



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**USO DE PSICOFÁRMACOS EM ADOLESCENTES
ATENDIDOS PELOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL DE FORTALEZA-CE**

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho

Fortaleza - CE
Novembro, 2012

IGHO LEONARDO DO NASCIMENTO CARVALHO

**USO DE PSICOFÁRMACOS EM ADOLESCENTES
ATENDIDOS PELOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde Coletiva da
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Gondim

Fortaleza - CE

2012

C331u Carvalho, Igho Leonardo do Nascimento.

Uso de psicofármacos em adolescentes atendidos pelos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza-CE / Igho Leonardo do Nascimento Carvalho. - 2012.

106 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.”

1. Psicotrópicos. 2. Adolescentes – Transtornos mentais. 3. Saúde mental.
I. Título.

CDU 615.214

À minha mãe pelo amor infinito, apoio incondicional e presença constante. Por me fazer acreditar que é possível sonhar e transformar sonhos em realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida, saúde e força motivadora para enfrentar e superar desafios. À todos os milagres concebidos ao longo do curso que me fizeram acreditar ser possível concluí-lo.

À minha família: Alda Gomes (mãe), José Sobrinho de Carvalho (pai), José Carvalho Junior (irmão) e Juliana Carvalho (irmã) por serem minhas referências e me constituir como ser humano. Especialmente aos meus pais, pelo apoio e amizade nos muitos momentos difíceis, dando o título que mais me orgulho: filho da Alda e do Zequinha.

À minha tia Aldizia Gomes (minha 2ª mãe) por ter enchido minha barriga com comida, meu coração de carinho e minha vida de afeto quando me sentia carente e sozinho. Parte da família que tive o prazer de redescobrir e me reaproximar.

À professora Ana Paula Soares Gondim pela compreensão nas inúmeras dificuldades pessoais e técnicas que enfrentei no curso. Por acreditar que esforço e dedicação são capazes de superar quaisquer limitações.

Ao meu amigo Paulo Félix pelos conselhos, puxões de orelha, brincadeiras e amizade. Muitas vezes rimos sobre bobagens do dia-a-dia ou sobre como encontraríamos o caminho certo numa sempre divertida carona, enquanto construíamos uma sincera amizade.

A todos que direta ou indiretamente tenham contribuído para concretização do mestrado.

MUITO OBRIGADO!!!!

RESUMO

O uso de psicofármacos possui relevância terapêutica no tratamento de transtornos mentais dos adolescentes, principalmente, quando se otimiza a relação entre o usuário e seu tratamento medicamentoso. O estudo tem o objetivo de analisar o uso de psicofármacos no tratamento de adolescentes acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i). Trata-se de um estudo transversal, com 194 adolescentes, realizado nos dois Caps i de Fortaleza (CE), no período de março a junho de 2012, em que foram aplicados questionários que abordavam características socioeconômicas, de atendimento no Caps i e do uso de psicofármacos. A análise ocorreu por meio do programa estatístico SPSS 19.0, sendo obtidas medidas de tendência central e o qui-quadrado. Foram respeitados os aspectos éticos, conforme Resolução 196/96. Os resultados mostraram que os adolescentes são do sexo masculino (58,8%), estão na faixa etária entre 12 e 15 anos (70,5%) e usam psicofármacos (88,7%), sendo que as classes terapêuticas mais utilizadas são: antipsicóticos e antidepressivos, respectivamente. Os psicofármacos mais utilizados: risperidona, carbamazepina e haloperidol. No Caps i, o uso de psicofármacos entre os adolescentes com transtornos mentais mantém uma relação hegemônica no tratamento, embora exista o reconhecimento pela equipe multiprofissional da importância do tratamento não-medicamentoso.

Palavras-Chave: Transtornos mentais; adolescentes; psicotrópicos.

ABSTRACT

The use of psychotropic drugs has therapeutic relevancy in the treatment of teenagers with mental disorders, mainly when it optimizes the relationship between the user and his drug treatment. The study has the objective to analyze the use of psychotropic drugs in the treatment of teenagers accompanied by Psychosocial Care Center Children and Youth (CAPS i). This is a transversal study with 194 teenagers, realized in two CAPS i of Fortaleza (CE), from March to June 2012, in that was applied questionnaires that addressed socioeconomic characteristics, of treatment at CAPS i and the use of psychotropics. The analysis occurred through of the statistical program SPSS 19.0, being obtained measures of central tendency and chi-square. It was respected the ethical aspects, according to Resolution 196/96. The results showed that teenagers are male sex (58.8%) are aged between 12 and 15 years old (70.5%) and using psychotropics (88.7%), and the therapeutic classes more used are: antipsychotics and antidepressants, respectively. The psychotropics more used: risperidone, haloperidol and carbamazepine. On CAPS I, the use of psychotropics drugs in teenagers with mental maintains a hegemonic treatment, although there is recognition by the multidisciplinary of the importance of non-pharmacological treatment.

Keywords: Mental disorders; Teenagers; Psychotropics.

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo as características socioeconômicas.....54
2. Distribuição dos responsáveis pelos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo as características socioeconômicas.....55
3. Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais segundo características do atendimento no Caps i.....57
4. Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo problemas de saúde autorreferidos.....58
5. Análise univariada das características socioeconômicas associados aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i.60
6. Análise univariada das características socioeconômicas dos responsáveis pelos adolescentes associados aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i.62
7. Análise bivariada das características do atendimento associadas aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i.....64
8. Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo psicofármaco que usam diariamente.66
9. Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo orientações farmacêuticas no tratamento medicamentoso.....67

LISTA DE SIGLAS

ATC – Classificação Química Anatômica Terapêutica

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais

APA - Associação Americana de Psiquiatria

BPC – Benefício da Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Droga

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CID – Classificação Internacional de Doença

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFR – Conselho Federal de Farmácia

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EUM – Estudos de Utilização de Medicamentos

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NAMI – Núcleo de Assistência Médica Integrada. Clínica-escola da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PNM – Política Nacional de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Definições Relacionadas a Transtornos Mentais.....	17
3.2 Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de Psicofármacos.....	18
3.3 Histórico da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil.....	20
3.4 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.....	25
3.5 Modelo Biomédico de Transtornos Mentais: Diagnósticos e Tratamento no Caps i.....	26
3.5.1 Tratamento Não-Medicamentoso no Caps i.....	27
3.5.2 Tratamento Medicamento no Caps i.....	29
3.6 A Disponibilidade de Psicofármacos no SUS.....	33
3.7 Farmacoepidemiologia e Estudos de Utilização de Medicamentos.....	35
4. MÉTODOS.....	39
4.1 Tipo de Estudo.....	39
4.2 Local de Pesquisa.....	40
4.2.1 O Município de Fortaleza.....	40
4.2.2 Rede de Saúde Mental	40

4.2.3 O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.....	41
4.3 Tamanho e Seleção da Amostra.....	42
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	43
4.5 Descrição das Variáveis.....	43
4.5.1 Variáveis Socioeconômicas e de Tratamento.....	44
4.5.2 Variáveis Características do uso de Psicofármacos.....	49
4.6 Coleta de Dados.....	51
4.7 Análise de Dados.....	51
4.8 Aspectos Éticos.....	52
5. RESULTADOS.....	53
5.1 Características Socioeconômicas e de Tratamento dos Adolescentes.....	53
5.2 Análise das Características Socioeconômicas e de Atendimento em Relação aos Tratamentos Disponíveis no Caps i.....	59
5.3 Características do Uso de Psicofármacos entre os Adolescentes	65
6. DISCUSSÃO.....	68
CONCLUSÕES.....	84
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS.....	98
APÊNDICES.....	105

1. INTRODUÇÃO

O uso de psicofármacos é fundamental no tratamento de transtornos mentais dos adolescentes, representando relevância terapêutica à medida que constitui parte essencial para estabilidade da doença, caracterizada pelo controle dos sintomas e prevenção de recidivas, o que garante autonomia para realização das atividades cotidianas dos portadores. No entanto, percebe-se que o uso benéfico de medicamento não depende somente da prescrição da dose terapêutica, mas da relação estabelecida entre o usuário e seu tratamento medicamentoso (BRODY, 2006).

A atenção à saúde mental na adolescência constitui-se em um desafio, pois é uma fase do desenvolvimento em que é difícil traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal ou outros que são anormais (OMS, 2001). Os transtornos mentais na adolescência têm forte impacto social e familiar e podem estar associados a problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida. Deve-se reconhecer, ainda, que a adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais, considerado como um importante período no ciclo existencial da pessoa, exigindo estudos que dimensionem a representatividade dos transtornos mentais e seus diversos aspectos, como o uso de medicamentos (HALPERN, 2004).

No Brasil os adolescentes com transtornos mentais que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) recebem acolhimento e tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i), são serviços de base comunitária em que promovem o acolhimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, representando a base do modelo assistencial e estimulando sua integração social e familiar, a partir de atendimentos médicos e psicoterapêuticos que promovem cuidados clínicos e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004). Para isso, o Caps i disponibiliza tratamento não-medicamentoso e medicamentoso, este ocorre através do uso de psicofármacos, também conhecido como psicotrópicos, que são fármacos que afetam as funções mentais e emocionais, sendo capazes de atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitas perturbações e prevenir as recorrências (OMS, 2001), pois são substâncias químicas que alteram o comportamento, o humor, a percepção ou as funções mentais (GODMAN, 1998).

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica além de degeneração das células cerebrais (ANDRADE,

2004). Por isso, o uso de psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais é uma questão de preocupação na maioria dos países ocidentais, já que esses medicamentos devem ser fornecidos gratuitamente em todos os níveis de cuidados de saúde, mas devem ser usados de forma racional (OMS, 2002). A necessidade de compreensão da relação entre o adolescente e seu tratamento medicamentoso associada aos poucos estudos sobre uso de psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo CAPS i, sugere a necessidade de investigação sobre uso desses medicamentos com intuito de garantir o uso seguro e racional.

O uso de psicofármacos em crianças e adolescentes, segundo estudo epidemiológico desenvolvido na França, onde o uso desses medicamentos está sujeito a uma das legislações mais rigorosas da União Européia e a partir de bases de dados nacionais de seguro saúde que envolvem auto-relato no período de 2003 a 2005, mostrou que existe uma prevalência anual de prescrições de medicamentos psicotrópicos para as crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos de 2,2% (ACQUAVIVA, 2009). No Brasil em um estudo transversal de base populacional sobre modificações nos padrões de consumo de psicofármacos, com 3.542 pessoas a partir de 15 anos de idade, residentes na zona urbana do município de Pelotas (RG), em 2003, encontrou uma prevalência de 9.9% no uso de psicofármacos, sendo que 92% tinham indicação médica. (RODRIGUES, 2006). Os estudos citados não dimensionam, com precisão, a frequência do uso de psicofármacos em adolescentes nem a relação estabelecida com o medicamento, o que indica a importância de estudos específicos que viabilizem um conhecimento sobre uso de psicofármacos em adolescentes, capaz de agregar o potencial de promoção da qualidade de vida (MELO, 2006).

Os estudos sobre uso de medicamentos apresentam-se como alternativa que permite reduzir custos sem perda de qualidade nos tratamentos médicos, além de terem como função detectar possíveis abusos no uso de medicamentos ou a ocorrência de eventos adversos (MELO, 2006). Reconhecendo que o estudo do uso de psicofármacos em adolescentes é de fundamental importância para desenvolvimento de estratégias que promovam o uso racional e seguro de medicamentos e, conseqüente, melhoria da rede de saúde mental infanto-juvenil no Brasil (CASTRO, 2011). Por isso, estudo sobre uso de psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais, atendidos no Caps i, avaliou as características socioeconômicas, de atendimento e do uso de psicofármacos (SILVA, 2004).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o uso de psicofármacos no tratamento de adolescentes acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i) de Fortaleza-CE.

2.2 Específicos

- Analisar as características socioeconômicas e de tratamento dos adolescentes atendidos pelos Caps i;
- Avaliar as diferenças das características socioeconômicas e de atendimento em relação aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso disponibilizados no Caps i;
- Caracterizar o uso de psicofármacos, quanto às classes terapêuticas, frequências e orientações farmacêuticas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definições Relacionadas a Transtornos Mentais

O conceito de saúde mental deriva do amplo conceito de saúde, difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “o bem estar físico, mental e social, e não somente a mera ausência de doença ou enfermidade”, em 1948, ano de criação desse organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental

“como o bem-estar, no qual cada indivíduo tem conhecimento total do seu próprio potencial, consegue lidar com o estresse normal da vida, consegue trabalhar produtivamente e ser capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade.” (OMS, 2001).

Segundo OMS (2005), a maioria dos documentos clínicos internacionais evita o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar o termo “transtorno mental”, que apesar de não ser um termo exato, mas é empregado “para implicar a existência de um conjunto de comportamentos clinicamente identificáveis, associado na maioria dos casos, a sofrimento e a interferência nas funções pessoais, podendo abranger enfermidade mental, deficiência mental, transtorno de personalidade e dependência de substâncias (CID-10, 1993).

O transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química (KAPLAN, 1998). Neste estudo será adotada uma perspectiva, mais ampla e completa, em que a OMS define os transtornos mentais

“como condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor por comportamentos associados a angústia e/ou deteriorização do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida “ (OMS, 2001).

Outro conceito necessário para se abordar é de deficiência mental, termo guarda-chuva para debilidades, limitações de atividade e restrições na participação social, logo não é sinônimo de transtorno mental (OMS, 2005). Tal distinção torna-se relevante por evitar o confundimento tão comum entre os dois termos.

A definição conceitual de saúde e transtorno mental, apesar de não ser unânime, contribui para o planejamento de políticas e ações estratégicas na área da saúde mental,

impondo novos ritmos no cuidar em saúde mental. Nesse contexto, torna-se relevante o dimensionamento dos transtornos mentais, por meio de sua respectiva epidemiologia, para compreender a representatividade desse problema de saúde pública.

3.2 Epidemiologia dos Transtornos Mentais

O Relatório de Saúde no Mundo emitido pela OMS (2001) estima que 450 milhões de pessoas possuam distúrbios neuropsiquiátricos, considerando que os transtornos mentais respondem por 12% da carga mundial de doenças. A prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais em adolescentes foi investigada em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Diferentes estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na adolescência mostram que a prevalência pode variar entre 10 a 20% dos adolescentes. No Japão um estudo com cerca de 2000 crianças das escolas secundárias, mostrou a estimativa de prevalência de 16% para os 12-13 anos de idade e 14% para as crianças 14-15 anos de idade, sendo uma proporção dos transtornos mentais de 2,4 meninos para cada menina (MORITA, 1993). Na Suíça um estudo com 1964 alunos de várias escolas de ensino fundamental, de Zurique, com idade entre 1 e 15 anos de idade apresentou prevalência total para qualquer distúrbio de 22,5% (STEINHAUSEN, 1998). Na Índia um estudo com 2064 crianças entre 1 e 16 anos selecionadas de forma randomizada, em Bangalore, encontrou uma prevalência de 12,5% (SRINATH, 2001).

No Brasil, estima-se que entre 32 e 50 milhões de pessoas possuam algum transtorno mental, sendo as doenças mentais graves e persistentes atingem entre 3,1 e 6% dos brasileiros (MELLO, 2007). Considerando o percentual entre 3,1 e 6% estima-se que 02 milhões dentre os 74 milhões de brasileiros com menos de 21 anos podem se beneficiar com a rede de saúde mental para crianças e adolescentes (DELGADO, 2007). O estudo adotará a definição de adolescentes apresentado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990), em que compreende como adolescente todos os indivíduos na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade. Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) os adolescentes representam 25% da população mundial. Conforme o Censo Demográfico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, no Brasil cerca de 34.929.705 (18,94% da população total do país) de pessoas estão vivenciando a adolescência. Enquanto no estado do Ceará, a população de adolescentes encontra-se em torno de 1.694.148, sendo que em Fortaleza são 432.658 adolescentes. Para compreender a proporção dos adolescentes que

possuem transtornos mentais e são atendidos pelo Caps i deve-se desenvolver estudos que caracterizem essa clientela, subsidiando o planejamento de intervenções que garantem o uso seguro de psicofármacos e a redução de custos (CHAVES, 2005).

Um estudo descritivo, de corte transversal, realizado em 2003 com dados secundários obtidos dos 8 539 registros de atendimentos realizados por sete CAPS i, que atenderam 1 456 pessoas, habilitados ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizados em três regiões do Brasil (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) mostrou que cerca de 78% dos diagnósticos concentram-se em três grupos da CID-10. Encontrou-se um percentual de 44,5% para o grupo de transtorno de comportamento e transtornos emocionais (F90-F98), seguido por 19,8% de transtornos neuróticos (F40-F49) e 14,2% para transtorno de desenvolvimento psicológico (F80-F89). Verificou-se que os transtornos de comportamentos e emocionais foram os mais freqüentes, apresentando frequência de 47,6% para o grupo de 11 a 14 anos e 32,7% entre 15 e 21 anos (HOFFMANN, 2008). Tais achados são ratificados por outro estudo, realizado com dados obtidos por meio dos prontuários dos usuários de um CAPS i em 2008, mostrando que 21% dos usuários estão no grupo como hipótese diagnóstica de transtornos de comportamento e emocionais, 16,2% no grupo de transtorno do desenvolvimento psicológico e 10,5% apresentam retardo mental (DELFINI, 2009).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil sobre transtornos psiquiátricos em adolescentes, apontam que há uma variação entre 4 e 23%, não há registros de nenhum estudo representativo dos índices de prevalência regionais ou nacional. Autores como Almeida Filho (1982) encontraram taxa de prevalência de transtornos mentais de 23,2% em crianças de 5 a 14 anos na zona urbana de Salvador, enquanto Lauridsen e Tanaka (1999) acharam uma prevalência de 4,7% no município de São Paulo. Apesar dessas variações, pode-se estimar que pelo menos 12% das crianças e adolescentes têm transtornos mentais clinicamente importantes e que metade desses estão gravemente incapacitados por esses transtornos (OFFORD; FLEMING, 1996).

Os transtornos mentais representam um importante problema de saúde que tem sua forma de tratar e cuidar amadurecida ao longo da história da psiquiatria. As modificações no tratamento dos transtornos mentais, ocorridas através de reformas, constituem evoluções significativas na percepção das estratégias para o cuidar em saúde mental.

3.3 Histórico da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil

Até a idade média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como um fato cotidiano ou como dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas. Na Europa, ao fim do século XV, começaram a surgir vários problemas sociais e neste cenário aparecem os mendigos e desocupados além de instituições e hospitais gerais em que os doentes mentais eram colocados e sofriam punições severas (OLIVEIRA, 2006).

No final do século XVII, com as idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos Humanos nos Estados Unidos da América (EUA), surgiram denúncias contra as internações. Neste contexto, os “loucos” passam a ser chamados de “alienados” e a loucura passa a ser vista como objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura, surgindo os hospitais como espaço terapêutico (OLIVEIRA, 2006).

A reforma dos serviços de saúde mental na América Latina e Caribe foi iniciada na década de 60 na influência do movimento de psiquiatria comunitária nos EUA e nas experiências da Reforma dos Serviços de Saúde Mental na Europa. A Declaração de Caracas, adotada na Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, marcou o início da segunda fase da reforma e representou um passo decisivo no estabelecimento de programas nacionais (BRASIL, 2005). Essa declaração propôs integrar a atenção primária nos sistemas locais de saúde e mostrou a necessidade de abandonar o conceito de que os hospitais deveriam ser o centro do sistema de atenção psiquiátrica (ALMEIDA, 2005).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirado nos movimentos francês e Italiano. O primeiro, liderado pelo médico Philippe Pinel (1745-1826), diretor do Manicômio Bicêtre nos arredores de Paris, em 24 de maio de 1798, teve autorização para libertar os asilados, ficando conhecido como aquele que libertou os loucos de suas correntes e contribuindo com a percepção do efeito terapêutico ao humanizar os doentes mentais como enfermos (TENORIO, 2002; MOSTAZO, 2003). O movimento contemporâneo que também influenciou foi a Psiquiatria Democrática Italiana, iniciada na década de 1960, cujo importante representante foi Franco Basaglia, que defendia a superação do paradigma psiquiátrico por meio da eliminação dos hospitais psiquiátricos e discussão das relações de

poder no entorno do objeto doença, entendendo a eliminação do hospital psiquiátrico como ponto de partida e não de chegada (LEÃO, 2008; MORORÓ, 2011)

A reforma da saúde mental na Itália, iniciada em torno de 1961, se tornou uma referência internacional pelo estabelecimento de três alternativas para substituição dos hospitais psiquiátricos: leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dependências residenciais não-hospitalares e dependências ambulatoriais não residenciais, conseguindo uma redução de 53% dos hospitais psiquiátricos nos primeiros dez anos (OMS, 2001). O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana representou uma ação estratégica e fundamental para extinção dos manicômios da Itália e instituições psiquiátricas como lugar de violência e exclusão. A aprovação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, determinou o fim dos manicômios em todo o território italiano bem como o controle e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios (ITALIA, 1978), consolidando o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e saúde mental. A repercussão da criação da “psiquiatria democrática” e de “redes alternativas à psiquiatria” fez com que essas experiências se tornassem um importante marco - uma referência - para o projeto de reforma psiquiátrica e para redimensionamento atual da desinstitucionalização em psiquiatria no Brasil (HIRDES, 2009).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada nos anos 70, constitui-se como um processo contemporâneo à reforma sanitária em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão, baseada na desinstitucionalização, atenção comunitária e reinserção social pelos quais ocorre a superação da violência asilar e promoção da garantia dos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). Uma situação que veio aproximar a reforma psiquiátrica e sanitária foi a situação dos quase 100 mil leitos psiquiátricos existente no início da década de 1990, com postos em sua maioria de pacientes cronicados, e que requeira soluções em escalas compatíveis com o tamanho do problema (FURTADO, 2005).

O sucesso da experiência de Santos, a partir de 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, tornou-se um marco histórico da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Essa intervenção associada à implementação de ampla rede territorial de serviços de saúde mental se torna emblema da possibilidade de se realizar profundas mudanças na atenção em saúde mental dentro da rede SUS (FURTADO, 2005). A intervenção em Santos pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução da estrutura manicomial no

Brasil bem como de construção de estruturas substitutivas. Nesse contexto, a desinstitucionalização pode ser visto como um trabalho prático de transformação com o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde” e o amadurecimento de uma nova política de saúde mental, ou seja, a desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade (HIRDES, 2009).

No Ceará, a Reforma Psiquiátrica se iniciou com a implantação do primeiro Caps, na cidade de Iguatu, em 1991. No ano seguinte, foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, na qual foi votada uma moção de apoio ao Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede, cuja proposta foi definir juridicamente uma reforma na atenção aos cuidados dos portadores de transtornos mentais, que posteriormente tornou-se a Lei Nº 12.251, de julho de 1993. Esta lei foi um das primeiras adotadas no Brasil e serviu de apoio ao projeto nacional do Deputado Paulo Delgado que foi aprovado e virou a Lei Nº 10.216. Em 1993, é criada a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza, a primeira implantada em uma capital e serviu de apoio teórico e técnico na implantação de novos Caps no Estado (CEARA, 2011).

O modelo de atenção à saúde mental vigente no Brasil foi construído por meio da reforma psiquiátrica e das conferências de saúde mental. O histórico das conferências mostra que: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) é marcada pela necessidade de superação do modelo assistencial hospitalocêntrico; a II Conferência (1992) marcou o aprofundamento das críticas ao modelo hegemônico e formalização de um novo modelo assistencial; a III Conferência (2002) apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial e da rede de atenção comunitária, reafirmando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; a IV Conferência (2010) identificou desafios multidimensionais e intersetoriais, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar novos desafios (BRASIL, 1987; BRASIL, 1992; BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Em nível mundial, a abordagem contemporânea do modelo assistencial de saúde mental foi iniciada quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) examinou a situação atual dos sistemas de saúde mental nos países por meio do projeto Atlas, que envolve 181 Estados Membros da OMS, cobrindo 98,7% da população mundial, no período de outubro de 2000 a março de 2001. Nesse estudo foram coletadas informações básicas sobre recursos para a saúde mental dos Estados Membros, concluindo-se que um terço dos países não indica a existência de orçamento específico nem programa para a saúde mental, sendo que um quarto

não tem política nem programa. O estudo ainda indicou que as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. A partir da análise desse contexto, a OMS iniciou uma nova fase da reforma de saúde mental, o Programa Mundial de Ação em Saúde Mental da OMS, lançado em 2001, desenvolvido com objetivo de superar barreiras e minimizar a lacuna existente entre os recursos e as necessidades criadas pelos transtornos mentais, assim como para reduzir o número de anos vividos com incapacidade e mortes associadas a esses transtornos. Para alcançar esses objetivos a OMS apresentou 10 recomendações que se constituíam em um plano para cada país assumir a saúde mental com uma prioridade de saúde pública. São elas:

- Proporcionar tratamento na atenção primária;
- Garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais;
- Garantir a atenção na comunidade, evitando internação em hospitais psiquiátricos;
- Educação em saúde para a população;
- Envolver as comunidades, as famílias e os usuários nas decisões políticas, programas e serviços;
- Estabelecer políticas, programa e legislação nacionais;
- Formar recursos humanos;
- Criar vínculo com outros setores;
- Monitorar a saúde mental na comunidade (informação/indicadores de saúde mental);
- Apoiar a pesquisa na área de saúde mental (OMS, 2001).

No Brasil, o modelo assistencial à saúde mental teve importante impulso em 2001 quando, após 12 anos de tramitação, foi sancionada a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência em saúde mental e impondo novos ritmos e impulso para o Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois representa importante conquista nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005). Essa Lei orientou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que proporciona a construção de um modelo de atenção à saúde mental, baseado na mudança do paradigma da exclusão, do estigma na busca pela conquista de direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais. Essa lei contempla ainda os direitos da pessoa com transtorno mental de ter acesso ao melhor tratamento de saúde, consentâneo as suas

necessidades; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Ao contrário desse contexto, o Ministério da Saúde (2005), reconhece que um dos maiores desafios da saúde mental é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes com transtornos mentais que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS, entendendo que política, programas e legislação sobre saúde mental infanto-juvenil constituem etapas necessárias de ação significativa (OMS, 2001). Contudo, uma política de saúde mental não é suficiente para chegar a bons resultados, mas estimula melhores condições para implantação de atividades inerentes à saúde mental.

Ainda sobre o modelo assistencial brasileiro, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), associação civil, de caráter científico, formada por médicos psiquiatras, em 2006, lançou o documento “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, em que descreve o modelo assistencial da saúde mental no Brasil com financiamento de 2,3% do orçamento total da área da saúde, distribuído 56% com internações e 44% com serviços extra-hospitalares. Segundo a entidade, isso faz com que a rede de saúde mental seja mal estruturada, insuficiente e sobrecarregada. Na atenção primária praticamente inexistente atenção à saúde mental, pois no máximo realizam encaminhamento para serviço de referência no nível secundário, denominado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Na atenção secundária, evidencia-se uma sobrecarga devido ao não cuidado ou ao encaminhamento equivocado dos profissionais de saúde, que não sabem reconhecer as características de doentes mentais severos. Na atenção terciária, quando os pacientes são encaminhados para internação em hospitais psiquiátricos e leitos em hospitais gerais se deparam com serviços mal estruturados e profissionais de saúde sem capacitação específica, sendo que a atual disponibilidade de 0,23 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes é insuficiente para demanda (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006).

A reforma psiquiátrica realizou aquilo que Foucault coloca como a experiência trágica, isto é, a experiência da descoberta do próprio limite, por isso tornou-se um dos movimentos contra a dominação política, mais longos, inventivos e bem-sucedidos da história (ALARCON, 2005). A reforma psiquiátrica, que subsidia o modelo assistencial, trata-se de uma nova relação com a loucura e suas formas de abordagem, devendo instaurar uma nova

resposta social ao adoecimento e ao doente mental (FURTADO, 2005). Essa nova relação requer novas iniciativas em saúde mental, assumidas como política de estado, tendo como principal representante os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i).

3.4 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

No Brasil é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para infância e adolescência, ou seja, por muito tempo os portadores de transtornos mentais passaram despercebidos aos diversos serviços de saúde. Nesse sentido, a expansão e a consolidação da rede de Caps i tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência (BRASIL, 2005).

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) foram oficialmente criados a partir da Portaria GM nº 224, de janeiro de 1992, sendo atualmente regulamentados pela Portaria nº 336, de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do Caps, que tem a missão de dar atendimento diurno às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania. Os Caps constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004). Apesar dessa legislação sobre o funcionamento do Caps i, observa-se que podem co-existir diferentes Caps i a partir da concepção do serviço e da forma de lhe dar com as limitações físicas, materiais e humanas, ou seja, existe uma influência da percepção subjetiva dos profissionais que constituem a equipe do serviço sobre a relevância e o modo que desenvolvem o trabalho.

O Centro Atenção Psicossocial (Caps) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) que promove o acolhimento aos pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar bem como apoiando as iniciativas de busca da autonomia, a partir de atendimentos médicos e psicológicos que promovem cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Os Caps têm o estabelecimento definido por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, motivo pelo qual existem Caps I, II, III além de Caps i, Caps ad, disponibilizando atendimentos intensivo (diário), semi-intensivo (frequente) e não intensivo (eventual), conforme a necessidade do paciente (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i) é um tipo especializado de Caps, destinado ao atendimento psicossocial de crianças e adolescentes com transtornos mentais. O Caps i constitui-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, desenvolvendo serviço ambulatorial diário, com capacidade técnica para regular a entrada da rede assistencial, realizando organização da demanda e da rede de cuidados no âmbito do seu território assistencial (BRASIL, 2002). Na prática, se percebe uma imensa dificuldade de atuação do Caps i numa articulação da rede de serviços de saúde, devido a fatores que limitam uma atuação “extramuro”.

No Brasil, no período entre 2002 e 2010, foram implantados 1620 Caps, representando uma cobertura de 63% por município, o que faz com que 67,7% dos recursos federais sejam gastos com ações comunitárias. Do total de Caps, 597 estão na região nordeste e, destes, 99 no estado do Ceará que apresentou percentual de 0,93 de Caps/100.000 habitantes, o cálculo considera que o Caps dá cobertura a 100.00 habitantes, sendo considerada uma cobertura muito boa (BRASIL, 2010). A boa cobertura é suficiente para atender as necessidades dos adolescentes com transtornos mentais? A forma de trabalho é igualmente importante à cobertura no que tange ao cumprimento do papel social destinado ao Caps i, referência no tratamento de transtornos mentais de adolescentes.

Com relação a implantação de Caps i, no período 2002 - 2010, a quantidade passou de 32 para 128, apresentando crescimento de 281%. Do total dos Caps i, 34 estão na região nordeste, sendo que no estado do Ceará existem 06 Caps i implantados, dos quais 02 estão na capital Fortaleza para atender a população de 454.927 adolescentes (BRASIL, 2011; FIBGE, 2007). Os Caps i representam o serviço de saúde que acolhe os adolescentes com transtornos mentais, sendo fundamental avaliar a resolutividade mediante a sua crescente demanda, decorrente do serviço diferenciado e de excelência prestados à população infanto-juvenil.

3.5 Modelo Biomédico para Transtornos Mentais: Diagnósticos e Tratamentos no Caps i

O CAPS i desenvolve o serviço ambulatorial a partir do diagnóstico de transtorno mental estabelecido de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), recurso que auxilia no diagnóstico objetivo e correto, por meio da codificação de cada estado de saúde, tornando-se fundamental para o planejamento da atenção individual e para a escolha do tratamento apropriado (CID, 1993; OMS, 2001). Estudos desenvolvidos no Brasil

dimensionam a prevalência dos diagnósticos dos transtornos mentais nos adolescentes atendidos no Caps i.

Outro recurso disponível para estabelecimento de diagnósticos de transtornos mentais é o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, desde 1952, mas tendo sido a atual edição publicada em 1994. O DSM tem o objetivo de fornecer critérios de diagnóstico para generalidade dos transtornos mentais e correlaciona-se com o CID-10 (APA, 1994). No Brasil, o uso do DSM é limitado na prática assistencial do Caps i, mas contribui avanços com estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais (MATOS, 2005).

O estabelecimento do diagnóstico de transtornos mentais para adolescentes envolve um processo que pode levar algum tempo, mas é essencial para que ocorram os tratamentos, que têm como única meta reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e desenvolver a autonomia das pessoas nas atividades diárias (JORGE, 2011). No Caps i, o adolescente percorre o seguinte caminho: no primeiro contato é realizada uma entrevista de anamnese, onde se define a conduta que, normalmente, caracteriza-se por avaliações psicológicas e psiquiátricas. A reunião das informações obtidas com a entrevista inicial e as avaliações subsidiam a admissão ou encaminhamento para outro serviço de saúde. Os critérios para admissão: crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas). Uma vez admitido, o paciente será classificado conforme sua necessidade de acompanhamento em intensivo, semi-intensivo e não intensivo e incluído em grupos terapêuticos, sendo definido um projeto terapêutico individual. O Caps i desenvolve a idéia de projeto terapêutico singular, em que define as necessidades e estratégias do tratamento de cada indivíduo de forma a reconhecer diferenças regionais, condições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares/usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações (POLETTI, 2008).

3.5.1 Tratamento Não-Medicamentoso no Caps i

O tratamento não-medicamentoso no manejo dos transtornos mentais e comportamentais encontra-se numa combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial. Nessa

perspectiva, o tratamento não-medicamentoso deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo, mas estas mudam com a evolução da doença e com as condições de vida do paciente. Por isso, o tratamento não-medicamentoso baseado nessa combinação deve ser norteado por intervenções que possuam uma indicação específica, proporcional à gravidade da doença e ao tempo exigido pela natureza da doença (OMS, 2001)

O tratamento não-medicamentoso se baseia na psicoterapia que, por sua vez, se refere a intervenções planejadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reação em face de diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais. A psicoterapia conta com várias técnicas: terapia do comportamento, que consiste na aplicação de princípios psicológicos de base científica à solução dos problemas clínicos; terapia cognitiva, que visa alterações do pensamento e de comportamento mediante a prática de novas maneiras de pensar e agir; terapia interpessoal, trata de quatro áreas problemáticas comuns, conflitos de papéis, transições de papéis, luto não resolvido e déficits sociais; relaxamento, visa a redução do estado de excitação e, conseqüente, ansiedade, sendo facilmente aceitado e aprendido; terapia de apoio baseia-se no relacionamento médico/paciente, incluindo auto-afirmação, esclarecimento e ensino (OMS, 2001).

A Portaria 336/02, que regulamenta a criação dos Caps i no Brasil, descreve a assistência não-medicamentosa a partir das seguintes atividades: atendimento individual (psicoterápico, de orientação); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimento domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a criança e o adolescente na família, na escola e na comunidade ou qualquer outra forma de inserção social; desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente nas áreas de assistência social, educação e justiça.

O tratamento não-medicamentoso ainda abrange a reabilitação psicossocial, visto como o processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, em virtude de transtornos mentais, a oportunidade de atingir seu nível potencial de funcionamento independente da comunidade. A reabilitação é um processo abrangente com base na comunidade, variando segundo as necessidades do usuário, mas mantendo os principais objetivos: emancipação do usuário, redução da discriminação e da estigmatização, melhoramento da competência social individual e criação de um sistema de apoio social de longa duração. A reabilitação psicossocial permite as pessoas adquirirem e recuperarem

aptidões práticas necessárias para viver e socializar na comunidade e ensina a maneira de fazer mediante suas incapacidades, o que inclui desenvolvimento de aptidões sociais, interesses e atividades de lazer que dão um senso de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, orçamentos, manter a casa limpas.

O Caps i ao possibilitar a permanência da criança ou adolescentes no seu domicílio (NASI, 2011), contribui como um serviço de produção de sujeitos sociais e de subjetividades, espaço de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão além de aparecer como uma das dimensões do cotidiano dos usuários (SOUZA, 2006). Por isso, deve-se estimular a escuta do sujeito, permitindo ao adolescente com transtorno mental sair da posição de objeto e viabilizar a reconstrução de sua própria história à medida que reconhecem suas habilidades no seu próprio cuidado (CARVALHO, 2007; MOSTAZO, 2003). É importante associar os tratamentos não-medicamentosos com os medicamentosos, constituindo um tratamento com potencial para promover a qualidade dos adolescentes com transtornos mentais.

3.5.2 Tratamento Medicamentoso no Caps i

O tratamento medicamentoso no Caps i ocorre através de psicofármacos, também conhecidos como psicotrópicos, que são fármacos que afetam as funções mentais e emocionais, situados na subespecialidade psicofarmacologia (GODMAN, 1998). Os psicofármacos são capazes de atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitas perturbações e prevenir as recorrências (OMS, 2001). Com isso, o uso de psicofármacos tornou-se uma importante estratégia adotada no controle dos transtornos mentais, constituindo-se como parte essencial da manutenção da estabilidade do quadro clínico do adolescente. Apesar de serem medicamentos necessários e seguros, podem causar dependência física e/ou psíquica (ANDRADE, 2004), mesmo assim alcançaram papel central na terapêutica (MELO, 2006; VIERA, 2007). Assim, o medicamento deixou de ser somente um mero instrumento de intervenção para converter-se em um elemento complexo – técnico e simbólico – na sociedade ocidental (LEITE, 2008), que foi legitimado como uma forma de cuidado (IGNACIO, 2007).

O estudo adotou a distribuição de psicofármacos ou agentes psicotrópicos, conforme a classificação dos fármacos denominada *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)*, adotada pela OMS (2001), que apresenta as seguintes classes de psicofármacos: antipsicóticos para sintomas psicóticos; ansiolíticos ou tranquilizantes para ansiedade; antidepressivo para depressão; antiepilépticos para epilepsia. No caso dos transtornos mentais, o tratamento medicamentoso não se destina a curar doenças, mas reduzir e controlar os sintomas ou evitar recidivas.

Os fármacos ansiolíticos e hipnóticos aliviam a ansiedade e a tensão, além de reduzir os sintomas neuróticos, pois promovem sedação sem afetar a clareza da consciência ou as condições neurológicas. Têm as classes dos benzodiazepínicos e dos barbitúricos. Esses fármacos apresentam como reações adversas: sedação, fadiga, dificuldade de aprendizagem e memória, prejuízo nas funções psicomotoras. O uso prolongado causa a dependência química, reações de abstinência e em associação com álcool pode levar ao estado de coma (KAPLAN, 1998).

Os fármacos antidepressivos são estimuladores do humor e usados inicialmente no tratamento de distúrbios afetivos e outras condições relacionadas. Divididos em duas classes: tricíclicos e inibidores de recaptação de serotonina (IRSS), estes vêm tendo o uso ampliado por apresentar menos efeitos colaterais. Dentre as reações adversas pode apresentar disfunção sexual, mania (ilusões de grandiosidade e otimismo irrealista), aumento no tempo de sangramento do paciente, sensação de "boca seca", desconforto gástrico, constipação intestinal, retenção urinária, tonturas, sudorese, tremores, taquicardia. O período de uso mais perigoso para o suicídio é logo após o início da terapia, porque o fármaco só manifesta os seus efeitos completos após algumas semanas (KATZUNG, 2010).

Os fármacos antipsicóticos ou neurolépticos reduzem alucinações e episódios maníacos, em decorrência da esquizofrenia, transtornos delirantes, transtorno bipolar e depressão psicótica. Esses fármacos apresentam como principais reações adversas às relacionadas aos efeitos neurológicos: acatisia (inquietação motora e incapacidade de relaxar), distonias (contraturas musculares ou movimentos estereotipados de grupos musculares), discinesias (movimentos estereotipados de grupos musculares, periorais, língua, cabeça, tronco e membros), parkinsonismo (diminuição dos movimentos dos braços, expressão facial, rigidez dos membros, tremores, movimentos involuntários) podendo, ainda, apresentar complicações oculares.

Os fármacos antiepilépticos são utilizados para interromper ou prevenir crises epiléticas. Alguns medicamentos demonstraram ser posteriormente eficazes para outras patologias, tais como a carbamazepina e o carbonato de lítio, que além de antiepilépticos, são estabilizadores do humor, sendo indicados para transtorno bipolar. Os fármacos antiepilépticos apresentam como reações adversas: sonolência, fadiga, tontura, cefaléia, náuseas e vômito, tremores, diminuição dos reflexos, hipotensão, ganho de peso, gosto metálico (KATZUNG, 2010).

O tratamento medicamentoso no Caps i é favorecido pela distribuição gratuita de psicofármacos através de farmácias no próprio serviço ou em farmácias de referência. Os medicamentos disponíveis estão na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que é uma lista de medicamentos essenciais adotados no Brasil, por recomendação da Organização Mundial de Saúde. Dentre os medicamentos disponibilizados pelo Caps i, encontram-se aqueles sujeitos a controle especiais, regulados pela Portaria 344/98. Segue abaixo a lista de medicamentos disponíveis na farmácia, localizada no Caps i, do município de Fortaleza (CE):

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS	
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Alprazolam 1mg	Transtorno de ansiedade
Clonazepam 0,5mg	Benzodiazepínico: Anticonvulsivante, ansiolítico, transt. de ansiedade e do humor
Diazepam 5mg	Benzodiazepínicos: distúrbios de ansiedade, sedativo
Diazepam 5mg/mL sol. Injet.	Benzodiazepínicos: distúrbios de ansiedade, sedativo
Fenobarbital 100mg	Barbitútrico: prevenção de convulsões e sedativo
Fenobarbital 40mg/mL sol. Oral	Barbitútrico: prevenção de convulsões e sedativo
Fenitoína 100mg	Anticonvulsivante: Crises convulsivas generalizadas (antiepileptica)
ANTIDEPRESSIVOS	
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Amitriptilina 25 mg	Antidepressivo tricíclico: depressão
Clomipramina 25mg	Antidepressivo tricíclico: depressão, trans. do humor, sindr. obes-compulsivo
Fluoxetina 20mg	Depressão e TOC
Nortriptilina (cloridato) 25mg	Antidepressivo tricíclico
Paroxetina 20mg	Antidepressivos (IRSS): depressão, sindr. do pânico, TOC, ansiedade pós-traumática
Venlafaxina 75mg	Depressão associada com ansiedade
Venlafaxina 150mg	Depressão associada com ansiedade

ANTIPSICÓTICOS OU NEUROLÉPTICOS	
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Clorpromazina 100mg	Episódios psiquiátricos agudos e controle de psicoses de longa duração
Clorpromazina 25mg	Episódios psiquiátricos agudos e controle de psicoses de longa duração
Clorpromazina 5mg/mL sol. Injet	Episódios psiquiátricos agudos e controle de psicoses de longa duração
Clorpromazina 40mg/mL sol. Oral	Episódios psiquiátricos agudos e controle de psicoses de longa duração
Haloperidol 1mg	Transt. de pensamento, afeto e comportamento, incluindo mov. Incontrolados
Haloperidol 2mg/mL sol. Oral	Transt. de pensamento, afeto e comportamento, incluindo mov. Incontrolados
Haloperidol 5mg	Transt. de pensamento, afeto e comportamento, incluindo mov. Incontrolados
Haloperidol 5mg/mL sol. Oral	Transt. de pensamento, afeto e comportamento, incluindo mov. Incontrolados
Haloperidol Decanoato 50mg/mL sol. Injet.	Sintomas produtivos das psicoses (delírios e alucinações), manut. de psicóticos estabilizados
Periciazina 4%	Distúrbio de caráter e de comportamento, incluindo autismo
Risperidona 1mg	Transt. de pensamento e comportamento, incluindo autismo e esquizofrenia
Risperidona 3mg	Transt. de pensamento e comportamento, incluindo autismo e esquizofrenia
Risperidona 1mg/mL	Transt. de pensamento e comportamento, incluindo autismo e esquizofrenia
Biperideno 2 mg	Trans. Movimentos: contorções, tremores musculares e inquiet. Motora
Levomepromazina 25mg	Antipsicótico: sedativo, melhora dos quadros mentais
Levomepromazina 100mg	Antipsicótico: sedativo, melhora dos quadros mentais
ANTIEPILEPTICOS	
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Ácido Valpróico/ Valproato de Sódio 500mg	Crise Epilépticas Parciais Complexas
Valproato de Sódio 50mg/mL xarope	Crise Epilépticas Parciais Complexas
Carbamazepina 200mg	Crises Convulsivas (epilepticas)
Carbamazepina 200mg/mL (2%)	Crises Convulsivas (epilepticas)
Oxcarbazepina 300mg	Antiepileptico: crises parciais e tônicos-clônicas generalizadas
Oxcarbazepina 6%	Antiepileptico: crises parciais e tônicos-clônicas

	generalizadas
Carbonato de Lítio 300mg	Transtorno Bipolar
OUTRAS CLASSES DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO CAPS i	
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Metilfenidato 20mg	Estimulante, tratamento de TDAH
Prometazina 25mg	Anticolinérgico, sedativo, previne reações anafiláticas e alérgicas
Prometazina 25mg/mL sol. Injet.	Anticolinérgico, sedativo, previne reações anafiláticas e alérgicas

Fonte: Relação Municipal de Medicamentos. Fortaleza, 2012

É reconhecida a importância do uso de psicofármacos para os adolescentes com transtornos mentais, pois representa um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica, sendo responsável por significativa melhoria da qualidade e expectativa de vida da população infanto-juvenil (ARRAIS, 2005). Nesse contexto, qual é a disponibilidade dos psicofármacos no SUS para os adolescentes com transtornos mentais?

3.6 A Disponibilidade de Psicofármacos no SUS

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8.080/90, evidenciou a necessidade de formular uma política de medicamentos, consonante a nova estrutura de saúde do país. Por isso, em 1998, é lançada a Portaria GM nº 3916 que cria a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que tem como objetivo garantir a disponibilidade, o acesso e o uso racional de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, para todos os setores da população (BRASIL, 1998). Essa Política constitui um dos elementos fundamentais para implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2000). Para isso, uma das diretrizes é a reorientação da assistência farmacêutica, que para ser alcançada precisa promover ampliação do acesso e promoção do uso racional de medicamentos, devendo ser assumida pelas instâncias gestoras do SUS através da descentralização da gestão, otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência farmacêutica (BRASIL, 2002).

Em 2003, um amplo debate sobre Assistência Farmacêutica foi realizado na I Conferência Nacional de Medicamentos, fazendo com que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovasse a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definida como um conjunto de ações voltadas

à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional (BRASIL, 2004).

No Brasil, um dos principais eixos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica é a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que segundo a Resolução nº3/2011, que estabeleceu as diretrizes nacionais, compreende a seleção e padronização de medicamentos para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS e possui os seguintes princípios: universalidade, efetividade, eficiência, comunicação e racionalidade no uso dos medicamentos (BRASIL, 2011).

A RENAME orienta a aquisição de medicamento pelo SUS que, por sua vez, disponibiliza gratuitamente à população. Logo, o financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade de três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme estabelecido pela portaria GM nº 204/2007 (BRASIL, 2007), atualizada pela portaria GM nº 837/2009 (BRASIL, 2009), os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, sendo que o bloco de financiamento da assistência farmacêutica é constituído pelos três componentes: O Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica em Saúde e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde neste nível de atenção. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, destinado ao financiamento para custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas Tuberculose, Hanseníase, Antiretrovirais dos Programas DST/Aids, Hemoderivados e Imunobiológicos. E o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que aprimora e substitui o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional e tem como característica garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2011). Os psicofármacos utilizados pelos adolescentes acompanhados pelo Caps i são encontrados no componente básico e especializados da assistência farmacêutica.

Os psicofármacos são medicamentos de uso controlado com distribuição e comercialização orientado pela Portaria Nº 344/98, que regulamenta substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial devido à ação sobre o Sistema Nervoso Central. Os psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos disponíveis no CAPS i estão relacionados

nas listas B1 e B2, que incluem psicotr3picos anorex3genos: ansiol3ticos, tranq3uilizantes, anorex3genos, antidepressivos, antipsic3ticos, psicoestimulantes, sedativos e hipn3ticos. A portaria 344/98 foi importante para racionalizar o uso de psicof3rmacos, pois “dificultou” o acesso a esses medicamentos a medida que tornou mais rigoroso todo o processo de aquisi3o, o que inclui prescri3o e dispensa3o.

Com rela3o 3 disponibilidade de psicof3rmacos para popula3o, a IV Confer3ncia Nacional de Sa3de Mental apontou a necessidade de sustenta3o e garantia de distribu3o de medicamentos aos usu3rios de sa3de mental na rede de servi3os do SUS, visando qualificar a oferta do acesso gratuito e integral a medicamentos diversificados (BRASIL, 2010). Segundo a OMS (2001), nas barreiras 3 implementa3o de interven3es efetivas para transtornos mentais, existe o insuficiente abastecimento e distribu3o de psicotr3picos em todos os n3veis de aten3o. No caso do Brasil, a articula3o entre a Pol3tica de Assist3ncia Farmac3utica e a Pol3tica de Sa3de Mental deve garantir o abastecimento pleno e cont3nuo de medicamentos psicotr3picos de modo descentralizado para os munic3pios, sem desrespeitar o princ3pio geral da desmedicaliza3o do sofrimento ps3quico (BRASIL, 2010). Um dos grandes problemas 3 o desabastecimento nas farm3cias do SUS, fazendo com que o tratamento medicamentoso que requer uso cont3nuo seja frequentemente interrompido, pois grande parte das fam3lias dos adolescentes com transtornos mentais referem n3o ter condi3es de comprar esses medicamentos, tornando-se dependente da distribu3o gratuita oferecida pelo SUS. Com isso, a estrutura3o da assist3ncia farmac3utica 3 dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS por ser determinante na resolutividade da aten3o e dos servi3os prestados em sa3de e envolver a aloca3o de grande volume de recursos p3blicos (BRASIL, 2011).

A forma como a assist3ncia farmac3utica 3 concebida em a3es pr3ticas cotidianas subsidia um melhor entendimento sobre a problem3tica do uso de psicof3rmacos pelos adolescentes com transtornos mentais (AQUINO, 2008).

3.7 Farmacoepidemiologia e os Estudos de Utiliza3o de Medicamentos

A Farmacoepidemiologia constitui importante instrumento para melhoria da seguran3a do paciente (MOTA, 2011). Segundo Strom (1994), a Farmacoepidemiologia pode ser 3til na provis3o de informa3es sobre os efeitos ben3ficos e perigosos de qualquer droga, permitindo

melhor compreensão da relação risco-benefício para o uso de droga em qualquer paciente, pois faz ligação entre duas grandes áreas: a farmacologia clínica, que estuda o efeito dos fármacos em humanos, e a epidemiologia, que estuda a distribuição e os determinantes de doenças na população (BALDONI, 2011).

A investigação em Farmacoepidemiologia tem a finalidade de esclarecer a ocorrência dos Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e, assim, contribuir para a adoção de medidas sanitárias que reduzam o impacto socioeconômico da morbimortalidade por esses produtos e a sobrecarga dos serviços de saúde ao mesmo tempo em que ampliam o conhecimento sobre o agravo (MOTA, 2011). De acordo com a OMS, a utilização de medicamentos é caracterizada como o processo de comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, dando ênfase às conseqüências clínicas e socioeconômicas resultantes (OMS, 2002). No atual estágio de organização da assistência farmacêutica, os estudos transversais permitem conhecer melhor os determinantes e o padrão de consumo de medicamentos na população de adolescentes com transtornos mentais. Desse modo, podem contribuir significativamente tanto para o planejamento e organização das ações de saúde quanto para reorientar as práticas assistenciais, na perspectiva de uma utilização mais racional dos medicamentos.

O uso racional de medicamentos e a minimização dos riscos associados à terapêutica podem ser alcançados pelo investimento no entendimento da relação estabelecida entre o adolescente e o psicofármaco em sua vida cotidiana (LEITE, 2008). Para compreensão desses fatores pelo usuário, é fundamental respeitar o direito do usuário de conhecer o medicamento que usa assim como decidir sobre sua saúde e seu bem-estar (ARRAIS, 2007; VIEIRA, 2007; OENNING, 2011). Um exemplo é um estudo transversal, realizado entre 2002 e 2003, em Fortaleza (CE), em que foram visitados 331 domicílios e entrevistados 957 pessoas, sobre padrões de consumo de medicamentos foi demonstrado que não existe, na maioria dos casos, por parte dos dispensadores, a preocupação em coletar informações dos pacientes que podem ser utilizados na prevenção de agravos. A participação dos pacientes no processo de dispensação é praticamente nula, pois em 97% dos atendimentos os mesmos não tomam a iniciativa de realizar nenhum questionamento. Esta atitude coloca o paciente diante de possíveis riscos para o uso irracional do medicamento (ARRAIS, 2007). No processo de atenção à saúde, o paciente também deve ser visto como sujeito ativo no processo

saúde/doença/tratamento. Dessa maneira, o paciente deve assumir solidariamente a responsabilidade por seu tratamento, uma vez que sua atitude interfere no sucesso da terapêutica (LEITE, 2003, OENNING, 2011). Logo, é relevante a participação do adolescente com transtorno mental no seu tratamento e o pleno exercício dos seus direitos fundamentais – o direito à saúde e garantia a assistência terapêutica integral (CHAVES, 2005).

É necessário ampliar o estudo do uso de psicofármacos em adolescentes, pois um amplo e atualizado conhecimento sobre o uso de psicofármacos, associado a outras modalidades de tratamento, podem auxiliar os adolescentes a alcançarem uma melhor qualidade de vida (COUTO, 2008). Nesse contexto, os estudos que, independentes do método, visam entender tal fenômeno são denominados estudo de utilização de medicamentos (EUM), cujo principal objetivo é garantir o aumento ou a manutenção da qualidade de uso dos medicamentos (STROM, 2006).

Nos últimos anos tem crescido o interesse em avaliar o uso de medicamentos em decorrência do consumo crescente de medicamentos nos diferentes segmentos sociais, do alto investimento do governo para ampliação do acesso aos medicamentos e da complexidade do mercado farmacêutico (COSTA, 2011). De acordo com Melo (2006), este cenário sugere ampla necessidade de racionalização dos recursos, em que os estudos sobre uso de medicamentos apresentam-se com alternativa que permitem reduzir custos sem perda de qualidade nos tratamentos médicos, além de terem como função detectar possíveis abusos no uso de medicamentos ou a ocorrência de eventos adversos, ou seja, os estudos de utilização de medicamentos são imprescindíveis para a detecção, análise e solução dos problemas advindos da utilização inadequada dos medicamentos (LEITE, 2008; MELO, 2006).

A caracterização do uso de psicofármacos pelos adolescentes atendidos pelo CAPS i representa uma importante contribuição para reflexão acerca da distância existente entre as políticas e portarias que orientam o uso dos psicofármacos e a realidade cotidiana com a qual se deparam (DELFINI, 2009). O campo de estudo do uso de psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo CAPS i, à medida que compreende descrição da relação de uso desses medicamentos permite o planejamento de estratégias que reforcem o uso racional ou identifiquem uso prejudicial, possibilitando melhor adequação das necessidades clínicas dos adolescentes, o que inclui doses adequadas bem como redução de efeitos e reações indesejadas, o que caracteriza o uso racional e otimizado de psicofármacos.

Contudo, o estudo referente ao uso de psicofármacos em adolescentes produz o conhecimento com potencial para subsidiar estratégias que otimizem o uso psicofármacos no tratamento de transtorno mental na população infanto-juvenil.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal foi realizado no município de Fortaleza (CE), com os adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i).

O estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, sendo esta a característica essencial do estudo. Logo, constitui-se um método para descrever características de uma população (MEDRONHO, 2009). O estudo transversal possui a capacidade de descrever os adolescentes com transtornos mentais, estabelecer a frequência de fatores relacionados ao uso de psicofármacos, sem sugerir relação de causalidade, permitindo inferir prontamente conclusões que oferecem valiosas informações para avanço do conhecimento científico (BASTOS, 2007).

O presente estudo está inserido no campo da Farmacoepidemiologia, caracterizando-se como um estudo de utilização de medicamentos. A Farmacoepidemiologia consiste no estudo do uso e dos efeitos dos fármacos em uma população, sendo útil no fornecimento de informação sobre os efeitos benéficos e prejuízos à saúde, o que permite um melhor entendimento da relação risco-benefício para o uso de medicamento por um indivíduo (STROM, 2006).

Este projeto de dissertação encontra-se inserido em um projeto guarda-chuva, referente a um estudo multicêntrico denominado “*Psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental nos municípios de Campinas e Fortaleza*”, que analisa o uso de psicofármacos em crianças e adolescentes, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas, sendo dividido em três etapas: estudo de psicofármacos na rede de saúde mental, assistência farmacêutica relacionada à psicofármacos, análise das ações de monitoramento do uso de medicamentos por meio de dados retrospectivos e prospectivos.

4.2 Local de Pesquisa

4.2.1_O Município de Fortaleza

O município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, situa-se região nordeste do Brasil e possui uma área de 313,8 km², com uma população de 2.447.409 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Fortaleza possui 116 bairros que se agrupam em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), unidades administrativas diretas da prefeitura, responsáveis pela execução de serviços públicos nas áreas delimitadas (FORTALEZA, 2011). As Secretarias Executivas Regionais (SER) foram criadas para aprimorar a administração e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, numa subdivisão técnica estratégica da cidade. Cada SER possui um Distrito de Saúde responsável por toda a rede assistencial de saúde de determinado território (LUNA, 2011).

4.2.2 Rede de Saúde Mental

A rede de saúde mental do município de Fortaleza é composta por seis CAPS Geral, seis CAPS Álcool e Drogas, três Ocas de Saúde Comunitária, dois CAPS Infantil e uma Residência Terapêutica, apresentando a seguinte distribuição, segundo as SER: Na SER I: um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS Geral; uma Residência terapêutica; um Oca de Saúde Comunitária - parceria com o Projeto Quatro Varas. Na SER II: um CAPS Geral e um CAPS Álcool e Drogas. Na SER III: um CAPS Geral; um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS Infantil. Na SER IV: um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS Geral; um CAPS Infantil. Na SER V: um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS Geral; um Oca de Saúde Comunitária. Na SER VI: um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS Geral ; uma Oca de Saúde Comunitária (FORTALEZA, 2011).

4.2.3 O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS I)

Os dois CAPS i, em Fortaleza, localizam-se nas SER's III e IV. O Caps i da SER III, inaugurado em 2007, localiza-se na rua Capitão Francisco Pedro, no bairro Rodolfo Teófilo, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo referência para as regionais I e V, que reunidas abrangem 47 bairros (1.308.00 habitantes), onde moram 234 293 adolescentes. O Caps i da SER IV, inaugurado em 2006, está situado na rua Tertuliano Sales, no bairro Vila União (ao lado do Hospital Infantil Albert Sabin), sendo referência para as regionais II e VI, reunidas abrangem 69 bairros (1.230.058 habitantes), onde moram 220 634 adolescentes (IBGE, 2007).

Os dois CAPS Infantil funcionam no horário de 8 às 17h, de segunda à sexta-feira, oferecendo atendimento terapêutico individual e grupal, visitas domiciliares e institucionais além de atividades comunitárias. O fluxo de atendimento caracteriza-se pelo acolhimento de todas as crianças e adolescentes que procuram o serviço, sendo o encaminhamento realizado por serviços de saúde dos níveis primário, secundário e terciário além de assistência social, órgãos do poder judiciário e escolas ou mesmo por demanda espontânea. No primeiro contato é realizada uma entrevista de anamnese, onde se define a conduta que, normalmente, caracteriza-se por avaliações psicológicas e psiquiátricas. A reunião das informações obtidas com a entrevista inicial e as avaliações subsidiam a admissão ou encaminhamento para outro serviço de saúde. Os critérios para admissão: crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas). Uma vez admitido, o paciente será classificado conforme sua necessidade de acompanhamento em intensivo, semi-intensivo e não intensivo e incluído em grupos terapêuticos, sendo definido um projeto terapêutico individual. Permanecendo no serviço até a faixa etária de 18 anos de idade, no caso dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, e 16 anos de idade, no caso dos portadores de transtornos relacionados às substâncias psicoativas, quando são encaminhados para o CAPS Geral e CAPS AD, respectivamente, para dar continuidade ao acompanhamento.

O fluxo de atendimento que caracteriza o uso de psicofármacos pelos adolescentes inicia-se pela admissão no serviço e avaliação psiquiátrica que define tratamento medicamentoso. Em seguida, o seu responsável dirige-se a farmácia do serviço (CAPSi da SER IV) ou de um Posto de Saúde (CAPS i da SER III) para ter acesso gratuito aos medicamentos prescritos e disponíveis, sendo que a dispensação ocorre pelos farmacêuticos.

Cada prescrição tem validade de 30 dias, por isso é dispensado quantidade equivalente a esse período, sendo renovada mensalmente. No entanto, a cada trimestre ou quando necessário o paciente é submetido a avaliação psiquiátrica.

4.3 Tamanho e Seleção da Amostra

O dimensionamento da amostra adotado foi uma amostragem aleatória simples, por se tratar de uma população homogênea, com uma frequência esperada de adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo Caps i de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 7%, perfazendo um total de 175 adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos. No entanto, foi possível coletar uma amostra de 194 adolescentes com transtornos mentais, após exclusão de 10 adolescentes que participaram do estudo piloto e de 16 que recusaram participar. A amostra foi distribuída em: 75 adolescentes no CAPS i da SER III e 119 adolescentes no Caps i da SER IV.

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(<i>N</i>):	5480
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (<i>p</i>):	50%+/-5
Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(<i>d</i>):	7%
Design effect (for cluster surveys- <i>DEFF</i>):	1

Sample Size(*n*) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	175

Equation

Sample size $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Fonte: GRAY, 2011.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: adolescentes que fazem acompanhamento no Caps i; concordar em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável e do Termo de Assentimento pelo adolescente. As entrevistas ocorreram, de forma predominante, com os responsáveis, devido impossibilidade de comunicação verbal dos adolescentes ou os responsáveis responderem espontaneamente o questionário, pois queriam estar próximo dos adolescentes durante a entrevista e acabavam participando. Tal fato caracteriza uma limitação do estudo.

Foram excluídos os adolescentes que estavam em surto psicótico; são infratores e estavam em liberdade assistida ou sob ameaça de morte sem escolta policial; tinham abandonado o tratamento medicamentoso há mais de 30 dias.

4.5 Descrição das Variáveis

As variáveis do estudo estão classificadas de acordo com as características socioeconômicas e de tratamento dos adolescentes; características sobre uso de psicofármacos entre os adolescentes.

Características Sócioeconômicas e de Tratamento dos Adolescentes: idade, sexo, tutela da família ou do estado, recebimento de benefícios sociais. Foram investigadas características socioeconômicas dos responsáveis pelos adolescentes, tais como: idade, sexo, religião, estado civil, nível de escolaridade, atividade de trabalho.

Outras variáveis que foram investigadas: renda familiar, classe social, tipo e situação da moradia, quantidade de moradores no domicílio. Para definição da variável classe social será adotado o Critério de Classificação Sócioeconômica, segundo a Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que tem como objetivos estimar a capacidade de consumo, serviços acessíveis e classificar os domicílios, compreendendo que a classe é uma característica familiar. Foram investigados os seguintes itens: posse de itens (TV em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica, aspirador de pó, máquina de lavar, DVD, geladeira, freezer); contratação de empregada doméstica; nível de instrução do chefe de família e renda familiar (ABEP, 2008).

Quanto as características dos tratamentos dos adolescentes, existiam as seguintes variáveis: a auto-percepção sobre sua doença e, respectivo, conhecimento do diagnóstico, sendo que os diagnósticos de transtornos mentais seguiram a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Encaminhamento para o Caps i, tipo de atendimento, frequência ao serviço, tipos de tratamento e se realizam acompanhamento em outro serviço de saúde. Com relação ao tipo de tratamento, eram classificados como medicamentoso, que incluía o uso exclusivo ou combinado com o não-medicamentoso, e não medicamentoso exclusivo.

O tratamento medicamentoso é a variável dependente do estudo.

Características do Uso de Psicofármacos entre os Adolescentes: Foram investigados os psicofármacos que os adolescentes usam, sendo que para garantir a uniformidade dos dados será utilizada a classificação dos fármacos denominada *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)* (CASTRO, 2001). Neste estudo, serão considerados usuários de medicamentos os adolescentes que nos 15 dias anteriores à entrevista, de forma contínua, tenham consumido pelo menos um medicamento (ARRAIS, 2005). Os adolescentes ainda foram caracterizados quanto à quantidade de medicamentos que usam e à orientação farmacêutica, que abrange o reconhecimento do medicamento, gosto por tomar, sabe pra que serve, quem orientou sobre o uso, onde recebe os psicofármacos, o que faz quando falta e se adquiriu sem receita.

4.5.1 Variáveis Socioeconômicas e de Tratamento

a) Idade

A idade foi calculada em anos completos com base na data da entrevista e a data de nascimento do entrevistado, transformando-se em uma variável contínua.

Para a homogeneização das análises estatísticas a idade também foi categorizada em faixas etárias de 12-15 anos e de 16-18 anos, transformando-a em uma variável categórica.

b) Sexo

O sexo foi transformado em uma variável contínua para efeito de análise de distribuição e correlação, sendo subdividida em dois subgrupos: 1 correspondendo ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino.

c) Tutela do Estado

A tutela do Estado foi transformada em uma variável categórica dicotômica, com as opções: 0 ao não e 1 ao sim. O entrevistado que informasse resposta positiva dava-se continuidade a variáveis relacionadas à institucionalização, mas se negativa seguia para variável Tutela da Família.

Variáveis relacionadas à Institucionalização

- Qual a Instituição

A instituição foi transformada em variável nominal.

- Tipo da Instituição

O tipo de instituição foi transformada em variável categórica, com as opções: ONG, particular, pública, beneficente e outro.

- O educador social é quem cuida de você na instituição

A variável foi transformada em categórica dicotômica, com as opções: 0 para não e 1 para sim.

- Recebe benefício social

O recebimento de benefício social foi transformado em variável categórica, com as opções: sem benefício, bolsa família, bolsa escola, vale gás, aposentadoria, BPC e outro.

d) Tutela da Família

A tutela da família foi transformada em uma variável categórica dicotômica, com as opções: 0 ao não e 1 ao sim. Aquele que informasse resposta positiva, questionava-se o parentesco com a pessoa que considerava seu responsável, sendo tal variável nominal.

e) Recebe Benefício Social

O recebimento de benefício social foi transformado em variável categórica, com as opções: sem benefício, bolsa família, bolsa escola, vale gás, aposentadoria, BPC e outro. O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é o benefício social dado para pessoas com impedimento a longo prazo e que não provém o próprio sustento.

f) Idade do Responsável

A idade foi calculada em anos completos com base na data da entrevista e a data de nascimento do entrevistado, transformando-se em uma variável contínua.

Para a homogeneização das análises estatísticas a idade também foi categorizada em faixas etárias de 19-35 anos, 36-52 e acima de 52 anos, transformando-a em uma variável categórica.

g) Sexo do Responsável

O sexo foi transformado em uma variável contínua para efeito de análise de distribuição e correlação, sendo subdividida em dois subgrupos: 1 correspondendo ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino.

h) Religião do Responsável

A religião foi transformada em variável categórica, com as opções: católico, evangélico, espírita, umbanda, candomblé, mormos, não determinada e outros.

i) Estado Civil do Responsável

A variável foi transformada numa variável categórica e a descrição do estado foi de acordo com Novo Código Civil Lei nº 10.406, os seguintes estados civis: solteiros, casados, união estável, separados, divorciados e viúvos.

j) Escolaridade do Responsável

O nível de escolaridade foi expresso em anos de estudo. Depois, os anos de estudo foram transformados em fases de ensino, desconsiderando os graus de conclusão: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação. E, portanto, configurou-se como uma variável categórica.

k) Atividade de Trabalho do Responsável

A atividade de trabalho foi transformada em variável categórica, com as seguintes opções: autônomo, com vínculo empregatício, do lar, aposentado, desempregado, auxílio doença e outro.

l) Renda Familiar

A renda familiar coletada como variável numérica contínua e transformada em categórica expressa em faixas de salários-mínimos recebíveis considerando todos os ganhos dos residentes dos domicílios. O valor do salário-mínimo foi de R\$ 622,00, válido em todo o território brasileiro no período de maio a dezembro de 2012. Assim, foram estabelecidas duas categorias: menor ou igual a um salário-mínimo e maior que um salário-mínimo.

m) Tipo de Moradia

O tipo de moradia foi transformada em variável categórica, com as seguintes opções: casa, barraco, apartamento e outro.

n) Situação da Moradia

A situação da moradia foi transformada em variável categórica, sendo que utilizou-se os itens definidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2005) sendo eles: própria, alugada, cedida ou outra.

o) Número de Moradores

O número de moradores coletado como variável numérica contínua e transformada em categórica, distribuída em duas categorias: até 04 e acima de 04 moradores.

m) Variáveis para Classificação Socioeconômica

- Escolaridade do Chefe da Família

O nível de escolaridade foi expresso em anos de estudo. Depois, os anos de estudo foram transformados em fases de ensino, desconsiderando os graus de conclusão: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação. E, portanto, configurou-se como uma variável categórica.

- Meio de Transporte do Chefe da Família

O meio de transporte foi transformado em variável categórica, com as opções: carro, ônibus, bicicleta, outro.

- Família possui Empregada Doméstica

A família possui empregada doméstica foi transformada em variável categórica dicotômica, com as opções: 0 para não e 1 para sim.

- Quantidade dos seguintes Objetos em Casa: TV, DVD, Rádio, Máquina de Lavar Roupa, Geladeira Simples, Geladeira 2 Portas, Freezer.

As quantidades de cada objeto foi transformada em variável numérica contínua.

n) Possui Problema de Saúde

O problema de saúde autorreferido foi transformado em variável categórica dicotômica, com as opções: 0 para não e 1 para sim. Em caso positivo, era questionado qual era o problema de saúde, sendo classificado como variável nominal e, para análise, organizados conforme o CID-10.

p) Encaminhamento para o Caps i

O encaminhamento para Caps i foi transformada em variável categórica, com as opções: escola, UBS, hospital, CRAS, conselho tutelar, caps AD, caps geral ou indicação (familiares, vizinhos, amigos).

q) Tipo de Acompanhamento no Caps i

O tipo de acompanhamento envolve os atendimentos médico, psicológico, grupos terapêuticos e terapia ocupacional. Cada um desses atendimentos foi considerado individualmente com variável categórica dicotômica, contendo as opções: 0 para não e 1 para sim.

r) Frequência no Caps i

A frequência ao Caps i se refere as idas programadas ao serviço, tendo como opções: 1x/semana, 2x/semana, 1x/quinzena, 1x/mês, 1x/bimestre e outro.

s) Tipo de Tratamento

O tipo de tratamento foi transformado em variável categórica dicotômica, tendo como opções: medicamentoso e não-medicamento. Foi considerado medicamento os que informaram medicamentoso exclusivo e combinado com não-medicamentoso, enquanto que foram considerados não-medicamentosos somente os que informaram como exclusivo.

O tratamento medicamentoso por compreender o objeto de estudo, o uso de psicofármacos, é a variável dependente do estudo.

t) Atendimento em Outros Locais

O atendimento em outros locais foi transformada em variável categórica dicotômica, com as opções: 0 para não e 1 para sim. Em caso positivo, surgia o questionamento sobre o local, variável categórica contendo as seguintes opções: UBS, hospital, particular, NAMI, CRAS, outro.

4.5.2 Variáveis Características do Uso de Psicofármacos

a) Psicofármacos Utilizados

Os psicofármacos utilizados foram coletados como variáveis nominais e subsidiaram a criação de duas variáveis: frequência de uso e classe terapêutica dos psicofármacos.

b) Frequência do Uso de Psicofármaco

A frequência do uso de psicofármacos foi um dado adquirido pelas citações dos medicamentos que os faziam uso. A frequência do uso é uma variável contínua.

c) Classe Terapêutica dos Psicofármacos

A classe terapêutica foi um dado que surgiu a partir do agrupamento dos psicofármacos citados. Para garantir a uniformidade dos dados será utilizada a classificação dos fármacos denominada *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)* (WHO, 1990; CASTRO, 2001), sendo definida como variável categórica, com as opções: antiepilépticos, antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e outras classes.

d) Reconhece o Medicamento

O reconhecimento do medicamento foi coletada como variável categórica com as seguintes opções: reconhece pelo nome, reconhece pelas características, reconhece lendo a prescrição, reconhece falando o nome do medicamento errado, não sabe. Para análise foi transformada em variável categórica dicotômica, com as opções: 0 para não e 1 para sim.

e) Gosta de Tomar o Medicamento

O gosto por tomar o medicamento foi transformada em uma variável categórica dicotômica, com as opções: 0 ao não e 1 ao sim.

f) Sabe pra que Serve o Medicamento

O conhecimento sobre a utilidade do medicamento foi transformada em uma variável categórica dicotômica, com as opções: 0 ao não e 1 ao sim.

g) Orientação sobre Uso do Psicofármaco

A orientação sobre o uso de psicofármacos foi coletada como variável categórica com as seguintes opções: médico, farmacêutico, enfermeira, balconista e amigo/vizinho. Para análise foi transformada em categórica dicotômica, com as opções: médico e outro profissional.

h) Local que Adquire o Psicofármaco

O local que adquire o psicofármaco foi coletada como variável categórica com as seguintes opções: Casp, UBS, hospital e compra, este último refere-se a aquisição em farmácias privadas. Para análise agrupou-se as três primeiras opções como farmácias do SUS, transformando a variável em categórica dicotômica com as opções: farmácias do SUS e outro local.

i) Ação quando Falta Medicamento

A ação quando falta medicamento foi coletada como uma variável categórica com as seguintes opções: fica sem tomar, nunca falta, 1ª vez que tomará, compra e não sabe. Para análise foram desconsiderados os valores referentes aos que nunca faltam e aquelas variáveis em que não foram citadas, transformando a variável em categórica dicotômica, com as opções: compra e fica sem tomar.

j) Aquisição Sem Receita

A aquisição sem receita foi transformada em uma variável categórica dicotômica, com opções: 0 para não e 1 para sim.

4.6 Coleta de Dados

A coleta ocorreu entre os meses de março e junho de 2012, nos dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i), em Fortaleza-Ceará. Foi realizado um estudo piloto, em que se testou um formulário pré-codificado, para melhor adequação do instrumento de pesquisa e treinamento de 08 alunas do curso de medicina, que participaram como pesquisadoras voluntárias, para uniformizar a entrevista com os adolescentes ou seu responsável. O instrumento de pesquisa é um questionário com 84 perguntas fechadas, que incluíam a realização de tratamento medicamentoso; questões sobre as características socioeconômicas do adolescente e sua família bem como características do atendimento no Caps i e uso de psicofármacos. O estudo ainda caracterizou os adolescentes, sob tutela do estado, que são atendidos no Caps i. O questionário segue em anexo.

No Caps i, os adolescentes que aguardavam atendimento eram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos os objetivos e metodologia do estudo para ele e seu responsável. Participavam da pesquisa os adolescentes, entre 12 e 18 anos, que estivessem em atendimento no Caps i, podendo ou não fazer tratamento medicamentoso e que atendessem os critérios de inclusão do estudo. As informações sobre os medicamentos que usavam são autorreferidas, sem nenhum documento comprobatório. Neste estudo por se tratar de um público com dupla vulnerabilidade, adolescente com transtornos mentais e com idade menor que 18 anos, o que reduz sua capacidade de autodeterminação no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, segundo a resolução 196/96, além do consentimento livre e esclarecido do responsável foi coletado, quando possível, o termo de assentimento com o adolescente participante. Em seguida, os pesquisadores iniciavam as perguntas do questionário.

4.7 Análise dos Dados

Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico *SPSS® 19.0* (GRAY, 2011). As análises incluem a obtenção de frequências simples das variáveis de interesse; investigações de variáveis com associação significativa aos tratamentos medicamento e não-medicamentoso, utilizando-se o teste do qui-quadrado, com nível de significância $p < 0,05$.

O plano de análise compreendeu na primeira parte a estatística descritiva com definição das características sócio-econômicas e de tratamento dos adolescentes no Caps i por meio de frequências simples e medidas de tendência central. Em seguida, foi realizada a estatística analítica univariada tendo como variável dependente o tratamento medicamentoso, onde foi investigado o nível de significância, através do teste qui-quadrado, das características socioeconômicas e do tratamento. Para finalizar, foi desenvolvida novamente a estatística descritiva para definição das características do uso de psicofármacos entre os adolescentes, o que abrange frequência, classes terapêuticas e orientações farmacêuticas.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, tendo sido aprovado com o parecer nº189/2011 (Apêndice). Foram respeitados todos os direitos dos entrevistados ao anonimato e à autonomia. Em todos os casos, os indivíduos foram informados sobre os objetivos do estudo, a importância de sua participação e sobre o caráter confidencial das informações. A permissão para inclusão do CAPS i como local de pesquisa foi feita através do Termo de Autorização de Fiel Depositário.

5. RESULTADOS

5.1 Características Socioeconômicas e de Tratamento dos Adolescentes

A amostra do estudo consistiu em 220 adolescentes, tendo havido 16 recusas a participar da entrevista e 10 sujeitos foram excluídos por terem participado do estudo-piloto, totalizando 194 (88,2%) adolescentes analisados.

Dos 194 adolescentes que participaram do estudo, 38,7% (75) das entrevistas ocorreram no Caps i da SER III e 61,3% (119) no Caps i da SER IV. A maioria 71,6% (139) dos questionários foram respondidos pelos responsáveis e 28,4% (55) pelos próprios adolescentes.

As características sócio-econômicas dos adolescentes acompanhados nos Caps i foram: a idade variou entre 12 e 18 anos, com maior frequência na faixa etária entre 12-15 anos com 70,5% (127), média de 14,6 anos (desvio padrão: 1,98 anos) e moda de 15 anos; o sexo masculino representou 58,8% (114) dos adolescentes, enquanto o feminino 41,2% (80). Quase todos 92,8% (180) residiam com a família e 7,2% (14) dos adolescentes estavam sob a tutela do estado. A maioria, 60,3% (117) recebiam benefícios sociais, sendo 53,8% (63) bolsa família, 38,4% (45) Benefício da Prestação Continuada (BPC), 7,3% (09) bolsa escola, pensão ou gratuidade de ônibus (Tabela 1).

Dos 14 adolescentes sob a tutela do estado, 53,8% informaram que residiam em instituições públicas e 46,2% Organizações Não Governamentais e 100% eram cuidados pelos educadores sociais e não recebiam nenhum benefício social. O tempo que residiam nessas instituições varia entre 01 e 60 meses, com média de 17,6 meses (desvio padrão: 20,3 meses).

Quanto a renda familiar mensal, 83,9% (151) dos adolescentes informaram a renda com uma média de R\$ 999,00 reais (desvio padrão: 804,7 reais), com mediana de R\$ 797,00 reais, discreta maioria 53,6% (81) com renda maior que R\$ 622,00 e moda de R\$ 622,00 reais. As classes econômicas predominante dos adolescentes são as D/E com 69,4%, seguidos pelas classes B/C 30,3% (55). Os adolescentes residem em casa 91,7% (165) própria 79,4% (143), mas também existem aqueles que moram em apartamento 8,3% (15), sendo que as demais situações da moradia 20,6% (36) encontradas foram: alugada, cedida, emprestada ou sob justiça. Com relação ao número de moradores no domicílio dos adolescentes que vivem com a família, varia de 02 a 13 moradores, com a maior frequência de até 04 moradores

62,8% (113), média de 4,37 (desvio padrão: 1,7 moradores) e moda de 04 moradores (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo as características sócioeconômicas. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012.

VARIÁVEIS	n	%	Média	Moda	Desvio-Padrão
Faixa Etária (anos) (n=194)			14,64	15	(1,98)
12 – 15	127	70,5			
16 – 18	67	29,5			
Sexo (n=194)					
Masculino	114	58,8			
Feminino	80	41,2			
Adolescente sob a Tutela do Estado (n=194)					
Sim	14	7,2			
Não	180	92,8			
Recebe Benefício Social (n=194)					
Sim	117	60,3			
Não	67	39,4			
Renda Familiar* (n=151)			999,00	622,00	(804,7)
≤ 622,00	70	46,4			
>622,00	81	53,6			
Classe Social (n=180)					
B/C	55	30,3			
D/E	125	69,4			
Tipo de Moradia (n=180)					
Casa	165	91,7			
Apartamento	15	8,3			
Situação da Moradia (n=180)					
Própria	143	79,4			
Alugada	26	14,4			
Emprestada/ Cedida/ Sob Justiça	11	6,2			
Número de Moradores (n=180)			4,37	03	(1,78)
Até 04 pessoas	113	62,8			

Acima de 04 pessoas	67	32,2
---------------------	----	------

*Variável considerou somente os valores válidos. O valor de R\$ 622,00 reais equivale a um salário mínimo na época da coleta.

Os adolescentes que informaram ter como principal responsável a mãe 81,1% (146), mas também apareceram em menor proporção pai 9,4% (17), avós 6,1% (11), tios e irmãos 3,4% (6). Os responsáveis apresentam idade entre 19 e 76 anos, sendo que maioria 61,8% (111) encontra-se na faixa etária entre 36 e 52 anos, com idade média de 44,7 anos (desvio padrão: 9,49 anos) e idade modal de 47 anos. Quanto ao trabalho, 48,9% (88) dos responsáveis exercem atividade remunerada. Desse total, 61,3% representa trabalho autônomo e 38,7% trabalho com vínculo empregatício (Tabela 2).

Quanto ao nível de escolaridade dos responsáveis, os adolescentes referiram que possuem, em sua maioria, ensino fundamental completo/incompleto 58,3% (105), seguido de ensino médio completo/incompleto 29,5% (53), ensino superior completo/incompleto 6,1% (11) e analfabetismo 6,1% (11), apresentando uma média de 08 anos de estudo (desvio padrão: 4,1 anos). Quanto ao estado civil, a maioria dos responsáveis são casados ou estão em união estável 54,4% (98), seguidos pelos solteiros 28,9% (52), divorciados 9,4% (17) e viúvos 7,2% (13). Quanto a religião, a católica é a mais frequente com 62,2% (112), seguida pela evangélica com 31,2% (56) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos responsáveis pelos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo as características socioeconômicas. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=180).

VARIÁVEIS	n	%
Responsável pelo Adolescente		
Mãe	146	81,1
Pai	17	9,4
Avô/ Avó	11	6,1
Tia/ Irmãos	06	3,4
Faixa Etária (anos)		
19-35	30	16,6

36-52	111	61,8
Acima de 52	39	21,6
Exerce Atividade Remunerada		
Sim	88	48,9
Não	92	51,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	105	58,3
Ensino Médio	53	29,5
Ensino Superior	11	6,1
Analfabeto	11	6,1
Estado Civil		
Casado/ União Estável	98	54,4
Solteiro	52	28,9
Divorciado	17	9,4
Viúvo	13	7,3
Religião		
Católica	112	62,2
Evangélico	56	31,2
Outras	05	2,7
Não Determinada	07	3,9

Os adolescentes foram encaminhados pelas unidades básicas de saúde (UBS) 30,4% (59), hospital 29,9% (58), familiares 12,9% (25), escola 9,8% (19) e outros 17% (33). No Caps i, os adolescentes informaram que realizam os seguintes serviços: atendimento médico 92,3% (179), atendimento psicológico 42,3% (82), grupo terapêutico 28,4% (55) e terapia ocupacional 11,3% (22), respectivamente. A frequência dos acompanhamentos realizados nos Caps i é de uma ou duas vezes por semana 31,4% (61), uma ou duas vezes por mês 31,4% (61) e uma vez por bimestre ou trimestre 37,2% (72) (Tabela 3).

A realização de tratamento medicamentoso foi informada por 88,7% (172) dos adolescentes, os demais 11,3% (22) realizavam tratamento não-medicamentoso. Os adolescentes são, em sua maioria, acompanhados somente pelo Caps i 70,1% (136), sendo que os demais 29,9% (58) dos adolescentes recebem acompanhamento de saúde em outros locais.

Dos atendimentos de saúde em outros locais, encontrou-se, principalmente, 34,4% em hospital, 24,1% UBS, 8,6% escola, 8,6% abrigo (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais segundo característica do atendimento no Caps i. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=194).

VARIÁVEIS	n	%
Encaminhamento		
Unidades Básicas de Saúde	59	30,4
Hospital	58	29,9
Familiares	25	12,9
Escola	19	9,8
Outros	33	17,0
Tipo de Serviços		
Atendimento Médico	179	92,3
Atendimento Psicológico	82	42,3
Grupos Terapêuticos	55	28,4
Terapia Ocupacional	22	11,3
Frequência no Caps i		
Uma ou duas vezes por semana	61	31,4
Uma ou duas vezes por mês	61	31,4
Uma vez por bimestre ou trimestre	72	37,2
Tipo de Tratamento		
Medicamentoso	172	88,7
Não-Medicamento	22	11,3
Acompanhamento em outro serviço		
Sim	58	29,9
Não	136	70,1

Dos 194 adolescentes entrevistados, 65,5% (127) informaram que tinham problema de saúde, os demais 34,5% (67) informaram que não tinham problemas de saúde. Dos 127 entrevistados que informaram ter problemas de saúde, 55,2% (78) especificaram diagnósticos de transtornos e 18,0% (23) informaram características relacionadas aos transtornos, 13,4%

(17) informaram problemas de saúde sem relação com transtornos mentais e 13,4% (17) informaram que não sabiam especificar o problema de saúde que possuíam. Dentre os problemas de saúde mental, os principais foram: retardo mental 11,8% (15); transtornos do humor (afetivo) 11,8% (15), com destaque para transtorno bipolar e depressão; transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência 10,3% (13), com destaque para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; esquizofrenia, transtornos esquizofrênico e transtornos delirantes 7,8% (10), com destaque para esquizofrenia; transtornos de desenvolvimento psicológico 7,1% (9), com destaque para autismo infantil; transtorno neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes 6,4% (8), com destaque para transtorno do pânico, obsessivo-compulsivo e ansiedade generalizada (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo problemas de saúde autorreferidos. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=127).

VARIÁVEIS	n	%
Problema de Saúde (n=194)		
Sim	127	65,5
Não	67	34,5
Diagnósticos Auto-Referidos		
F20-F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizofrênicos e transtornos delirantes	10	7,8
F30-F39 – Transtornos do humor (Afetivo)	15	11,8
F40-F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes	08	6,4
F70-F79 – Retardo mental	15	11,8
F80-F89 – Transtorno de desenvolvimento psicológico	09	7,1
F90-F98 – Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência	13	10,3
Outros	23	18,0

Sem Relação com Transtornos Mentais	17	13,4
Não sabem	17	13,4

5.2 Análise das Características Socioeconômicas e de Atendimento em Relação ao Tratamento

No estudo, analisando as diferenças entre os adolescentes que realizam tratamento medicamentoso com o não-medicamentoso, encontrou-se entre os adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso a faixa etária de 12 a 15 anos 84,9% (107) e a faixa de 16 a 18 anos 95,6% (65). Em relação ao sexo, o masculino 92,1% (105) e o feminino 83,8% (67) apresentam percentuais semelhantes. Os adolescentes sob a tutela do estado, na sua maioria 71,4 (10), realizam tratamento medicamentoso. Os benefícios sociais são recebidos, de forma predominante, 89,0% (105), sendo que 89,9% (89) referiram renda familiar menor ou igual a R\$ 622,00 reais e 90,1% (73) maior que R\$ 622,00 reais. Os adolescentes informaram as seguintes classes sociais: B-C 89,0% (49) e D-E 90,4% (113) (Tabela 5).

Com relação ao tipo de moradia, os adolescentes que realizam tratamento medicamentoso moram em casa 89,7% (148) e apartamento 93,3% (14). A situação da moradia é própria 89,5% (128), alugada 96,2% (25) e emprestada/ cedida/ sob justiça 81,8% (9). Em relação ao número de moradores do domicílio, foram informados até quatro pessoas 88,5% (100) e acima de quatro pessoas 92,5% (62) (Tabela 5).

Os adolescentes que fazem o tratamento não-medicamentoso encontram-se na faixa de 12 a 15 anos 15,1% (19) e na de 16 a 18 anos 4,4% (8). Em relação ao sexo, o sexo masculino 7,9% (9) e feminino 16,2% (2). A minoria 28,6% (4) encontra-se sob a tutela do estado. Os benefícios sociais são recebidos por 11,0% (13), sendo que 10,1% (10) referiram renda familiar menor ou igual a R\$ 622,00 reais e 9,9% (8) maior que R\$ 622,00. Os adolescentes informaram as seguintes classes sociais: B-C 11,0% (6) e D-E 9,6% (12) (Tabela 5).

Com relação ao tipo de moradia, os adolescentes que realizam o tratamento não-medicamentoso moram em casa 10,3% (17) e apartamento 6,7% (1). A situação da moradia é própria 10,5% (15), alugada 3,8% (1) e emprestada/ cedida/ sob justiça 18,2% (2). Em relação

ao número de moradores do domicílio, foram informados até quatro pessoas 11,5% (13) e acima de quatro pessoas 7,5% (5) (Tabela 5).

As variáveis idade ($p=0,036$) e estar sob a tutela do estado ($p=0,035$) apresentaram relação estatisticamente significativa. Enquanto que as variáveis: renda familiar mensal, classe social, tipo e situação de moradia bem como número de moradores, não apresentaram relação estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5: Análise univariada das características socioeconômicas associados aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012.

VARIÁVEIS	Medicamentoso		Não-Medicamentoso		Valor de p
	n	%	n	%	
Idade (anos)					0,036
12 – 15	107	84,9	19	15,1	
16 – 18	65	95,6	08	4,4	
Sexo					0,071
Masculino	105	92,1	09	7,9	
Feminino	67	83,8	02	16,2	
Adolescente sob Tutela do Estado					0,035
Sim	10	71,4	04	28,6	
Não	162	90,0	18	10,0	
Recebe Benefício Social					0,519
Sim	105	89,0	13	11,0	
Não	67	90,5	05	9,5	
Renda Familiar					0,130
≤ 622,00	89	89,9	10	10,1	
>622,00	73	90,1	08	9,9	
Classe Social					0,894
B/C	49	89,0	06	11,0	
D/E	113	90,4	12	9,6	
Tipo de Moradia					0,653
Casa	148	89,7	17	10,3	

Apartamento	14	93,3	01	6,7	
Situação da Moradia					0,573
Própria	128	89,5	15	10,5	
Alugada	25	96,2	01	3,8	
Emprestada/ Sob Justiça	09	81,8	02	18,2	
Número de Moradores					0,861
Até 04 pessoas	100	88,5	13	11,5	
Acima de 04 pessoas	62	92,5	05	7,5	

Os adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso informaram que seus responsáveis são, principalmente, as mães (89,7%) e os pais (88,2%). A idade dos responsáveis encontra-se nas faixas etárias entre 19 e 35 anos (76,6%), 36 e 52 anos (92,7%) e acima de 52 anos (92,3%). Os responsáveis, na sua maioria, exercem atividade remunerada (86,3%). O nível de escolaridade dos responsáveis é o ensino fundamental completo/incompleto (90,4%), predominantemente, e ensino médio completo/incompleto (84,9%). O ensino superior e o analfabetismo foram referidos somente sobre os responsáveis dos que realizam tratamento medicamentoso. Quanto ao estado civil, os responsáveis encontram-se casados/união estável (87,7%) ou solteiros (88,4%). Com relação à religião, os responsáveis são adeptos, na maioria, à católica (90,2%) ou à evangélica (87,5%) (Tabela 6).

Os adolescentes que realizam o tratamento não medicamentoso informaram que seus responsáveis são, principalmente, as mães 10,3% (15) e os pais 11,8% (2). A idade dos responsáveis encontra-se nas faixas etárias entre 19 e 35 anos 13,4% (7), 36 e 52 anos 7,3% (8) e acima de 52 anos 7,7% (3). Os responsáveis, na sua minoria, exercem atividade remunerada 13,7% (12). O nível de escolaridade dos responsáveis é o ensino fundamental completo/incompleto 9,6% (10) e ensino médio completo/incompleto 15,1% (8). Quanto ao estado civil, os responsáveis encontram-se casados/união estável 12,3% (12) ou solteiros 11,6% (6). Com relação à religião, os responsáveis são adeptos, na maioria, à católica 9,8% (11) ou à evangélica 12,5% (7) (Tabela 6).

Nenhuma das variáveis que caracterizam os responsáveis pelos adolescentes apresentou relação estatisticamente significativa (Tabela 6).

Tabela 6: Análise univariada das características sócioeconômicas dos responsáveis pelos adolescentes associados aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012.

VARIÁVEIS	Medicamentoso		Não-Medicamentoso		Valor de p
	n	%	n	%	
Responsável pelo Adolescente					0,945
Mãe	131	89,7	15	10,3	
Pai	15	88,2	02	11,8	
Avô/ Avó	12	92,3	01	7,7	
Tia/ Irmãos	04	100	-		
Idade (anos)					0,173
19-35	23	76,6	07	13,4	
36-52	103	92,7	08	7,3	
Acima de 52	36	92,3	03	7,7	
Exerce Atividade Remunerada					0,195
Sim	76	86,3	12	13,7	
Não	86	93,4	06	6,6	
Escolaridade					0,271
Ensino Fundamental	95	90,4	10	9,6	
Ensino Médio	45	84,9	08	15,1	
Ensino Superior	11	100	-		
Analfabeto	11	100	-		
Estado Civil					0,336
Casado/ União Estável	86	87,7	12	12,3	
Solteiro	46	88,4	06	11,6	
Divorciado	17	100	-		
Viúvo	13	100	-		
Religião					0,886
Católica	101	90,2	11	9,8	
Evangélico	49	87,5	07	12,5	
Outras	05	100	-		
Não Determinada	07	100	-		

Os adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso informaram que o encaminhamento ocorreu pelas unidades básicas de saúde 86,4% (51), hospitais 91,4% (53), familiares 92,0% (23), escolas 89,5% (17). Em relação aos serviços disponíveis no Caps i, os adolescentes referiram ter atendimento médico 95,5% (175), psicológico 76,8% (63), grupo terapêutico 80,0% (44) e terapia ocupacional 81,8% (18). Para receberem esses atendimentos, freqüentam o Caps i uma ou duas vezes por semana 83,6% (51), uma ou duas vezes por mês 85,2% (52) e uma vez por bimestre ou trimestre 97,1% (69), sendo que 93,1% (54) recebem acompanhamento em outro serviço (Tabela 7).

Os adolescentes que realizam o tratamento não-medicamentoso informaram que o encaminhamento ocorreu pelas unidades básicas de saúde 13,6% (8), hospitais 8,6% (5), familiares 8,0% (2), escolas 10,5% (2). Em relação aos serviços disponíveis no Caps i, os adolescentes referiram ter atendimento médico 4,5% (8), psicológico 23,2% (19), grupo terapêutico 20,0% (11) e terapia ocupacional 18,2% (4). Para receberem esses atendimentos, freqüentam o Caps i uma ou duas vezes por semana 16,4% (10), uma ou duas vezes por mês 14,8% (9) e uma vez por bimestre ou trimestre 2,9% (3), sendo que 6,9% (4) recebem acompanhamento em outro serviço (Tabela 7).

As variáveis referente aos atendimentos médico ($p=0,000$), psicológico ($0,000$) e grupo terapêutico ($p=0,015$) apresentaram relação estatisticamente significativa com uso de psicofármacos (Tabela 7)

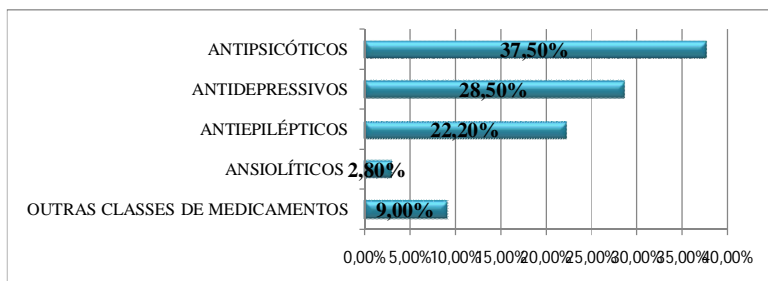
Tabela 7: Análise univariada das características do atendimento associado aos tipos de tratamento dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012.

VARIÁVEIS	Medicamentoso		Não-Medicamentoso		Valor de p
	n	%	n	%	
Encaminhamento					0,221
Unidades Básicas de Saúde	51	86,4	08	13,6	
Hospital	53	91,4	05	8,6	
Famíliares	23	92,0	02	8,0	
Escola	17	89,5	02	10,5	
Outros	28	84,8	05	15,2	
Atendimento Médico					0,000
Sim	171	95,5	08	4,5	
Não	1	6,7	14	93,3	
Atendimento Psicológico					0,000
Sim	63	76,8	19	23,2	
Não	109	97,3	03	2,7	
Atendimento Grupo Terapêutico					0,015
Sim	44	80,0	11	20,0	
Não	128	92,1	11	7,9	
Atendimento Terapia Ocupacional					0,282
Sim	18	81,8	04	18,2	
Não	154	89,5	18	10,5	
Frequência ao Caps i					0,000
Uma ou duas vezes por semana	51	83,6	10	16,4	
Uma ou duas vezes por mês	52	85,2	09	14,8	
Uma vez por bimestre/trimestre	69	97,1	03	2,9	
Acompanhamento em Outro Serviço					0,202
Sim	54	93,1	04	6,9	
Não	118	86,7	18	13,3	

5.3 Características sobre o Uso de Psicofármacos entre os Adolescentes

Dos 172 adolescentes que afirmaram realizar tratamento medicamentoso, 93,6% (161) prestaram informações sobre o uso de medicamentos, relatando uso de um, dois ou três medicamentos. Foram identificados 256 medicamentos pelos adolescentes, com média de 1,6 medicamentos por adolescente. A distribuição dos grupos de psicofármacos utilizados no tratamento medicamentoso de adolescentes com transtornos mentais atendidos no Caps i apresentou a seguinte ordem: antipsicóticos e neuropléticos 37,5% (96), com destaque para os medicamentos risperidona, haloperidol e clorpromazina; antidepressivos 28,5% (73), com destaque para fluoxetina e amitriptilina; antiepiléticos 22,2% (57), com destaque para carbamazepina e ácido valpróico; ansiolíticos e hipnóticos 2,8% (7), com destaque para clonazepam. Outras classes de medicamentos representam 9,0% (23) dos medicamentos, com destaque para prometazina (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo classe terapêutica utilizada no tratamento medicamentoso. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=161).



Em relação aos psicofármacos usavam, os cinco mais frequentes são: 16,3% (42) risperidona (antipsicótico), 12,5% (32) carbamazepina (antiepilético/ estabilizador de humor), 11,0% (28) haloperidol (antipsicótico), 10,1% (26) fluoxetina (antidepressivo) e 7,8% (20) ácido valpróico (estabilizador de humor) (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo psicofármaco que usam diariamente. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=161).

VARIÁVEIS	n	%	CLASSE TERAPÊUTICA
Risperidona	42	16,3	Antipsicótico
Carbamazepina	32	12,5	Antiepiléptico
Haloperidol	28	11,0	Antipsicótico
Fluoxetina	26	10,1	Antidepressivo
Acido Valpróico	20	7,8	Antiepiléptico
Amitriptilina	16	6,2	Antidepressivo
Clorpromazina	15	5,8	Antidepressivo
Prometazina	13	5,0	Anti-histamínico
Olanzapina	08	3,1	Antipsicótico
Periciazina	08	3,1	Antipsicótico
Outros	48	19,1	

Os 161 adolescentes foram investigados sobre as características do uso de psicofármacos quanto a frequência e orientação farmacêutica. Considerando a quantidade de psicofármacos utilizados pelos adolescentes, 100% (161) que usavam pelo menos um medicamento, 53,4% (86) usando pelo menos dois medicamentos e 23,0% (37) usando três medicamentos. Levando em consideração o uso exclusivo, sabe-se que 46,5% (75) usam um único medicamento, 30,4% (49) usam dois medicamentos e 23,1% (37) usam três medicamentos.

Os entrevistados informaram quanto ao reconhecimento do medicamento, que a ampla maioria dos adolescentes reconhece o medicamento que usa por meio do nome ou característica, sendo que o reconhecimento aumenta à medida que usa maior quantidade de medicamentos. Quanto ao gosto por tomá-lo, uma discreta maioria dos adolescentes gosta de tomar e sabem para que servem os psicofármacos. A orientação médica sobre o uso de psicofármacos representa a totalidade de orientação no Caps i (Tabela 9).

As farmácias do SUS compreendem às do Caps i, UBS e Hospitais Públicos, sendo que desses o Caps i é o local onde a maioria dos adolescentes recebeu os medicamentos. Os

psicofármacos estão sendo usados por um período médio de 30 meses (desvio padrão: 34,4). Quando falta o medicamento, a maioria dos entrevistados afirmou que compra e os demais ficam sem tomar, no entanto um percentual representativo entre 21,6 e 36,6% informou que nunca faltou o medicamento. A totalidade dos entrevistados informou que nunca recebeu psicofármacos sem receita (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos adolescentes com transtornos mentais, atendidos pelo Caps i, segundo orientações farmacêuticas no tratamento medicamento. Fortaleza-CE, março/2012 a junho/2012 (n=161).

MEDICAMENTOS	1 Medicam.			2 Medicam.			3 Medicam.		
VARIÁVEIS	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Reconhece o Medicamento			0,209			0,991			0,821
Sim	133	82,6		35	87,2		34	91,9	
Não	28	17,4		11	12,8		3	8,1	
Gosta de tomar			0,555			0,212			0,821
Sim	81	50,3		46	53,2		23	62,2	
Não	80	49,7		40	46,8		14	37,8	
Sabe pra serve			0,257			0,730			0,233
Sim	110	68,3		58	67,4		26	70,3	
Não	51	31,7		28	32,6		11	29,7	
Quem orientou sobre o uso do medicamento			-			-			-
Médico	161	100		86	100		37	100	
Outro Profissional	0	-		0	-		0	-	
Onde recebe			0,000			0,000			0,198
Farmácia do SUS	119	73,9		70	81,4		26	70,2	
Outro Local	42	26,1		16	18,6		11	29,8	
O que faz quando falta			0,708			0,808			0,238
Compra	79	49,1		48	55,8		24	64,9	
Fica Sem Tomar	23	14,2		14	16,3		5	13,5	
Já adquiriu sem receita			-			-			-
Sim	0	-		0	-		0	-	
Não	161	100		86	100		37	100	

6. DISCUSSÃO

No estudo os adolescentes são, em sua maioria, do sexo masculino, estão na faixa etária entre 12 e 15 anos, sob a responsabilidade da família, recebem benefícios sociais, possuem renda maior que R\$ 622,00, estão nas classes sociais D/E e moram em casa própria, com até quatro moradores.

A idade dos adolescentes está compatível com a Portaria 336/02, que regulamenta o Caps i e preconiza o atendimento para faixa etária entre 12 e 18 anos. Um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com dados secundários obtidos em 2003, de 16 Caps i, situados em três regiões do Brasil, que tinha o objetivo de caracterizar a clientela do Caps i, mostrou que a maioria (62,8%) dos adolescentes são do sexo masculino, mas com uma média de idade de 11,1 anos, portanto menor que o encontrado no estudo (HOFFMAN, 2008). Um outro estudo descritivo e transversal, realizado através de prontuários dos usuários de um Caps i, mostrou média de idade de 9,43 anos, também menor que o encontrado no estudo, no entanto apresentou percentual semelhante de 61,2% dos adolescentes do sexo masculino (DELFINI, 2009).

A média de idade encontrada no estudo é semelhante ao estudo internacional com 20 adolescentes com diagnósticos de transtornos mentais, sobre como os adolescentes interpretam os transtornos mentais e o uso de psicofármacos, em que apresentou média de idade de 14,75 anos (desvio padrão: 1,6) (FLORESCH, 2009). Em outro estudo realizado em São Paulo, com 107 adolescentes, entre 12 e 18 anos, que descreveu as características clínicas e sociodemográficas da população adolescente em serviço de saúde mental mostrou concentração na faixa etária ente 14 e 15 anos e que 71,9% eram do sexo masculino (ESPOSITO, 2006).

Os adolescentes estão sob os cuidados da família, que possui fundamental importância para a formação do indivíduo porque constitui a base para o desenvolvimento humano. A relação familiar serve como um modelo para aprendizado de padrões comportamentais e sociais das crianças e adolescentes (SÁ, 2010). Nesse contexto, a família pode ser vista como objeto de intervenção da equipe de saúde mental, pois não se cuida de adolescentes com transtornos mentais sem a família (SCHRANK, 2008; NUNES, 2008). O Caps i, através das estratégias em conjunto com a família, tem o potencial de orientar, esclarecer, facilitar, incentivar e apoiar a família, favorecendo a convivência e o respeito frente à experiência do

sofrimento psíquico (SCHRANK, 2008) ao mesmo tempo em que potencializa o cuidado (POLETTI, 2008).

Os benefícios sociais eram recebidos pela maioria dos adolescentes, o que evidencia uma vulnerabilidade social, entendida como um conjunto de fatores das famílias em risco social que, por sua vez, representa o rompimento do direito inerente a cada cidadão (CAMATTA, 2011). A vulnerabilidade social pode influenciar diretamente no tratamento medicamentoso a medida que contribui para descontinuidade do tratamento, por ausência de condições mínimas para acesso ao serviço.

A Política Nacional de Assistência Social assume a centralidade da família como referência para estruturação de suas ações, compreendendo-a como espaço privilegiado de proteção e socialização primária, por isso a maioria dos benefícios é o bolsa família, regulamentado pelo decreto nº 5 209/04, programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza (BRASIL, 2012). E o segundo benefício mais recebido é o Benefício da Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei orgânica da Assistência Social – LOAS nº 8 742/93, benefício destinado às pessoas com transtornos mentais que possuem impedimento a longo prazo e não garantem o próprio sustento nem o tem provido pela família, obstruindo sua participação plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2012).

Dentre os adolescentes acompanhados pelo Caps i, 7,2% (14) estavam sob a tutela do estado, de acordo com Estatuto da Criança e dos Adolescentes (ECA), instituído pela Lei 8 069, de 13 de julho de 1990, a tutela é uma medida de proteção específica que pode ser assumida pelo Estado quando os adolescentes forem órfãos ou pais vivos estejam impedidos de exercer o poder familiar, por razões graves, fáticas e comprovadas (prisão, doença grave, destituição dos direitos, entre outros). Os funcionários das instituições desempenham a função de educadores sociais, provendo os cuidados básicos diários aos adolescentes e, portanto, os responsáveis por orientar o uso de psicofármacos cotidianamente. Nenhum dos adolescentes recebe benefício social, devido ser destinado aos adolescentes cuja família não tem condições de suprir suas necessidades básicas, mas nesse caso as necessidades básicas são supridas pelo Estado.

A totalidade dos adolescentes, sob a tutela do estado, vive em instituições por um período semelhante ao encontrado em levantamento realizado em 2003, com 589 abrigos

beneficiados com recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, nos quais a maioria dos abrigados vivia nas instituições há menos de dois anos (SILVA, 2005).

A renda familiar mensal sofre influência do recebimento de benefícios sociais, já que a maioria dos adolescentes os recebe. O amplo acesso a esses benefícios mostra uma atuação marcante da assistência social aos adolescentes com transtornos mentais ao mesmo tempo que promovem condições mínimas de sobrevivência, já que muitas vezes o benefício representa a renda familiar, pois muitos responsáveis dedicam-se exclusivamente aos cuidados com os adolescentes.

No estudo a renda familiar pode ter sofrido superestimação, pois percebe-se incoerência entre a renda e a classe social. A renda familiar tende a ser distorcida, de acordo com o estudo de Carvalho (2010) sobre o perfil epidemiológico de usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu-CE, em que nenhum dos adolescentes entrevistados especificou a renda familiar. O estudo ainda identificou renda familiar semelhante ao estudo de Esposito (2006), em que 75% dos adolescentes apresentam renda familiar de até R\$ 1000,00 reais. No entanto, a renda familiar modal é semelhante ao estudo, realizado em Fortaleza (CE), em 2006, com 385 prontuários, mostrou que a maioria dos usuários do Caps i (53,1%) possuem renda familiar até um salário mínimo (SOUZA, 2007). A baixa renda familiar pode contribuir para descontinuidade do tratamento medicamentoso, em situações que ocorre o desabastecimento em farmácias do SUS, que disponibilizam gratuitamente os psicofármacos. Nessas ocasiões existe a necessidade de comprar o medicamento para manter o tratamento medicamentoso, no entanto a compra é impedida pela baixa renda.

De acordo com Stuart e Laraia (2001) que descrevem os efeitos negativos da pobreza sobre a saúde mental como sérios, pois levantamentos comunitários comprovam a relação entre baixa condição socioeconômica e nível aumentado de sintomas psiquiátricos, sendo que pessoas com renda familiar inferior a três salários mínimos apresentaram duas ou três vezes maiores prevalências de transtornos mentais do que aquelas com ganho maior que dez salários mínimos (COSTA, 2007).

No estudo foi verificado, de forma predominante, que os adolescentes pertencem as classes sociais mais baixas (C-D-E), sendo mais comum a classe D, o que evidencia o baixo poder aquisitivo das famílias. Achado semelhante aconteceu em estudo transversal, no município de São Gonçalo (RJ), em 2005, com 479 crianças, em que 95% pertenciam aos

estratos sociais de menor poder aquisitivo C-D-E (ASSIS, 2009). Segundo Costa (2007), a classificação social encontrada é um fator preocupante porque a proporção dos transtornos aumenta a medida que diminuem as categorias de classes sociais.

Os adolescentes estudados moravam, predominantemente, em casas próprias. Nos domicílios tinham, em média, quatro moradores. Em estudo sobre o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do Caps, em Fortaleza (CE), em 2006, com 385 prontuários, apresentaram achados semelhantes com 92,6% dos usuários que moram em casas próprias (73,2%), sendo no domicílio tinham até 04 moradores (55%). No estudo de Souza (2007), a grande maioria dos usuários (92%) vivem em casas, destes 73,2% residem em casas próprias. Predominou a convivência de três a sete moradores (87,9%), com número modal de 03 moradores. É relevante ter boas condições de moradia, pois um estudo transversal, em 1993, em Olinda (PE), com 621 pessoas com 15 anos ou mais, encontro uma associação estatisticamente significante entre precárias condições de moradia e transtornos mentais (LUDERMIR, 2002).

No estudo, os adolescentes indicaram que seus responsáveis são, na sua maioria, as mães, apresentam faixa etária entre 36 e 52 anos, não exercem atividade remunerada, tem como escolaridade o ensino fundamental, estão casadas ou em união estável e são adeptas à religião católica.

Os adolescentes indicaram que as mães são as responsáveis por cuidar e promover o sustento, acumulando os papéis sociais de responsável e chefe da família. Apesar de estar em idade produtiva, a maioria das responsáveis não exerce atividade de trabalho para se dedicar aos filhos, que precisam de constante acompanhamento para realizar as atividades diárias, inclusive o uso de psicofármacos. Das responsáveis que exercem atividades remuneradas, a maioria desenvolve trabalho autônomo no próprio domicílio, por representarem a atividade desenvolvida sem prejuízo para assistência dos adolescentes ao mesmo tempo que representa um complemento à renda familiar.

O nível de escolaridade da maioria dos responsáveis corresponde ao ensino fundamental completo/incompleto, o que evidencia o baixo nível de escolaridade e representa um potencial para não reconhecimento da importância do uso de psicofármacos, conforme orientação profissional. De acordo com Assis (2009), os pais, comumente, apresentam baixa escolaridade (76,1% ensino fundamental completo). Entendendo que pais com elevada

escolaridade tendem a reconhecer com maior facilidade as necessidades de seus filhos e promover competência social além de estarem mais preparados para lidar com desafios, estarem mais articulados com a rede social e oferecem mais apoio.

O estado civil mais comum é casado/união estável, dado que questiona o acúmulo de papéis sociais pela mãe, mostrando que existe a figura paterna, na maioria dos lares, mas não assumem a responsabilidade no cuidado nem provém o recurso financeiro para manutenção da família. Nessa situação, ocorre uma sobrecarga da figura materna que dificulta o cuidado aos adolescentes com transtornos mentais.

A religião mais comum dos responsáveis é a católica, seguida pela evangélica. Para Baltazar (2003) as crenças religiosas são estratégias socioculturais utilizadas pelos familiares dos pacientes com transtornos mentais para lidar satisfatoriamente com a doença e com outras adversidades de suas vidas. No entanto, não foi percebida diferença de percepção do transtorno mental a partir das diferentes religiões, mas sim entre pessoas que se consideram mais religiosas por apresentar maior bem estar psicológico.

No estudo, os adolescentes são encaminhados ao Caps i pelas unidades básicas de saúde ou hospitais e recebem, em frequência decrescente, atendimento médico, psicológico, grupo terapêutico e terapia ocupacional. Para receberem esses atendimentos, os adolescentes frequentam o Caps i uma ou duas vezes por semana de forma equivalente com uma ou duas vezes por mês e um pouco menor que uma vez por bimestre ou trimestre. De forma predominante, os adolescentes realizam tratamento medicamento e, conseqüente, uso de psicofármacos e não são acompanhados por outro serviço.

Os adolescentes acompanhados pelo Caps i chegaram ao serviço através de encaminhamentos, principalmente, de unidades básicas de saúde, hospitais e indicação de familiares, mostrando que a rede de atenção básica está funcionando e os dispositivos de saúde estão sensíveis ao encaminhamento de adolescentes com possíveis transtornos mentais ao serviço especializado. Segundo Delfini (2009), somente 6,8% dos adolescentes foram encaminhados pela UBS bem menor que 30,4% encontrados no estudo. No entanto Carvalho (2010) indicou que a principal origem da indicação é a família (60,5%), seguido da UBS (21,1%). É preciso considerar que pode existir uma demanda espontânea quando o problema é percebido pelos pais ou familiares, mas que esses procuram inicialmente outros serviços de saúde.

O serviço de saúde mental, disponibilizado pelo SUS, deve ter como porta de entrada o Programa Saúde da Família (PSF) desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que após avaliação das principais queixas do paciente referenciará para outras estruturas de cuidado da rede de atenção à saúde, tais como o Caps i. No entanto, para que isso ocorra é necessário que exista o encaminhamento co-responsável (SOUZA, 2007). Estudo realizado por Jorge et al (2011) contradiz o achado do estudo ao mostrar que no “Estado do Ceará, as equipes de Saúde da Família não incorporam no campo operacional uma interlocução entre saúde coletiva e saúde mental”. As atividades na área de saúde mental se restringem as ações medicalizantes e a atenção se dá mediante a transferência dos portadores de transtornos mentais para serviços específicos de saúde mental, como Caps i. Com isso, o encaminhamento pelas UBS ao Caps i evidencia falta de preparo dos profissionais, pois encaminham uma quantidade muito superior ao que apresenta real necessidade de atendimento nesse serviço.

O acompanhamento no Caps i mantém-se, predominantemente limitado, ao atendimento médico. Tal fato pode ser percebido como continuidade da vigência do modelo biomédico ou como atendimento necessário, já que é determinante para admissão do adolescente no serviço bem como definição do projeto terapêutico utilizado no tratamento, o que inclui os demais atendimentos. De acordo com Medeiros (2005) o cuidado com os transtornos mentais ainda é precário e se mantém a hegemonia do modelo biomédico, onde a consulta e o medicamento são ferramentas utilizadas para dar “resolutividade”. O autor Bezerra Junior (1987) relata que na verdade, a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receita. Sabe-se que o atendimento médico está diretamente relacionado com a prescrição de psicofármacos bem como avaliação da eficácia desse medicamento. Nesse atendimento, ainda avalia-se a evolução do transtorno mental e a relação estabelecida com o uso de psicofármacos, sendo fundamental que ocorra sem limitar o acompanhamento no Caps i ao atendimento médico, mas reconhecendo o potencial de contribuição dado pelos demais atendimentos, que constituem o tratamento não-medicamentoso.

Os adolescentes freqüentam o Caps i, conforme sua necessidade de acompanhamento, sendo classificados como: intensivo (1 ou 2 vezes por semana), semi-intensivo (1 ou 2 vezes por mês) e não-intensivo (1 vez bimestre ou trimestre). A proporção semelhante de freqüência de intensivo e semi-intensivo mostra uma tendência de redução dos cuidados pelo Caps i a medida que ocorre melhoria com o paciente, efetivando a fluxo de atendimento preconizado

na portaria 336/02. A maior proporção de não intensivo evidencia que o planejamento terapêutico da equipe multiprofissional é eficiente e otimiza o cuidado, diminuindo a necessidade de cuidados no Caps i e viabilizando autonomia dos adolescentes para realizarem suas atividades diárias. De acordo com o estudo de Hoffman (2008), houve achados semelhantes para o não-intensivo e semi-intensivo, no entanto o intensivo apresentou menor percentual que o encontrado no estudo. No estudo de Carvalho (2007) a modalidade intensiva é predominante com 100% dos atendimentos para adolescentes.

A frequência no Caps i é proporcional à necessidade de atendimento, sendo que os pacientes da modalidade intensiva levam e usam psicofármacos no próprio serviço sob a supervisão dos profissionais, o que pressupõe uma administração segura de medicamentos. As modalidades semi-intensiva e não-intensiva apresentam necessidade de um reforço nas orientações sobre uso de psicofármacos em todas as ocasiões que os adolescentes estiverem no serviço.

No Caps i, a grande maioria dos adolescentes realiza tratamento medicamentoso exclusivo ou combinado com o não-medicamentoso. Com isso, observa-se que o tratamento de transtornos mentais ainda ocorre baseado na medicalização, como principal instrumento de intervenção terapêutica, mas está ocorrendo o aumento do percentual de tratamento não-medicamentoso exclusivo e o combinado com o medicamentoso. A ampliação desse tipo de tratamento mostra que está ocorrendo o reconhecimento da importância da terapia não-medicamentosa para cuidar dos transtornos mentais.

Os tratamentos de transtornos mentais têm como única meta reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e desenvolver a autonomia das pessoas nas atividades diárias. Neste contexto, a OMS (2001) informa que o tratamento de transtornos mentais implica no uso racional de três ingredientes fundamentais: medicamento (farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial de uma forma clinicamente significativa e integrada. Com isso, o tratamento medicamentoso não pode ser a única estratégia terapêutica, mesmo assim a medicalização se mantém como ponto central da terapêutica.

A maioria dos adolescentes informou ter problemas de saúde. Daqueles que informaram ter problemas de saúde, um pouco mais da metade especificaram diagnósticos de transtornos mentais. Os adolescentes que informaram não ter problemas de saúde compõem um grupo em que a ausência de percepção e a percepção distorcida sobre transtornos mentais,

como problemas de saúde, representa um risco em potencial para o cuidado contínuo que requerem os transtornos mentais. No entanto, a maioria dos adolescentes reconheceu ter problemas de saúde e especificaram diagnósticos que se enquadram como transtornos mentais severos e persistentes, em intenso sofrimento psíquico, conforme preconiza a Portaria 336/02 que regulamenta o Caps i.

Dentre os problemas de saúde mental, os principais foram: retardo mental; transtornos do humor (afetivo), com destaque para bipolar e depressão; transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência, com destaque para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; esquizofrenia, transtornos esquizofrênico e transtornos delirantes, com destaque para esquizofrenia; transtornos de desenvolvimento psicológico, com destaque para autismo infantil; transtorno neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes, com destaque para transtorno do pânico, obsessivo-compulsivo e ansiedade generalizada. O estabelecimento do diagnóstico de transtorno mental é um importante avanço para definição do projeto terapêutico e indicação dos psicofármacos, constituintes do tratamento medicamentoso.

A parte orgânica (retardo mental) e não psíquica, foi a mais citada pelos adolescentes no estudo. Embora não se enquadrem em transtornos mentais graves e severos, pacientes com retardo mental tendem a procurar o Caps i por falta da oferta de serviços especializados na rede. Quase a metade dos adolescentes que afirmaram ter problemas de saúde não especificaram um diagnóstico, o que mostra um percentual representativo de desconhecimento sobre o transtorno mental que possuem, potencializando distorções no uso de psicofármacos e, conseqüente, uso irracional.

Em estudo piloto realizado com dados obtidos por meio de 103 prontuários dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) sobre o perfil de usuários, em 2008, mostrou três principais grupos de diagnósticos: 21% dos usuários estavam no grupo de transtornos de comportamento e emocionais; 16,2% no grupo de transtorno do desenvolvimento psicológico e 10,5% apresentavam retardo mental (DELFINI, 2009). Esses grupos diagnósticos coincidem com os achados no estudo, mantendo diferentes proporções. Tais achados coincidem com estudo descritivo, de corte transversal, sobre caracterização dos usuários do Caps i realizado a partir de dados secundários, obtidos em sete Caps i habilitados em 2002, em que os diagnósticos se concentram em três grupos: transtornos do

comportamento e transtornos emocionais (44,5%), seguidos de transtornos neuróticos (19,8%) e transtornos de desenvolvimento psicológico (14,2%) (HOFFMAN, 2008).

De acordo com Souza (2007), em estudo realizado em Caps Adulto, em Fortaleza (CE), o grupo diagnóstico mais prevalente foi o dos transtornos neuróticos, desordens relacionadas com o “stress” e transtornos somatoformes (39,4%), seguidos pelos transtornos do humor (18%), transtornos mentais e orgânicos (15%) e esquizofrenia, transtornos esquizofrenicos e transtornos delirantes (12,5%). Segundo Passos (2008), em estudo com a população em geral, a maior frequência de diagnósticos foi de transtornos de humor (afetivos) (51,1%), seguidos de transtornos neuróticos relacionados ao “stress” e somatoformes (26,6%), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (10,6%).

No estudo foram avaliadas as diferenças das características socioeconômicas dos adolescentes que realizam tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, sendo que não houve a diferença quanto as variáveis indicadas pelos dois grupos. As características socioeconômicas da maioria dos adolescentes mantêm a tendência geral dos adolescentes acompanhados pelo Caps i: faixa etária entre 12 e 15 anos, ser do sexo masculino, não estar sob a tutela do estado, receber benefício social, renda familiar \leq R\$ 622,00 (única variável que diverge da tendência geral), classe social D/E e morar em casa própria com até 04 moradores. Fato comum, é que as variáveis idade, sexo e estar sob a tutela do estado apresentam relação estatisticamente significativa como uso de psicofármacos, podendo ser percebidos como fatores influentes.

O achado no estudo diverge de achados em estudos sobre transtornos mentais em adultos, em que a maioria é do sexo feminino (LIMA, 2008; SOUZA, 2007; MELO FILHO, 2002). Com isso pode-se pensar que o índice de cura no sexo masculino é maior e os transtornos mentais não cronificam ou que os homens quando adultos negligenciam o tratamento ou, ainda, que as mulheres quando adultas têm maior percepção sobre a necessidade do tratamento no Caps. Segundo Halpern e Filgueiras (2004) os transtornos mentais na infância e adolescência podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida.

Os adolescentes acompanhados pelo Caps i estão sob a responsabilidade da família, pois percebe-se que a tutela do estado é uma medida de proteção especial, prevista em situações atípicas e devem ser minoria. A baixa condição econômica é evidenciada pela renda

familiar mensal menor ou igual a um salário mínimo, sendo ratificada pela classe social D da maioria das famílias. Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2008, a classe social, estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, a classe D apresenta uma renda familiar bruta de R\$618,00, sendo que no Brasil representa 17,9% da população e em Fortaleza (CE) representa 30,7%. A renda familiar mensal e a classe social remetem ao poder de compra da família, o que pode influenciar na compra de psicofármacos, caso ocorra desabastecimento em farmácias do SUS, onde a distribuição é gratuita. A moradia dos adolescentes acompanhados pelo Caps i, que usam psicofármacos, caracteriza-se como casa própria com até 04 moradores, mantendo a tendência encontrada no estudo.

Houve um achado semelhante no estudo de Lima (2008) que encontrou uma associação do uso de psicofármaco com a faixa etária. Quanto a influência do sexo no uso de psicofármacos, o achado do estudo contradiz outros estudos que encontraram associação com o sexo feminino (SOUZA, 2007). Quanto à influência da tutela do estado no uso de psicofármacos, de acordo com Silva (2005) os motivos que levaram o adolescente a estar sob a tutela do estado (violação dos direitos, famílias sem condições de prover condições dignas de vida, entre outros) associados aos efeitos gerados pelo convívio em abrigos (carência afetiva, baixa auto-estima, dificuldade de estabelecimento de vínculos, entre outros) contribuem para um desequilíbrio na saúde mental e, conseqüente, desenvolvimento de transtornos mentais que, por sua vez, tem como principal forma de tratamento o uso de psicofármacos (MELO, 2006; VIEIRA, 2007).

No estudo quando foram avaliadas as diferenças entre as características dos responsáveis pelos adolescentes que realizam tratamento medicamentoso e não-medicamentoso constatou-se uma única diferença: os responsáveis pelos adolescentes que realizam tratamento medicamentoso não exercem atividade de trabalho remunerada, enquanto que os responsáveis pelos adolescentes que realizam o tratamento não-medicamentoso exercem atividade de trabalho remunerada. A atividade de trabalho remunerada exercida pela maioria dos responsáveis dos adolescentes que realizam o tratamento não-medicamentoso sugere que esses adolescentes apresentam maior nível de independência e, conseqüentemente, os responsáveis possuem maior possibilidade de exercer atividade de trabalho remunerada. As demais variáveis não apresentaram diferença na seleção, mas mantém a proporção superior nos responsáveis pelos adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso. As características socioeconômicas dos responsáveis pelos adolescentes mantêm a tendência

geral dos adolescentes acompanhados pelo Caps i, em que as mães foram indicadas como responsáveis, estarem na faixa etária entre 36 e 52 anos, escolaridade caracterizada pelo ensino fundamental, estar casada ou em união estável.

No estudo quando foram avaliadas as diferenças no atendimento dos adolescentes que realizam tratamento medicamentoso e não-medicamento foi encontrada uma única diferença, a frequência mais comum ao Caps i dos adolescentes que realizam tratamento medicamentoso é uma vez por bimestre, enquanto os que realizam o tratamento não-medicamentoso freqüentam o Caps i, comumente, uma ou duas vezes por semana. Logo os que realizam o tratamento medicamentoso são classificados como não-intensivo e os que realizam o não-medicamentoso são classificados como intensivo. As demais variáveis não apresentaram diferença na seleção, mas mantém a proporção superior nos responsáveis pelos adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso. As características de atendimento no Caps i mantém a tendência geral do estudo, sendo que a maioria foi encaminhados pelas unidades básicas de saúde e hospitais. No Caps i os adolescentes tiveram, em proporções decrescentes, atendimento médico, psicológico, grupo terapêutico e terapia ocupacional. A maioria dos adolescentes teve no Caps i, o único acompanhamento de saúde. Os atendimentos médico, psicológico e grupo terapêutico apresentam relação estatisticamente significativa com o uso de psicofármacos, podendo ser considerados fatores influentes.

Os adolescentes que usam psicofármacos recebem acompanhamento médico, profissional responsável pela prescrição dos psicofármacos. O médico prescreve e realiza consultas de acompanhamento dos adolescentes, sendo decisivo para uso de psicofármacos, mas que pode servir para orientar o uso correto de psicofármacos. O atendimento psicológico e de grupo terapêutico integram o tratamento não-medicamentoso e constituem estratégias capazes de potencializar o efeito terapêutico do tratamento medicamentoso.

Segundo Souza (2007) o encaminhamento dos hospitais representou 26,5%, enquanto que a UBS representou somente 8,7% dos encaminhamentos para o Caps i, o que demonstra que as pessoas acometidas por sofrimento mental ainda tendem a buscar os serviços hospitalares, em vez dos serviços substitutivos.

É importante que os Caps i e as equipes da rede básica trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade e garantam maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico. A principal estratégia para tratar da

articulação do Caps i com as unidades básicas de saúde é o matriciamento, entendido como um arranjo horizontal que visa dar suporte técnico em áreas específicas à equipe de referência, ampliando a oferta de ações de saúde especializadas (DELFINI, 2012). O matriciamento tem o potencial de otimizar o acolhimento, cuidado e encaminhamento dos adolescentes com transtornos mentais.

A frequência no Caps i foi a diferença encontrada entre os adolescentes que fazem o tratamento medicamento e não-medicamentoso. No primeiro, a maioria dos adolescentes foram classificados como não-intensivo (uma vez por bimestre ou trimestre), oferecido quando não existe necessidade de suporte contínuo da equipe do Caps i para realizar suas atividades cotidianas. No segundo, os adolescentes foram classificados como intensivo (uma ou duas vezes por semana), oferecido quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, precisando de atenção contínua (BRASIL, 2004). O uso de psicofármacos ocorre, na maioria das vezes, em adolescentes que não freqüentam constantemente o Caps i, podendo representar risco de distorção do uso e aumenta a importância da difusão de orientações sobre uso de psicofármacos entre os adolescentes e seus responsáveis.

No entanto no estudo de Hoffman (2008), cujos achados foram semelhantes, 49,3% estão vinculados à modalidade não-intensiva, 40,2% à semi-intensiva e 10,5% à intensiva, sugerindo que o serviço funciona na lógica ambulatorial tradicional, pois esperava-se uma maioria na modalidade intensiva, mas é reconhecida a influência de diversos fatores, tais como: dificuldades materiais para o transporte ao Caps i, dificuldade na disponibilidade do adulto para acompanhá-lo e até dificuldades da equipe para estruturar o serviço.

No estudo os adolescentes relataram o uso de 01, 02 ou 03 medicamentos, sendo que a maioria usa um único, com média de consumo considerada baixa quando comparada com outros estudos. O achado de Floersch (2009) mostrou uma média de 2,35 medicamentos por adolescente. Segundo Arrais (2005), em estudo realizado em Fortaleza, que teve por finalidade avaliar o consumo de medicamentos e seus determinantes, verificou a média de 1,9 medicamentos por pessoa. De acordo com Passos (2008) o número de medicamentos utilizados pelos indivíduos variou de 1 a 5 medicamentos, com média de consumo de 1,5 medicamento por pessoa. A frequência de consumo de medicamentos pode influenciar no uso de psicofármacos, pois quanto maior mais difícil é adesão ao tratamento.

A distribuição dos grupos de psicofármacos utilizados no tratamento medicamentoso do Caps i apresentou a seguinte ordem: antipsicóticos e neuropléticos; antidepressivos; estabilizadores de humor; ansiolíticos e hipnóticos. Quando comparado com outros estudos, percebe-se que são utilizados poucos ansiolíticos no tratamento medicamentoso dos adolescentes com transtornos mentais. Todavia, observa-se que os grupos de psicofármacos utilizados no tratamento de adolescentes apresentam proporções muito particulares. O conhecimento das classes terapêuticas e dos medicamentos mais prescritos aos adolescentes com transtornos mentais contribui para planejamento de ações que visem o monitoramento do uso correto e identificação precoce de reações adversas.

No estudo, chamou atenção a baixa proporção dos ansiolíticos. Esses psicofármacos surgiram no final da década de 1950, cuja propriedade é atuar sobre a ansiedade e a tensão, tranquilizando e acalmando os indivíduos. São medicamentos importantíssimos para o controle dos principais transtornos psicossomáticos (UNIFESP, 2011). Segundo Carvalho e Dimenstein (2003), em relação ao uso de psicofármacos, em especial de ansiolíticos, o que se observa na prática é o contínuo e indeterminado que vai além da finalidade específica, em que o medicamento passa a ocupar um lugar imprescindível na vida de muitos indivíduos. Talvez por isso, o estudo realizado com adolescentes em um serviço especializado, onde existe uso específico dos ansiolíticos justifique a baixa proporção do uso desse grupo.

O estudo de Passos (2008) mostra uma distribuição em que apresenta os ansiolíticos (36,5%) como os psicofármacos mais utilizados, seguidos pelos antidepressivos (31,5%) e antipsicóticos (17,7%). Este estudo ainda apresentou antiepilépticos com 11% e outros medicamentos com 3,3%. No estudo de Souza (2007), a distribuição dos psicofármacos mostra, principalmente, o grupo de ansiolíticos (30,5%), seguido dos antidepressivos (28,5%), antipsicóticos (17,7%), estabilizadores de humor (10,8%), anti-histamínico (6,1%) e outros (6,7%). No estudo de Andrade (2004), realizado em Ribeirão Preto-SP, em 2000, para avaliar o cumprimento da legislação para prescrição de medicamentos psicotrópicos da lista B e C1 da Portaria 344/98, a partir das receitas retidas em farmácias de manipulação, mostrou predomínio de prescrição dos ansiolíticos, mais especificamente, dos benzodiazepínicos com 47,7%. Mostrou ainda uma frequência predominante de prescrição de fluoxetina (68,8%), amitriptilina (12,5%), paroxetina (4,0%), sertralina (3,6%), nortriptilina (3,1%).

Dentre os medicamentos mais citados estão: risperidona (antipsicótico), carbamazepina (estabilizador de humor), haloperidol (antipsicótico), fluoxetina

(antidepressivo) e ácido valpróico (estabilizador de humor). Foram citados medicamentos que não estão na RENAME (lista de medicamentos essenciais recomendados para distribuição nos serviços públicos de saúde), tais como: cloridrato de sertralina, cloridrato de imipramina, fumarato de quetiapina, cloridrato de ziprasidona monoidratada, olanzapina, e clozapina, juntos representam 6,6% (17) dos medicamentos citados no estudo. Os dois primeiros são antidepressivos e os demais antipsicóticos. A disponibilidade de medicamentos que não estão na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) segue o princípio de adequação às necessidades locais, mantendo o entendimento da OMS que informa que os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população (BRASIL, 2011).

Em estudo transversal, na cidade de Botucatu (SP), no período de 2001 a 2002, com 1023 entrevistas domiciliares, com sujeitos de 15 anos ou mais, que investigou fatores associados aos transtornos mentais comuns mostrou uma distribuição do uso de medicamentos, segundo psicofármacos, os mais utilizados eram diazepam (27%), amitriptilina (20%) e fluoxetina (6%) (LIMA, 2008). De acordo com o estudo de Passos (2008) entre os ansiolíticos o mais consumido foi o diazepam (27,0%), entre os antidepressivos foi a amitriptilina (20,0%), fluoxetina (6,0%), clorpromazina (6,0%) e haloperidol (5,5%) e entre os antieplépticos foi a carbamazepina (4,0%). A risperidona foi um dos medicamentos menos utilizados (1,0%). Mostrando que o tratamento medicamento para adolescentes com transtornos mentais apresenta escolhas específicas, diferente do tratamento para adultos, que buscam melhor adaptação ao corpo nessa etapa da vida.

Os entrevistados informaram quanto ao reconhecimento do medicamento, que a ampla maioria dos adolescentes reconhece o medicamento que usa por meio do nome ou característica, sendo que o reconhecimento aumenta à medida que usa maior quantidade de medicamentos. O reconhecimento do medicamento pode ser visto como uma atitude que contribui para uso seguro de psicofármacos, no entanto o reconhecimento pela característica pode induzir ao erro no uso do psicofármaco. Quanto ao gosto por tomá-lo, uma discreta maioria dos adolescentes gosta de tomar e sabem para que servem os psicofármacos. O conhecimento sobre a utilidade dos psicofármacos sugere o reconhecimento da importância do uso. Quanto ao gosto por tomar os psicofármacos, considerando que a maioria das entrevistas foi respondida pelos responsáveis, pode ter ocorrido uma superestimação, pois os adolescentes normalmente não gostam de tomar esses medicamentos.

O conhecimento para que servem os medicamentos contribuem para aceitação do tratamento. Os adolescentes entrevistados informaram que a orientação médica sobre o uso de psicofármacos representa a totalidade de orientação no Caps i. No entanto, sabe-se que a equipe multiprofissional do Caps i está preparada para orientar quanto ao uso do medicamento, devendo ser formuladas estratégias para descentralizar a orientação, pois o contato de cada profissional com o adolescente é em potencial um momento promotor de informações para uso seguro e racional.

O paciente tem direito às informações sobre sua saúde, medicamentos que deverá utilizar, objetivos e riscos de seu tratamento, sendo dever dos profissionais da saúde fazer com que tais informações cheguem a ele de forma clara e objetiva, para que possa seguir de maneira eficiente tais recomendações. As orientações sobre medicamentos fornecidas aos pacientes são fundamentais para o sucesso do tratamento, uma vez que a ausência delas é uma das principais causas do uso incorreto dos medicamentos (OENNING, 2011). Dessa maneira, o paciente deve assumir solidariamente a responsabilidade por seu tratamento, uma vez que sua atitude interfere no sucesso da terapêutica (LEITE, 2003).

As farmácias do SUS compreendem às do Caps i, UBS e Hospitais, sendo que desses o Caps i é o local onde a maioria dos adolescentes recebe os medicamentos. A rede de saúde pública disponibiliza os psicofármacos para distribuição gratuita, viabilizando o acesso da população a esses medicamentos. Evidenciando que uma parcela representativa da população depende do SUS para aquisição de medicamentos (COSTA, 2011). O Caps i, da regional IV, possui uma farmácia, facilitando o acesso e justificando ser o local, onde mais ocorre o recebimento de psicofármacos. O Caps i, regional III, não disponibiliza farmácia própria, mas encaminha para farmácia de uma unidade básica saúde que fica próxima.

Em estudo transversal, realizado no município de Maracanaú, entre 2006 e 2008, com 200 entrevistados, em que descrevia o consumo de psicofármacos entre os usuários da UBS encaminhados ao Caps mostrou que as farmácia do SUS distribuíram 54,9% dos psicofármacos (PASSOS, 2008). O importante crescimento do percentual de indivíduos que adquirem psicofármaco na farmácia do SUS indica que houve acesso aos psicofármacos por parte dos indivíduos, sugerindo aumento na equidade do acesso. O acesso a medicamentos tem sido motivos de diversas iniciativas que compõe um dos direitos fundamentais – o direito à saúde e garantia a assistência terapêutica integral, viabilizada pelo financiamento e distribuição universal e gratuita dos medicamentos no setor público (CHAVES, 2005).

Os psicofármacos estão sendo usados por um período médio de 30 meses (desvio padrão: 34,4), tempo suficiente para os adolescentes entenderem a relação com os psicofármacos, mas também se caracteriza como um período prolongado que sugere risco para dependência. Quando falta o medicamento, a maioria dos entrevistados afirmou que compra (entre 49,1 e 64,9%) e os demais ficam sem tomar, no entanto um percentual representativo entre 21,6 e 36,6% informou que nunca faltou o medicamento. Com isso, fica evidente que famílias, mesmo com pouca condição financeira, fazem um esforço e compram quando falta o medicamento nas farmácias do SUS, por reconhecer a importância da continuidade do tratamento. No entanto, os responsáveis podem ter superestimado essa informação para não referir que os adolescentes ficam sem tomar, quando faltam os medicamentos nas farmácias do SUS.

A totalidade dos entrevistados informou que nunca recebeu psicofármacos sem receita. O não recebimento de psicofármaco sem prescrição contribui para o correto fluxo, em que existe a identificação da necessidade de uso pelo profissional médico que prescreve o medicamento e orienta o uso racional. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Passos (2008), em que a indicação do uso foi predominante do médico (93,9%), mas também houve indicação de parente/amigo/vizinho(3,4%) e de outros profissionais de saúde (1,6%).

CONCLUSÕES

O uso de psicofármacos em adolescentes acompanhados pelo Caps i é uma prática relevante para o tratamento dos transtornos mentais, mas possui uma complexidade que envolve a equipe multiprofissional e a família, com intuito de contribuir para o uso seguro e racional de medicamentos. Nesse sentido, é importante reforçar que a adolescência representa uma fase muito singular, em que transtornos mentais podem repercutir na fase adulta, tendo mais esse motivo para uso correto desses medicamentos.

O estudo com enfoque nos adolescentes com transtornos mentais em Fortaleza (CE) mostrou uma população com acompanhamento de saúde restrita a um único serviço, o Caps i. Fato que aumenta a responsabilidade do Caps i no que se refere ao cuidado de saúde mental, mas que o coloca como enfoque para ações estratégicas destinadas à população infanto-juvenil.

No estudo os adolescentes são, em sua maioria, do sexo masculino, estão na faixa etária entre 12 e 15 anos, sob a responsabilidade da família, recebem benefícios sociais, possuem renda maior que R\$ 622,00, estão nas classes sociais D/E e moram em casa própria, com até quatro moradores. Os adolescentes ainda indicaram que seus responsáveis são, na sua maioria, as mães, que apresentam faixa etária entre 36 e 52 anos, não exercem atividade remunerada, tem como escolaridade o ensino fundamental, estão casadas ou em união estável.

No estudo, os adolescentes são encaminhados ao Caps i pelas unidades básicas de saúde ou hospitais e recebem, em frequência decrescente, atendimento médico, psicológico, grupo terapêutico e terapia ocupacional, com exceção do último, os atendimentos disponibilizados apresentam relação com uso de psicofármacos. Para receberem esses atendimentos, os adolescentes frequentam o Caps i uma ou duas vezes por semana, por mês, por bimestre ou trimestre, sendo que a frequência ao Caps i também apresenta relação com o uso de psicofármacos.

Os adolescentes com transtornos mentais realizam tratamento medicamento, de forma predominante, fazendo com o atendimento no Caps i mantenha uma relação hegemônica com o modelo biomédico e a medicalização, embora exista o reconhecimento pela equipe multiprofissional da importância do tratamento não-medicamentoso. Por meio dessa postura, pode-se reestruturar a relação biomédica com estabelecimento de tratamento orientada por projetos terapêuticos, definidos pela equipe multiprofissional, em que se prioriza a

necessidade do adolescente e afasta a idéia de resolutividade baseada exclusivamente na medicalização. No entanto, o uso de psicofármacos pelos adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo Caps i pode ser otimizado a partir do desenvolvimento de atividades compatíveis com a sua fase de vida.

Os grupos de adolescentes que realizam o tratamento medicamentoso e os que realizam o não-medicamentoso não apresentam diferenças significativas quanto as características socioeconômicas e de tratamento. As únicas diferenças estão relacionadas aos responsáveis que desenvolvem atividades de trabalho remuneradas e frequência de uma ou duas vezes por semana nos que realizam o tratamento não-medicamentoso, enquanto os responsáveis não desenvolvem atividade de trabalho remunerada e frequência de uma vez por bimestre nos que realizam o tratamento medicamentoso. Os atendimentos médico, psicológico e grupo terapêutico apresentam relação estatisticamente significativa com o uso de psicofármacos, podendo ser percebidos como ocasiões potencializadores das orientações sobre a promoção do uso racional a medida que conhecem a rotina de uso e corrigem reações adversas, decorrentes do uso incorreto.

No estudo foi encontrada uma baixa quantidade de psicofármacos prescritos, sendo que as classes terapêuticas desses medicamentos mostraram escolhas específicas, desvinculando o tratamento do adolescente como mini adulto. Quanto às orientações farmacêuticas, os adolescentes informaram que reconhecem o medicamento, gosta de tomá-lo, conhece a utilidade, tendo sido orientado pelo médico. Os psicofármacos são adquiridos em farmácias do SUS e são comprados quando faltam nessas farmácias. Esses medicamentos nunca foram adquiridos sem receita.

O tratamento de transtornos mentais em adolescentes requer o uso de psicofármacos, mas para que ocorra a otimização da relação com o adolescente é necessário aprofundar o estudo sobre a problemática do uso de psicofármacos em adolescentes a partir do contexto socioeconômico e familiar. Entendendo a relevância de um amplo e atualizado conhecimento sobre o uso de psicofármacos, associado a outras modalidades de tratamento, como pressuposto fundamental para o planejamento de ações de saúde que favoreçam ao uso seguro e racional de psicofármacos, proporcionando aos adolescentes com transtornos mentais uma melhor qualidade de vida.

No âmbito familiar, deve-se intensificar as estratégias que reforcem a participação da mãe no serviço, estimulando a dar sugestões, tirar dúvidas e interagir com a equipe. O Caps i pode ofertar para os familiares, principalmente as mães, oficinas de trabalho que visem o desenvolvimento de atividades de trabalho no domicílio ou no próprio serviço enquanto aguardam o atendimento dos adolescentes, criando uma fonte de renda e fortalecendo a renda familiar. Ainda em relação à família, o Caps i precisa promover uma aproximação da figura paterna, demonstrando que sua participação possui o potencial de otimizar o tratamento do adolescente. De forma geral, a família precisa ser percebida como grande parceira e ter participação ativa no tratamento do adolescente e no processo de reinserção social.

O Caps i pode reforçar o matriciamento, entendido como estratégia que visa dar suporte técnico em áreas específicas, com as equipes das unidades básicas de saúde e hospitais para promover a sensibilização das equipes tanto para identificar e encaminhar crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como para se constituírem numa contra-referência, acompanhando o tratamento dos adolescentes. Para isso, é importante haver encontros sistematizados entre as equipes e ser disponibilizado um canal de comunicação. Ainda deve-se estimular a equipe do Caps i ter reuniões semanais, em que se avalia a evolução e, conseqüente, necessidade de atendimento dos adolescentes que contribuirá para nortear o projeto terapêutico.

A equipe multiprofissional do Caps i precisa monitorar os psicofármacos mais prescritos, avaliando a ocorrência de reações adversas. O Caps i pode desenvolver estratégias para avaliação das orientações farmacêuticas, ratificando as características fundamentais para uso seguro e racional. Quanto à forma de aquisição, torna-se fundamental fortalecer a estrutura da assistência farmacêutica para melhorar controle e manutenção dos estoques mínimos de psicofármacos em farmácias do SUS, evitando desabastecimento.

REFERÊNCIAS

- ACQUAVIVA, E et al. Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data. **BMC Psychiatry**, 9 (72), nov, 2009.
- ALARCON, S. Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-facista'. **Histórias, Ciência, Saúde – Manguinhos**, 12 (2), 249-63, maio-ago. 2005.
- ALMEIDA FILHO N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **J Bras Psiquiatr**, 31, 225-36, 1982.
- ALMEIDA, L M; COUTINHO E S F; PEPE, V L E. Consumo de psicofármaco em uma região administrativa do Rio de Janeiro: Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 05-16, jan-mar, 1994.
- ALMEIDA, J M C. Estratégias de cooperación técnica de La Organización Panamericana de La Salud em La nueva fase se La reforma de los servicios de salud mental em América Latina y El Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**, 18 (5), 314-326, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4 ed. Washington: APA, 1994.
- ANDRADE, M F; ANDRADE, R C G; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm**, 40 (4), out-dez, 2004.
- AQUINO, D S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 733-736, 2008.
- ARRAIS, P S D; BRITO, L L; BARRETO, M L; COELHO, H L L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 21 (6):1737-46, 2005.
- ARRAIS, P S D; BARRETO, M L; COELHO, H L L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4): 927-937, abr, 2007.

ASSIS, SG; AVANCI, JQ; OLIVEIRA, RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev Saúde Pública**, 43 (supl.1), 92-100, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP). Disponível em : www.abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2008 – IBOPE. Acessado em 10 de setembro de 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Medeiros, T A (Coord.). **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006.

BALTAZAR, DVS. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou impossibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BALDONI, A O; HUIDONI, C M; PEREIRA, A R L. Farmacoepidemiologia no Brasil: estado da arte da produção científica. **Revista da Universidade vale do Rio Verde**, Três Corações, 9 (1): 78-88, 2011.

BASTOS, J L D; DUQUIA, R P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, 17 (9), 229-232, out-dez, 2007.

BEZERRA JUNIOR, B. **Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: 1987

BRASIL, Ministério da Saúde. **Criação do SUS**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estabelece Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial**. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: 1992.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e pesquisa – CONEP. **Resolução 196/96** que normatiza a pesquisa em seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamento**. Portaria N°3.916/ GM, de 30 de outubro de 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Portaria GM 344/ 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gerência de Assistência farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Dispõe sobre estado civil**. Lei nº 10.406, 10 de Janeiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo/** Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1ª ed – Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**, de 1998. 6ª Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM 336/ 2002**. Disponível em: [HTTP://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf](http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf), 2002. Acessado em 10 de setembro de 2011.

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

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Regulamenta a Lei 10.836/04 que cria Bolsa Família**. Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004. Brasília: 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 , de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, seção 1, n.96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Medicamentos essenciais: a importância da seleção**. De 20 de novembro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Institui o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. Portaria GM nº 1.555, de 27 de Junho de 2007. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo controle e monitoramento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009. **Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204 GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasil: Ministério a Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 7**. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Ano V, nº 7, Brasília, Junho de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamento (RENAME)**. Resolução nº 3, de 29 de setembro de 2011. Brasília: 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação do SUS (DATASUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em 29 de setembro de 2011.

BRODY. **Farmacologia Humana**. Editores: Kenneth P Minneman, Lynn Wecker; Tradução Vilma Ribeiro de Sousa Varga et AL. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CAMATTA, MW. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (11), 4405-4414, 2011.

CARVALHO, K A et al. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia Ciência e Profissão**, 27 (2), 290-303, 2007.

CARVALHO, F B; BALLARIN, M L G S; FERIGATO, S H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 34(4): 444-450, 2010.

CASTRO, L.L.C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos – GRUPURAM. Campo Grande: 2001.

CEARÁ, Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsceara.php>. Acessado em 29 de setembro de 2011.

CHAVES, G C et AL. Indicadores de uso racional de medicamentos a acesso a medicamentos: um estudo de caso. **Rev. Bras. Farm.**, 86(3): 97-103, 2005.

COSTA, K S et AL. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (4): 649-658, abr, 2011.

COSTA, JSD et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, 5(2): 164-173, ago, 2007.

COUTO, M C V; DUARTE, C S; DELGADO, P G G. A saúde mental na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr.**, 30(4): 390-398, 2008.

_____. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artmed, 1993.

DELGADO, P G. Schechtman et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. In: MELLO, MF, MELLO, A AF, KOHN, R. (organizadores). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007

DELFINI, P S S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da Grande São Paulo. **Rev. Crescimento Desenvolvimento Hum**, 19 (2), 226-236, 2009.

DELFINI, PSS; REIS, AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2), 357-366, fev, 2012.

ESPOSITO, BP; SAVOIA, MG. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, 8(1): 31-40, 2006.

FLOERSCH, J et aL. Adolescent experience of psychotropic treatment. **Transcult Psychiatry**, 46 (1): 157 – 179, março, 2009

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=75. Acessado em 15 de setembro de 2011.

- FURTADO, J P; CAMPOS, R O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 8 (1), março, 109-122, 2005.
- GOODMAN; GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9ª ed. Superv.: Penildon Silva. Rio de Janeiro, 1998.
- GRAY, C D; KINNEAR, P R. **IBM SPSS 19 Statistics made simples**. Psychology Press, 2011.
- HALPERN R, FIQUEIRAS, A C M. Influências mentais na saúde mental da criança. **J Pediatr**. 80(2), 104-110, 2004.
- HOFFMANN, M C C L; SANTOS, D N; MOTA, E L A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, 24 (3): 633-642. Rio de Janeiro: 2008.
- HALPERN, R; FILGUEIRAS, ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J Pediatr.**, 80(2): 104-110, abr, 2004.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1): 297-305, 2009.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Revisão de Censo: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 de setembro de 2011.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Revisão do Censo: 2007. Disponível em: <HTTP://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php>. Acessado em 20 de setembro de 2011.
- ITALIA, Ministério da Saúde. **Lei nº180, 1978**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica. Itália, 1978.
- IGNÁCIO, VTG; NARDI, HC. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**, 19(3): 88-95, 2007.

JORGE, MSB ET AL. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7), 3051-3060, 2011.

KAPLAN, Harold I. **Manual de psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

KATZUNG, B G. **Farmacologia básica e clínica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LAURIDSEN EPP; TANAKA OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Rev. Saúde Pública**, 33 (6): 586-592, 1999.

LEÃO, A; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc**, São Paulo, 17(1), 95-106, 2008.

LEITE, S N; VASCONCELLOS, M P C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): 775-782, 2003.

LEITE, S N; VIEIRA, M; VEBER, A P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese dos artigos publicados no Brasil e na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 793-802, 2008.

LIMA, MCP et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev Saúde Publica**, 42 (4), 717-723, 2008.

LUDERMIR, AB; MELO FILHO, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Publica**, 36(2): 213-221, 2002.

LUNA, GLM. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva**, 16(2):513-521, 2011.

MATOS, EG; MATOS, TMG; MATOS, GMG. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev Psiquiatr RS**, 27 (3): 312-318, set-dez, 2005.

MEDEIROS, EN. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MEDRONHO, R et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

MELO, D O; RIBEIRO, E; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 42 (4), out-dez, 2006.

MELLO, MF, MELLO, A AF, KOHN, R. (organizadores). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOTA, D M. Investigação em farmacoepidemiologia de campo: uma proposta para as ações de farmacovigilância no Brasil. **Rev Epidemiologia**, 14 (4):565-79, 2011.

MORITA H et al. Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 34, 317-332, 1993.

MORORÓ, MEML; COLVERO, LA; MACHADO, AL. Os desafios da integralidade em um centro de atenção psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev Esc Enferm USP**, 45(5), 1171-1176, 2011.

MOSTAZO, RR; KIRSCHBAUM, DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(6), 786-791, nov-dez, 2003.

NASI, C; SCHNEIDER, JF. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev Esc Enferm USP**, 45(5), 1157-1163, 2011.

NUNES, M ET AL. A dinâmica dos cuidados em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(1), 188-196, jan, 2008.

OENNING, D; OLIVEIRA, B V; BLATT, C R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7): 3277-3283, 2011.

OFFORD DR, FLEMING JE. Epidemiology. In: Lewis M, editor. **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

OLIVEIRA, A G B. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho D'água, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Perspectivas políticas sobre medicamentos da OMS. **Promoção do uso racional de medicamentos: componentes centrais**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002..

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Livro de recursos da OMS, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim – Excluir, não**. Organização Mundial de Saúde, 2005.

PASSOS, ACB. **Utilização de psicofármacos entre os usuários da atenção primária do município de Maracanaú**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2008.

POLETTI, PC. **Intersetorialidade e a clínica em saúde mental: construindo e ampliando redes para inclusão**. UNICAMP, 2008.

RODRIGUES, M A P; FACCHINI, L A; LIMA, M S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidades do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 40(1): 107-14, 2006.

SÁ, DGF. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(4), 643-652, out-dez, 2010.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, 42(1), 127-134, 2008.

SILVA, C H; GIUGLIANI, E R J. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. **Jornal da pediatria**, 80(4), 2004.

SILVA, ERA; AQUINO, LMC. **Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária**. Políticas sociais – acompanhamento e análise. Agosto, 2005.

SOUZA, AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Ana Nery Enferm**, 10940, 703-710, dez, 2006.

SOUZA, A R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2007.

SRINATH, K P et al. Design and operation oh the national survey of children with special health care needs. **Vital and health**, 2001.

STUART, GW; LARAIA, MT. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práicas**. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

STEINHAUSEN, H C et al. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 92, 262-271, 1998.

STROM , B L. **What is Pharmacoepidemiology?** En: *Pharmacoepidemiology* (2^a ed). Chichester: Wiley, 1994.

STROM, B.L. **Pharmacoepidemiology**. New York: Churchik Livingstone, 2006

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 9(1), 25-29, RIO DE JANEIRO, 2002.

UNIVERSIDADE FEDRAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID). Disponível em [HTTP://www.cebrid.epm.br/](http://www.cebrid.epm.br/). Acesso em outubro de 2011.

VIEIRA, F S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (1): 213-220, 2007.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

DO RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE

Venho convidá-lo(a) para participar, autorizando a participação voluntária do adolescente sob sua responsabilidade, em uma pesquisa sobre “*Uso de Psicofármacos em Adolescentes Atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*”, no período de abril de 2011 e agosto de 2012, cujo objetivo é analisar o uso dos psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do município de Fortaleza (CE), tendo como finalidade melhorar o atendimento dos adolescentes inseridos nos serviços de saúde. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Deste modo, venho pedir autorização e torná-lo ciente que a participação do adolescente ocorrerá por meio de entrevista em que serão solicitadas as seguintes informações: características sócio-econômicas; a atual condição de saúde mental; hábitos relacionados à prática de atividade física e uso de drogas; uso de psicofármacos, envolvendo prescrição, dispensação, uso prolongado bem como conhecimentos e atitudes sobre o uso desses medicamentos.

Esclareço que:

- As informações coletadas por meio entrevista e nos prontuários serão utilizadas somente para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o responsável ou participante tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto e nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato será preservado.
- Em nenhum momento existirá riscos em relação ao tratamento do adolescente.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se a vontade de entrar em contato com a coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Ana Paula Soares Gondim
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz – 60811-905 Coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva.
Telefone: (85) 3477-3280 / 34773324

Assinatura da Coordenadora da Pesquisa Data ___/___/___ Assinatura do Pesquisador(a) de Campo Data ___/___/___

Dados do Responsável:

Nome: _____ Endereço/Telefone para o contato: _____

Consentimento Pós – Esclarecimento

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “*Uso de Psicofármacos em Adolescentes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*”, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “*Uso de Psicofármacos em Adolescentes Atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*”. Neste estudo pretendemos analisar o uso dos psicofármacos em adolescentes com transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do município de Fortaleza (CE), tendo como finalidade melhorar o atendimento dos adolescentes inseridos nos serviços de saúde.

A sua participação acontecerá por meio de uma única em que serão solicitadas as seguintes informações: características sócio-econômicas; a atual condição de saúde mental; hábitos relacionados à prática de atividade física e uso de drogas; uso de psicofármacos, envolvendo prescrição, dispensação, uso prolongado bem como conhecimentos e atitudes sobre o uso desses medicamentos.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação para preservar seu anonimato. Este estudo apresenta riscos em relação seu tratamento. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora Responsável: Ana Paula Soares Gondim
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz – 60811-905
Coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva.
Município: Fortaleza (CE)
Telefone: (85) 3477-3280 / 34773

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
**USO DE PSICOFÁRMACOS EM ADOLESCENTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTO-JUVENIL DE FORTALEZA**

DATA: ____/____/____

Nº ____

Prontuário: _____

Entrevistador: _____

Qual é o caps? () 1= CAPSi Delmiro de Farias () 2= CAPSi Albert Sabin

Entrevistado: () Adolescente () Responsável

Parte I – Avaliação dos Dados do Adolescente	
1. Nome: _____	NOMEADOL
2. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	SEXOADOL
3. Data do Nascimento: ____/____/____ Idade Atual: ____ (anos)	NASCADOL
4. Data de admissão do adolescente no Caps i? ____/____/____	ADMADOL
5. Você faz uso de algum medicamento controlado? 1. Sim 2. Não	USOADOL
6. Você é institucionalizado: 1. Sim 2. Não <u>Em caso positivo, pular para Parte II</u>	INSTITADOL
7. Se não, quem é o seu responsável? _____	RESPADOL
8. O seu responsável costuma acompanhá-lo no Caps i? 1. Sim 2. Não	ACOMPADOL
9. Você recebe algum benefício? 1. Sem benefício 2. Bolsa família 3. Vale gás 4. Pensão 4. Aposentadoria 5 Bolsa escola. 9.Outro: _____	BENEFIADOL

Parte II – Preenchimento se o Adolescente for Institucionalizado	
10. Qual a instituição? 1. Casa do menor 2. Abrigo Domiciliar Clodoaldo Martins 9. Outro: _____ Tel: _____	INSADOL
11. Qual o tipo dessa instituição? 1. ONG 2. Particular 3 Pública 4. Beneficente 9. Outro: ____ _____	TIPOADOL
12. Quanto tempo está nesta instituição? ____ (meses)	TEMPOADOL
13. Quem cuida de você na instituição? _____	CUIDADOL
14. Você recebe algum benefício na instituição? 1. Sem benefício 2. Bolsa família 3. Vale gás 4. Pensão 5. Aposentadoria 6. Bolsa escola 9. Outro: _____	BENINSTOADO L
Adolescente Institucionalizado, pular a parte III e IV	

Parte III - Características Socioeconômicas do Responsável pelo Adolescente	
15. Qual o nome do seu responsável? _____ Tel: _____	NOME RESP

16. Qual a idade? _____	IDADERESP	
17. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	SEXORESP	
18. Qual a religião? 1. Católico 2. Evangélico 3. Espirita 4. Umbanda 5. Candomblé Mórmos 7. Não determinada 8. Pentecostal 9. Outros: _____	RELIRESP	
19. Estado Civil: 1. Solteiro, 2. Casado; 3. Viúvo; 4. Divorciado 5. União estável	CIVILRESP	
20. Qual Bairro mora? _____ SER: _____	BAIRRESP	
21. Até que série seu responsável estudou? _____	ESCOLARESP	
22. O que seu responsável faz para ganhar dinheiro? 1. trabalhador autônomo; 2. trabalhador com vínculo empregatício; 3. do lar; 4. aposentado; 5. desempregado; 6. auxílio doença; 9. Outro: _____	DINHEIRESP	
23. Qual o grau de parentesco com seu responsável? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 4. Irmão/irmã 9. Outro: _____	PARENTRESP	
24. Quem cuida de você em casa? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 4. Irmão/irmã 9. Outro: _____	CUIDADRESP	
Parte IV - Critérios para Avaliação da Classe Econômica do Chefe da Família		
25. Quem paga as contas em casa? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 9. Outro: _____	CONTCHEFE	
26. Qual a escolaridade da pessoa que paga as contas em casa? _____	ESCOLCHEFE	
27. Qual a profissão da pessoa que paga as contas em casa? 1. trabalhador autônomo; 2. trabalhador com vínculo empregatício; 3. do lar; 4. aposentado; 5. desempregado; 6. auxílio doença; 9. Outros: _____	PROFICHEFE	
28. Qual a renda familiar? _____ reais	RENDACHEFE	
29. Qual o tipo de moradia? 1. Casa 2. Barraco 3. Apartamento 9. Outro: _____	MORADCHEF	
30. Situação da moradia? 1. Alugada 2. Própria 3. Emprestada 4. Cedida 5. Sob justiça 9. Outro: _____	SITMORCHEF	
31. Número de moradores: _____	MORADCHEF	
32. A família paga alguém para fazer os serviços de casa? 1. Sim 2. Não	EMPREGCHEF	
33. Qual o meio de transporte que a pessoa que paga as contas da casa usa no dia-a-dia ? (não considerar veículos usados para atividades profissionais). 1. Carro 2. Ônibus 3. Bicicleta 9. Outros: _____	TRANSCHEFE	
	Quantidade	Tempo de uso
34. TV		
35. DVD		
36. Rádio		
37. Máquina de lavar roupa		
38. Geladeiras com 2 portas		
39. Geladeira simples		

40. Frezzer			FRIZZER
Total de pontos:			PONTOS

Parte V – Variáveis Relacionadas ao Conhecimento, Práticas e Atitudes da Terapia do Adolescente			
41. Você possui algum problema de saúde? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe Se sim, qual? _____			SAUDEADOL
42. Quem encaminhou você para o Caps i? 1. Escola 2. UBS 3. Hospital 4. CRAS 5. Conselho tutelar 6. Familiares 7. Vizinhos 8. amigos 10. CAPS AD 11. CAPS geral 9. Outros: _____			PSICOFADOL
43. Que tipo de acompanhamento faz no Caps i?	1. Sim	2. Não	
1. Atendimento médico			ATENMED
2. Atendimento Psicológico			ATENPSIC
3. Grupos Terapêuticos			GRUPTER
4. T.O			ATENDTO
43. Com que frequência vem ao Caps i? 1. 1 x/semana 2. 2x/semana 3. 1x a cada 15 dias 4. 1x/mês 5. 1x a cada 2 meses 9. Outro: _____			FREQCRIA
44. Você é atendido/acompanhado em outros locais? 1. Sim 2. Não			ACOMPLOCA
45. Se sim, onde? 1. UBS 2. Hospital 3. Particular 4. NAMI 5. CRAS 9. Outro:			LOCALACOM
46. Qual o tipo de tratamento que você faz no Caps i? 1. Medicamentoso 2. Não medicamentoso 3. ambos.			TRATCAPS

Se utiliza medicamento preencher a tabela abaixo

MEDICAMENTO	1. Reconhece pelo nome do medicamento 2. Reconhece pelas características do medicamento 3. Reconhece lendo a prescrição 4. Reconhece falando o nome do medicamento errado 5. Não sabe	Toma esse medicamento desde quando?	O adolescente gosta de tomar esses medicamentos? 1. Sim 2. Não 3. Não reclama	Sabe para que serve? 1. Sim 2. Não	Quem orientou? 1. Médico 2. Farmacêutico 3. Enfermeira 4. Balconista 5. Amigo	Onde recebe? 1. Caps 2. UBS 3. Hospital 4. Compra	Quando falta esse medicamento como faz? 1. Fica s/ tomar 2. Nunca falta 3. 1º vez q/tomará 4. Compra 5. Não sabe	Já adquiriu o medicamento sem receita? 1. Sim 2. Não.
1.								
2.								
3.								

APÊNDICE



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 189/2011

Projeto de Pesquisa: Psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental nos municípios de Campinas e Fortaleza.

Pesquisador Responsável: Ana Paula Soares Gondim

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/05/11

Registro no COÉTICA: 11-228

CAAE: 0222.1.037.000-11

Parecer: Aprovado na data 30/06/11

Obs.: O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

Avenida Washington Soares, 1321 Bairro Edson Queiroz - Fone: (85) 3477.3139 - Fax: 3477.3056
Caixa Postal 1258 CEP: 60.811.905 - Fortaleza -Ceará - Brasil