

**MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS E ANTIPSICÓTICOS PRESCRITOS NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE  
PORCIÚNCULA – RJ.**

**Pablo Sevidanes BARBOZA<sup>1</sup> & Denise Aparecida da SILVA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Farmacêutico graduado pela Universidade Iguazu, *Campus V* - Itaperuna, RJ.

<sup>2</sup> Professora de Farmacodinâmica e farmacocinética I e II do Curso de Farmácia, UNIG-*Campus V*, Itaperuna/RJ, endereço eletrônico para correspondência: dearasp@yahoo.com.br

**RESUMO**

Foi realizada uma pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no município de Porciúncula, Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de verificar quais são as drogas antidepressivas e antipsicóticas mais prescritas, bem como as associações mais frequentes e seus respectivos efeitos indesejáveis. Pode-se observar que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino, o tempo de internação mais observado foi entre dois e cinco anos, entre os quadros depressivos e psicóticos, a psicose (esquizofrenia) é a mais prevalente. O antidepressivo mais prescrito é a fluoxetina e o antipsicótico mais prescrito é o haloperidol, sendo que a associação mais frequente com antidepressivo é de fluoxetina com clonazepam e em relação aos antipsicóticos a associação mais frequente observada foi do haloperidol com prometazina. As principais reações adversas relatadas foram insônia e agressividade.

**Palavras chave:** Antidepressivos, Antipsicóticos, Reações Adversas.

**ABSTRACT**

A research was carried out in the Center of Psicossocial Attention located in Porciúncula city, State of Rio de Janeiro with the objective to verify the antidepressant and antipsychotic drugs more prescribed, as well as the associations most frequent and its respective effect undesirable. It can be observed that the majority of the patients belongs to the masculine sex, the observed time of more internment was between two and five years, between the depressive and psychotic episodes, the psychosis (schizophrenia) is most prevalent. The more prescribed antidepressant is the fluoxetine and the more prescribed antipsychotic is haloperidol, being that the association most frequent with antidepressant is of fluoxetine with clonazepam and in relation to antipsychotics the observed association most frequent was of haloperidol with promethazine. The main adverse reactions told had been sleeplessness and aggressiveness.

**Keywords:** Antidepressants, Antipsychotics, Adverse Reactions.

## 1 - Introdução

O transtorno de humor é uma patologia diagnosticada pelo psiquiatra a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam dentro de certa duração, frequência e intensidade. Segundo os manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor, os transtornos do humor ou transtornos afetivos são termos utilizados para designar as alterações que se costuma chamar de depressão ou doenças depressivas. Além do humor deprimido podem ser observadas outras alterações tais como no sono, no apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, culpa excessiva, ideação suicida, dentre outras. De acordo com as manifestações presentes os quadros podem ser definidos como transtornos depressivos, transtornos bipolares e outros transtornos do humor (Rodrigues, 2000; Vismari et al., 2008; Brunoni, 2008). O termo depressão pode ser considerado uma forma utilizada para expressar algumas características comportamentais (atividades motoras reduzidas), cognitivas (pensamentos negativos, confusão, incapacidade para decidir, dentre outras) e afetivas (tristeza frequente, sentimentos de vazio e outros) que um indivíduo vem apresentando por um período determinado de tempo. Os Transtornos Afetivos Bipolares (TAB) ocorrem quando os episódios depressivos alternam-se com episódios de mania (TAB tipo I) ou hipomania (TAB tipo II) ou, ainda, quando os sintomas de mania e depressão apresentam-se simultaneamente (estado misto). Os transtornos depressivos unipolares podem ser subdivididos em duas grandes entidades nosológicas: os Transtornos Depressivos Maiores (sintomas mais evidentes) e os Transtornos Distímicos (sintomas brandos, porém crônicos). Os pacientes com distímia apresentam-se, em relação àqueles com Transtornos Depressivos Maiores, com sintomas mais brandos, porém mais crônicos (Brunoni, 2008).

Entende-se que a depressão é um problema de saúde pública mundial devido a sua predominância relativamente elevada ao longo da vida e à sua importância no que se refere à deficiência que causa. Um estudo internacional realizado em 14 países com 60 mil adultos demonstrou a prevalência anual de qualquer transtorno psiquiátrico por volta de 20%. No Brasil, em um estudo epidemiológico realizado em 1997 em três capitais brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) os dados indicam que a prevalência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida pode chegar a 50% (Brunoni, 2008). Aproximadamente entre dois e 12% dos indivíduos no Brasil apresentarão depressão em alguma faixa etária, sendo mais susceptíveis os pacientes dos serviços de atenção primária. Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) conduzido no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde revelou uma prevalência de 29,5% para os transtornos depressivos. A maioria dos indivíduos com depressão é atendida pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental (Valentini et al., 2004). Na região sul do Brasil os estudos demonstraram maior prevalência de diversos distúrbios emocionais em mulheres, como os transtornos ansiosos (6%) e de humor (3%), em relação aos homens. Acredita-se que essa maior prevalência seja decorrente da susceptibilidade às pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação no desempenho dos papéis femininos. A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida e, embora a incidência seja mais alta nas idades médias, há um crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e o princípio da vida adulta (Lewinsohn et al., 1993; Bahls; Bahls, 2002; Moreira; Fumegato, 2010). Dados sobre a prevalência de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes demonstram valores de aproximadamente 1% em amostras comunitárias. Em relação à esquizofrenia infantil esses dados são bastante limitados. O início dessa patologia na infância é considerado raro, estimando-se uma prevalência 50 vezes menor em relação à sua ocorrência em adultos (Pereira et al., 2005). É importante destacar que a depressão como já é reconhecidamente um problema de saúde pública, interfere de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica de seus portadores (Campigotto et al., 2008). No caso da psicose os

pacientes esquizofrênicos podem vivenciar alucinações e pesadelos bem como vários distúrbios primários de sono associados, como higiene de sono inadequada e aumento de movimentos periódicos de membros inferiores. Os sintomas psicóticos apresentam-se diferentes em múltiplos domínios e de forma muito heterogênea, podendo ser divididos em sintomas positivos, negativos e desorganizados. Os sintomas positivos incluem ideação delirante, alucinações, distúrbios das associações, sintomas catatônicos, agitação e desconfiança. Os sintomas negativos referem-se à redução das expressões emocionais, com diminuição da produtividade do pensamento e da fala e retraimento social. E ainda, os sintomas desorganizados incluem desorganização do pensamento e do comportamento associados ao comprometimento da atenção (Lucchesi et al., 2005; Falkai et al., 2006).

O controle dos distúrbios afetivos é realizado, principalmente, através de terapia medicamentosa, embora também medidas não medicamentosas sejam de grande importância. Para o controle farmacológico da depressão são disponibilizados os Antidepressivos Tricíclicos (ATCs) tendo como exemplo a imipramina, doxepina, protriptilina e amitriptilina; Antidepressivos de Segunda Geração (ASG) exemplificados pela amoxapina, maprotilina, trazodona e a bupropiona; Antidepressivos de Terceira geração (ATG) como a mirtazapina, venlafaxina, nefazodona, duloxetina; Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) que incluem a fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina e o citalopram; os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO) que são representados pela fenelzina, isocarboxazida e a tranilcipromina (Katzung, 2010). A introdução da maioria destes medicamentos está embasada em uma das teorias mais importantes que explica os quadros de depressão, ou seja, a teoria das monoaminas. Segundo a teoria, os quadros de depressão (depressão unipolar) estão associados à deficiência das monoaminas noradrenalina e serotonina (5-hidroxitriptamina) em determinadas áreas do SNC (Finkel et al., 2010). No entanto, atualmente, outras teorias vêm sendo estudadas, tais como a participação dos sistemas endócrino e imune com as teorias ligadas ao sistema imunoinflamatório, a hipótese citocínica da depressão e a teoria macrofágica (Vismari et al., 2008).

Para o tratamento da psicose são indicados os antipsicóticos representados pela clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona e outros fármacos representantes da mesma classe (Sisca et al., 2009). Os quadros de psicose são sustentados pela hipótese dopaminérgica segundo a qual há uma produção aumentada desse neurotransmissor ou uma hipersensibilidade dos receptores de dopamina em uma determinada região cerebral, resultando em hiperexcitabilidade e aparecimento de sintomas positivos, bem como em um estado hipodopaminérgico em regiões cerebrais frontais, associado aos sintomas negativos. A serotonina e o glutamato também parecem estar envolvidos na fisiopatologia da esquizofrenia (Falkai et al., 2006).

Todos os medicamentos citados estão associados a efeitos indesejáveis que podem, em alguns casos, comprometer a qualidade de vida dos pacientes. Considerando-se os medicamentos disponíveis para o controle dos distúrbios afetivos e os riscos a eles relacionados, os objetivos desta pesquisa foram verificar os medicamentos mais prescritos e os efeitos indesejáveis mais relacionados a eles bem como as associações mais comuns e o perfil dos pacientes sob tratamento com tais fármacos, em uma população específica.

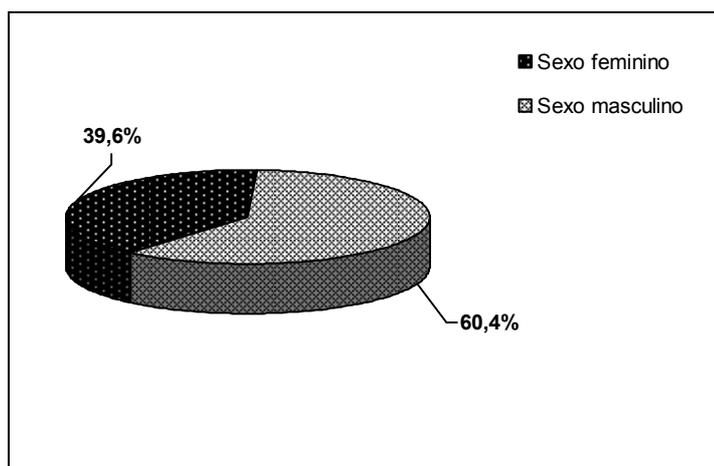
## **2 – Materiais e Métodos**

A pesquisa foi realizada através da avaliação dos prontuários de pacientes submetidos a tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - do município de Porciúncula, Estado do Rio de Janeiro. O estudo foi realizado no período de 10/09/2010 a 22/09/2010. Os parâmetros avaliados incluíram o sexo, idade, tempo de internação, diagnóstico médico, medicamentos em uso e efeitos colaterais relativos a esses medicamentos.

Previamente à pesquisa foi disponibilizado um termo de autorização ao responsável pela Instituição bem como um termo de consentimento livre e esclarecido aos responsáveis pelos pacientes em tratamento.

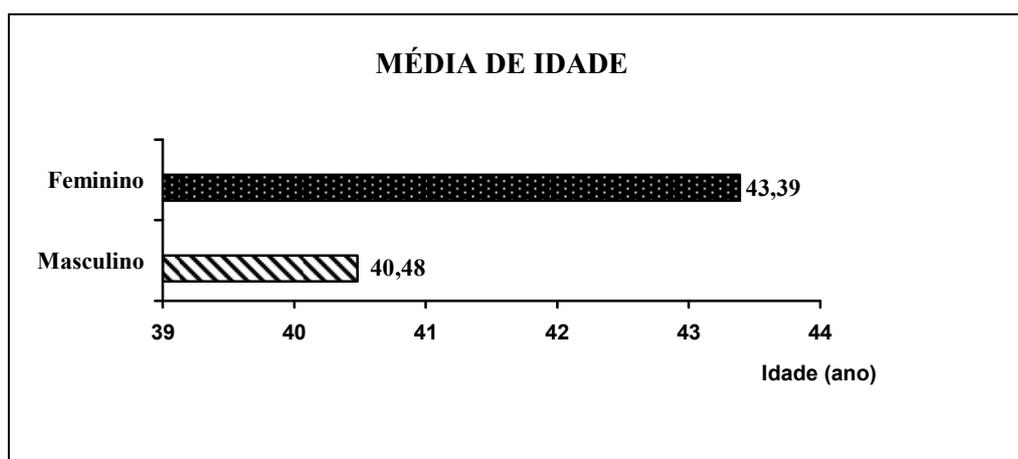
### 3 - Resultados

Durante o período estudado foram avaliados no total 96 prontuários de pacientes sob tratamento na instituição citada, sendo que dentre eles, 38 (39,6%) eram do sexo feminino e 58 (60,4%) do sexo masculino, conforme gráfico 1.



**Gráfico 1.** Sexo dos pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

A maioria dos pacientes apresentava-se na faixa etária entre 40 a 49 anos, sendo a média de 41,52 anos. A idade mínima observada foi de 16 e a máxima de 82 anos, a média de idade das mulheres foi de 43,39 anos e dos homens de 40,48 anos (Gráfico 2).



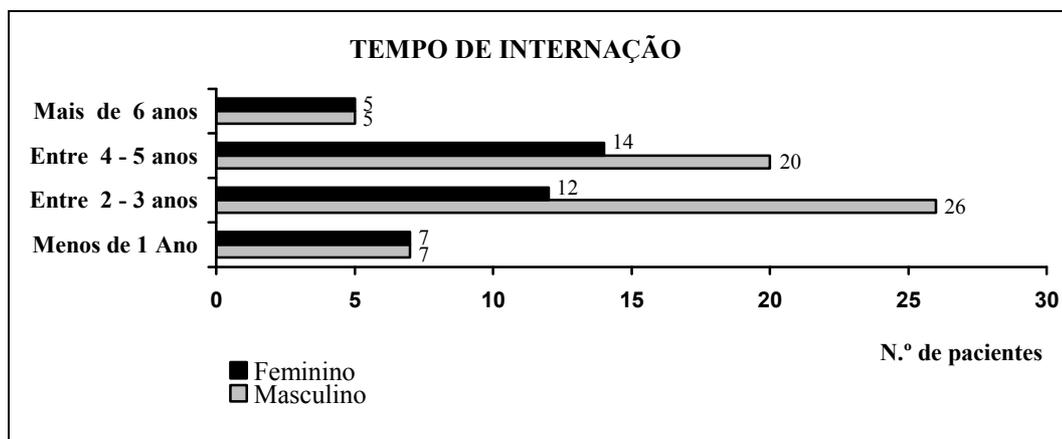
**Gráfico 2.** Média de idade dos pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

A faixa etária dos pacientes pode ser mais bem observada na tabela 1.

**Tabela 1.** Faixa etária dos pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

Faixa etária (ano)	Número de pacientes
10 a 19 anos	03 (3,13%)
20 a 29 anos	12 (12,50%)
30 a 39 anos	27 (28,13%)
40 a 49 anos	32 (33,33%)
50 a 59 anos	15 (15,63%)
60 a 69 anos	05 (5,21%)
Acima de 70 anos	02 (2,08%)
<b>Total</b>	<b>96</b>

Ao se avaliar o período de internação foi possível observar que no geral, os pacientes são acompanhados diariamente, sendo submetidos a consultas médicas e psicológicas, cuidados de enfermagem e administração dos medicamentos de forma individual. O maior tempo de acompanhamento observado foi de seis anos e oito meses e o menor tempo de acompanhamento foi de cinco meses e 22 dias. Considerando-se o sexo, a média do tempo de internação para as mulheres foi de três anos e seis meses e para os homens foi de três anos e nove meses, observando-se que a maioria dos pacientes apresentava um período de acompanhamento contínuo (Gráfico 3).



**Gráfico 3.** Tempo de internação dos pacientes de ambos os sexos no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

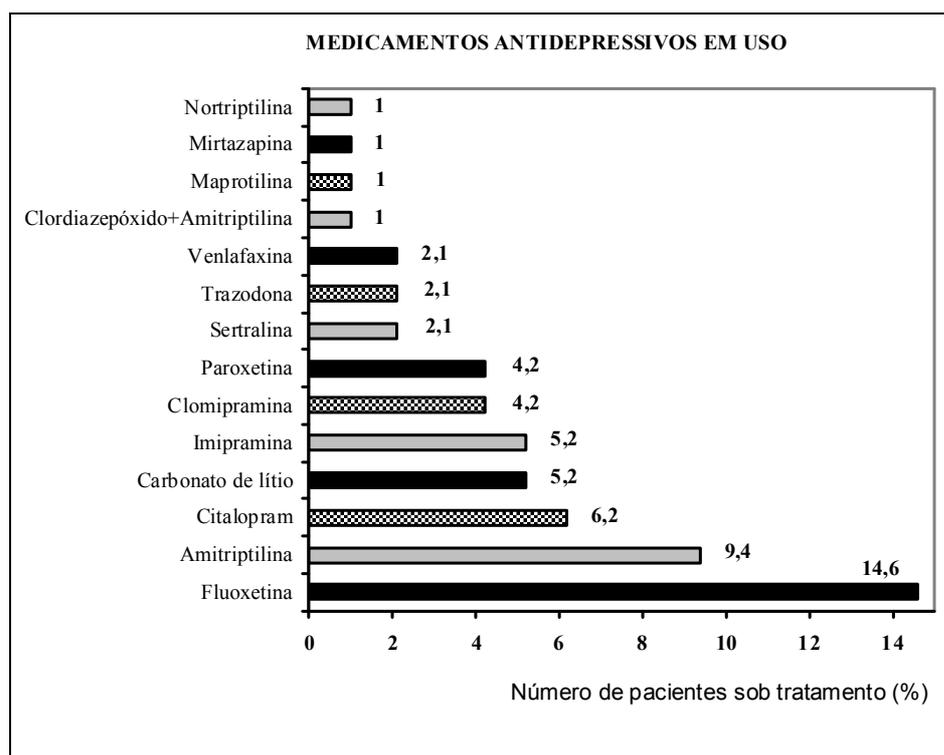
Ao se avaliar os prontuários foi possível observar a presença de mais de um distúrbio para um mesmo paciente sendo que dentre os 96 pacientes avaliados, um total de 37 apresentou diagnóstico de esquizofrenia (38,5%), 28,1% de transtornos mentais associados ao uso de álcool e outras drogas, 21,9% de retardo mental, 18,7% de depressão, 17,7% de psicose, 12,5% de transtorno mental associado a outras causas e 6,2% de transtorno bipolar (Tabela 2).

**Tabela 2.** Diagnóstico de pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

Diagnóstico	Número de pacientes
Esquizofrenia	37 (38,5%)
Transtorno mental (álcool/outras drogas)	27 (28,1%)
Retardo mental	21 (21,9%)
Depressão	18 (18,7%)
Psicose	17 (17,7%)
Transtorno mental (outras causas)	12 (12,5%)
Transtorno bipolar	06 (6,2%)

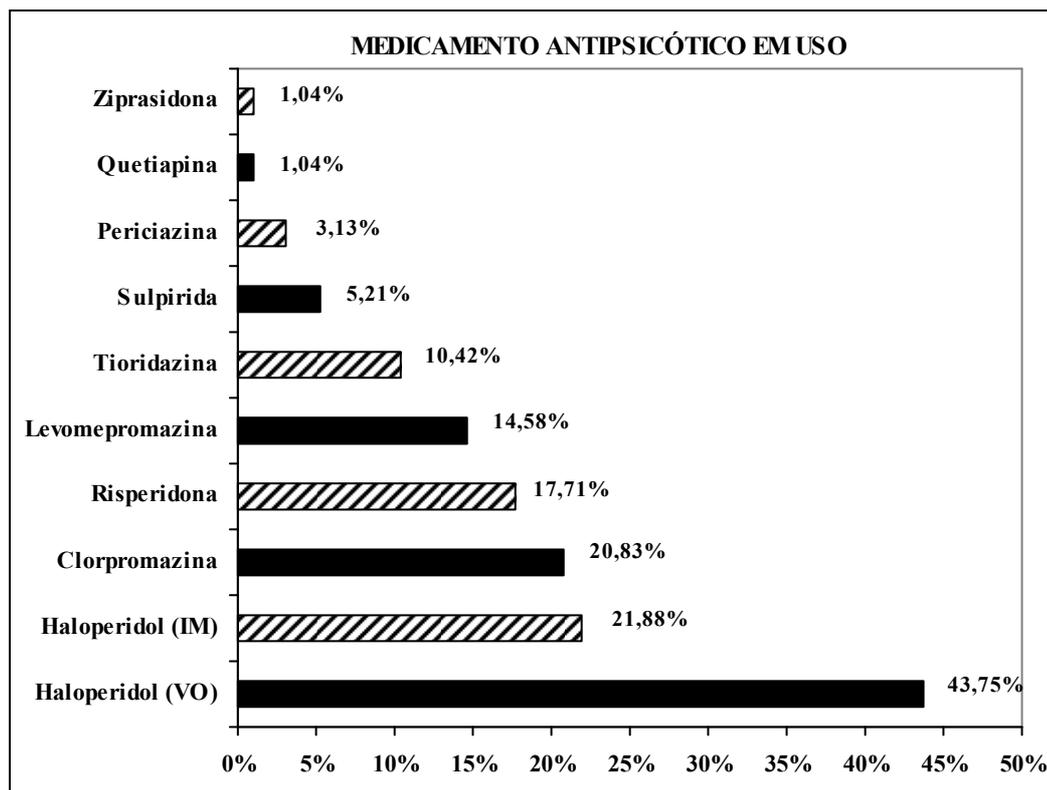
Obs.: alguns pacientes apresentaram distúrbios associados.

Os medicamentos antidepressivos mais prescritos no ambiente da pesquisa incluíram em primeiro lugar a fluoxetina, presente no tratamento de um total de 14,6% dos pacientes, em segundo foi a amitriptilina (9,4%), citalopram (6,2%), carbonato de lítio e a imipramina (5,2%), clomipramina e paroxetina (4,2%), sertralina, trazodona e venlafaxina (2,1%), associação de clordiazepóxido e amitriptilina (1,0%) e maprotilina, mirtazapina e nortriptilina (1%). No gráfico 4 estão representados os 10 antidepressivos mais prescritos de acordo com a pesquisa.



**Gráfico 4.** Principais medicamentos antidepressivos prescritos aos pacientes no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

Os medicamentos antipsicóticos mais prescritos observados na pesquisa incluíram o haloperidol (via oral), presente no tratamento de um total de 43,75% pacientes, decanoato de haloperidol IM (21,88%), clorpromazina (20,83%), risperidona (17,71%), levomepromazina (14,58%), tioridazina (10,42%), sulpirida (5,21%), periciazina (3,13%) e ziprasidona e quetiapina (1,04%), conforme gráfico 5.



**Gráfico 5.** Principais medicamentos antipsicóticos prescritos aos pacientes no CAPS do município de Porciúncula, Estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

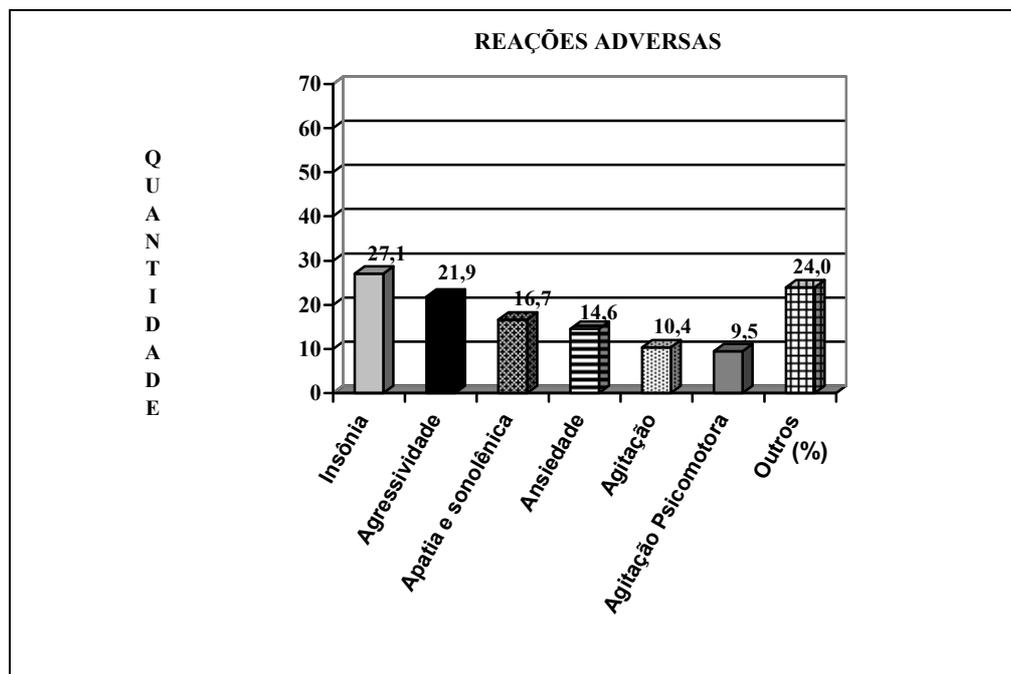
Foram verificadas várias associações de medicamentos com os antidepressivos, dentre as quais as principais foram fluoxetina com clonazepam em oito prescrições e de amitriptilina com diazepam em cinco prescrições, perfazendo 8,34% e 5,21% do total de prescrições, respectivamente.

No caso dos antipsicóticos, as principais associações observadas foram do haloperidol e o diazepam (16,67%), decanoato de haloperidol IM com haloperidol e carbamazepina (11,46%), haloperidol com biperideno e diazepam (10,42%), haloperidol com levomepromazina (9,38%) e também o decanoato de haloperidol com prometazina (9,38%). Além dos medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos aos pacientes, também foram observadas outras prescrições de drogas que são utilizadas como coadjuvantes no tratamento de transtornos mentais como, por exemplo, o diazepam (44,8% dos pacientes), seguido da carbamazepina (34,4%), prometazina (33,3%), clonazepam (26,0%), biperideno (22,9%), fenobarbital (12,5%), ácido valpróico (7,3%) e prescritos a um paciente 1,0% tem-se o alprazolam, a fenitoína e o lorazepam (Tabela 3).

**Tabela 3.** Medicamentosas coadjuvantes usados no tratamento de transtornos mentais de pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula, estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

Medicamento coadjuvante	Número de pacientes sob tratamento
Diazepam	43 (44,8%)
Carbamazepina	33 (34,4%)
Prometazina	32 (33,3%)
Clonazepam	25 (26,0%)
Biperideno	22 (22,9%)
Fenobarbital	12 (12,5%)
Ácido Valpróico	07 (7,3%)
Alprazolam	01 (1,0%)
Fenitoína	01 (1,0%)
Lorazepam	01 (1,0%)

As principais reações indesejáveis apresentadas pelos internos incluíram insônia (27,1%), agressividade (21,9%), apatia e sonolência (16,7%), ansiedade (14,6%), agitação e alucinações (10,4%), agitação psicomotora (9,5%), tremor e delírios (7,3%), convulsão, déficit cognitivo e ganho de peso (6,3%), fobia (4,2%), câimbras, cefaléia, náuseas e anorexia (3,1%), dores abdominais, vômitos e constipação (2,1%), quadros de discinesia, distonia aguda, dor retro-orbitária, estímulo anticolinérgico, falta de libido, mialgia, perda de peso ou sono excessivo (1,0%) e 8,3% não apresentaram queixas (Gráfico 6).



**Gráfico 6.** Reações indesejáveis associadas ao uso de medicamentos antidepressivos e antipsicóticos em pacientes atendidos no CAPS do município de Porciúncula, Estado do Rio de Janeiro, no período de 10/09/2010 a 22/09/2010.

#### 4 - Discussão

Ao se avaliar o sexo dos pacientes com transtorno mental, constatou-se que a maioria era do sexo masculino, o que não está de acordo com relatos de Fleck et al. (2009) e outros autores que também afirmam a maior prevalência de casos de transtornos mentais (principalmente depressão) em pacientes do sexo feminino. A maioria dos pacientes em acompanhamento no CAPS - Porciúncula encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, seguido por pacientes com idade de 30 a 39 anos. Tais resultados estão de acordo com observações de Falkai et al. (2006) que afirmam que nos indivíduos de meia-idade e idosos com transtornos psicóticos, aproximadamente 20% apresentam o início dos sintomas após os 40 anos de idade. Também Romeiro et al. (2003) relatam que através de uma análise demográfica da depressão percebeu-se que as mulheres são mais susceptíveis que os homens em uma relação de 2:1, com média etária aos 20 anos e picos aos 40 e após 65 anos. Neste caso, também com relatos referentes à maior incidência de depressão em pacientes do sexo feminino.

Em referência ao tempo de internação dos pacientes pôde-se observar semelhança em relação ao sexo. Os períodos médios de internação foram superiores há três anos, com maior tempo de exposição aos medicamentos e seus efeitos indesejáveis. Scalco (2002) relata que pacientes durante a fase de manutenção com mais de seis meses de tratamento que receberam ATCs ou IMAO tiveram menos recorrências em relação aos que receberam ISRS ou antidepressivos atípicos. Outro fator importante a ser observado, segundo Manfro et al. (2008) é de que pesquisas mostram que após quatro anos de tratamento medicamentoso, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40-50% estão melhores, mas ainda sintomáticos e 20-30% permanecem iguais ou piores, sabendo-se que a presença de sintomas residuais está associada ao maior risco de recaídas.

Foi observado nos prontuários analisados que a maioria dos diagnósticos refere-se ao quadro de esquizofrenia, doença que é considerada pela OMS (2001) uma das afecções psiquiátricas situada entre as 20 principais causas de incapacidade e que, conforme Pereira et al. (2005) apontam ligeira predominância masculina (1,5 a 2:1) a razões basicamente iguais entre os sexos.

O medicamento antidepressivo mais utilizado pelos pacientes foi fluoxetina (ISRS), possivelmente devido aos seus menores índices de abandono de tratamento se comparado com outros antidepressivos, mas também pelo fato desta classe de fármacos apresentar efeitos colaterais menos nocivos ao indivíduo. O segundo e o terceiro medicamentos antidepressivos mais utilizados são a amitriptilina e o citalopram, pois apesar de serem medicamentos mais antigos o custo é bem menor em comparação aos novos antidepressivos (ISRS, ISRN).

As principais associações observadas com antidepressivos foram entre a fluoxetina e o clonazepam. Neste aspecto, vale salientar que Moreno et al. (1999) relatam que o uso de ISRS associados aos ansiolíticos benzodiazepínicos apresenta benefícios no que se refere à potencialização do efeito anti-obsessivo e no aumento da sedação, por outro lado, podem promover prejuízo psicomotor e de memória. A amitriptilina associada ao diazepam ou associada à carbamazepina também foi observada. Segundo Marcolin et al. (2004), há pesquisas que demonstram que a associação entre diazepam e amitriptilina aumenta a concentração do antidepressivo, bem como relatos de que a carbamazepina está associada à diminuição da concentração dos ATCs, assim necessitando de doses mais fortes para obter resultado desejável. Sendo assim, pode-se supor que dentre as duas associações a de amitriptilina com diazepam parece ser mais benéfica podendo, inclusive, ser utilizada com o objetivo de diminuir as doses do antidepressivo e, conseqüentemente, seus efeitos indesejáveis, considerando-se, no entanto, que há um risco aumentado de intoxicação pelo antidepressivo. Por outro lado, a associação de amitriptilina com carbamazepina poderá promover o efeito oposto.

O medicamento antipsicótico com maior número de prescrições é o haloperidol (VO) (antipsicótico típico) que de acordo com Brasil e Filho (2000) é o medicamento mais prescrito para uso na infância e adolescência por ser um antipsicótico de alta potência. O segundo medicamento antipsicótico mais utilizado é o decanoato de haloperidol (IM) que, segundo Elkis e Louzã (2007) por ser de ação prolongada melhora a adesão ao tratamento na esquizofrenia, pois mantém os níveis plasmáticos estáveis prevenindo casos de re-hospitalizações do paciente.

As principais associações relatadas com os antipsicóticos foram do haloperidol à prometazina, sendo a combinação dessas drogas utilizada para redução da agitação, sedação e redução dos sintomas extrapiramidais. O haloperidol associado ao diazepam também foi outra associação observada e segundo Falkai et al. (2006) em situações de emergência, como nos casos de pacientes gravemente agitados, há evidências a favor da combinação de benzodiazepínicos e antipsicóticos. No que se refere à associação do haloperidol ao decanoato de haloperidol (IM) e também carbamazepina, Falkai et al. (2006) citam que o acréscimo de carbamazepina aos antipsicóticos deve-se a uma melhora global do paciente, caso seja necessário tratar os sintomas de excitação, tensão ou ansiedade. O haloperidol foi ainda associado ao biperideno e diazepam e, de acordo com Oliveira (2000), drogas anticolinérgicas como o biperideno são quase quatro vezes mais prescritas aos pacientes em uso do haloperidol, quando comparado com outras drogas antipsicóticas como, por exemplo, a olanzapina, pois controlam os efeitos colaterais do haloperidol, principalmente os sintomas extrapiramidais. Em relação aos antipsicóticos e suas associações mais observadas, acredita-se que ainda se vale muito do uso do haloperidol e suas associações pelo seu custo mais baixo. Ao se avaliar o custo de medicamentos pode-se constatar que a associação de haloperidol à prometazina ou do haloperidol ao biperideno apresenta um custo cerca de três vezes inferior ao uso de um antipsicótico mais moderno (monoterapia) que possui menos efeitos indesejáveis. Um dos principais medicamentos coadjuvantes aos antidepressivos e antipsicóticos utilizados pelos pacientes com transtornos mentais foi o diazepam, que de acordo com Brunoni (2008) pode ser utilizado para abortar ou prevenir crises de ansiedade aguda. A associação da carbamazepina, segundo Fu I et al. (2000), favorece na estabilização do humor e a melhora da irritabilidade nos casos de transtorno bipolar. A associação da prometazina, de acordo com o Formulário Terapêutico Nacional (2008), também pode ser usada com fins hipnóticos e sedativos em pacientes suscetíveis, na dependência física com benzodiazepínicos e no controle da agitação psicomotora dos quadros psicóticos, sendo recomendada em solução injetável. No caso da associação ao clonazepam, Machado-Vieira (2003) cita que é efetivo quando administrado antes do início da atividade antimaníaca associado aos estabilizadores do humor e, segundo Carvalho et al. (2004) esta efetividade ocorre devido ao aumento da neurotransmissão serotoninérgica no cérebro. E, finalmente, a associação do biperideno refere-se ao fato de que esta droga pode ser usada como opção terapêutica para controlar os efeitos colaterais dos antipsicóticos, principalmente os sintomas extrapiramidais caracterizados, principalmente, pelas reações distônicas agudas, conforme é citado por Falkai et al. (2006) e em muitos estudos já publicados sobre o uso de antipsicóticos.

Uma das principais reações indesejáveis relacionadas ao uso de antidepressivos e antipsicóticos foi insônia que pode estar relacionada ao uso de amitriptilina, citalopram, risperidona, levomepromazina. A agressividade constitui um efeito indesejável também da amitriptilina, citalopram, risperidona, levomepromazina, enquanto que apatia (sedação) muito provavelmente é causada pelo uso de imipramina, carbonato de lítio, haloperidol, clorpromazina ou risperidona. Segundo Abreu et al. (2000) os efeitos adversos causados por drogas antipsicóticas são os principais responsáveis pela descontinuação, baixa adesão, redução da qualidade de vida, interação e adaptação social do paciente. Já Scalco (2002)

lembra da importância do conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antidepressivos, a fim de que se possa fazer a escolha da droga mais eficaz e segura para cada tipo de paciente.

Quanto ao horário de administração dos medicamentos, verificou-se que a maioria dos antidepressivos é administrada somente pela manhã ou são administradas somente à noite. Os medicamentos antipsicóticos são administrados, principalmente, somente à noite ou pela manhã e a noite. Lacerda et al. (2002) demonstram como exemplo a olanzapina (antipsicótico de segunda geração), que pode ser administrada em dose única diária, à noite, a fim de beneficiar o paciente com relação ao efeito colateral sedativo. De modo geral, ao se estabelecer o horário de administração de medicamentos, há uma preferência pela administração daqueles que causam insônia pela manhã e dos que causam sedação à noite, para que os medicamentos não interfiram nas atividades diárias do paciente. No entanto, um aspecto interessante verificado em relação ao uso dos antidepressivos, em especial dos ISRS, refere-se à ocorrência de insônia e/ou sedação, havendo relatos de que algumas drogas da classe apresentam maior tendência a causar insônia enquanto que outras estariam mais relacionadas à sedação. Por outro lado, as mesmas drogas poderiam causar insônia no início do tratamento e sedação após alguns dias. E, ainda, tais efeitos podem ser diferenciados de acordo com o paciente. Portanto, torna-se necessário um acompanhamento melhor dos pacientes sob tratamento com tais drogas, a fim de se estabelecer o melhor manejo na administração dos medicamentos.

É de suma importância que o médico e todos os profissionais envolvidos no tratamento de pacientes com distúrbios do humor conheçam tanto o paciente quanto os possíveis efeitos adversos dos fármacos (antidepressivos e antipsicóticos), para que se possa escolher o mais eficiente e seguro para cada paciente. Sendo assim, faz-se necessária a individualização do paciente na hora de escolher o melhor tratamento terapêutico, a fim de que se obtenha melhores resultados na resposta ao medicamento, bem como adesão ao tratamento.

## 5 - Conclusões

Considerando-se a metodologia utilizada é possível concluir que a maioria dos pacientes com distúrbios do humor pertence ao sexo masculino; apresenta um tempo de internação entre dois a cinco anos; os quadros depressivos e psicóticos apresentam alta prevalência dentre os pacientes acompanhados pelo CAPS, sendo os quadros de psicose (esquizofrenia) mais prevalentes dentre as duas patologias; a idade média dos internos é de 41,52 anos; o medicamento antidepressivo mais prescrito aos pacientes é a fluoxetina (ISRS); o medicamento antipsicótico mais prescrito aos pacientes é o haloperidol e sua principal indicação é para esquizofrenia; a associação mais frequente com antidepressivo é da fluoxetina ao clonazepam; a associação mais frequente com antipsicótico é do haloperidol com a prometazina; considerando-se todas as classes de medicamentos, a mais prescrita aos pacientes internados é dos antipsicóticos; as principais reações indesejáveis relatadas são insônia e agressividade; o horário de administração mais utilizado para as drogas antidepressivas é pela manhã e para as drogas antipsicóticas no período noturno.

## 6 - Referências

ABREU, P. B.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, Supl I, pp. 41- 44, 2000.

BAHLS, S.C.; BAHLS, F.R.C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, 2002, 6(1), p. 49-57.

BRASIL, H. H. A.; FILHO, J. F. B. Psicofarmacoterapia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, Supl II, pp. 42-7, 2000.

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med (São Paulo)**, v. 87, n. 4, pp 251-63, 2008.

CAMPIGOTTO, K.F.; TEIXEIRA, J.J.V.; CANO, F.G. et al. Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, v. 35, n. 1, pp. 1-5, 2008.

CARVALHO, A. F.; STRACKE, C. B.; SOUZA, F. G. de M. Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe: revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 26, n. 2, pp. 176-189, 2004.

ELKIS, H.; LOUZÃ, M. R. Novos antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, Supl 2, pp. 193-197, 2007.

FALKAI, P. WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J. et al. Diretrizes da federação mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia parte 1: tratamento agudo. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, supl. 1, pp. 7-64, 2006.

FINKEL, R.; CUBEDDU, L. X.; CLARK, M. A. **Farmacologia Ilustrada**. Ed. Artmed, Rio de Janeiro, 4 ed., 2010, 192 p.

FLECK, M.P.; BERLIM, M.T.; LAFER, B. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, Supl I, pp. 7-17, 2009.

FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL. 2008: Relação **Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) 2006**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde – Série B. Textos Básicos de Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação – 1ª edição – 2008. Editora MS – OS 2008/0235.

FU I, L.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, Supl II, pp. 24-7, 2000.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia - Básica e Clínica**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 10.<sup>a</sup> ed., 1.046 p., 2010.

LACERDA, A. L. T.; SOARES, J. C.; TOHEN, M. O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar: revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, pp. 34-43, 2002.

LEWINSOHN, P. M.; HOPS, H.; ROBERTS, R.E. et al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. **Journal of Abnormal Psychology**, p. 102, 517, 1993.

LUCCHESI, L. M.; PRADELLA-HALLINAN, M.; LUCCHESI, M. et al. O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, Supl I, pp. 27-32, 2005.

MACHADO-VIEIRA, R.; SCHWARTZHAUPT, A.W.; FREY, B.N. et al. Neurobiologia do transtorno de humor bipolar e tomada de decisão na abordagem psicofarmacológica. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, Supl 1, Porto Alegre, 2003, pp. 88-105.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; CORDIOLI, A.V. et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, Supl II, pp. 81-7, 2008.

MARCOLIN, M. A.; CANTARELLI, M. G.; GARCIA JUNIOR, M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 31, n. 2, pp. 70-81, 2004.

MOREIRA, G.C.D.; FUREGATO, A.R.F. Compreensão de alunos de enfermagem sobre depressão e sobre o cuidado a pessoas deprimidas. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, 2010; 4(1):179-90

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 21, 1999, pp. 24-40.

OLIVEIRA, I. R. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, Supl I, pp. 38-40, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf) Acesso em 09/03/2012.

PEREIRA, I. B.; NUNES, A.P.R.; GUIMARÃES, K. et al. O diagnóstico da esquizofrenia na infância e adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 99, n. 1, pp. 46-50, 2005.

RODRIGUES, M. J. S. F. **O diagnóstico de depressão**. 2000, pp. 1-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0103-65642000000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-65642000000100010). Acesso em 12/05/2010.

ROMEIRO, L. A. S.; FRAGA, C. A. M.; BARREIRO, E. J. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. **Química Nova**, v. 26, n. 3, pp. 347-358, 2003.

SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Rev. Bras Psiquiatr.**, v. 24, Supl. I, pp. 55-63, 2002.

SISCA, A. A. M.; PORTO, A. R.; SANTOS, J. R. B. dos. Avaliação de interações medicamentosas de antidepressivos e antipsicóticos em pacientes submetidos à farmacoterapia antirretroviral. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 2, pp. 345-351, 2009.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, pp. 522-528, 2004.

VISMARI, L.; ALVES, G. J.; NETO, J. P. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 5, pp. 196-204, 2008.