

A eficácia de diferentes tratamentos em pacientes com transtorno de humor: um estudo comparativo

The efficacy of different treatments in patients with mood disorder: a comparative study

Rosiberton Pereira da Cruz ¹,
Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione ²

1) Secretária de Saúde do Distrito Federal, Distrito Federal, Brasil;

2) Universidade Católica de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Resumo

A principal contribuição deste trabalho consiste em apresentar a evolução clínica de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Brasília, com o diagnóstico de transtorno de humor, que utilizam antidepressivos como uma das modalidades terapêuticas, e correlacionar, com as variáveis: idade, sexo e outras formas de tratamento. Este estudo epidemiológico, descritivo, exploratório, retrospectivo e documental foi realizado com prontuários de pacientes em tratamento no CAPS-II da região administrativa de Samambaia-DF, no período de junho de 2013 a julho de 2014. Os dados foram avaliados através do *Software* SPSS e executadas análises descritivas e inferenciais, com o teste qui-quadrado, para verificar a associação entre as variáveis, com nível de significância de 5%. Não se obteve diferença significativa na eficácia quanto ao fármaco utilizado, no entanto, quando submetidos a outras modalidades terapêuticas, como, por exemplo, psicoterapia, os pacientes obtiveram melhora independentemente do fármaco utilizado. Conclui-se que as evoluções não dependem da escolha da classe de antidepressivos, pois as melhores respostas terapêuticas são alcançadas quando associadas a outras modalidades terapêuticas.

Palavras-chave: antidepressivos; centro de atenção psicossocial; psicofarmacologia; psicoterapia.

Abstract

The main contribution of this work is to present the clinical evolution of the users of one Psychosocial Care Center in Brasília with a diagnosis of mood disorder, using antidepressants as one of therapeutic modalities, and correlate with the variables: age, sex and other forms of treatment. This epidemiological, descriptive, exploratory, retrospective and documentary study was conducted with medical records of treatment in patients at CAPS-II administrative region of Samambaia-DF, from June 2013 to July 2014. Descriptive and inferential analyzes were evaluated by SPSS Software using chi-square test to verify the association between variables, with significance level of 5%. It has not obtained a significant difference in efficacy on the drug used, however, when undergoing other therapies, such as psychotherapy, patients had improvements regardless of the drug used. Concluding that developments do not depend of the choice of antidepressant class, as the best

therapeutic responses are achieved when combined with other therapeutic modalities.

Keywords: *antidepressants; psychosocial care center; psychopharmacology; psychotherapy.*

1. Introdução

Segundo Silva (2001), Foucault em sua obra “História da Loucura”, apresenta o surgimento da clínica psiquiátrica diretamente relacionado às numerosas internações ocorridas, no século XVII, dos indivíduos considerados impróprios para o convívio social. Sendo nesse momento que as questões de exclusão passam a ser vistas sob a perspectiva médica.

De acordo com Pinel (1794), citado por Amarantes (1998), o processo de adoecimento era pertencente às questões de cunho moral, em que o isolamento desses indivíduos possibilitaria uma forma de tratamento eficiente, pois permitiria na prática, a observação da evolução do quadro sintomatológico. Esse pensamento influenciou a criação dos primeiros locais denominados de manicômios.

Segundo Antunes, Barbosa e Pereira (2002), a crença da doença mental estaria ligada, apenas, às questões sociais; o processo de alienação derivaria de comprometimento orgânico, por consequência de condutas culturais e sociais inadequadas e pela influência urbana. Nesse sentido, o processo de higienização ocorreria com a separação desse sujeito, a fim de que se recuperem os princípios morais. O tratamento moral dispunha de diversos dispositivos, como a atividade de trabalho agropecuário e a repressão de atividades sexuais.

O surgimento dos manicômios, no século XVII, como local de tratamento e, posteriormente, na metade do século XIX, a identificação da doença mental, como pertencente a uma etiologia orgânica, resultou na construção de métodos psicopatológicos para a classificação nosológica dos transtornos mentais. Esse movimento favoreceu também a psicofarmacologia, para um maior avanço na conduta junto ao doente mental, tarefa ocorrida no século XX (Neto, 2007).

Com a visão de que a doença mental possui uma etiologia relacionada a fatores biológicos, as intervenções médicas passaram a dominar a assistência dada ao indivíduo em sofrimento mental, sendo o sistema asilar o local adequado para o tratamento do mesmo, embora a III Conferência Nacional de Saúde compreendia a necessidade de uma Reforma Sanitária para uma mudança no modelo, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doença. Porém, o cenário político da época, em consequência do golpe militar de 1964, não permitia um debate para mudança de ideologias. Esse período fortaleceu a privatização da assistência dada ao paciente psiquiátrico, gerando aumento no número de internações e o fortalecimento das indústrias farmacêuticas, surgindo com isso uma fábrica de loucura (Silva, 2001).

Com a criação do Sistema Único, sugerido pela VIII Conferência Nacional, mudou-se o pensamento perverso da mercantilização do processo de adoecimento, fortalecido com o movimento popular de 1987, nomeado como movimento antimanicomial e agregado ao movimento dos trabalhadores em saúde, surgindo assim, o projeto de lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira, propondo não apenas ampliação do local de tratamento, mas uma humanização do serviço juntamente com a organização dos serviços. Porém, apenas em 2001 o projeto de Paulo Delgado é aprovado, dando origem à Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que protege os portadores do sofrimento psiquiátrico como redirecionamento no modelo, reduzindo a

progressiva do modelo manicomial e priorizando a substituição por uma rede comunitária de assistência (Castro, 2009; Silva, 2001).

A mudança na forma de olhar o indivíduo portador de sofrimento psíquico, impulsionada por meio do movimento da reforma psiquiátrica, permitiu o processo de desinstitucionalização e a ampliação das formas de intervenções terapêuticas (Nasi & Schneider, 2011).

A Lei nº 10.216 explicita em seu Art. 5º que:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessária (Brasil, 2001).

Um dos dispositivos utilizados como forma de reinserção desses indivíduos foi à criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), centro que promove o acompanhamento diário do paciente, por profissionais de diversas categorias, diminuindo assim as internações psiquiátricas e possibilitando a organização da assistência psiquiátrica no país. Sua função não é apenas completar o modelo de internação hospitalar, mas sim, substituir, dando ao indivíduo portador de transtorno mental grave o acompanhamento adequado. Para que isso ocorra de forma eficiente, há disponíveis cinco tipos de CAPS, que apresentam abordagens diferenciadas, mas sempre tendo como objetivo central a desinstitucionalização (Brasil, 2011).

Segundo Rabelo (2006), a assistência oferecida pelos CAPS não se limita apenas a uma nova técnica médica, apresenta também, um conjunto de cuidados provenientes do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a elaboração de políticas públicas que ampliem os tipos de serviços oferecidos, priorizando princípios de liberdade e de fraternidade (influenciados pela Revolução Francesa) e ideais de inclusão social dos pacientes psiquiátricos, oriundos das conquistas dos direitos humanos.

Conforme a portaria do Ministério da Saúde nº 3088 de 2011, os CAPS são criados conforme o número populacional, sendo exigido no mínimo 15 mil habitantes para abertura do CAPS I; acima de 70 mil habitantes para CAPS II e para municípios acima de 150 mil habitantes, CAPS III. Tendo, como público alvo, indivíduos portadores de transtornos mentais severos e persistentes (incluindo os que são em consequência do uso abusivo de substância, como também o público infanto-juvenil), oferecendo, por meio de uma equipe multiprofissional (profissionais de nível superior, como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais; assim como, profissionais de nível médio e técnico), uma assistência integral, ofertando um acompanhamento no período diurno. Os CAPS classificados como III, ampliam essa assistência também para o acolhimento noturno (Brasil, 2013).

Os CAPS tornaram-se locais de referência para o acolhimento e o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico grave, entre eles os portadores de transtorno de humor, realizando o acompanhamento clínico, psicoterápico individual e grupal, medicamentoso e oficinas terapêuticas, com a finalidade de promover a reintegração social e familiar (Brasil, 2013).

A assistência prestada pelos CAPS é caracterizada por um atendimento denominado portas abertas, que possibilita a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), criado por uma equipe multidisciplinar, conjuntamente com o usuário, dando a esse indivíduo uma participação ativa no seu tratamento, indo ao encontro da sua história de vida. Isso permite que o cuidado em saúde

mental ultrapasse o espaço físico, podendo articular com a rede social, o que facilita a reintegração desses indivíduos em sociedade. (Brasil, 2013)

Segundo Azevedo e Miranda (2010), o PTS é construído conforme as necessidades desses indivíduos em processo de adoecimento e a situação social em que se encontram. Destacam-se, como atividades de grupo, as oficinas terapêuticas, as atividades de lazer e artísticas, que incentivam o poder criativo, além de trabalhar conflitos internos e sentimentos de desvalia.

De acordo com Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo e Hallal (2010), os transtornos mentais permanecem no quarto lugar das dez principais causas de invalidez no mundo, totalizando 12% dos casos. Estima-se que em 2020 o valor aumente para 15%, tendo a depressão, seguida do uso de substância, e a esquizofrenia como as principais desordens. Cerca de 25% dos indivíduos deverão sofrer alguma desordem em algum período de sua vida.

Segundo Andreoli, Ronchetti, Miranda, Bezerra, Magalhães, Martin e Pinto (2004), uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o perfil sócio demográfico dos pacientes acompanhados em cinco CAPS, da cidade de Santos-SP, constatou que o maior número de pacientes eram atendidos devido ao quadro psicótico, totalizando 38%, seguido do transtorno de humor: 32% e outros transtornos neuróticos, com total de 17%, embora o mesmo estudo tenha apresentado, em determinados serviços, uma inversão na prevalência do tipo de diagnóstico, resultando 38% para sofrimentos relacionados ao transtorno de humor. Em estudo semelhante realizado no CAPS de Barbacena-MG, por Mangualde, Botelho, Soares, Costa, Junqueira e Vidal (2013), no período de 2003 a 2008, constatou-se que o transtorno de humor representa a segunda posição de maior incidência, com 22,3% dos casos, tendo uma significância de 0,01 para o sexo feminino.

Freire, Feijó, Fonteles, Soares e Carvalho (2013) relatam que os critérios para o diagnóstico de transtorno mental são fornecidos por dois sistemas, o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e CID (Classificação Internacional de Doenças), sendo esse utilizado nos serviços de saúde no Brasil, referenciando os quadros relacionados ao transtorno de humor para categoria (F-30 a F-39) sendo catalogados, F-30 (maníacos), F-31 (afetivo bipolar), F-32 (episódios depressivos), F-33 (depressivos recorrentes), F-34 (Transtorno de humor persistente: distímia e ciclotímia), F-38 (outros transtornos de humor) e F-39 (transtorno não específico).

Os fatores relacionados à etiologia do Transtorno de Humor são diversos, embora se acredite em uma combinação de fatores ambientais e individuais associados à personalidade, assim como, associados às alterações neuroquímicas (Neto, 2007).

Segundo Campos (1929), a separação, sugerida por Kraepelin, das psicoses endógenas em demência precoce e psicose maníaco-depressiva possibilitou a distinção atual do espectro bipolar, que posteriormente coloca os estados de humor melancólico também pertencente a essa categoria. Holmes (1997) ainda menciona que na atualidade o transtorno de humor poderá ser dividido em duas categorias: os transtornos depressivos (depressão e distímia) e os transtornos bipolares (mania e ciclotímia).

O transtorno bipolar estaria compreendido na instabilidade de humor, nas apresentações e variações deste em estado depressivo e na mania/hipomania, como anteriormente classificado como estado maníaco-depressivo. Os episódios de mania são caracterizados por uma expansividade do estado de humor, resultando em um humor eufórico. Durante o quadro maníaco, é possível observar uma agitação psicomotora e uma redução da necessidade de repouso, proporcionando, como sintoma somático, o padrão do sono. Dentre essas alterações percebidas da função cognitiva, ocorre o surgimento do pensamento de grandiosidade, associado à presença da distrabilidade e da fragmentação da atenção, que pode ter como consequência uma

fuga do pensamento, resultado de delírios, permitindo um diagnóstico de transtorno de humor, com sintomas psicóticos (Holmes, 1997).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), os fatores genéticos e fisiológicos, tais como os ambientais, podem influenciar no curso da doença. O risco é dez vezes maior entre o mesmo grupo familiar. O sexo feminino apresenta uma maior propensão para os sintomas depressivos, enquanto o sexo masculino apresenta uma maior probabilidade de uso abusivo do álcool, tendo ambos grandes riscos de suicídio. Estima-se que um quarto dos suicídios tenha uma ligação com o transtorno bipolar.

O transtorno depressivo relatado pelo DSM utiliza como forma de critério para esse diagnóstico, a manifestação do humor deprimido ou a perda de interesse, resultando em prejuízo nas atividades diárias, no período de pelo menos duas semanas. Os principais sintomas observados se relacionam com as alterações afetivas, como: desânimo, anedonia, pessimismo, pensamento de morte e alterações físicas (fadiga, agitação psicomotora, padrão do sono e apetite) e cognitivas (concentração prejudicada). Quando essa sintomatologia tem característica persistente, com manifestação por grande período diário e com duração mínima de dois anos, é denominada de distímia (Dalgalarondo, 2008).

O comportamento suicida constitui uma característica permanente durante os quadros depressivos maiores, e o histórico de tentativas de autoextermínio configura um grande risco, podendo levar o indivíduo a cometer o suicídio. Outros fatores que podem contribuir para o risco são: o sexo masculino, o estado civil - solteiro ou morar sozinho - e a característica do pensamento de desesperança (*American Psychiatric Association*, 2014; Neto, 2007).

A *American Psychiatric Association* (2014) ainda explicita que o início da sintomatologia da depressão pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém tem um aumento no período da puberdade. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos apontam a idade de 20 anos como o pico máximo para o começo dos sintomas, embora não descarte o seu início em outras faixas etárias mais avançadas. Zisook (2005) menciona que os quadros depressivos apresentados em idade mais avançada possuem semelhança, na sintomatologia, dos quadros iniciados na adolescência, embora quando esses sintomas ocorrem em indivíduos idosos estão muitas vezes relacionados a outras comorbidades clínicas, como problemas neurológicos e vasculares.

A recuperação dos quadros de depressão ocorre em cerca de dois a cada cinco pacientes, em um período de três meses e de quatro a cinco, em um ano. A probabilidade de uma cronicidade dos sintomas aumenta significativamente quando associados a outros transtornos, como de personalidade, ansiedade e uso abusivo de substâncias. A taxa de mortalidade por causa da depressão é alta, com grande percentual associado ao suicídio, no entanto, fatores como as internações em instituições asilares, onde o indivíduo deprimido necessita de cuidados de enfermagem, têm tido um aumento de mortalidade no primeiro ano de internação (*American Psychiatric Association*, 2014).

O paciente necessita de um tratamento individualizado, baseado em seu histórico - situação clínica e intensidade dos sintomas - e nos riscos de suicídio, dando uma relevância na utilização dos fármacos para a redução de sintomas, sendo de maneira contínua, facilita a adesão ao tratamento, visto que 60% das internações em hospitais psiquiátricos, de pacientes em quadro de mania, tiveram no seu histórico a interrupção do fármaco prescrito, o que também aumenta o risco de tentativa de autoextermínio (Freire et al., 2013).

As intervenções por meio de psicofármacos são compreendidas como uma maneira de modificar o comportamento, o estado de humor e as alterações de pensamento, que estejam ocorrendo de forma patológica por uma alteração biológica. Essa forma de tratamento é de grande importância para ser observada no cotidiano dos serviços de CAPS, visto que a utilização

dos fármacos está diretamente relacionada aos indicadores sociodemográficos (Kantorski, Jardim, Porto, Schek, Cortes & Oliveira, 2011).

Graeff e Guimarães (2012) mencionam que a psicofarmacologia moderna surgiu na década de 50, com os estudos dos neurolépticos (hoje conhecidos como antipsicóticos). O uso dos princípios naturais como meio de tranquilizar o homem já é mencionado em textos sagrados dos hindus e dos cristãos. O haxixe, como instrumento anestésico, é utilizado na China, desde o século II a.C, isso possibilitou a Salpêtrière, em 1845, uma análise mais detalhada dos mecanismos da droga, podendo realizar uma comparação entre os sonhos e o delírio, esse estudo é considerado por muitos pesquisadores como o nascimento da farmacologia experimental.

O termo psicofarmacologia foi primeiramente empregado por Kraepelin, em 1883, após a publicação do artigo de título *“Sobre a ação de algumas substâncias medicamentosas na duração de certos fenômenos psíquicos elementares”*. A descoberta de substâncias que têm ação no sistema nervoso central, como os barbitúricos, somente teria uma aplicação terapêutica no início do século XIX e, posteriormente, no século XX, a utilização de anfetaminas em síndromes depressivas. Dois outros grandes marcos na história da psicofarmacologia é a utilização do lítio nos quadros de mania e a sintetização do Cloridrato de Clorpromazina como um fármaco de ação para os quadros psicóticos (Guz, 1995).

Os fármacos que possuem um mecanismo de ação e atuam no sistema nervoso central, afetando o estado de humor e o comportamento, são definidos, na atualidade, como psicotrópicos, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), e podem ser classificados como antidepressivos, antipsicóticos, analgésicos, estimulantes psicomotores, psicotomiméticos e reforçadores da cognição (Rang, Dale, Ritter & Gardner, 2012).

Maj e Sartorius (2005) relatam que a terminologia de antidepressivo teve sua utilização inicial em 1950, a partir do uso de uma substância nomeada Imipramina. O seu uso apontava um declínio na sintomatologia de quadros de depressão, considerados graves e moderados, o que gerou o desenvolvimento da primeira geração de antidepressivo, sendo utilizada a estrutura tricíclica da Imipramina. Da mesma forma, outros fármacos mais recentes também surgiram do seu mecanismo de ação, como, por exemplo, os Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina (ISRS) e Inibidores Seletivos da Receptação Noradrenalina (ISRN).

A partir de pesquisas realizadas em pacientes portadores de tuberculose, em uso de Ipronzida, fármaco da classe dos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO), e da oxidação das aminas, foi possível a observação dos sintomas depressivos como efeitos colaterais, o que fortaleceu a teoria da relação das aminas como fator descendente para o surgimento da sintomatologia depressiva. Outro grande achado foi a utilização de Imiprimina (fármaco tricíclicos ATC) em pacientes esquizofrênicos, com a intenção de redução dos sintomas psicóticos, porém tendo como principal observação a elevação do estado de humor (Schatzberg, Cole & Debattista, 2004).

Com a utilização dos antidepressivos tricíclicos, em pacientes portadores de esquizofrenia, foi possível observar posteriormente que possuía uma maior ação de bloqueio dos receptores da serotonina e da noradrenalina, e com ação diminuída para os receptores dopaminérgicos, resultando na ação terapêutica, também detectando que os tricíclicos possuíam efeitos colaterais devido à ação em outros receptores: colinérgicos muscarínicos (constipação, vista turva, boca seca e sonolência); histamínico H1 (ganho de peso e sonolência) e adrenérgico alfa 1 (tontura, hipotensão e sonolência). Essas evidências dos efeitos adversos na utilização de fármacos permitem a elaboração da teoria monoaminérgica como hipótese para depressão, que possibilitou, posteriormente, a compreensão dos sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos (Stahl, 2001).

Na década de 70 do século passado, surge a hipótese da relação do transtorno de humor e do sistema serotoninérgico, pela diminuição do neurotransmissor em ambos os polos, com diferencial de uma elevação noradrenérgica nos quadros de manias e de uma diminuição no quadro de depressão, o comportamento suicida estaria ligado a uma redução de serotonina e seus metabólicos, embora outros estudos demonstrassem uma alteração de outros neurotransmissores como dopamina, ácido γ -aminobutírico, glutamato e acetilcolina (Kapczinski, 2004).

Segundo Neto (2007), a transmissão noradrenérgica estaria ligada à ação dos núcleos serotoninérgicos no tronco cerebral, dando assim a hipótese permissiva, em que a redução do 5-HT (serotonina) possibilitasse os sintomas depressivos.

Com a verificação das semelhanças ocorridas na utilização do ATC, nos modelos das aminas, foi possível sintetizar o composto, nomeado de LY86032, sofrendo alterações posteriores, resultando na primeira droga, classificada como ISRS, que provoca um bloqueio nos receptores pré-sinápticos de 5-HT, como maior afinidade aos receptores serotoninérgicos e pouca afinidade aos receptores histamínicos e muscarínicos, reduzindo a quantidade de efeitos colaterais, embora o bloqueio dos 5-HT₃ provoque alterações gastrointestinais como: diarreia, náusea, cólica e azia. (Schatzberg et al., 2004).

Stahl (2001) aponta fatores considerados positivos e negativos na terapêutica de quadros depressivos, em uso de antidepressivos, na evolução dos quadros. Afirma que a taxa de resposta é a mesma para todos os tipos de antidepressivos, totalizando 67% dos pacientes que respondem a determinado fármaco, enquanto os ensaios clínicos controlados em uso de placebo respondem a um total de 33% dos pacientes, e o uso pode atingir a remissão dos sintomas em seis meses a dois anos de tratamento, reduzindo significativamente as recaídas. Porém, 20% a 30% dos indivíduos, em uso de antidepressivos, podem apresentar o retorno dos sintomas após os 18 meses e 15% a 20% não respondem ao tratamento.

Embora exista um aumento no uso de fármacos no tratamento do transtorno de humor, pesquisas realizadas apontam que 70% dos pacientes em quadro de depressão afirmam ter desejo por acompanhamento psicoterápico, visto que muitos apresentam dificuldades sociais e interpessoais, devido aos sintomas (Weissam, 2005).

De acordo com Wampold (2005), as disponibilidades de formas de tratamento para quadros de transtorno de humor são inúmeras, embora a utilização de fármaco tenha apresentado uma melhor aceitação, há grandes evidências de que a psicoterapia apresente bons resultados e que o uso concomitante de um fármaco com outra modalidade sempre obteve melhores resultados de evolução do que quando utilizados individualmente, pois a substância terá a função de evitar recaídas e a psicoterapia a de fornecer instrumentos que permitam a resolução e a prevenção de conflitos.

Maj e Sartorius (2005) também apresentam a utilização de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), conjuntamente com antidepressivos de 1ª ou 2ª geração como eficaz, tendo uma margem de 60% a 70%, com um terço sem resposta significativa, comparados ao grupo em uso de placebo. Entretanto, a utilização de psicoterapia tem apresentado uma resposta de 100% de aceitação.

Segundo Thompons (2005), a escolha do fármaco a ser utilizado como forma terapêutica depende de três pontos: primeiro a comparação de eficácia e de tolerância de uma droga para outra, embora possua pouca diferença entre o fármaco da mesma classe, existem grandes alterações no uso de ISRS e de ATC; depois a análise entre a semelhança do quadro sintomatológico em questão com os dos ensaios clínicos realizados, pois geralmente a amostra de pacientes estava em cuidados secundários de profissionais e, por último, a avaliação da crítica do

paciente em relação ao tratamento farmacológico e de suas preferências por uma determinada droga.

A escolha dos ISRS ocorre na assistência primária, de maneira preferencial, sendo levado em consideração o grau de segurança, de tolerância e de eficácia e, quando ocorre alteração por outro fármaco, permanece na classe dos inibidores da receptação de serotonina, mesmo que essas drogas tenham o mesmo mecanismo de ação (Maj & Sartorius, 2005).

Schatzberg et al. (2004) relatam que em 15 estudos realizados, o uso do depressivo ATC teve uma melhor resposta no sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino. Outras pesquisas mais recentes com uma amostra de 635, no uso de Sertralina (ISRS) e de Imapramina (ATC), os homens tiveram melhores respostas no ATC, enquanto em mulheres na pré-menopausa a evolução melhor foi no uso de ISRS. Aquelas em estado pós-menopausa tiveram melhor resposta no uso de ATC, que sugere uma interação hormonal no uso do ISRS, porém as pesquisas ainda não são suficientes para correlacionar grau de eficácia da droga e sexo, visto que grande número de pesquisas tinha inclusão, primeiramente em mulheres e pós-menopausa, o que reduziria a observação de sexo.

Segundo Garcias, Pinheiro, Garcias, Horta e Brum (2008), houve um aumento do consumo de psicotrópicos no Brasil na última década, e um estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, demonstrou que a classe dos antidepressivos, na última década, tem crescido três vezes mais, sugerindo que esse aumento de 3,1% seria em consequência do surgimento de novas drogas, como os antidepressivos atípicos, ISRN e o crescimento de diagnóstico de transtornos depressivos.

Embora Campigotto, Teixeira, Cano, Sanches, Cano e Guimarães (2008) afirmem que com o surgimento de novos antidepressivos, o seu uso, associado a outros fármacos, tem sido realizado com frequência, com o objetivo de apresentar uma melhor resposta terapêutica. Rocha, Fuzikawa, Riera e Hara (2013), concluem que os dados ainda são insuficientes para afirmar a eficácia da combinação de antidepressivos na tentativa de potencializarem o seu efeito e/ou de maior resposta aos quadros refratários.

Os dados epidemiológicos existentes no Brasil na área de saúde mental ainda são insuficientes para que se possam, baseado em achados reais, pensar em políticas públicas efetivas. Nesse sentido, os dados gerados ainda não são utilizados de forma eficiente para a criação de políticas públicas específicas e para a melhoria da assistência à saúde mental do Brasil, pois as informações existentes, geralmente, são relacionadas à prevalência e à incidência dos casos, mas não dos males acometidos ou associados (Paula, 2010).

Para que haja uma melhor adaptação das políticas públicas, com o objetivo de uma melhor assistência em saúde mental, é necessário realizar o que é preconizado pela OMS, a obtenção de dados reais dos serviços e dos recursos utilizados, que permita uma avaliação e uma elaboração de novas estratégias que não se limitem à aplicação da técnica, mas a todo o contexto que esse indivíduo está inserido, favorecendo a promoção da saúde (Carvalho, Silva & Rodrigues, 2010).

Nesse sentido, o presente estudo traz a importância da discussão dos tratamentos propostos por esses serviços substitutivos, fazendo questionamentos a respeito da população atendida, enfatizando o tratamento medicamentoso em transtornos de humor, a prevalência por idade e sexo, assim como, a utilização de tratamentos não medicamentosos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório, retrospectivo e documental, de pacientes em acompanhamento no CAPS-II de Samambaia-DF, com ênfase na evolução dos quadros de transtorno de Humor em uso de antidepressivos e outras modalidades

terapêuticas. Aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPCS), sob o parecer nº 864.607.

2.1. Participantes

Pacientes em acompanhamento no CAPS-II, no período de junho de 2013 a julho de 2014.

2.2. Critérios de inclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão os pacientes com hipótese diagnóstica de transtorno de Humor (CID F-30 a F-39), com idade a partir de 18 anos, em uso de antidepressivos.

2.3. Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes que não mantiveram a continuidade do tratamento, pacientes transferidos para outro CAPS, como também aos prontuários com dados ilegíveis.

2.4. Identificação dos dados

De um universo de 1.501 prontuários, com diversas Hipóteses Diagnósticas (HD), entre elas: esquizofrenia, deficiência intelectual, autismo, transtorno de humor, entre outros, foram selecionados de acordo com o critério de inclusão 285 prontuários, os quais foram coletados as variáveis: idade, sexo, fármacos prescritos e outras modalidades psicoterápicas.

A coleta e a identificação dos dados (faixa etária, CID, sexo e outras terapêuticas) se deram por meio das informações contidas nas fichas dos prontuários (acolhimento, PTS, evolução, relatórios), sem o contato direto ou indireto com o paciente.

Ainda no processo de identificação dos dados, e quanto ao uso de fármacos, estes foram tabulados e subdivididos conforme a classe medicamentosa, sendo excluídos os pacientes que usaram antidepressivos no primeiro semestre de 2014, resultando numa amostra final de 136 prontuários, os quais foram catalogados de acordo com o mecanismo de ação do fármaco utilizado, sendo divididos em quatro categorias: 1 - uso de ISRS; 2 - uso de ATC; 3 - uso de Atípicos; 4 - uso de mais de uma classe.

A identificação da variável “evolução” se deu a partir dos registros construídos pelos profissionais do CAPS, sendo divididos em três grupos: 1- Melhora (os que continham relatos da redução da sintomatologia); 2- Estáveis (quadro sintomatológico sem alterações após o início da terapêutica); 3- Piora (aumento de sintomatologia referente ao transtorno de humor).

2.5. Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos no Software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Foram executadas as análises descritivas (cálculo de frequências) e a inferencial, via teste qui-quadrado, para verificar a associação entre as variáveis de interesse (CID *versus* sexo; CID *versus* faixa etária; evolução *versus* antidepressivos; CID agrupado por outras terapêuticas *versus* evolução). O nível de significância adotado foi de 5%.

3. Resultados

Na tabela 1, tem-se a análise descritiva do sujeito de pesquisa. De 136 prontuários: 52 (38,2%) pacientes foram diagnosticados com CID-F-33; 119 (87,5%) eram do sexo feminino; 39 sujeitos (28,7%) tinham faixa etária entre 41 e 50 anos, sendo que 87,5% do total de indivíduos (n=119) tinham idade igual ou superior a 30 anos e 52 indivíduos (38,2%) faziam uso de antidepressivo ISRS.

		N	%
CID	F31	35	25,7
	F32	34	25,0
	F33	52	38,2
	F34	1	0,7
	Mais de um CID	14	10,3
	Total	136	100,0
Sexo	Masculino	17	12,5
	Feminino	119	87,5
	Total	136	100,0
Faixa Etária	< 20	3	2,2
	20 – 30	14	10,3
	31 – 40	32	23,5
	41 – 50	39	28,7
	51 -60	38	27,9
	61 – 70	10	7,4
	71 – 80	0	0,0
	81 – 90	0	0,0
	91 >	0	0,0
	Total	136	100,0
Antidepressivos	ATC	20	14,7
	ISRS	52	38,2
	ATÍPICO	9	6,6
	Mais de um tipo	18	13,2
	Não	37	27,2
	Total	136	100,0

Tabela 1-

Distribuição dos sujeitos de pesquisa, conforme o CID diagnosticado, o sexo, a faixa etária e o uso de antidepressivos.
 Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 2, está descrita a associação entre as variáveis CID e sexo. Houve a associação estatisticamente significativa entre as variáveis, com $P= 0,016$. É interessante observar o CID prevalente no sexo feminino, o F-33 (transtorno depressivo recorrente; $n = 48$; 40,3%), no masculino a maior frequência foi F-32 (episódios depressivos; $n = 7$; 41,2%).

		Sexo						p#
		Feminino		Masculino		Total		
		N	%	N	%	N	%	
CID	F31	30	25,2	5	29,4	35	25,7	0,016*
	F32	27	22,7	7	41,2	34	25,0	
	F33	48	40,3	4	23,5	52	38,2	
	F34	0	0,0	1	5,9	1	0,7	
	Mais de um CID	14	11,8	0	0,0	14	10,3	
	Total	119	100,0	17	100,0	136	100,0	

Tabela 2 –

Distribuição dos sujeitos, conforme o CID diagnosticado e o sexo.

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 3 apresenta a associação entre as variáveis CID e faixa etária. Apesar de ter sido observado apenas um caso de CID F-34, na faixa etária entre 51 e 60 anos, a independência estatística entre as variáveis foi de $P = 0,232$.

		CID										p#		
		F31		F32		F33		F34		Mais de um CID			Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Faixa etária	< 20	0	0,0	3	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,2	0,232
	20 – 30	5	14,3	4	11,8	4	7,7	0	0,0	1	7,1	14	10,3	
	31 – 40	9	25,7	10	29,4	8	15,4	0	0,0	5	35,7	32	23,5	
	41 – 50	13	37,1	7	20,6	17	32,7	0	0,0	2	14,3	39	28,7	
	51 – 60	6	17,1	8	23,5	17	32,7	1	100,0	6	42,9	38	27,9	
	61 – 70	2	5,7	2	5,9	6	11,5	0	0,0	0	0,0	10	7,4	
	71 – 80	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	81 – 90	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	91 e >	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	35	100,0	34	100,0	52	100,0	1	100,0	14	100,0	136	100,0		

Tabela 3 –

Distribuição dos sujeitos de pesquisa, conforme a faixa etária e o CID diagnosticado.

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 4, temos a descrição dos pacientes distribuídos nas variáveis evoluções e uso de antidepressivos. Houve independência entre as duas variáveis ($P = 0,533$) e, dentre aqueles que apresentaram melhora, o antidepressivo mais utilizado foi do tipo ISRS ($n = 16$; 50%). Esse mesmo tipo de antidepressivo foi observado, com maior frequência de uso, nos outros quadros de evolução: estável e piora (53,3% e 45,5%, respectivamente).

		Evolução								P#
		Melhora		Estável		Piora		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Antidepressivos	ATC	7	21,9	8	17,8	3	27,3	18	20,5	0,533
	ISRS	16	50,0	24	53,3	5	45,5	45	51,1	
	ATÍPICO	5	15,6	4	8,9	0	0,0	9	10,2	
	Mais de um tipo	4	12,5	9	20,0	3	27,3	16	18,2	
	Total	32	100,0	45	100,0	11	100,0	88	100,0	

Tabela 4 –

Distribuição do sujeito de pesquisa, conforme a evolução do quadro e o uso do antidepressivo.

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, na tabela 5, observa-se a análise das associações entre a evolução do quadro e a presença de outras terapêuticas, dentro de cada CID diagnosticado. Para CID F-31, houve associação estatística e presença de outras terapêuticas, sendo que todos os indivíduos que tiveram melhora no quadro (n =18), utilizaram outras terapêuticas. Situação semelhante ocorreu com os indivíduos diagnosticados com F-32, já que dos 13 indivíduos que apresentaram melhora, 12 fizeram uso de outras terapêuticas (P = 0,006). Porém, para os diagnosticados com CID- F 33 ou mais de um CID, não foi possível verificar presença de associação. Considerando que os indivíduos diagnosticados com F32, F33 e F34 e aqueles que compunham pelo menos um desses CID citados, como HD principal (transtorno depressivo), a análise mostrou que para esse grupo a presença de outras terapêuticas tinha associação estaticamente significativa com a evolução do quadro (P = 0,003), e dentre os 39 indivíduos que apresentaram melhora, 34 (87,2%) foram submetidos a outras terapêuticas.

CID	Outras terapêuticas	Evolução								P#
		Melhora		Estável		Piora		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
F31	Sim	18	31,6	6	9,7	4	23,5	28	20,6	0,001*
	Não	0	0,0	7	11,3	0	0,0	7	5,1	
	Total	18	31,6	13	21,0	4	23,5	35	25,7	
F32	Sim	12	21,1	12	19,4	0	0,0	24	17,6	0,006*
	Não	1	1,8	6	9,7	3	17,6	10	7,4	
	Total	13	22,8	18	29,0	3	17,6	34	25,0	
F33	Sim	18	31,6	17	27,4	3	17,6	38	27,9	0,128
	Não	4	7,0	6	9,7	4	23,5	14	10,3	
	Total	22	38,6	23	37,1	7	41,2	52	38,2	
F34	Sim	0	0,0	0	0,0	1	5,9	1	,7	n/a
	Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Total	0	0,0	0	0,0	1	5,9	1	,7	
Mais de um CID	Sim	4	7,0	5	8,1	1	5,9	10	7,4	0,307
	Não	0	0,0	3	4,8	1	5,9	4	2,9	

	Total	4	7,0	8	12,9	2	11,8	14	10,3	
F32+F33+F34+mais de um CID	Sim	34	87,2	34	69,4	5	38,5	73	72,3	
	Não	5	12,8	15	30,6	8	61,5	28	27,7	0,003*
	Total	39	100,0	49	100,0	13	100,0	101	100,0	

Tabela 5 -

Distribuição dos sujeitos de pesquisa em cada CID diagnosticado, conforme a evolução do quadro e o uso de outras terapêuticas.

Fonte: Elaboração própria.

4. Discussão

Os dados apresentados, referentes à correlação do transtorno de humor e sexo, são condizentes com as informações contidas na *American Psychiatric Association* (2014), como também com o estudo realizado por Mangualde et al. (2013), que apontou a maior incidência em mulheres.

Essa incidência no sexo feminino, de acordo com Silva e Sá (2006), está relacionada às funções dos hormônios sexuais, visto que tais moduladores possuem uma relação fisiológica com as modificações das funções cognitivas e de humor, o que fortalece uma diferença das manifestações entre homens e mulheres. Isso é mencionado, também, por Justo e Calil (2006), ao comentarem que o estrogênio (hormônio sintetizados pelos ovários) teria uma relação com a transmissão dos neurotransmissores envolvidos, como fisiopatologia do transtorno de humor.

Santos (2010) descreve que as funções hormonais exercem um papel fundamental de discrepância dos sintomas depressivos entre os sexos. A adolescência se caracteriza como um período de maior diferença na incidência de sintomas depressivos, sendo essa a fase de sintetização de estrogênio, em outras fases em que ocorrem alterações hormonais, como menopausa, gestação e uso de anticoncepcionais, também são verificadas elevações da taxa de depressão.

Segundo Fonseca, Scapinelli, Aoki e Aldrighi (2010), no período de pós-menopausa ocorre cerca de 60% da redução de androgênios, que podem acarretar inúmeras alterações fisiológicas, como disfunção metabólica (lipídios, glicose e insulina), redução de energia e alterações do humor (rebaixamento e/ou oscilações), alterações de memória e da função cognitiva.

De Lorenzi, Baracat, Saciloto e Padilha Jr. (2006) apontam que manifestações como ansiedade, distúrbios do sono e sintomas vasomotores são mostradas em pesquisas, como os elementos que comprometem a qualidade de vida, sendo que 50% a 70% das mulheres em período do climatério apresentam humor deprimido e sintomas somáticos, além da taxa de 61,3% de obesidade, que pode prejudicar a percepção da autoimagem, favorecendo a sintomatologia da depressão.

Aros e Yoshida (2009) mencionam que apesar de haver uma grande tendência em apontarem as mulheres como sujeito de maior incidência do transtorno depressivo, estudos como os de Andrade, Viana e Silveira (2006) evidenciam o transtorno em ambos os sexos, ocorrendo uma diferença nas manifestações desses sintomas, como, por exemplo, a presença da irritabilidade que ocorre no homem, ao invés da redução de prazer, que é mais característico no sexo feminino, por isso seria necessário a melhor adaptação das ferramentas de diagnóstico.

Segundo Soares, Prouty e Poitras (2002), ocorre um declínio nos níveis de testosterona no homem que pode resultar em sintomas depressivos. Sendo observadas melhoras em pacientes depressivos, resistentes à resposta medicamentosa aos ISRS, resultado semelhante ocorrido em

pacientes portadores de HIV, que tiveram redução dos sintomas depressivos e somáticos após serem submetidos à reposição hormonal.

No que se refere à utilização dos antidepressivos de 2ª geração, conforme já mencionada por Maj e Sartorius (2005), tem uma predominância em sua utilização, no serviço de saúde da atenção básica, o que também foi observado por Netto, Freitas e Leira Pereira (2012), em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, que a Fluoxetina (ISRS) tem sido o antidepressivo mais usado. Baroza e Silva (2012) comentam que o uso dos ISRS é superior, quando comparados ao ATC, devendo-se à redução dos efeitos colaterais, que indiretamente influenciam na adesão ao tratamento.

Porém, como já mencionado por Sthal (2001), a escolha do subtipo do fármaco não aponta diferença na evolução do quadro, sendo usado adequadamente. Dessa forma, ficou visível, no presente estudo, que o tipo de antidepressivo não tem influência direta na melhora do paciente, assim como observado em estudos anteriores, uma vez que o tipo de droga prescrita não é a única variável responsável pela melhora do sujeito. Sendo assim, não houve diferença significativa entre o tipo de fármaco administrado ($P = 0,533$).

Referente ao mesmo estudo, foi observada a influência de outra modalidade terapêutica, a Psicoterapia. Wampold (2005), Maj e Sartorius (2005) chegam a mesma conclusão, explicitando que a utilização de outras modalidades terapêuticas, concomitantes com o uso do fármaco, têm apresentado uma melhor evolução nos quadros. Neste estudo, os pacientes com CID de F-31 e de F-32 obtiveram uma evolução satisfatória em consequência do acompanhamento psicoterapêutico, apresentando significância ($P=0,001$ e $0,006$, respectivamente), embora as situações classificadas com transtorno depressivo recorrente (F-33) não apresentem diferença significativa na utilização de outros recursos terapêuticos, o que sugere coerência com a sintomatologia descrita nos quadros recorrentes.

A evolução insatisfatória, nesse estudo, dos quadros depressivos classificados como F-33, mesmo em uso de fármacos e em acompanhamento psicoterápico, levanta a hipótese descrita nos estudos de Lacerda, Soares e Tohen (2002), onde a utilização de Olanzapina, fármaco classificado como antipsicótico atípicos, tem se mostrado eficaz no tratamento de quadros de depressão refratária, pois, essa droga tem uma baixa afinidade pelos receptores dopaminérgicos e uma alta atuação em receptores serotoninérgicos (5-HT_{2A}), o que possibilita um aumento de serotonina nas fendas sinápticas, e justifica a redução dos sintomas depressivos.

De acordo com Vieira e Soares (2007), os casos de transtorno de humor sem boas respostas à terapêutica têm sido um dos grandes desafios, embora a psicofarmacologia apresente inúmeros avanços, como os estudos do metabolismo glutamatérgico na implicação da plasticidade sináptica, que podem resultar na elaboração de outros fármacos. As modalidades psicoterápicas como: terapia cognitiva, terapia interpessoal, tratamento focado na família e psicoterapia de grupo são eficazes para a redução dos sintomas.

Charchat-Fichman, Fernandes e Landeira-Fernandez (2012), mencionam que a plasticidade neural é capaz de justificar a função da psicoterapia na reabilitação cognitiva, em que as funções, como as estruturas, podem ser adaptadas pelo uso das técnicas psicoterápicas e de reabilitação, o que condiz como a descrição de feita por Peres e Nasello (2005) quando descrevem a utilização de recursos tecnológicos que visualizam alterações neurais no uso da psicoterapia.

Outra hipótese para compreender a não eficácia do tratamento nos quadros de depressão recorrentes, pode estar relacionada à dificuldade de reconhecimento dos sintomas, visto que muitos pacientes apresentam comorbidades, como o transtorno de personalidade ou o uso abusivo de substâncias, o que produz diagnósticos inadequados e, conseqüentemente, terapêutica ineficaz (Maj & Sartorius, 2005).

Conforme é descrito por Freire et al. (2013), o paciente necessita de uma elaboração de assistência individualizada que seja abrangente em suas necessidades e, por isso, o uso do fármaco tem sido ferramenta importante para a redução de morbidades e a melhora do quadro. A continuidade do tratamento medicamentoso e a utilização de outras modalidades terapêuticas, realizadas pela equipe multiprofissional nos CAPS, têm reduzido as internações psiquiátricas, o que também foi verificado no presente estudo, e também mencionado por Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil e Juruena (2003), onde a resposta satisfatória observada em pesquisas na eficácia do uso dos antidepressivos estaria ligada ao acompanhamento em nível de assistência primária e ambulatorial.

De acordo com a discussão proposta, entende-se que os resultados dessa pesquisa se apresentam satisfatórios e coadunam com os dados da literatura. Destaca-se a importância das diversas terapêuticas nos tratamentos de transtorno de humor, e entende-se a necessidade de uma continuidade desse tipo de pesquisa, visto que diversas hipóteses foram levantadas, como: diferenças na sintomatologia comparadas ao sexo e, também, uso de antipsicóticos em quadros depressivos.

Importante ressaltar, que apesar das contribuições já mencionadas, o presente estudo obteve algumas limitações para o seu desenvolvimento, dentre elas destacam-se: dificuldade de coleta de dados, por não se tratarem de prontuários eletrônicos, e impossibilidade do controle do uso do fármaco.

5. Referências bibliográficas

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C. & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Andreoli, S.B., Ronchetti, S.S.B., Miranda, A.L.P., Bezerra, C.R.M., Magalhães, C.C.P.B., Martin, D. & Pinto, R.M.F. (2004). Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 836-844.
- Antunes, E. H., Barbosa, L. H. S. & Pereira, L. M. F. (2002). *Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Aros, M.S. & Yoshida, E.M.P. (2009) Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, 59 (130), 61-76.
- Azevedo, D.M & Miranda, F.A.N. (2010). Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS-ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 14 (1), 56 - 63.
- Baroza, P.S. & Silva, D.A.B. (2012). Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de Porciúncula- RJ. *Acta Biomedica Brasiliensia*, 3(1), 85-97.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado em 12 agosto de 2014 em: goo.gl/S9Huz0
- Brasil. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. (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). Recuperado em 12 agosto, 2014 de <https://goo.gl/PMQH9B>

Ministério da Saúde (2013). *Caderno de atenção básica: saúde mental*. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

Castro, U. R. (2009). *Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias, velhas práticas*. Brasília: Hinterlândia.

Campos. M. (1929). O grupo das esquizofrenias ou demência precoce. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, 3, 155-188.

Campigotto, K.F., Teixeira, J.J.V., Cano, F.G., Sanches, A.C.C., Cano, M.F.F. & Guimarães, D.S.L. (2008) Detecção de risco de interações entre fármacos prescritos a pacientes adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (1), 1-5.

Charchat-Fichman, H., Fernandes, C.S., Landeira-Fernandez, J. (2012). Psicoterapia neurocognitivo-comportamental: uma interface entre psicologia e neurociência. *Revista Brasileira de terapias cognitivas*, 8 (1), 40-46.

Carvalho, M.D.A., Silva, H.O. & Rodrigues, L.V. (2010). Perfil Epidemiológico da Rede de saúde mental do município de Iguatu -CE. *Revista Eletrônica de Saúde Mental*, 6 (2), 337-349.

De Lorenzi, D.R.S., Baracat, E.C., Saciloto, B. & Padilha Jr., I. (2006). Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52 (5), 312-317.

Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos psiquiátricos mentais*. (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, H.P., Scapinelli, A., Aoki, T. & Aldrighi, J.M. (2010). Deficiência androgênica na mulher. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 56 (5), 579 -582.

Fleck, M.P.A., Lafer, B., Sougey, E.B., Del Porto, J.A., Brasil, M.A. & Juruena, M.F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.

Freire, E.C., Feijó, C.F.C., Fonteles, M.M.F., Soares, J.E.S. & Carvalho, T.M.J.P. (2013). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada*, 34 (4), 565-570.

Garcias, C.M.M.; Pinheiro, R.T.; Garcias, G.L.; Horta, B.L.; & Brum, C.B. (2008). Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (7), 1565-1571.

Guz, I. (1995). *Iniciação às terapias somáticas e comportamentais em Psiquiatria*. São Paulo: ABDR.

Graeff, F.G. & Guimaraes, F.S. (2012). *Fundamentos da psicofarmacologia*. (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Justo, L.P & Calil, H.M. (2006). Depressão o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 74-79.

Kantorski, L.P., Jardim, V.M.R., Porto, A.R., Schek, G., Cortes, J.M. & Oliveira, M.M. (2011). Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centro de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (6), 1481-1487.

Lacerda, A.T.L., Soares, J.C. & Tohen, M. (2002). O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 34-43.

Maj, M & Sartorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Mangualde, A.A.S., Botelho, C.C., Soares, M.R., Costa, J.F., Junqueira, A.C.M. & Vidal, C.E.L. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 10 (19), 235-248.

Nasi, C. & Schneider, J.F. (2011). O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (5), 1157-1163.

Neto M.L. (2007). *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre. Artmed.

Netto, M. Freitas, O. & Leira Pereira, L. (2012). Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto - SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 33(1), 77-81.

Paula, C.T.C. (2010). Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2 (4-5), 94-105.

Peres, J.F.P & Nasello, A.G. (2005). Psicoterapia e neurociências: um encontro frutífero e necessário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2), 21-30.

Rabelo, A.R. (2006). *Um manual para CAPS: centro de atenção psicossocial*. (2ª ed.). Bahia: EDUFBA.

Rang, H.P., Dale, M.M., Ritter, J.M., Gardner, P. (2012). *Princípios de Farmacologia*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Rocha, F.L., Fuzikawa, C., Riera, R. & Hara, C. (2013). Evidências sobre a combinação de antidepressivos na depressão maior. *Diagnóstico e Tratamento*, 18 (2), 87-93.

Rombaldi, A.J., Silva, M.C., Gazalle, F.K., Azevedo, M.R. & Hallal, P.C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13 (4), 620-629.

Santos, A.P.B. (2010). *Estudo da relação das diferenças de gênero nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos*. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.

Silva, L.B.C. (2001). *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia*. (1ª ed.). São Paulo. Casa do Psicólogo.

Silva, A.C.J.S. & Sá, M.F.S. (2006). Efeitos dos esteroides sexuais sobre o humor e a cognição. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 60-67.

Soares, C.N., Prouty, J. & Poitras, J. (2002). Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Suppl. 1), 48-54.

Schatzberg, A.F., Cole, J.O. & Debattista, C. (2004). *Manual de Psicofarmacologia Clínica*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sthal, S.M. (2001). *Psicofarmacologia: Depressão e transtornos bipolares*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Thompson, C. (2005). A definição do alvo do tratamento com antidepressivos: evidências inconsistentes. In: Maj, M & Sartorius, N. (Eds.). *Transtornos depressivos* (pp.77-132). 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

Vieira, M.R. & Soares, J.C. (2007). Transtornos de humor refratários a tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (suppl 2), S48-S54.

Wampold, B.E. (2005). Indicações e planejamento de psicoterapia. In: Maj, M & Sartorius, N. (Eds.). *Transtornos depressivos*. (pp.172-173) 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Weissman, M.M. (2005). Avanços recentes na psicoterapia para depressão In: Maj, M & Sartorius, N. (Eds.). *Transtornos depressivos* (pp.170-172). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Zisook, S. (2005). Idade, perda e limites da depressão. In: Maj, M & Sartorius, N. (Eds.). *Transtornos depressivos* (pp.66-67). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Endereço para correspondência:

R. P. Cruz - Avenida Araucárias 4155, Cond. Aqqua Village, Bl. A, Apto 1308, Águas Claras, CEP 71936-250, Brasília, DF, Brasil. *E-mail:* betocais2@gmail.com **I.P.F.S. Chariglione** - Universidade Católica de Brasília, Curso de Psicologia, Laboratório de Processos Básicos, Campus I, QS 07, Lote 01, EPCT, Águas Claras, Brasília, DF, Brasil, CEP 71966-700. *E-mail:* isabelle.chariglione@ucb.br.