dos usuários que utilizam antipsicóticos atípicos em um serviço de saúde mental de Ouro Preto - Minas Gerais*. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13728-13739, set./out. 2020. ISSN 2595-6825

SOUZA, Jamila Ana de. *Prática profissional do assistente social dentro da equipe multiprofissional de saúde mental no município de Florianópolis*. 2009. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

WANNAMACHER, Lenita et al. Novembro de 2004. *Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros?*. Uso racional de medicamentos: Temas selecionados, nº12, 6p. 2004.