

Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial.

Medicalization of mental health: Analysis of prescriptions for psychiatric drugs in a psychosocial care service.

Jaciane Araújo Cavalcante¹, Gessi Carvalho de Araujo Santos², Domingos de Oliveira³, Fernanda Vieira Nascimento⁴, Ricardo Rodrigues Goulart⁵, Débora Cirqueira Vieira Okabaishi⁶.

RESUMO

O objetivo foi conhecer e analisar as prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial, localizado na região norte do Brasil, relacionando-as com a adesão ao tratamento psicossocial proposto, com base nas observações do ambiente e análise dos prontuários. Foram analisados 246 prontuários de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves ou recorrentes. A coleta de dados ocorreu no período de abril à setembro de 2017. Proporção de usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos esteve em 56,95% e a de transtorno bipolar 21,3%. Predomínio nas prescrições de antipsicóticos e neurolépticos (33,1%), seguida dos estabilizantes de humor (18,51%), estando em consonância com os diagnósticos médicos. Evoluções multiprofissionais acerca do tratamento não medicamentoso dos usuários não ocorreram com a frequência das prescrições farmacológicas, evidenciando o paradigma biomédico existente, e pouca adesão por parte dos profissionais de ações que promovam de forma efetiva a reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; enfermagem psiquiátrica; medicalização

ABSTRACT

The objective was to know and analyze the prescriptions of psychiatric drugs in a psychosocial care service, located in the northern region of Brazil, relating them to adherence to the proposed psychosocial treatment, based on observations of the environment and analysis of medical records. 246 medical records of people diagnosed with severe or recurrent mental disorders were analyzed. Data collection took place from April to September 2017. The proportion of users with schizophrenia and other psychotic disorders was 56.95% and that of bipolar disorder was 21.3%. Predominance of prescriptions for antipsychotics and neuroleptics (33.1%), followed by mood stabilizers (18.51%), being in line with medical diagnoses. Multiprofessional developments regarding the non-drug treatment of users did not occur with the frequency of pharmacological prescriptions, evidencing the existing biomedical paradigm, and little adherence on the part of professionals in actions that effectively promote psychosocial rehabilitation.

Keywords: Mental Health Services; Psychiatric Nursing; Medicalization

¹ Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins – UFT

E-mail: cavalcante.jaciane@mail.uft.edu.br

² Enfermeira, Doutora em Ciências, docente na Universidade Federal do Tocantins, curso de medicina.

³ Enfermeiro, mestre em Enfermagem, docente na Universidade Federal do Tocantins – UFT Campus Palmas, Enfermagem

⁴ Discente do curso de Medicina na Universidade Federal do Tocantins – UFT Campus Palmas

⁵ Discente na Universidade Federal do Tocantins – UFT Campus Palmas, curso de Medicina.

⁶ Enfermeira. Docente na faculdade ITOP; Secretária estadual de saúde/ Superintendencia de Políticas de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental é caracterizado por ações que sigam os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual. Este cuidado humanizado deve proporcionar vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado (MIELKE, 2009).

A demanda do cuidado não é indicada somente para minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Envolve questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental do indivíduo, sua família e a sociedade o que norteia levando a uma complexidade de ações que ultrapassam a terapia medicamentosa (CARDOSO 2020).

A necessidade do cuidado em saúde mental vem crescendo com o aumento no surgimento dos transtornos da mente no século XXI, que continua crescendo, com impactos significativos sobre a saúde e as principais consequências sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo e aumentando a medicalização (OPAS 2018).

A medicalização é caracterizada como um processo pelo qual, problemas não médicos são tratados como problemas médicos, e chamados de doenças. Com ele mantém-se o paradigma biomédico, predominante nas sociedades ocidentais, segundo o qual a saúde é entendida como ausência de doença. Esse modelo é centrado no individualismo e na tecnologização do processo de adoecer (BEZERRA 2014).

Em oposição ao processo de medicalização a Reforma Psiquiátrica propôs uma assistência à saúde mental diferente da anterior oferecida na assistência manicomial, a qual implicou a reorganização das práticas, e avaliação nos serviços da área configurando-se uma necessidade nos últimos anos (MIELKE, 2009). Com ela também foi criada, a Rede de Atenção Psicossocial passando a integrar em 2011 o Sistema Único de Saúde, com leitos de saúde mental em hospitais gerais, e serviços extra hospitalares, os denominados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (COSTA 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos e constituem como serviços de saúde abertos, comunitários que integram o Sistema Único de Saúde tendo como objetivo de: “[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL 2002).

Devem oferecer atendimento clínico e multiprofissional, com cuidado continuado, afim de evitar internações em hospitais psiquiátricos; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Também são os articuladores estratégicos da rede, através do matriciamento e da política de saúde mental e de ações reabilitadoras psicossocialmente em um determinado território (BRASIL 2005).

Os serviços substitutivos, como os CAPS, possuem caráter reabilitador por serem serviços territorializados, que utilizam espaços na própria comunidade, fazendo com que o usuário, portador de transtorno mental, retome sua posição frente à sociedade (MIELKE, 2009).

A Rede de atenção Psicossocial também deve ofertar acesso gratuito aos medicamentos para tratamento dos transtornos mentais, e no próprio CAPS pode funcionar com uma central de distribuição de medicamentos básicos e excepcionais na região em que atua, o que varia de acordo com a decisão de cada gestor. Tal evento pode fomentar a cultura da medicalização em psiquiatria que permeia na população, aumentando as chances de todas as consultas médicas resultarem em prescrições farmacológicas (BRASIL 2005).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo conhecer e analisar as prescrições de psicofármacos em um Serviço de Atenção Psicossocial, localizado na Região Norte do Brasil, relacionando-as com a adesão ao tratamento psicossocial proposto, com base nas observações do ambiente e análise qualitativa dos prontuários durante a coleta de dados.

Esta ação foi pensada de modo a compreender como as prescrições de psicofármacos podem influenciar o tratamento de transtornos mentais graves e recorrentes diante do modelo de atenção psicossocial atual, uma vez que a cultura da medicalização ainda se mantém na população em geral e nos profissionais de saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo longitudinal retrospectivo, no qual foram coletadas as últimas prescrições medicamentosas descritas nos prontuários de pessoas admitidas no CAPS II de Palmas-TO, estes atendidos no período entre janeiro de 2010 a junho de 2016, sendo um total de 246 prontuários.

O Centro de Saúde no qual foi realizado o estudo possuía dois psiquiatras efetivos, um clínico geral (contrato) e dois residentes em psiquiatria, uma farmácia para dispensação de medicamentos dos usuários do serviço, e realizava cerca de 300 atendimentos por mês.

O local para coleta de dados foi escolhido considerando a necessidade de se obter dados locais relacionados ao atendimento para pessoas em tratamento de transtornos mentais graves e que não recebiam este suporte em outros pontos da rede de atenção à saúde do município.

Foram avaliados os seguintes indicadores: classe do transtorno mental conforme a CID 10, número médio de medicamentos prescritos e frequência.

Para sumarização dos resultados foram consideradas sempre o último relatório referente ao transtorno mental descrito nos prontuários e última prescrição documentada sendo incluídas no estudo, levando em consideração todas as prescrições que tiveram a medicação dispensada pela farmácia da instituição. Os dados foram sumarizados por análise descritiva.

Foram excluídos do estudo, prontuários que não apresentaram seguimento no tratamento (com apenas uma consulta médica), prontuários arquivados (pacientes que descontinuaram o tratamento no serviço), e alta do serviço.

Garantiu-se o sigilo acerca de qualquer informação coletada que pudesse identificar os pacientes, obedecendo aos princípios éticos norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, com parecer número 1.999.769 (BRASIL 2012).

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos sendo estes um formulário, elaborado pela pesquisadora com as variáveis necessárias para a obtenção das seguintes informações: idade, escolaridade e gênero; diagnóstico médico, componentes legais medicamentos prescritos, seu grupo farmacológico e sua via de administração.

Também foi utilizado um diário de campo, para observação sistemática do ambiente acerca da rotina da instituição e periodicidade das prescrições.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha criada para esta finalidade, por meio do programa *Excel* (2016), com resultados expressos em estatística descritiva, frequência absoluta e relativa, sendo apresentados por meio de tabelas.

A observação sistemática do ambiente, e rotina de utilização dos prontuários seguiu com o objetivo de propor mudanças futuras na rotina do serviço, considerando o olhar do

enfermeiro diante da avaliação do ambiente e que pode ou não sugerir a necessidade de intervenção da enfermagem

A análise realizada por meio da observação em campo recebeu tratamento descritivo com reflexões acerca do processo de trabalho.

3. RESULTADOS

3.1 TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Os principais transtornos mentais encontrados nos prontuários dos usuários que frequentavam o serviço foram distribuídos por classes, conforme a CID 10, considerando o último diagnóstico médico presente em prontuário. Estes foram distribuídos em frequência relativa e absoluta:

Tabela I - Classes diagnósticas encontradas em prontuários dos participantes do estudo

CID	Classe do Transtorno	Frequência	%
F32	Transtornos depressivos	32	13,0
F40	Transtornos de ansiedade	07	2,84
F31	Transtorno bipolar e outros transtornos de humor relacionados	52	21,1
F20 - F29	Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	140	56,91
F70 – F79 / F09	Transtornos do neurodesenvolvimento	09	3,6
F069/ G10	Transtornos neurocognitivos	03	1,21
F60	Transtornos de personalidade	02	0,81
F10	Transtornos pelo uso de álcool	01	0,40
Total		246	100

Na análise dos prontuários relacionada a categoria do transtorno foi observado mudança no diagnóstico médico no decorrer do tratamento, desta forma o último diagnóstico foi o descrito nos resultados apresentados.

Durante o processo de construção da hipótese diagnóstica, o médico possui deve buscar a descrição dos sintomas através do relato do paciente/familiar e a evidência de sinais pela observação clínica, bem como decifrar o significado de ambos em relação ao diagnóstico. Este separa as queixas relatadas do que realmente indica a doença,

discriminando se o sintoma referido tem como significado a doença, e que esta não se confunda, na obtenção do diagnóstico. Tal descrição ratifica-se na mudança da suspeita diagnóstica encontrada nos primeiros atendimentos mudarem durante o percurso do tratamento (PONDE 2018).

As principais classes de transtornos encontradas no estudo foram esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, com 56,9%, e em segundo lugar transtorno bipolar e outros transtornos de humor relacionados com 21,3%. Por se tratar de uma unidade voltada para o tratamento de transtornos mentais graves e recorrentes foram consideradas duas hipóteses para as classes encontradas: A primeira que usuários com Transtornos depressivos e Transtornos de ansiedade estariam obtendo tratamento em outros pontos da rede de saúde, ou que estes não estariam recebendo orientações quanto aos serviços ofertados ou onde podem encontrar ajuda em relação a sintomas potenciais.

Estas reflexões relacionam-se com dados da Organização Mundial de Saúde sobre a prevalência de transtornos de ansiedade no Brasil, que está presente em 9,3% da população, o maior número de casos de ansiedade dentre todos os países do mundo (OMS, 2018; FERNANDES 2018).

3.2 FREQUÊNCIA DAS PRESCRIÇÕES

Foram prescritos 794 medicamentos para 246 usuários do serviço. Os mais receitados, foram Haloperidol, Clonazepan, Biperideno e Risperidona, totalizando 38% do total de prescrições. As classes terapêuticas mais frequentes foram antipsicóticos e neurolépticos (33,1%), seguidas dos estabilizantes de humor (18,5%), apresentando conformidade com os diagnósticos médico descritos, inferindo concordância entre o diagnóstico e as prescrições farmacológicas.

A tabela II fornece a classificação dos fármacos utilizados prescritos em prontuários durante a coleta de dados, descrevendo o nível do sistema de classificação ATC. A classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) é a sigla para a classificação “Anatômica Terapêutico Química”, que, em conjunto com a Dose Diária Definida – DDD, formam o sistema ATC/DDD. Desde 1996, passou a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como padrão internacional para os estudos de utilização de drogas (BRASIL 2017).

Tabela II - Medicamentos prescritos e número de prescrições

Grupo ATC	Classe	Medicamentos	nº de prescrições	%
N06A	Antidepressivos	Amitriptilina (18); Nortriptilina (03); Clomipramina (01); Fluoxetina (37); Imipramina (03) Paroxetina (09); Sertralina (04); Citalopram (09), Venlafaxina (16), Bupropiona (06)	106	13,55
N05A	Antipsicóticos/ Neurolépticos	Haloperidol (87); Risperidona (68); Pipotiazina (07); Clorpromazina (31); Tioridazina (02); Clozapina (21) Levomepromazina (11); Quetiapina (32); Clopixon (02); Ziprazidona (02)	263	33,1
A03A	Anticonvulsivantes	Carbamazepina (13); Fenitoína (02); Fenobarbital (09)	24	3
N05B	Benzodiazepínicos	Bromazepan (13); Clonazepan (79); Diazepan (09); Lorazepan (02); Midazolam (26); Alprazolam (02)	131	16
N05A	Estabilizadores de humor	Lítio (53); Ácido Valpróico (52) Lamotrigina (05); Topiramato (37)	147	18,51
A04A	Anticolinérgicos Antiparkinsonianos	Biperideno (70)	70	8,8
-	Outros	Lozartana (09); Dissulfiram (01); Propanolol (11); Piracetam (02); Prometazina (17) Buspirona (04); Omeprazol (09)	53	7,04
Total			794	

4. DISCUSSÃO

4.1 MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

O processo de medicalização da sociedade traz um paradigma histórico da ‘fórmula mágica para resolução dos problemas’ em que ao se usar um psicofármaco é possível suportar de forma rápida o sofrimento psíquico. Esta cultura mantém-se presente mesmo após a transição dos manicômios ao cuidado comunitário na qual ainda prevalece o modelo médico-centrado, medicamento-centrado do cuidado no lugar de atividades passíveis de envolvimento psicossocial e terapêutico (FREITAS 2015).

Foi possível perceber similar comportamento no CAPS onde o estudo ocorreu, através da análise documental, com escassas evoluções multiprofissionais se comparadas ao

número de evoluções médicas, com seguidas prescrições farmacológicas, e registro das mudanças de psicofármacos ou passagens pela farmácia do serviço.

A medicalização em saúde mental refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas, e utiliza a prescrição de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana em curto prazo pode não parecer nociva, mas adia a necessidade de intervenção real diante de um problema que ressurgirá e que não será possível solucioná-lo somente com intervenções medicamentosas (ZANELLA 2016).

Resultados semelhantes surgem em relação as experiências dos usuários de saúde mental com o atendimento no CAPS ocorrem em outras localidades e traz reflexões sobre a discussão relacionada ao acesso institucional, ao médico e à medicação. No estudo em questão, os usuários atribuíam o cuidado em saúde mental à realização da consulta psiquiátrica e ao recebimento dos medicamentos (BEZERRA 2014).

4.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OU AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA?

Os atendimentos de saúde mental a níveis ambulatoriais devem ocorrer em um local específico para tal, sendo que o ambulatório especializado deve possuir uma equipe multiprofissional composta por diferentes categorias de profissionais especializados, cuja composição e atribuições definidas pelo órgão gestor local (BRASIL 2002B).

Os CAPS devem oferecer atendimento de cuidados intermediários, variando entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, o que significa que os atendimentos ambulatoriais não devem ocorrer dentro dos CAPS mas sim em outra unidade de atenção especializada, porém no CAPS onde ocorreu a coleta de dados, os atendimentos de ambulatório ocorriam na unidade (BRASIL 2002B).

Problema encontrado não só no local da pesquisa, mas outros serviços ambulatoriais de saúde mental, evidenciam que a dificuldade de compreensão da rede psicossocial, ocasiona inúmeros encaminhamentos da atenção básica para o ambulatório, fragilidades na estrutura organizacional do acesso, e extensa fila de espera por atendimento (PAIANO 2016).

O ambulatório de saúde mental da “Reforma” é todo serviço ambulatorial que dirige suas ações tomando como diretriz o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Ele segue a Portaria n. 224/1992, e deve oferecer atendimentos individuais e grupais, visitas

domiciliares e atividades ressocializadoras; funcionando com uma equipe multiprofissional (SANTOS 2009).

Após 50 anos da criação e disseminação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) produzido pela American Psychiatric Association dos Estados Unidos (APA), existe a dificuldade entre profissionais do serviço em lidarem com um sistema de classificação de doenças mentais que determina socialmente o que é normal ou patológico, e em que o trabalho psicossocial é realizado com base na doença “recém diagnosticada”, e não no sujeito, esquecendo-se do preceito “Reforma Psiquiátrica”, “reinserção psicossocial” e “cuidado multiprofissional”. Atender em caráter ambulatorial é retornar ao conceito biomédico, onde tudo se é possível resolver através de “pílulas compradas em drogarias” (FREITAS 2015).

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações deste trabalho, podemos citar, inicialmente a ausência de consolidado local quanto ao número de pessoas que já foram atendidas e o número de usuários que a unidade atende. A não utilização de banco de dados relacionada a transtornos mentais pode ocasionar uma possível perda de informações, considerando que os prontuários são manuseados por diversos membros da equipe e por acadêmicos de três universidades do município.

A ausência de informações sobre o perfil dos usuários que frequentam, e estão em tratamento na unidade, prejudica os usuários em relação aos atendimentos oferecidos, e os profissionais, no processo de trabalho e planejamento das ações que precisam ser realizadas, não sendo possível estimar os desfechos dos atendimentos destes usuários e quais outros pontos da rede são mais contemplados.

Os resultados ora apresentados não perdem sua relevância em termos de conhecimento da realidade psicossocial e da possibilidade de refletir sobre o modo de atenção proposto e executado com vistas a avanços no campo de estudo sobre o papel profissional na assistência à saúde mental.

4.4 PERSPECTIVAS FUTURAS COM BASE NAS OBSERVAÇÕES EM CAMPO

Os dados apresentados reforçam a importância de um trabalho de análise e de integração dos cuidados em saúde mental a níveis de assistência integral à saúde mental,

com destaque aos componentes da rede de atenção psicossocial, para que este seja ordenadora dos cuidados a nível territorial.

Almeja-se desta forma que ocorram efetivamente parcerias com os outros inúmeros dispositivos territoriais, tornando real a desinstitucionalização atuando conforme a atenção psicossocial preconiza, no território e em parceria com todos os recursos disponíveis na comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, foi observado que a avaliação clínica psiquiátrica possui subsídios que comprovam uma assistência farmacológica conforme os diagnósticos, porém os atendimentos descritos em prontuários ocorrem com maior frequência nas evoluções da psiquiatria, contribuindo para a visão manicomial, que mesmo após a reforma psiquiátrica mantém-se neste serviço de saúde mental.

Observa-se também, o não atendimento às necessidades dos usuários de saúde mental, por parte da equipe multiprofissional e nas relações da comunidade, com ausência descrita de ações de promoção à saúde que incluam a família na assistência.

A equipe multiprofissional é responsável por garantir a construção do plano terapêutico junto ao usuário, conforme as diretrizes da política nacional de saúde mental.

Neste sentido, avalia-se que esta dificuldade na atenção integral parece contribuir para que os usuários do CAPS II sejam acompanhados somente pelo transtorno mental o qual são acometidos, uma vez que ocorre pouca integração da atenção primária com as políticas de saúde mental, implicando ações voltadas para práticas de saúde institucionalizadas.

Neste contexto, refletimos sobre a importância de fazer com que a rede de atenção psicossocial do município repense o formato de ação para este público que necessita de todos os serviços da rede, desde promoção a saúde a assistência hospitalar.

O usuário em tratamento para um transtorno mental dentro de um estabelecimento de saúde mental necessita da participação de todos os profissionais de forma integrada, objetivando a melhoria de seu estado atual, seja do ponto de vista assistencial, medicamentoso, nutricional, físico ou clínico, e o adequado preenchimento no prontuário dos usuários torna-se fator relevante para a análise territorial da população atendida tanto para pesquisadores quanto para os profissionais do serviço que devem estar atentos ao preenchimento correto dos prontuários inclusive para respaldo profissional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc Saúde Colet**. 2018[citado em 2019 abr. 21];23(6):2067-74.

BEZERRA I. C.; BESSA J. M. S., Gondim Ana Paula Soares, Lima Leilson Lira de, Vasconcelos Mardênia Gomes Ferreira. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. **Diário Oficial da União**.

_____. Lei Ordinária no 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União 2011**; 18 nov.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 210 p

_____. 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.

_____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. **Diário Oficial da União**.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CARDOSO Lucilene, Galera Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP [Internet]**. 2011 June [cited 2020 Feb 06]; 45(3): 687-691.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, Oct. 2015.

FREITAS, F; Amarante, P. MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2015. 148p. ISBN: 978-85-7541-472-9.

MIELKE Fernanda Barreto, Kantorski Luciane Prado, Jardim Vanda Maria da Rosa, Olschowsky Agnes, Machado Marlene Silva. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Feb 06]; 14(1): 159-164.

MORENO Ricardo Alberto, Moreno Doris Hupfeld, Soares Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [Internet]. 1999.

OMS Organização Mundial de Saúde-. Depression and other common mental disorders: global health estimates[Internet]. Geneva: WHO

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa** - Transtornos mentais. Brasília (DF); 2018.

PAIANO Marcelle, Maftum Mariluci Alves, Haddad Maria do Carmo Lourenço, Marcon Sonia Silva. AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: FRAGILIDADES APONTADAS POR PROFISSIONAIS. **Texto contexto - enferm.** [Internet]. 2016; 25(3): e0040014

SANTOS, Yalle Fernandes et al. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009.

ZANELLA Michele, Luz Heloísa Helena Venturi, Benetti Idonézia Collodel, Roberti Junior João Paulo. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [Internet]. 2016 Jun.