



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 723/2019

Vitória, 15 de maio de 2019.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 2ª Vara da Comarca de Piúma – MM. Juiz de Direito Dr. Diego Ramirez Grigio Silva – sobre os medicamentos: **Amato® 50mg (topiramato), Quetiapina 50mg e Carbamazepina 300mg.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição Inicial o requerente é portador de epilepsia, dependência química e transtorno desafiador e necessita do uso dos medicamentos **Amato 50 mg, Quetiapina 50 mg e Carbamazepina 300 mg**, bem como embora solicitado administrativamente os referidos medicamentos não foram fornecidos.
2. De acordo com laudo médico psiquiátrico emitido em 25/10/18 do Instituto Nova Aliança, o paciente encontra-se internado nesta clínica desde 05/06/18 para quadro clínico sugestivo de F12 e F91. Cumpriu as etapas do tratamento proposto, tem consciência dos prejuízos causados pelo uso abusivo de SPAs, possui grande dificuldade de visualizar a necessidade de mudança de hábitos e pensamentos, tem episódios de reatividade comportamental mediante negativas, decorrente de sua comorbidade psiquiátrica. A equipe terapêutica conclui que o mesmo encontra-se apto para receber alta e retornar ao convívio familiar e social pois manter o mesmo em regime de internação não o traria maiores benefícios, podendo acarretar processo de



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

regressão e de institucionalização. Solicita a continuidade do tratamento em regime ambulatorial/domiciliar com acompanhamento pela equipe de Saúde Mental/psiquiatria (CAPS-ad) e participação em grupos de ajuda para dependentes químicos.

3. Consta laudo médico SUS, emitido pelo psiquiatra Dr. Roberto Ramallete P. da Silva em 19/11/18, informando que o menor é portador de epilepsia, dependência química e transtorno desafiador de oposição CID G40 + F19 + F 90. Necessita de **Amato 50mg (topiramato) e Quetiapina 50mg.**
4. Consta prescrição médica emitida por psiquiatra Dra. Eliana P. Curvelo de Souza, sem data, com prescrição dos medicamentos **Oxcarbazepina 300mg e Quetiapina 100mg.**
5. **Não consta nenhuma prescrição médica do medicamento pleiteado Carbamazepina 300mg.**
6. Solicita o magistrado que seja informada a urgência no fornecimento dos medicamentos **Amato 50mg, Quetiapina 50mg e Carbamazepina 300mg**, indicação de locais no Estado do Espírito Santo que forneçam os referidos medicamentos, bem como os valores dos mesmos e demais recomendações médicas para o tratamento de saúde do paciente.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. O disposto na **Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**, estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- 2006**, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégicos; e (3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Esse último componente teve a sua denominação modificada pela Portaria GM/MS nº 2981, republicada no DOU em 01 de dezembro de 2009, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
3. A Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012 estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS.
 4. A **Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013**, em seu art. 1º regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. De acordo com o art. 3º, os financiamentos dos medicamentos deste Componente são de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos: União R\$ 5,10/habitante/ano; Estados no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano; e os Municípios no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano para a aquisição de medicamentos. Ainda, os recursos previstos na referida portaria não poderão custear medicamentos não-constantemente da RENAME vigente no SUS.
 5. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e as Secretarias de Saúde dos Municípios desse estado pactuaram na CIB, através da **Resolução CIB nº 200/2013 de 02 de setembro de 2013**, o repasse e as normas para aquisição dos medicamentos pelos municípios. Conforme art. 2º, o incremento no financiamento estadual e municipal para o incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica será realizado por adesão dos Municípios e seguirá proposta elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), conforme anexo I desta resolução. O valor total tripartite passa a ser de R\$ 12,00 habitante/ano para os Municípios que já aderiram ou que



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

aderirem à proposta de aumento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

6. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
7. **O Decreto Lei 7.179 de 20 de maio de 2010**, institui o Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria Comitê Gestor e dá outras providências. Este Decreto prevê a estruturação de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e atenção aos públicos vulneráveis.
8. **A Portaria Nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.
9. **A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**, afirma que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – 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;



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º – É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art.6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

DA PATOLOGIA

1. A **Epilepsia** é um distúrbio cerebral crônico de diversas etiologias, caracterizado por manifestações recorrentes clinicamente diversificadas, entre as quais configuram as convulsões.
2. As epilepsias podem ser classificadas segundo dois grandes eixos: topográfico e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

etiológico. No eixo topográfico, as epilepsias são separadas em generalizadas e focais. As generalizadas manifestam-se por crises epiléticas cujo início envolve ambos os hemisférios simultaneamente. Em geral, são geneticamente determinadas e acompanhadas de alteração da consciência; quando presentes, as manifestações motoras são sempre bilaterais. Crises de ausência, crises mioclônicas e crises tônico-clônicas generalizadas (TCG) são seus principais exemplos.

3. As epilepsias podem ser causadas por lesões estruturais, alterações genéticas, erros inatos do metabolismo, doenças neurocutâneas (esclerose tuberosa, Sturge-Weber), doenças cromossômicas (Angelman, cromossomo 20 em anel, síndrome 4P), doenças mitocondriais, infecciosas, metabólicas ou autoimunes, além de condições adquiridas ao longo da vida (trauma, AVC, etilismo). As causas lesionais mais frequentes das epilepsias focais sintomáticas são esclerose temporal mesial, neoplasias cerebrais primárias, traumatismo craniano, doenças cerebrovasculares, anomalias vasculares e malformações do desenvolvimento cerebral, incluindo hamartomas hipotalâmicos.
4. O uso e **abuso de substâncias** transformou-se em um grave problema de saúde pública em praticamente todos os países. Está altamente associado com comportamentos violentos e criminais, como acidentes de trânsito e violência familiar, principalmente entre indivíduos com histórico de agressividade e com complicações médicas e psiquiátricas, elevando drasticamente os índices de morbidade e mortalidade.
5. A **dependência química** de substâncias, consiste em um conjunto de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais em que o indivíduo continua a usar uma substância apesar dos problemas significativos que seu uso provoca. O uso das substâncias em áreas cerebrais, provoca alterações levando a necessidade de nova administração da droga.
6. Segundo Duailibi, Ribeiro, Laranjeira (2008):



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

“Os usuários de cocaína, independentemente da via de administração utilizada, estão sujeitos a reações adversas e complicações relacionadas ao consumo: em um estudo com 332 usuários de cocaína de diferentes equipamentos (ambulatórios, clínicas e albergues) da cidade de *São Paulo* (1999)⁹⁹, metade desses referiu algum tipo de reação adversa decorrente do consumo, tais como calor e rubor (84%), tremores incontroláveis (76%) e mal-estar (75%). Convulsões (18%) e desmaios (21%) foram as complicações agudas mais relatadas pelos participantes. Tais complicações foram mais prevalentes em usuários regulares, especialmente entre aqueles fora de tratamento, com antecedente de uso de cocaína injetável, com diagnóstico de dependência grave e com uso concomitante de benzodiazepínicos. A overdose também parece ser uma complicação recorrente: em um estudo com 396 usuários de cocaína do município de Santos (SP)¹⁰⁰, 20% relataram um ou mais episódios de overdose e 50%, conheciam alguém vitimado por esse tipo de intercorrência.”

DO TRATAMENTO

1. O objetivo do tratamento da **epilepsia** é propiciar a melhor qualidade de vida possível para o paciente, pelo alcance de um adequado controle de crises, com um mínimo de efeitos adversos.
2. A determinação do tipo específico de crise e da síndrome epiléptica do paciente é importante, uma vez que os mecanismos de geração e propagação de crise diferem para cada situação, e os fármacos anticonvulsivantes agem por diferentes mecanismos que podem ou não ser favoráveis ao tratamento.
3. A decisão de iniciar um tratamento antiepiléptico baseia-se fundamentalmente em três critérios: risco de recorrência de crises, consequências da continuação das crises para o paciente e eficácia e efeitos adversos do fármaco escolhido para o tratamento. O risco de recorrência de crises varia de acordo com o tipo de crise e com a síndrome epiléptica do paciente, e é maior naqueles com descargas epileptiformes no EEG, transtornos neurológicos congênitos, crises sintomáticas agudas prévias, pacientes com lesões cerebrais e pacientes com paralisia de Todd.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

4. A seleção do fármaco deverá levar em consideração outros fatores além da eficácia, tais como efeitos adversos, especialmente para alguns grupos de pacientes (crianças, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e idosos), tolerabilidade individual e facilidade de administração. Em caso de falha do primeiro fármaco, deve-se tentarsempre fazer a substituição gradual por outro, de primeira escolha, mantendo-se a monoterapia. Em caso de falha na segunda tentativa de monoterapia, pode-se tentar a combinação de dois fármacos antiepilépticos conforme evidências de benefício em estudos de nível I e como indicado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. Poucos pacientes parecem obter benefício adicional com a associação de mais de dois fármacos, por isso, tal conduta não está preconizada neste Protocolo.
5. Os fármacos antiepilépticos de 1^a (ditos tradicionais), 2^a (ditos recentes) e 3^a (ditos novos) linhas têm eficácia equivalente, porém o perfil de efeitos adversos e de interações medicamentosas é mais favorável aos fármacos antiepilépticos mais recentes.
6. Os medicamentos antiepilépticos usados nas diferentes crises epiléticas são: Carbamazepina, Clobazam, Clonazepam, Ácido valproico/valproato de sódio, Fenitoína, Fenobarbital, Gabapentina, Topiramato, Lamotrigina, Vigabatrina, Primidona, Etossuximida e Levetiracetam.

DO PLEITO

1. **Amato[®] 50mg (topiramato):** medicamento anticonvulsivante com múltiplos mecanismos de ação, eficaz no tratamento da epilepsia e na profilaxia da enxaqueca. Influencia vários processos químicos no cérebro, reduzindo a hiperexcitabilidade de células nervosas, que pode causar crises epiléticas e crises de enxaqueca. Segundo bula no site da Anvisa, o topiramato aumenta a frequência com que o ácido gama aminobutírico (GABA) ativa receptores GABA-A e aumenta a capacidade do GABA de induzir o influxo de íons cloreto, sugerindo que o topiramato potencializa a atividade desse neurotransmissor inibitório.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. **Quetiapina 50mg:** pertence a um grupo de medicamentos chamados antipsicóticos, os quais melhoram os sintomas de alguns tipos de transtornos mentais como esquizofrenia, episódios de mania e de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar. De acordo com a bula do medicamento registrada na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) o mesmo está indicado em: monoterapia no tratamento da esquizofrenia; monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar; episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, as mesmas indicações são contempladas pelo órgão regulador americano (FDA), sendo que neste há indicação para adolescentes e crianças.
3. **Carbamazepina 300mg:** Medicamento utilizado no tratamento de determinados tipos de crises convulsivas (epilepsias). É também usado no tratamento de algumas doenças neurológicas (como por exemplo, uma condição dolorosa da face chamada neuralgia do trigêmeo), quanto em determinadas condições psiquiátricas (tais como as conhecidas como episódios de mania de distúrbios do humor bipolar e um certo tipo de depressão). Não deve ser usado em dores comuns.

III – DISCUSSÃO

1. **Primeiramente devemos esclarecer que não foi juntado aos autos nenhum documento médico que faça referência ao medicamento pleiteado na inicial Carbamazepina 300mg. Consta apenas uma prescrição médica sem data de emissão às fls. 189, com prescrição do medicamento Oxcarbazepina 300mg.**
2. Assim, temos a esclarecer que o medicamento **Carbamazepina**, encontra-se **padronizado** na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME 2018), nas dosagens de **200mg, 400mg e 20mg/ml**, sendo a responsabilidade de fornecimento das Secretarias Municipais de Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Entretanto, não foram remetidos a este Núcleo documentos comprobatórios da solicitação administrativa prévia do medicamento pleiteado bem como da negativa de fornecimento pela rede Municipal de saúde.
4. **Considerando que a Carbamazepina está padronizada na dosagem de 200mg, 400mg e 20mg/ml, entendemos que cabe ao médico prescriptor o ajuste posológico para que o paciente possa se beneficiar do medicamento disponível na rede pública de saúde sem a necessidade de acionar a justiça para o acesso. Ou então, que apresente justificativa técnica pormenorizada sobre a impossibilidade de utilização do medicamento nas dosagens padronizadas e disponíveis na rede pública.**
5. Quanto aos medicamentos **Quetiapina e Topiramato**, estão **padronizados** na rede pública estadual de saúde. A **Quetiapina** na apresentação comprimido 25mg, 100mg, 200mg e 300mg e o **Topiramato** na apresentação comprimido 25mg, 50mg e 100mg constando na RENAME e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, sendo a **quetiapina** padronizada apenas para o tratamento da Esquizofrenia e Transtorno Afetivo bipolar e o **topiramato** para tratamento da prevenção de enxaqueca e epilepsia.
6. Em relação ao medicamento **Topiramato (princípio ativo da marca Amato® 50 mg)**, informamos que está padronizado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para o tratamento da Epilepsia Refratária, sob a competência de fornecimento da Rede Estadual de Saúde, sendo disponibilizados por meio das **Farmácias Cidadãs Estaduais**, para todos os pacientes que estejam enquadrados no referido Protocolo, não devendo haver necessidade de ação judicial para o recebimento do mesmo. Todavia, não consta anexado aos autos comprovante de solicitação administrativa junto a Farmácia Cidadã Estadual, tampouco consta negativa por parte do ente estatal em fornecer o referido medicamento.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

7. Com relação ao medicamento **Quetiapina**, apesar de consistir em opção terapêutica para os casos de pacientes que apresentam quadro de agitação importante ou na presença de estados delirantes deve-se reforçar que **não há relatos detalhados sobre o quadro clínico atual do paciente, que justifique o uso desse medicamento.**
8. Todavia, também não há comprovante anexado aos autos de que o paciente tenha solicitado o referido medicamento, via administrativa, tampouco apresentou comprovante de negativa de fornecimento por parte do ente federado.
9. **Ressaltamos que nos documentos aos quais este Núcleo teve acesso, não constam informações pormenorizadas sobre o estado clínico atual do paciente, bem como demais informações técnicas pormenorizadas acerca do caso em tela, dificultando a nossa análise.**

IV – CONCLUSÃO

1. Considerando que o medicamento **Carbamazepina** encontra-se padronizado e que não foram remetidos a este Núcleo documentos comprobatórios da solicitação administrativa prévia, bem como da negativa de fornecimento, entende-se que não foram contemplados os quesitos técnicos como justificativa para a disponibilização do mesmo por esfera diferente da administrativa, mediante ajuste posológico e prescrição, a ser realizada pelo médico assistente, e fornecimento pelo Município de Piúma.
2. Em relação ao medicamento **Topiramato (princípio ativo do produto de marca específica Amato® 50 mg)**, considerando que é indicado para o tratamento da doença que acomete o requerente (epilepsia), bem como considerando que está padronizado e disponível na rede estadual de saúde, **entende-se que cabe ao Requerente solicitá-lo por via administrativa, junto a Farmácia Cidadã Estadual**, apresentando todos os documentos necessários, inclusive receituário médico atualizado, conforme DCB (nome do princípio ativo e não da marca), não



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

sendo verificada a necessidade de acionar a máquina judiciária para o recebimento do mesmo.

3. Em relação a **Quetiapina**, apesar de estar padronizada na RENAME e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, **não é possível afirmar se está indicado ao caso em tela ou mesmo se deve ser considerado como alternativa terapêutica em virtude da falta de informações pormenorizadas da situação clínica atual do paciente em tela.**
4. Reforçamos que não há comprovante de solicitação prévia dos medicamentos junto à rede pública de saúde Municipal e Estadual, tampouco a negativa em fornecer estes medicamentos, antes de acionar a máquina judiciária.
5. Por fim, sugere-se a inserção e acompanhamento do paciente **no Programa de reabilitação do CAPS AD (álcool e drogas).**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

BRITISH MEDICAL JOURNAL PUBLISHING GROUP. *Clinical Evidence*. London, 2011.

Disponível em:

<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1014/1014_background.jsp>.

Acesso em: 15 de maio 2019.

SHOE, D.; PICKA.D.; KIRCH,D.G. Paranóia. National Institute of Mental Health EUA. Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. Disponível em:

<<http://www.psiquiatriageral.com.br/tema/paranoia.htm>>. Acesso em: 15 de maio 2019.

LAFER B.; Soares, M.B.M, M.T. Tratamento da Depressão Bipolar. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.32 s.2, São Paulo 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24412.pdf>>. Acesso em: 15 de maio 2019.

ABDALLA, E.F. Internação Involuntária em Psiquiatria. Boletim Científico -Edição 10.

Associação Brasileira de Psiquiatria. 2005-2006. Disponível em:

<http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40>. Acesso em:

15 de maio 2019.