Renata Aparecida Fontes

"ESTUDO DESCRITIVO DO CONSUMO REFERIDO DE PSICOFÁRMACOS EM OURO PRETO MINAS GERAIS (2006)"

Universidade Federal De Ouro Preto
Pós-Graduação Em Ciências Farmacêuticas
Ouro Preto, 2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

"ESTUDO DESCRITIVO DO CONSUMO REFERIDO DE PSICOFÁRMACOS EM OURO PRETO MINAS GERAIS (2006)"

Autora: Renata Aparecida Fontes
Orientador: Prof. Dr. George Luiz Lins Machado Coelho
Co – orientadora: Profª. Drª. Elza Conceição Oliveira Sebastião

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – CIPHARMA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Fármacos e Medicamentos. Linha de Pesquisa: Epidemiologia.

Ouro Preto, MG
2009

F683e Fontes, Renata Aparecida.
Estudo descritivo do consumo de psicofármacos em Ouro Preto, Minas Gerais (2006) [manuscrito] / Renata Aparecida Fontes. – 2009.
126 f.: il. color., grafs., tabs., mapas.

Orientador: Prof. Dr. George Luiz Lins Machado Coelho.
Co-orientadora: Profa. Dra. Elza Conceição Oliveira Sebastião.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.
Área de concentração: Fármacos e Medicamentos
1. Farmacoepidemiologia - Teses. 2. Medicamentos - Utilização - Teses. 3. Psicotrópicos - Teses. I. Universidade Federal de Ouro Preto. II. Título.

CDU: 615.03(815.1)

Catalogação: sisbin@sisbin.ufop.br

Renata Aparecida Fontes

"ESTUDO DESCRITIVO DO CONSUMO RELATADO DE PSICOFÁRMACOS EM OURO PRETO MINAS GERAIS (2006)"

Dissertação aprovada no dia 23 de Junho de 2009

Banca Examinadora:

Prof[a]. Dr[a]. Sérgia Maria Starling Magalhães
Departamento de Farmácia Social - UFMG

Prof. Dr. Rodrigo Nicolato
DECME/EF/UFOP

Prof. Dr. George Luiz Lins Machado Coelho
OrientadorDECME/EF/UFOP

Prof[a]. Dr[a]. Elza Conceição Oliveira Sebastião
Co- orientadora/ DEFAR/EF/UFOP

DEDICATÓRIA

“Não, meu coração não é maior que o mundo.
É muito menor.
Nele não cabem nem as minhas dores.
Por isso gosto tanto de me contar.
Por isso me dispo,
por isso me grito,
por isso freqüento os jornais, me exponho
cruamente nas livrarias: preciso de todos.”
Carlos Drummond de Andrade – Mundo Grande

Dedico este trabalho a Deus por me dar força interior e coragem para concluir este trabalho, e pela perseverança de não desistir nunca. Aos meus pais e irmão que sempre me apoiaram, estiveram presentes e acreditaram em meu potencial, me incentivando na busca de novas realizações.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Ao Professor George Luiz Lins Machado Coelho pela oportunidade, confiança depositada e parceria na realização do projeto.

À Professora Elza Conceição Oliveira Sebastião, por todo apoio, carinho, compreensão, acolhimento, oportunidade, confiança, contribuições, ensinamentos, preocupação e principalmente a amizade (e a Bibi também por ter me emprestado a mãe dela...). Juntas conseguimos ultrapassar muitas barreiras!

À Banca Examinadora pelas contribuições apresentadas e a disponibilidade por fazer parte desta.

Ao Doutor André Pereira Pinto, ex-coordenador da Vigilância Eplidemiológica, por facilitar a execução do projeto.

À Prefeitura Municipal de Ouro Preto e a Universidade Federal de Ouro Preto pela possibilidade de realização deste projeto.

À Secretária Municipal de Saúde de Ouro Preto e aos funcionários que participaram principalmente na digitação dos questionários.

Aos Agentes Comunitários de Saúde e a população de Ouro Preto que participaram ativamente deste estudo.

À Ana Luiza, Lívia e Sarah pela ajuda durante a montagem e preparação do Banco de Dados.

À UFOP pela bolsa.

Ao Programa de Pós–Graduação em Ciências Farmacêuticas e aos professores da Escola de Farmácia pela oportunidade.

A todos os funcionários da Escola de Farmácia, em especial Conceição, Adão e Arnaldo pelos conselhos.

Aos Amigos do Laboratório de Saúde Coletiva (Lepi), principalmente, Ana Luiza, Paulinha, Ana Paula, Josi, Silvia, Priscila, Cris pelo companheirismo e momentos de diversão.

Aos Alunos de Laboratório de Assistência Farmacêutica.

Alessandra, Kely, Lorena, Fernando, Raquel, Simone, Tati, Betânia e a todos os companheiros de mestrado.

Gleci, Liliam, Miltom, Ricardo pela amizade sincera construída durante o mestrado.

Meus alunos, turmas do semestre de 2008/2 e 2009/1, pelo companheirismo, amizade, brincadeiras e pela oportunidade de me deixar ser professora deles.

Fernanda e Kemile por me acolherem, pela convivência durante os últimos anos e principalmente pela amizade. Meninas: A amizade é uma dádiva de Deus! Ter amigos é ter um tesouro que nem a traça nem, a ferrugem, nem o tempo, nem à distância corroem.

Aos meus queridos amigos que me ofereceram excelentes modelos de relacionamento: Orliênio, Elaine, Emerson, Regina que “me ajudaram a segurar a barra nos momentos onde eu sozinha não consegui”.

A todos os amigos de Lafaiete que sempre estiveram presente, me apoiando de alguma forma e a todos os familiares.

Aos meus pais e irmão pela dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho.

“Oh, Deus! Como és bom! Tu me guiaste por um caminho longo e cheio de obstáculos. Obrigada por me dar disposição para enfrentar o medo, a negação, a confusão e a raiva que muitas vezes surgiram no meu caminho. Sou extremamente grata por isso! Também sou grata pelos anjos visíveis e invisíveis que mandaste para me guiar, proteger, encorajar e apoiar.”

“O bem da humanidade deveria consistir em que cada um gozasse o máximo de felicidade que pudesse, sem diminuir a felicidade dos outros” (Aldous Huxley)

RESUMO

RESUMO

FONTES, R.A. Estudo descritivo do consumo de psicofármacos em Ouro Preto Minas Gerais, 2006. Dissertação de Mestrado – Escola de Farmácia – Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2008.

Palavras-chave: Farmacoepidemiologia, Estudos de utilização de medicamentos, Inquérito em saúde, Estudo transversal, Psicofármacos.

A farmacoepidemiologia em saúde mental é incipiente no Brasil. Trabalhos sobre este tema contribuem para a discussão sobre a problemática de acesso às terapias farmacológicas dos transtornos mentais, pois permitem entender relação de sua utilização com as dimensões sócio-demográficas e políticas públicas de saúde. Por isso torna-se importante determinar a prevalência e fatores associados ao uso de psicofármacos e neste trabalho este procedimento foi realizado pela população residente na zona urbana de Ouro Preto, Minas Gerais. Este foi um inquérito epidemiológico do tipo transversal com base populacional, por meio de questionários censitários padronizados e testados cujos dados estão em banco digital. Critérios de inclusão: questionários que continham ao menos um psicofármaco. Os medicamentos foram classificados segundo ATC e realizou-se análise estatística descritiva para as variáveis sócio-demográficas. Foram coletadas informações de 24.169 habitantes. A prevalência estimada foi de 4,18% (n=1012). Subgrupos terapêuticos mais referidos: psicolépticos (n=767; 49,1%), psicoanalépticos (n=540; 34,6%), antiepilépticos (n=213; 13,8%) e antiparkinsonianos (n=39; 2,5%). Medicamentos mais utilizados: Diazepam (n=311; 19,9%) e Amitriptilina (n=187; 12,0%); a principal forma de uso foi a contínua (n=1522; 97,4%); a principal forma de obtenção relatada foi o fornecimento de medicamentos pelo SUS (n=363; 95,9%). Verificou-se que o maior consumo de psicofármacos foi feito por mulheres (n=763, 75,4%); faixa etária de 40 a 59 anos (n=360; 35,8%); o nível de escolaridade mais relatado foi baixo (n=593, 62,1%). Também foram referidas a presença doença crônica (n=716; 85,75%) e a prática de hábitos não saudáveis (n= 283, 51,27%). Este estudo permitiu a identificação dos grupos mais sujeitos ao uso de psicofármacos e assim pode embasar a estruturação de intervenções de Saúde Pública para a racionalização do uso medicamentos psicoativos.

ABSTRACT

ABSTRACT

FONTES, R.A. *Descriptive study of the consumption of psychotropic drugs in Ouro Preto Minas Gerais, 2006*. Dissertação de Mestrado – Escola de Farmácia – Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2008.

Key words: Pharmacoepidemiology, Drug use studies, Health survey, Cross-sectional studies.Psychotropic drug

Pharmacoepidemiology in mental health is already incipient in Brazil although research in this field could contribute to discussion about the pharmacological access and socio-demographical determinants and public health care politics. To assess the prevalence and sociodemographic characteristics associated with psychotropic use among urban resident inhabitants of Ouro Preto, Minas Gerais State, Brazil. Cross-sectional population-based research was carried using the data base wich was collected at the participant's domicile, by means of a tested questionnaire. The dependent variable of the study was the use of psychotropic drug. Substances were classified using the Anatomical Therapeutic Chemical Index. Data analysis was performed for sociodemographic variables. Data of 24,169 questionnaires was analyzed. Estimated prevalence of psychotropic drug was 4,18% (n=1,012). Main therapeutical subgroups: psycholeptics (n=767; 49,1%), psychoanaleptics (n=540; 34,6%), antiepileptics (n=213; 13,8%) and anti-parkinson drugs (n=39; 2,5%). Most frequent substances: diazepam (n=311; 19,9%) and amitriptiline (n=187; 12,0%); the main use was chronic (n=1522; 97,4%); the public health system was the main supplier (n=363; 95,9%). Some sociodemographic characteristic found to be dependently associated with substance consumption: women (n=763, 75,4%); aged 40-59 y.o. (n= 360; 35,8%); low level of schooling (n=593, 62,1%). Presence of chronical disease (n=716; 85,75%) and pernicious habits (n= 283, 51,27%) were also significant. The prevalence of psychoactive use in the study population was high, but within the variation observed in other studies. Chronic use of benzodiazepines predominated. It is possible that the subjects are not consuming the necessary medicines to the appropriate treatment of their health problems.

LISTAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1	Densidade domiciliar por setor censitário na cidade sede de Ouro Preto	28
Tabela 5.1	Características sócio-demográficas referidas pela população investigada, Ouro Preto, 2006.	38
Tabela 5.2	Distribuição da população investigada, segundo PAC's, Ouro Preto, 2006.	39
Tabela 5.3	Frequência dos casos de doenças e agravos referidos pela população investigada, Ouro Preto, 2006.	39
Tabela 5.4	Consumo de medicamentos referidos, Ouro Preto, 2006.	40
Tabela 5.5	Distribuição da freqüência dos psicofármacos referidos segundo grupo terapêutico, forma de utilização e forma de obtenção, Ouro Preto, 2006.	44
Tabela 5.6	Consumo de psicofármacos referidos pela população investigada, segundo Setor Censitário (PAC's), Ouro Preto, 2006.	45
Tabela 5.7	Distribuição do número de psicofármacos referidos segundo subgrupo terapêutico, Ouro Preto, 2006	46
Tabela 5.8	Consumo de antiepilépticos referidos segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.	49
Tabela 5.9	Consumo de antiepilépticos referidos por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.	49
Tabela 5.10	Consumo de antiepilépticos referidos de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.	50
Tabela 5.11	Consumo de antiparkinsonianos referidos, segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.	52
Tabela 5.12	Consumo de antiparkinsonianos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.	53
Tabela 5.13	Consumo de antiparkinsonianos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.	53

Tabela 5.14	Consumo de psicolépticos referidos, segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006	56
Tabela 5.15	Consumo de pscіolépticos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.	57
Tabela 5.16	Consumo de psicolépticos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.	58
Tabela 5.17	Consumo de psicoanalépticos referidos, segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.	60
Tabela 5.18	Consumo de psicoanalépticos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.	61
Tabela 5.19	Consumo de psicoanalépticos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.	62
Tabela 5.20	Associação entre o consumo dos 5 psicofármacos mais referidos e as variáveis sócio-demográficas, presença de doenças e hábitos não-saudáveis, Ouro Preto, 2006.	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Consumo de psicofármacos referidos por gênero, Ouro Preto, 2006.	43
Gráfico 2	Consumo de psicofármacos referidos por faixa etária, Ouro Preto, 2006	43
Gráfico 3	Consumo de psicofármacos referidos por escolaridade, Ouro Preto, 2006.	43
Gráfico 4	Consumo de psicofármacos referidos por ocupação, Ouro Preto, 2006	43
Gráfico 5	Consumo de psicofármacos referidos pela presença de doença crônica, Ouro Preto 2006.	43
Gráfico 6	Consumo de psicofármacos referidos segundo hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006	43
Gráfico 7	Psicofármacos referidos mais consumidos, Ouro Preto 2006.	45
Gráfico 8	Freqüência absoluta de todos os psicofármacos referidos, Ouro Preto, 2006.	48
Gráfico 9	Antiepilépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006	50
Gráfico 10	Antiparkinsonianos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.	54
Gráfico 11	Psicolépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.	59
Gráfico 12	Psicoanalépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Densidade domiciliar da sede de Ouro Preto por setor censitário (IBGE, 2000) 28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Sáude
ADT	Antidepressivos tricíclicos
AINES	Antiinflamatórios não esteróidais
AMT	Amitriptilina
ATC	Classificação Anatômica Terapêutica Clínica
BDZ	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código Internacional de Doenças
CLZ	Clonazepam
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DALYS	Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por
DDD	Dose Diária Definida
DRUG	Drug Utilization Reserach Group
DSM	Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DZP	Diazepam
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FDA	Food and Drug Administration
FLX	Fluoxetina
FNB	Fenobarbital
IFPE	Federação Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica
IMAO	Inibidores da monoaminooxidades
IRS	Inibição da recaptação de serotonina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEA	População Economicamente ativa
PMOP	Prefeitura Municipal de Ouro Preto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS-OP	Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
Sobravime	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAHI	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WMHS	World Mental Health Survey

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 - Introdução 1
2 - Revisão da Literatura 4
2.1 – Saúde Mental 4
2.2 – Epidemiologia Psiquiátrica 9
2.3 – Farmacoepidemiologia 15
2.4 – Estudos de Utilização de Medicamentos 17
3 - Objetivos 26
4 - Metodologia 27
4.1 – Área do estudo 27
4.2 – Desenho e população do estudo 29
4.3 – Obtenção dos dados 29
4.4 – Instrumento de coleta dos dados 30
4.5 – Análise e processamento dos dados 31
4.5.1 – Codificação e digitação dos dados 31
4.5.2 – Características sócio-demográficas 31
4.5.3 – Doenças e Agravos 33
4.5.4 – Critérios de inclusão e exclusão 33
4.5.5 – Consumo de medicamentos 34
4.6 – Processamento dos dados 35
4.7 – Outras considerações 35
5 – Resultados e Discussões 37
5.1 – Caracterização da população do estudo 37
5.2 – Doenças e agravos 39
5.3 – Consumo de medicamentos 39
5.4 – Consumo de psicofármacos 40
5.4.1 – Psicofármacos mais consumidos 45
5.4.2 – Consumo de antiepilépticos – N03 47
5.4.3 – Consumo de antiparkinsonianos – N04 51
5.4.4 – Consumo de psicolépticos 54
5.4.5 – Consumo de psicoanalépticos 59
5.5 – Associações de consumo 63
5.5.1 – Psicofármacos 63
5.5.2 – Os ansiolíticos/ benzodiazepínicos: Diazepam e Clonazepam 67
5.5.3 – Os antidepressivos: Amitriptilina e Fluoxetina 67
5.5.4 – Fenobarbital 69
5.6 – Questionamentos metodológicos 70
6 – Conclusão 71
7 – Referências Bibliográficas 72
8 - Anexo 93

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

O medicamento é um importante bem para a recuperação e manutenção da saúde e uma ferramenta terapêutica de grande valor para os médicos, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Porém, seu mau emprego é responsável por diversos tipos de decorrências indesejáveis como as reações adversas, sendo este um grande problema de saúde pública (ARRAIS *et al.*, 2005).

Os psicofármacos são substâncias que agem nas doenças psiquiátricas com o objetivo de proporcionar cura, ou estabilização destes quadros clínicos. No entanto, o uso indiscriminado dessa classe de fármacos podem representar um sério problema de saúde pública (COHEN *et al*., 2006). Portanto, a monitoração dos fatores de risco, clínicos e sociais, dos determinantes das doenças, assim como de suas prevalências, são essenciais para definir as políticas públicas de saúde (THEME-FILHA *et al.*, 2005).

No Brasil, estudos têm demonstrado que o uso de medicamentos varia com a idade, gênero, estado de saúde, condições sociais, econômicas e com outros fatores demográficos, e que o consumo de medicamentos tem dimensões estruturais, políticas, sociais e histórico-culturais (PENTEADO, 1999; ROZENFELD & VALENTE, 2004; BERTOLDI *et al.*, 2004; ARRAIS *et al.*, 2005; FLORES E MENGUE, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2008). Entender a relação da utilização dos medicamentos com estas dimensões é necessário para que se possa garantir à população uma terapêutica racional, segura, a custos acessíveis (MELO *et al*. , 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2005), divulgou que cerca de 50% dos usuários de medicamentos o faz de forma incorreta, talvez pelo grande consumo determinado pela automedicação. Esta prática é um hábito comum que tem o objetivo de resolver por conta própria, ou sem ajuda profissional, os problemas de saúde e é considerado por muitos como um procedimento natural. Contudo, tal hábito fundamentado na crença de que os medicamentos são capazes de resolver qualquer problema de saúde, leva a um processo de risco (ARRAIS, 1997). Outros fatores citados por Sebastião (1998) que influenciam diretamente o consumo de medicamentos são as

propagandas, as recomendações de familiares, de vizinhos, de colegas; prática esta que faz parte da cultura do brasileiro, e pode levar a riscos e em alguns casos, até a morte. O consumo facilitado pelo acesso pode estar conduzindo ao uso indiscriminado de substâncias nocivas ao organismo.

Segundo Oliveira (2004), a abordagem epidemiológica da utilização de medicamentos implica em reconhecer que tal prática não se restringe unicamente a fatores farmacoterapêuticos. Esse consumo é decorrência não apenas de um preciso diagnóstico clínico de necessidades objetivas, mas também de padrões sócio-culturais do indivíduo, de um grupo social ou da sociedade como um todo (SEBASTIÃO, 1998).

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, onde nenhum destes aspectos seja negligenciado em favor do outro (WHO, 1990). Para isto, é necessário que o sistema de saúde faça uma abordagem holística, tanto do indivíduo como da sociedade. Contudo, o sistema sanitário atual, muitas vezes, negligencia o treinamento de profissionais de saúde para a atenção, o cuidado com a saúde mental e social da população.

Em abril de 2009 aconteceu em Viena na Áustria, o Congresso da Federação Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (IFPE). Nesse evento, foram publicados alguns resultados do Levantamento Mundial sobre Saúde Mental (World Mental Health Survey - WMH), coordenado pela OMS (WHO, 2009a). Em uma das etapas de apresentação, Kessler *et al*., (2009) resumiram os resultados sobre estimativas de prevalência de transtornos mentais de pesquisas realizadas em 28 países. Segundo estes autores, combinando a ansiedade com os transtornos do humor e do comportamento, a prevalência varia entre 18,1% e 36,1%. A análise também demonstra que o aparecimento de muitos transtornos mentais começa na infância e adolescência e na maioria das vezes possuem implicações significativas na vida adulta quando não diagnosticados e/ou tratados.

Um dos fatores que motivaram a OMS a realizar aquele projeto, foi um trabalho realizado pela própria OMS sobre a saúde mental mundial, em 2001. Este trabalho afirmou que 78 países não possuíam nenhum tipo de atenção à saúde mental, 37 não possuíam legislação específica sobre esta, 69 outros não possuíam sistemas de atenção à comunidade e em 73 países o tratamento para desordens mentais graves não eram disponíveis para a atenção primária. Por isso, a introdução

de programas de saúde mental em atenção primária foi considerada essencial, pois cerca de 400 milhões das pessoas no mundo, sofriam de desordens mentais ou de problemas psicossociais (WHO, 2001a). Além disso, essas podem se apresentar, tanto como desordens primárias, como co-morbidade (REUS, 1998).

Os estudos de utilização de medicamentos podem empregar diferentes abordagens, como análises sobre a oferta de medicamentos, estudos quantitativos de consumo, estudos sobre a qualidade do consumo, estudos de hábitos de prescrição médica, estudos de cumprimento da prescrição e vigilância orientada para problemas (CASTRO, 2000). São essenciais para a detecção de reações adversas, ineficácia do tratamento, efeitos colaterais e também a má utilização dos mesmos, possibilitando a realização de intervenções adequadas e oportunas (MELO *et al.*, 2006).

Apesar de sua importância e necessidade, como mencionam Rozenfeld & Valente (2004), no Brasil ainda são precários os bancos de dados sobre consumo de medicamentos, apropriados a pesquisas farmacoepidemiológicas abrangentes (LEITE, 2007). O planejamento e a definição de prioridades na área de saúde devem se basear no perfil epidemiológico da população (THEME-FILHA *et al.*, 2005), o que auxilia a compreender os padrões de utilização de medicamentos: fundamentais para avaliar o impacto de novas terapias, planejar e estabelecer melhorias nos serviços de atenção em saúde.

Diante do exposto, o presente estudo farmacoepidemiológico pretende estudar especificamente a utilização de psicofármacos pela população de Ouro Preto com o propósito de conhecer aspectos qualitativos e quantitativos do consumo de forma indireta, da prescrição médica e do cotidiano dos indivíduos, que possam influenciar no controle dos transtornos do sistema nervoso central. A partir daí servir como base para o planejamento de ações políticas sanitárias do município de Ouro Preto, e assim possibilitar a estimativa e a relacionar benefício/risco das práticas farmacoterapêuticas da população.

REVISÃO DA LITERATURA

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - SAÚDE MENTAL

Com a “Declaração de Alma-Ata” produto da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovidas pela OMS em 1978, o conceito de saúde foi reformulado, deixando de ser percebido apenas como a ausência de doenças para se tornar a meta de um conjunto de ações preventivas, paliativas e curativas. Desde então, o indivíduo passou a ser compreendido de forma global, com a promoção do completo bem-estar físico, psíquico e social e a preocupação com a valorização da qualidade de vida e o bem-estar social. A partir deste momento houve também uma mudança na organização dos serviços de saúde com hierarquização dos níveis e complexidade da atenção prestada. Nesse contexto, a forma de tratar a atenção psiquiátrica mudou após a Declaração de Caracas em 1990, que foi adotada pela OMS. Assim, com a nova conceitualização da saúde, a atenção psiquiátrica convencional não mais permitia alcançar os objetivos terapêuticos atuais apropriados com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva, sendo que os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria tiveram que se adaptar aos princípios e orientações da Atenção Básica (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

No Brasil, um novo modelo de saúde começou a ser introduzido com a formulação da Constituição Federal Brasileira em 1988, sendo o Estado o responsável, a partir do lema “Saúde direito de todos e dever do Estado”. A partir de 1990, um novo sistema foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 1990, tendo como princípios e diretrizes a integralidade, a igualdade, à regionalização a participação da comunidade na formulação de políticas. As estratégias adotadas visando às mudanças promovidas pela criação do novo sistema de saúde podem ser sumarizadas principalmente por: (a) a prevenção da doença em sua origem social com a conscientização dos indivíduos sobre as responsabilidades com a própria saúde; (b) a participação da sociedade para fortalecer o caráter preventivista e (c) o próprio preventivismo, que passa a ser a principal estratégia, aliado a um projeto de racionalização dos gastos com a assistência médica. A atenção primária passou a

ter destaque e o novo modelo de saúde passou por um processo de reestruturação com participação de equipes de multiprofissionais, vinculando a responsabilidade das equipes a um território de base comunitária e integrando o nível primário de atenção ao sistema (MINAYO, 2008**;** VECCHIA & MARTINS, 2009).

Assim, diversos autores vêm propondo definições da atenção primária. Em 2005, esta foi definida pelo Ministério da Saúde como **"**um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação". Segundo Harzheim *et al.* (2006), quatro atributos essenciais da atenção primária podem ser definidos: (a) primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; (b) continuidade dos serviços prestados; (c) integralidade da atenção; e (d) coordenação da atenção dentro do sistema de saúde. Além disso, definem-se três características, chamadas de 'atributos derivados', que são as que qualificam as ações prestadas pela atenção primária: (a) atenção centrada na família; (b) orientação comunitária e (c) competência cultural.

A definição de atenção primária é importante para guiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde. Contempla práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados. Envolve tecnologias e mão de obra que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância que ocorrem no território. Deve ser o contato preferencial e a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde.

Desta forma, em 1994, o então Programa Saúde da Família (PSF) assumiu grande importância política e social no sistema de saúde brasileiro. Hoje, a Equipe de Saúde da Família (ESF) faz parte da proposta de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente, possuindo mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento, que estimulam a sua consolidação e expansão (SILVEIRA & VIEIRA, 2009).

Os conceitos de saúde mental abrangem o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, além de outros fatores (WHO, 2001b), ou seja, deve existir equilíbrio entre os aspectos físicos, sociais e mentais.

Na década de 90, o Ministério de Saúde iniciou a proposta da criação de uma política de Saúde Mental a partir das experiências municipais juntamente com reflexões e propostas operadas pelo movimento da reforma psiquiátrica (LUZIO & L'ABBATE, 2009). A partir deste momento, o Brasil compromete-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009). O fechamento dos hospitais psiquiátricos passou a ser a principal estratégia das políticas para a saúde mental (AMARANTE, 2001). Foram então criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal investimento da política de saúde mental e que ocuparam lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental.

A entrada da Saúde Mental na Atenção Básica, atendendo o preconizado pela OMS, rompe com a crença da divisão mente/corpo, como o ser humano até então sempre foi abordado. A implantação de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo trabalho estaria voltado para prevenção e tratamento segundo seu nível de complexidade (SOMBINI, 2004), permite um enfoque global do indivíduo, abordando também os aspectos sociais na determinação dos problemas de saúde. Na solução desses problemas deverá fazer parte uma possível mudança de atitude da sociedade. Assim, as terapias sairiam do escopo medicamentoso preponderantemente e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, inserindo os familiares como agentes fundamentais do cuidado (NUNES *et al*., 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência e constituiu uma rede de atenção psicossocial substitutiva dos hospitais psiquiátricos em todo território nacional (BRASIL, 2002). O desafio continua sendo integrar e articular a saúde mental com a atenção básica, pois somente a prestação de serviços especializados é insuficiente para a maior parte da população que necessita de acompanhamento em saúde mental e busca primeiro a rede básica para assistência (CAVALCANTI, 2008), incluindo a busca por medicamentos indicados para as desordens psiquiátricas.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população necessitam de cuidados contínuos por possuírem transtornos mentais severos e persistentes;

cuidados estes que normalmente são realizados nos CAPS. Mais 9% precisam de atendimento eventual devido a transtornos menos graves, que são o foco da Atenção Básica, totalizando 12% da população, que padece de algum tipo de problema relacionado com a saúde mental. Além disso, aponta a importância da integralidade da atenção e constata que as equipes de Atenção Básica, cotidianamente se deparam com problemas mentais (BRASIL, 2003).

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes (WHO, 2001b). Já foi comprovado pela ciência que muitas doenças físicas e perturbações mentais e comportamentais possuem relações, evidenciando uma interação individual em todos os níveis: biológico e social, e assim mostra a necessidade dos indivíduos serem analisados e tratados em todo seu conjunto.

O *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* (WHO, 2001a) iniciou uma nova compreensão das diferentes perturbações mentais e assim gerando novas esperanças aos pacientes, com qualquer tipo de problema mental, e às suas famílias. Os principais fatores avaliados pela OMS, além da caracterização da população mundial acometidas por problemas mentais, foram os aspectos preventivos, a disponibilidade e o acesso aos tratamentos disponíveis, a prestação e o planejamento de serviços direcionados à saúde mental, inclusive recomendações para melhorar o gerenciamento de recursos. Nesse contexto o tratamento das perturbações mentais foi preconizado na dimensão dos cuidados primários da saúde, e este foi um passo importante, pois passa a permitir que um grande número de pessoas tenha acesso aos serviços. Desta forma, os cuidados serão mais direcionados permitindo melhores resultados, além de diminuir o desperdício com exames e tratamentos onerosos e muitas vezes desnecessários (WHO, 2001a). Da mesma forma, de acordo com o sistema de referência e contra-referência, os pacientes mais graves são direcionados para suporte mais especializado, como o CAPS, retornando quando possível para o acompanhamento na atenção básica. Além disso, a proximidade com as famílias e as comunidades é um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Para tanto, existe a necessidade de formação e capacitação de profissionais aptos para lidar com os pacientes da saúde mental. Nesse contexto, uma pesquisa

do Ministério da Saúde mostrou que 56% das Equipes de Saúde da Família (ESF) disseram realizar algum tipo de atendimento/atividade relacionada com a saúde mental, e essas equipes nem sempre estão capacitadas para lidar com essa demanda (BRASIL, 2003).

Ainda no *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* (WHO, 2001a), os transtornos mentais e comportamentais eram comuns entre os pacientes que buscam ajuda na atenção básica de saúde. A avaliação desses transtornos nesse setor é importante para identificar pessoas com distúrbios e proporcionar a atenção necessária neste nível, além da importância do desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam na atenção básica: o *lócus* preferencial de desenvolvimento (NUNES *et al.*, 2007).

Além de profissionais aptos, fármacos que façam parte de listas de medicamentos essenciais devem estar disponíveis de forma constante e racional. É sabido que o uso seguro dos psicofármacos pode atenuar os sintomas, reduzir incapacidades, diminuir o curso de muitas perturbações, além de prevenir casos recorrentes. Os medicamentos para tratar desordens mentais são muito conhecidos como psicotrópicos, e são eficazes quando utilizados com intervenções psicossociais. A seleção racional dessas substâncias, a acessibilidade, a disponibilização e fornecimento devem assegurar a assistência médico-farmacológica (WHO, 2005).

A OMS recomendou em 2001 a organização de redes de atenção psicossocial, com a oferta de tratamento medicamentoso na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. A rede básica de saúde é a principal porta de entrada na busca da atenção à saúde, incluindo aquelas em sofrimento psíquico ou portadores de transtorno mental (SILVA *et al.*, 2003).

Ainda segundo a OMS, os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito acentuado de doenças atribuíveis a problemas mentais nas próximas décadas: é esperado que em 2020 os problemas mentais sejam responsáveis por aproximadamente 15% de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (DALYs - Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade). Dos países em desenvolvimento que possuem orçamento destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial (WHO, 2003).

O mais importante é que sistemas orientados pelos princípios da atenção básica estejam associados a custos menores, maior satisfação da população e ao uso racional de medicamentos (ANDRADE *et al.*, 2007). Estes fatores em prol de pacientes portadores de doenças prevalentes como as desordens mentais, são importantes pelo fato de que os acompanhamentos terapêuticos - que nestes casos são basicamente medicamentosos, com a utilização de psicofármacos - possuem grande probabilidade de levarem à dependência além de outros problemas relacionados aos psicotrópicos.

Baseado nesse contexto, o Ministério da Saúde tem trabalhado na inserção da saúde mental na rede básica através de redes de cuidado e da atuação conjunta com outras políticas. Simultaneamente, existe a iniciativa de ampliação da clínica, através das equipes multiprofissionais e das ESF, na construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença.

2.2 - EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA

A epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição das variáveis fisiológicas e das enfermidades e seus determinantes físicos, psíquicos e sociais e suas conseqüências na população (MICHAEL & MARGRAF, 2004). A epidemiologia dos transtornos mentais utiliza os princípios, conceitos, métodos e estratégias de investigação da epidemiologia voltados para o estudo da Saúde Mental.

A epidemiologia psiquiátrica tem como objetivos a análise da morbidade psiquiátrica em uma população, a evolução das enfermidades psíquicas, determinação de riscos individuais, busca de fatores causais, análise da utilização dos serviços médicos e avaliação dos serviços de saúde (STAFF *et al*., 2004). Muitas dificuldades existem na realização de pesquisas na área da saúde mental e um dos principais motivos é a falta de marcadores que mensurem a saúde e a "doença mental". Os principais instrumentos utilizados são questionários que ajudam a diagnosticar distúrbios psíquicos associados com o Código Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID - 10) e Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª revisão (DSM – IV) (BORGES *et. al.*, 2004).

A ansiedade e os transtornos do humor são os mais comuns problemas de saúde mental, tendo prevalências históricas consideravelmente mais elevadas nas mulheres do que nos homens e os fatores de risco que os envolvem ainda são pouco conhecidos (RABASQUINHO & PEREIRA, 2007). De 80 a 90% dos casos manifestam-se antes dos 35 anos, principalmente na faixa etária dos 10 aos 25 anos (KULKARNI, 2004). No levantamento realizado por Vicente *et al.,* (2005) na América Latina, a depressão foi considerada como a décima terceira principal causa de anos perdidos por morte prematura causada por algum tipo de doença (DALY) e a mais importante, quando incluídos os anos que foram convividos com a enfermidade.

O Instituto de Saúde Australiano publicou em 2007 um levantamento sobre o prejuízo que as diversas patologias trouxeram àquele país no ano de 2003 (BEGG *et al.*, 2007). Os transtornos mentais e distúrbios neurológicos representaram 25% do total dos problemas de saúde. Ansiedade, depressão, alcoolismo e distúrbios de personalidade foram os transtornos mais prevalentes. Além disso, foi encontrada também uma forte associação entre doenças cardíacas e suicídio atribuído a ansiedade e depressão. No gênero masculino, os distúrbios psiquiátricos apareceram em terceiro lugar dentre todas as doenças que de alguma forma prejudicaram a população australiana naquele ano, com destaque para estes distúrbios (4,8%). Já para o gênero feminino a ansiedade e depressão foram a primeira causa, acometendo 10% de todas as mulheres (BEGG *et al.*, 2007).

Uma série de variáveis sócio-demográficas estão associadas com a maior prevalência de transtornos da ansiedade, dentre elas gênero (mulheres), estado civil (solteiros, viúvos), ocupação (desempregados, donas de casa e pessoas sem atividades profissional), escolaridade (baixa escolaridade) e situação financeira (baixa renda) (KULKARNI, 2004; COSTA & LUDEMIR, 2005; VICENTE *et al.*, 2005; ANDRADE *et al.*, 2006; RABASQUINHO & PEREIRA, 2007; TUONO *et al.*, 2007).

Diversas áreas como epidemiologia, genética e neurociência destacam diferenças entres os gêneros em doenças como transtornos da ansiedade, depressão, esquizofrenia, entre outras (KULKARNI, 2004). É importante estabelecer essas diferenças para revelar as particularidades de ocorrência e enfatizar a necessidade de estabelecer tratamentos diferentes para homens e mulheres.

Mari & Jorge (1997) analisaram estudos epidemiológicos psiquiátricos no Brasil e mostraram uma prevalência de transtornos mentais de aproximadamente 30% na população adulta, sendo entre as mulheres a ansiedade (9%) e a depressão (2,6%) os transtornos mais comuns. Entre os homens a dependência ao álcool aparece como o problema mais importante (8%) seguido da ansiedade (4,3%). Costa & Ludemir (2005) detectaram, em um estudo de corte transversal na comunidade do Pirauá, Macaparana, Pernambuco, com todas as pessoas maiores de 19 anos, uma prevalência de ansiedade e depressão de 41,4% para os homens e de 53,9% para as mulheres. A faixa etária dominante dos casos foi entre 20 e 39 anos e principalmente entre os não trabalhadores (53,9%).

A ansiedade e a depressão são, comprovadamente, as doenças que mais causa incapacitação em mulheres em países desenvolvidos e em desenvolvimento (ANDRADE *et al*., 2006). Em diversos trabalhos sobre morbidade causada por distúrbios mentais, a população feminina é sempre a mais freqüentemente acometida, desta forma, existem estudos específicos que avaliam a saúde mental das mulheres e possíveis conseqüências. A proporção de mulheres com depressão em relação aos homens é de 2:1 em todos os grupos étnicos. A incidência aumenta na idade fértil e a origem deste fato ainda não foi elucidada (KULKARNI, 2004).

A causa de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos em capitais brasileiras foi investigada por Tuono *et al.* (2007). Houve relatos de mortalidade de mulheres devido a problemas mentais e comportamentais. Nessa investigação, 1% do total das mortes foi atribuída a transtornos mentais e deste, 64,3% foram decorrentes da utilização de substâncias psicoativas, com destaque para o álcool. Nesse contexto, óbitos por casos de depressão ocorreram em 12,9%, geralmente associados com outros transtornos, e na faixa etária de 35 a 40 anos de idade. A depressão neste estudo também foi responsável por 63,8% dos casos de suicídio e a esquizofrenia em 5,2%.

Em ambiente hospitalar, Paixão *et al.* (2009), em uma abordagem quantitativa em três hospitais psiquiátricos da Região Metropolitana do Recife, observaram também que o gênero feminino apresentou 65,8% de transtornos psíquicos enquanto o masculino apresentou apenas 34,2%. A faixa etária na qual predominou as alterações psíquicas foi entre 41 e 60 anos (49%) e o transtorno psíquico predominante foi a esquizofrenia (51%) seguido por alcoolismo (14%), mostrando

um perfil diferente de outros estudos com pacientes ambulatoriais onde os transtornos da ansiedade são mais prevalentes.

Outro distúrbio mental muito comum no gênero feminino são os transtornos alimentares, principalmente anorexia e bulimia nervosa, que causam altas taxas de morbidade e mortalidade. Os transtornos alimentares são mais prevalentes em adolescentes e adultas jovens pertencentes a todos os grupos étnicos, sendo aproximadamente dez vezes mais comuns em mulheres que em homens (ANDRADE *et al*., 2006).

Apesar dos transtornos mentais ocorrerem com maior freqüência nas mulheres, a maioria dos dados sobre a prevalência são baseados em auto-relatos; isto pode representar um viés, pois é reconhecido que as mulheres relatam sintomas mais facilmente, enquanto que para os homens esses dados geralmente estão mascarados. Na revisão feita por Bekker & Mens-Verhulst (2007), foi aventada a possibilidade da ansiedade masculina ter relação com o consumo de álcool, pois geralmente os homens são os maiores consumidores dessas bebidas e especula-se na literatura que este fato pode ocorrer possivelmente em resposta à ansiedade.

Muitas vezes, os transtornos da ansiedade aparecem com co-morbidades. Bekker & Mens-Verhulst (2007) relataram que as pessoas ansiosas são mais susceptíveis a diversos subtipos de transtornos de ansiedade durante a vida. Casos de co-morbidade são muito importantes para a compreensão da distribuição desses transtornos, sendo que entre os transtornos da ansiedade podem chegar a 86% (KULKARNI, 2004). Especula-se então que a presença de co-morbidades gera mais ônus aos sistemas de saúde já que se espera que os pacientes procurem mais por atendimento. No caso de doenças psiquiátricas já foi demonstrado que pacientes que possuem apenas ansiedade, são menos propensos a utilizar os serviços de saúde do que aqueles que possuem quadro depressivo e que pacientes com diagnóstico simultâneo de depressão e ansiedade utilizam muito mais as emergências psiquiátricas assim como os serviços ambulatoriais (WETHERELL *et al.*, 2007). A própria manifestação da depressão (desânimo, desinteresse, etc.) pode determinar este comportamento.

Bekker & Mens-Verhulst (2007) apontaram que cerca de 30 a 40% de todos os pacientes com um transtorno de ansiedade apresentavam também um transtorno depressivo e vice-versa e assim utilizavam mais de um psicofármaco. No entanto, é

reforçada a idéia de que ambas as condições podem desenvolver a partir de uma fonte comum, estreitando a relação entre os transtornos da ansiedade. Além disso, existe a relação entre o aumento das taxas de utilização de serviços de saúde e essas manifestações (WETHERELL *et al*., 2007), que muitas vezes permanecem sub-diagnosticadas e/ou sub-tratadas. Por isso a importância de avaliar o impacto sobre a saúde pública dessas patologias isoladas e como co-morbidades, tanto psiquiátricas quanto não-psiquiátricas.

Outras investigações mostram possíveis associações de transtornos depressivos e da ansiedade com a hipertensão (SCHERRER *et al*., 2003), o diabetes (THOMAS *et al*., 2003) e com as doenças renais crônicas, principalmente aquelas sujeitas a diálise (FREDERIC *et al.*, 2000). Avaliando pacientes com problemas renais, os transtornos mentais estavam presentes em 62,7% dos pacientes, sendo as mulheres mais susceptíveis (MOURA JÚNIOR *et al.*, 2006). Grande parte dos pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 (73,80%) apresentam algum tipo de transtorno da ansiedade (CLAVIJO *et al*., 2006) e naqueles com hipertensão como co-morbidade, 20% apresentam depressão (AMARAL *et al.*, 2007).

Estudos específicos em alguns grupos populacionais fazem-se necessários devido a particularidades de direcionamento do tratamento. A revisão feita por Bryant *et al.* (2008) sugere que os sintomas da ansiedade são muito comuns entre os idosos, tendo sido encontradas prevalências de até 24%, e em alguns casos podendo ocorrer em até 44% dos sujeitos. No entanto, os distúrbios da ansiedade de um modo geral ocorrem com menos freqüência que nas faixas etárias mais jovens. A ansiedade também ocorre com mais freqüência nas mulheres idosas e os sintomas são peculiares, pois refletem na capacidade somática. Contudo, vários autores (KULKARNI, 2004; BEKKER & MENS-VERHULST, 2007; BRYANT *et al.*, 2008) concluem que a ansiedade entre os idosos é pouco diagnosticada, apesar de possuírem seus sintomas que são mais comuns que os sintomas de depressão. Portanto, investigações nessa faixa etária são importantes para o diagnóstico, detecção da eficácia dos tratamentos, e prevenção da ansiedade neste grupo específico.

Existem estudos que analisam a utilização dos serviços públicos de saúde por pacientes com transtornos da ansiedade. Trabalhos como esses seriam uma

possibilidade de representação das necessidades da saúde mental, principalmente em relação aos cuidados primários que são os atualmente preconizados.

Miranda *et al.* (2008) avaliaram pacientes de instituições públicas de atendimento à saúde mental no Rio Grande do Sul na faixa etária de 0 a 89 anos. Da amostra selecionada 17,3% foram crianças. Dos adultos participantes, 47,1% eram homens e 52,8% mulheres; a morbidade mais incidente foi transtornos do humor com episódio depressivo entre as mulheres 14,2%. Em relação aos homens os problemas foram decorrentes da utilização de álcool em 20,5% dos casos. Analisando as crianças, a faixa etária que mais apresentou problemas foi a entre 11 e 12 anos (11,4%) e estes mostraram quadros de reação de estresse grave (as meninas, mais uma vez mostraram-se mais graves). Quando o foco foram as internações psiquiátricas, estas ocorreram em 66,2% dos homens e 33,7% das mulheres, principalmente na faixa etária profissionalmente mais ativa (entre os 30 e 49 anos). Dois pontos merecem especial destaque: a avaliação de crianças e os casos relacionados com o consumo de álcool. No caso das crianças os autores suscitam que essa incidência de problemas mentais esteja associada com problemas escolares, principalmente dificuldade de aprendizagem.

A elaboração de perfis epidemiológicos permite o planejamento e programação estratégicos por níveis de complexidade, de acordo com as necessidades populacionais e a aplicação nos diferentes níveis de prestação de serviços de saúde, com ênfase na atenção básica que é a referência dos sistemas de saúde nos dias atuais. Para tanto, faz-se necessária a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde (WHO, 2001a). Esses indicadores devem incluir o número de indivíduos com transtornos, o tipo e a qualidade dos cuidados que recebem, como por exemplo, os medicamentos consumidos, a forma de aquisição e o a formação do médico prescritor, além de medidas mais gerais da saúde mental das comunidades.

O Ministério da Saúde, em 2005, sugeriu alguns indicadores para serem incorporados ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), resultantes de programas públicos: atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool, atenção a usuários com transtornos convulsivos, prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos, entre outros.

2.3 - FARMACOEPIDEMIOLOGIA

A farmacoepidemiologia é definida pelos estudos de utilização de medicamentos e dos determinantes da saúde e doença das populações. Reúne a farmacologia, a clínica, a epidemiologia, a bioestatística, além das ciências sociais e demográficas (STROM & TUGWELL, 1990).

A epidemiologia do medicamento, ou farmacoepidemiologia, tem como objetivo conhecer o impacto e os riscos que os medicamentos oferecem a saúde da população. Realiza contribuições, principalmente quanto à segurança dos medicamentos através do seu complemento essencial a farmacovigilância (ROSA *et al.,* 2002)

A aplicação de métodos epidemiológicos oferece uma alternativa para gerar informações a respeito dos fármacos, associando informações provenientes da experiência de uso, quando esses são utilizados em condições habituais da prática clínica, e ainda, conhecendo os determinantes de sua utilização (ALTIMIRAS *et al*., 1999).

A Farmacoepidemiologia está historicamente inserida, tendo o seu nascimento ocorrido em conseqüência do uso dos medicamentos pela sociedade. Mais de uma centena de mortes, na década de 30, ocorreu, nos EUA, em conseqüência do uso de dietilenoglicol como solvente de um xarope de sulfanilamida. Nos anos 60, uma nova a epidemia, desta vez a focomelia, ocorreu em função do uso da talidomida durante a gravidez (SEBASTIÃO, 2005). Recentemente, ensaios clínicos de longa duração apontaram para a necessidade da retirada do mercado do medicamento que continha rofecoxib (Vioxx®), um antiinflamatório, pelo grande risco de desenvolvimento de sérios problemas cardiovasculares (OPAS, 2004). Apesar de que alguns países europeus (Noruega e Suécia) tenham sido os pioneiros no desenvolvimento de regulamentação para comercialização de medicamentos, foi a partir dos anos 60, que os EUA, através do Food and Drug Administration (FDA), passaram a exigir uma nova metodologia de estudos sobre os novos fármacos, com o objetivo de determinar a sua segurança (LEE & HERZSTEIN, 1986). Hoje, são analisados não apenas os seus benefícios, mas principalmente os riscos potenciais e os danos, iniciando uma busca racional

para o uso dos medicamentos. Atualmente, o maior interesse da Farmacologia, concentra-se fundamentalmente, na seleção dos fármacos (NELSON, 1988; EDWARDS *et al.,* 1996; HARTZEMA *et al.,* 1998; RESENER *et al.*, 2006; VIEIRA, 2007; GUERRA *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2008).

Contudo, na Farmacoepidemiologia, o estudo dos fatores clínico-psico-sócio-econômicos que determinam as respostas da população aos medicamentos e ao seu consumo, permanece como um de seus maiores desafios, isto é, por quê os indivíduos respondem diferentemente à terapia medicamentosa, tanto quanto aos benefícios quanto à vivência de reações adversas? (HENNESSY,1998; MAITLAND VAN DER ZEE *et al.,* 2000; PIRMOHAMED & PARK, 2001).

O desenvolvimento de novos fármacos, as inúmeras especialidades farmacêuticas existentes e que chegam ao mercado todos os dias, sempre levantam questionamentos sobre a real segurança de sua utilização. Dessa forma, a farmacoepidemiologia torna-se a cada dia mais uma ciência fundamental, participativa do estabelecimento de risco-efetividade dos medicamentos - pois estes oferecem grandes riscos quando utilizados indevidamente. Participa ainda da elaboração de estratégias educativas para a realização de intervenções apropriadas a partir da determinação de grupos vulneráveis e/ou dos mais utilizadores de medicamentos. No ciclo do desenvolvimento do medicamento, a farmacoepidemiologia participa mais proeminentemente nos estudos clínicos de fase IV, particularmente chamados de estudos de farmacovigilância e também conhecidos como de pós-comercialização (SPITZER & BRUPPACHER, 1996).

No Brasil a farmacoepidemiologia é uma ciência que ainda está sendo estabelecida. Um dos principais fatos que iniciaram seu desenvolvimento foi à criação, em São Paulo, da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) em 1990 (CASTRO, 1999). Esta sociedade realiza investigações científicas sobre vigilância de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, além de incentivar o desenvolvimento de estudos nessa área.

Hoje com a incorporação de equipes multiprofissionais no sistema de saúde brasileiro, os pacientes e os diversos profissionais de saúde recorrem cada vez mais a este profissional para avaliar adequadamente os benefícios e riscos das terapias medicamentosas. Assim, na formação do profissional farmacêutico existe a necessidade de capacitação na área aplicada da farmacoepidemiologia (NWOKEJI

et al. 2007), pois esta promove conhecimentos indispensáveis na tomada de decisões terapêuticas, uma vez que está envolvida em todo o ciclo do medicamento, além de ser uma das ferramentas que mais contribuem para a saúde pública e prática clínica.

2.4 – ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A OMS define Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) como aqueles que avaliam a "comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial nas conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes (WHO, 1977).

Os EUM são realizados para atingir os objetivos últimos da Farmacoepidemiologia. São utilizados para: descrever os padrões do consumo dos medicamentos, constatar variações nos perfis terapêuticos através do tempo, estimar o número de indivíduos expostos, avaliar o efeito das medidas educativas, informativas e regulatórias de fixação de preços, verificar a adequação das políticas de saúde, definir áreas para pesquisas sobre eficácia e segurança do uso de determinados medicamentos, detectar, sobretudo, o abuso, o mau uso, o sub-uso dos medicamentos, determinar a necessidade dos mesmos em uma sociedade, e, de forma aplicada, avaliar a segurança da utilização dos medicamentos e dos recursos financeiros (ROZENFELD, 1989; WHO, 1991; QUICK, 1997; SEBASTIÃO, 2005).

A farmacoepidemiologia contribui na formulação de estratégias congruentes, que fomentem o uso racional desta ferramenta tecnológica, poderosa para a promoção, recuperação e manutenção da saúde. Este fato é devido a possibilidade de fornecimento de estimativas das probabilidades de efeitos benéficos e/ou adversos nas populações, além de outros parâmetros relacionados à utilização. Com isso, a farmacoepidemiologia através dos estudos de utilização de medicamentos permite o monitoramento continuado do uso de fármacos, relacionando principalmente a segurança com o seu consumo (MELO *et al*., 2006; NWOKEJI *et al*., 2007).

Diversas abordagens podem ser utilizadas, mas de forma geral, podem ser divididas em Qualitativas e Quantitativas (RUSKAMP & HEMMINKI, 1993). A abordagem qualitativa refere, por exemplo, à classificação dos medicamentos, como o sistema Anatomical Therapeutical Chemical (ATC), o "Sistema ATC" da OMS (NCM, 1999), a classificação quanto ao valor terapêutico intrínseco (LAPORTE *et al*., 1983), o estudo da proporção de combinação em doses fixas, o estudo do grupo terapêutico onde são classificados e a análise da qualidade farmacoterapêutica dos medicamentos consumidos (LAPORTE *et al.,* 1989; RUSKAMP & HEMMINKI, 1993).

A abordagem quantitativa utiliza valores econômicos, unidades vendidas, Dose Diária Definida (DDD) como base para suas análises (WHO, 1991; QUICK, 1997). Mais recente, surgiu o termo Farmacoeconomia, utilizado para definir os estudos que medem as conseqüências econômico-financeiras global ou parcial dos tratamentos medicamentosos, ou seja, estudos que aliam as ciências econômicas às farmacêuticas (CANO & FERNANDEZ, 1990; JOLICOEUR *et al.,* 1992; MATA & PRATS, 1999).

Interessante também ressaltar, que a abordagem quantitativa do consumo deve ser sempre acompanhada da classificatória da qualidade, pois assim permitem discussões mais amplas do perfil do consumo, o que possibilita comparações e tomada de decisões políticas e sanitárias (ROZENFELD, 1989).

Uma modalidade de estudo de utilização de medicamentos é a descrição de perfil de utilização. As diferenças socioeconômicas, culturais e epidemiológicas de um país, mesmo entre comunidades de uma mesma região devem influenciar aspectos da utilização de medicamento, o acesso e até mesmo a automedicação. Esses fatores estabelecem diferentes perfis de consumo de psicofármacos em todo mundo, além disso, as diferentes prevalências de doenças mentais nos diferentes anos podem explicar os diferentes padrões de consumo, por outro lado podem também confirmar a possibilidade de diagnóstico e tratamento realizados de forma incorreta e/ou não realizados (LOYOLA-FILHO *et al*., 2002).

Diferente de diversos países do mundo, o Brasil ainda não possui informações sobre o consumo de medicamentos geradas a partir de bancos de dados de abrangência nacional (ROZENFELD & VALENTE, 2004). A recente criação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)

pode ser uma forma de estabelecer um primeiro banco de dados nacional que permita extrair diversas informações para produção de estudos de utilização de medicamentos (ASSUNÇÃO *et al*., 2007).

A literatura demonstra diversos tipos de estudos de utilização de medicamentos, envolvendo análise de inúmeras variáveis e até mesmo a diferença de consumo entre diversas populações, grupos e faixas etárias (SOIBELMAN *et al.,* 1986; DALLA COSTA *et al.,* 1988; SIMÕES & FARACHE FILHO, 1988; BERIA *et al*., 1993; BRICKS & LEONE, 1996; VALDERRAMA *et al*., 1998; MOSEGUI *et al*., 1999; SANS *et al*., 2002; BERTOLDI *et al.,* 2004; COELHO-FILHO *et al.*, 2004; SILVA & GIUGLIANI, 2004; ARRAIS *et al.*, 2005; FLORES & MENGUE, 2005; CARVALHO *et al.*, 2005, GIROTTO & SILVA, 2006; LOYOLA-FILHO *et al*., 2006; SOUZA *et al*., 2008; PEREIRA *et al*., 2008; LIMA *et al*., 2008a; PEREIRA et al., 2008; FLORES & BENVEGNÚ, 2008; RIBEIRO *et al*., 2008).

Os EUM acompanham os usos e efeitos dos medicamentos sobre as populações, e assim tornam-se importantes estratégias de racionalização do uso das especialidades farmacêuticas. Os trabalhos de farmacovigilância permite mostrar as diferenças entre as condições ideais, sob as quais os medicamentos foram estudados, e a prática clínica e desta forma serem aplicados para o estudo da oferta, para qualificar e quantificar o consumo, para avaliar os hábitos de utilização e cumprimento das prescrições médicas, além da realização de vigilância orientada (LAPORTE *et al.,* 1989).

Entre 2001 e 2005, foi estimado um aumento de 5% ao ano nas vendas de medicamentos em geral. Este crescimento parece estar associado a muitos fatores, como a melhora da renda média, a comercialização de novas especialidades farmacêuticas e o gasto da indústria farmacêutica cada vez maior em pesquisa e propagandas de medicamentos, que muitas vezes em descumprimento da lei incentivam o uso irracional de medicamentos (IMSHEALTH, 2006).

A OMS estimou em 2001 (WHO, 2001b), que cerca de 10% da população, principalmente aquelas que vivem nos principais centros urbanos do mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Pesquisas internacionais evidenciam que o uso de psicofármacos está associado ao gênero feminino e às idades mais

avançadas e que indivíduos acima dos 65 anos utilizam significativamente mais estes medicamentos quando comparados a pacientes de outras faixas de idade (ROCKET *et al*., 2006; NDM, 2007).

Especificamente no campo dos medicamentos relacionados com os transtornos mentais, a revisão de Sebastião (2005) mostrou que estudos farmacoepidemiológicos têm a capacidade de comprovar o elevado consumo de psicotrópicos em vários países da Europa, nos Estados Unidos e no Brasil; vários estudos de base populacional realizados nesses países para investigar o uso de psicofármacos em adultos, encontraram uma alta proporção de utilização em todas as faixas etárias (ARRAIS, 1997; LIMA *et al.*, 2003; ALVARENGA *et al*., 2007).

Os benzodiazepínicos são amplamente utilizados nos distúrbios de ansiedade. Estes são muito comuns, afetando até 15% da população em algum momento das suas vidas. No entanto, existem muitas controvérsias envolvendo a sua prescrição devido ao seu potencial para abuso e dependência. Existe uma tendência nos dias atuais para utilização de antidepressivos para o tratamento da ansiedade, principalmente os ISRS, apoiada por evidências clínica de maior eficácia (TAYLOR & NUTT, 2004).

Diversos trabalhos demonstram a prevalência de utilização de medicamentos psicoativos. Nestes, os benzodiazepínicos (BDZ) aparecem muitas vezes como a classe terapêutica mais consumida (LAGNAOUI *et al.*, 2004; MANDANI *et al*., 2005; NURMI LUTHJE *et al.*, 2006; UCHIDA *et al.*, 2009).

No trabalho de Carllini e Nappo (2003), eles identificaram que esses medicamentos são prescritos não apenas por psiquiatras, mas também por médicos de diversas especialidades. Este pode ser um problema relacionado com possibilidade de diagnósticos inadequados, uso irracional de medicamentos e conseqüentemente podem intervir na qualidade de vida dos pacientes. Ainda descrevem que dentre os medicamentos psicoativos os benzodiazepínicos aparecem como os mais consumidos seguidos dos antidepressivos. Além desses, também são utilizados em quantidade considerável os neurolépticos, antiepiléticos e estimulantes do Sistema Nervoso Central.

O uso de antidepressivos tem aumentado em todo mundo nos últimos 20 anos. Na Finlândia, o aumento entre 1990 e 2006 foi de cerca de 8 vezes (SIHVO *et al.*, 2008). Embora o consumo de antidepressivos tenha aumentado,

estudos de base populacional com todos os psicofármacos sugerem que o aumento da prescrição pode não ter melhorado significativamente a saúde mental da população (BRUGHA *et al.*, 2004; HELGASON *et al.*, 2004). Patten *et al.* (2007) estimaram que cerca de um terço dos antidepressivos prescritos por médicos canadenses são por outros motivos que não a depressão. Beck *et al.* (2005) mostraram que mais de 40% dos usuários de antidepressivos nunca tinham tido um importante episódio depressivo. Além disso, em pacientes com distúrbios neuróticos relacionados com estresse e transtornos somatoformes no Japão, a utilização de antidepressivos ocorre predominantemente em pacientes jovens e a prescrição diminui com a idade (UCHIDA *et al.*, 2009).

Pesquisando sobre a terapêutica da depressão, Halfin (2007) demonstrou que a escolha da terapia farmacológica deve ser baseada principalmente no perfil do paciente. Além disso, devem ser levadas em consideração questões como segurança, possibilidade de efeitos colaterais, tolerância e o potencial de interação com outros fármacos. Várias são as classes terapêuticas utilizadas atualmente. Dentre os medicamentos mais modernos estão os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) que possuem boa eficácia e uma taxa de efeitos adversos razoavelmente baixos. Os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoaminooxidades (IMAO) são associados com problemas cardíacos e outros efeitos nocivos severos, por isso são utilizados frequentemente como segundas opções ou em terapias combinadas na tentativa de melhorarem os resultados.

Os ISRS e outras classes de antidepressivos mais recentes são comumente utilizados para o tratamento do transtorno do pânico, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, obsessivo compulsivo (TOC) e estresse pós-traumático (LÄÄKETIETOKESKUS, 2007).

De acordo com a revisão apresentada por Halfin (2007) dois terços dos pacientes são tratados com fluoxetina (FLX), paroxetina ou sertralina e quando não se obtêm uma resposta inicial adequada, a terapia é suspensa ou associada esperando resultados positivos. As estratégias de tratamento podem ser aplicadas utilizando algoritmos de tratamento, e as tentativas clínicas devem buscar sempre a remissão da depressão e/ou sustentação de um estado emocional estável nos pacientes.

Sihvo *et al.* (2008) estudaram, na Finlândia, a utilização e os determinantes do uso de antidepressivos na população em geral; especialmente a curto prazo, uso e a utilização estava relacionada com a morbidade psiquiátrica conhecida. 63% declararam algum histórico de transtorno mental e cerca de 35% disseram apresentar quadro depressivo ou de ansiedade. Entre os que utilizaram antidepressivos, 59% tinham diagnóstico de depressão e 27% de ansiedade.

Na investigação conduzida por Kadusevicius *et al.* (2006), foi relatado o consumo de antidepressivos na Lituânia, onde a prevalência de desordens mentais é de 4,6% e é alto o número de casos de suicídios. Devido a essa peculiaridade existe uma discussão dos critérios de diagnóstico e tratamento da depressão estabelecida neste país. Os autores verificaram que o consumo de antidepressivos na Lituânia aumentou 30,55% entre 2002 e 2004.

Os medicamentos mais modernos, como os ISRS, estão sendo amplamente utilizados por possuírem diversas vantagens, como serem mais toleráveis, com menos efeitos colaterais e produzirem resultados em menos tempo; porém ainda existem poucas informações sobre problemas relacionados a esses medicamentos, diferentemente do que ocorre com os tradicionais, como os ADT'S (MEIJER *et al*, 2001).

Jong *et al*. (2003) investigaram o risco de apresentação de efeitos adversos em pacientes em uso de antidepressivos (ADT e ISRS), com ou sem utilização de antiinflamatórios não esteróidais (AINES). Foram selecionados pacientes dos Países Baixos que não possuíam prescrição anterior ao estudo nem de antidepressivos, nem de AINES e nem para tratamento de úlcera péptica. O uso de ISRS foi associado à incidência de úlcera péptica pelos usuários de ISRS comparados aos de ADT. Este fato indica um risco significativo alto de surgimento de efeitos adversos gastrintestinais em pacientes que utilizam associação de ISRS e AINES quando comparados com os que usam esses medicamentos sozinhos. A combinação de ADT com AINES não implicou em aumento significante do risco de prescrição para úlcera péptica. Esses resultados confirmam que o uso de ISRS em combinação com AINES aumenta o risco de desenvolvimento de reações adversas gastrointestinais, aproximadamente em 10 vezes, quando comparado ao uso isolado de ISRS, e que o uso deste isolado aumenta em quatro vezes a chance de reações adversas quando

comparado ao uso apenas de AINES. Portanto, a combinação desses medicamentos deve ser avaliada.

Ainda sobre os ISRS, como são amplamente utilizados e tendo em visto o vasto arsenal de medicamentos existentes é comum pensar em terapias de combinação. Jong *et al.* (2003), baseados no fato de que existe descrita na literatura a associação entre a utilização de ISRS e o aumento do risco de surgimento de sintomas gastrointestinais e sendo rotineira tanto a prescrição de ISRS, ADT e anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES), avaliaram a relação de utilização destes medicamentos e o risco de surgimento de efeitos adversos gastrointestinais. Os AINES prescritos para diversas finalidades causavam freqüentemente gastropatias, com alta prevalência.

Nesse contexto, os ISRS estão em destaque dentre os mais consumidos como observado por Grinshpoon *et al*. (2007) e Kadusevicius *et al.* (2006). Assim podem ocorrer diversos tipos de efeitos adversos que são ou não notificados. Meijer *et al*. (2004), numa população de usuários de novos antidepressivos, avaliaram o risco de desenvolvimento de hemorragias anormais com a utilização de ISRS. Segundo os autores, já que os ISRR influenciam no nível de serotonina no sangue, este pode estar associado a um risco aumentado de desordens hemorrágicas, pois a serotonina interfere no processo de agregação plaquetária. Assim, os diferentes antidepressivos desta classe podem prover um grau maior ou menor de inibição da recaptação de serotonina (IRS) e conseqüentemente ter relação com a gravidade das hemorragias. Além disso, uma associação de ISRS e AINES pode levar a quadros hemorrágicos, principalmente gastrointestinais, como discutido anteriormente e também demonstrado por Jong *et al*. (2003). Meijer *et al*. (2004) avaliaram pacientes hospitalizados com um diagnóstico primário de hemorragia anormal enquanto utilizavam algum antidepressivo. Os antidepressivos foram classificados de acordo com o grau de IRS; esta gradação está baseada na constante de dissociação do antidepressivo para o seu transportador. Baixas constantes de dissociação refletem uma grande afinidade do antidepressivo pelo transportador de serotonina e conseqüentemente uma IRS. Houve uma incidência de 4,9 por 1.000 pessoa–ano de hemorragia anormal. Os principais quadros hemorrágicos foram no útero (47,4%), seguidos do trato gastrointestinal (15,8%). Dentre os antidepressivos classificados como produzir baixo grau de IRS a

mirtazapina foi a que se relacionou com mais casos 9,2%. Dentre os de grau intermediário a venlafaxina foi responsável por 38,3% dos casos e entre os de maior grau a FLX foi à principal responsável com 52,6%.

No âmbito dos psicofármacos, os antipsicóticos também são amplamente prescritos e utilizados, com isso possuem grande importância na farmacoepidemiologia. Nesse contexto, Hung & Cheung (2008) estudaram a relação entre altas dosagens de antipsicóticos e as características dos pacientes (responsividade aos tratamentos, história e duração da doença, uso concomitante de medicamentos). Os resultados desta pesquisa apontam que foram prescritos antipsicóticos para 90% dos pacientes internados em unidades de saúde mental e para 37,6% dos pacientes não-internados, além disso, a dose diária foi considerada alta para 9,2% dos pacientes internados e 1,8% dos não-internados. Para os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, a polifarmácia e as dosagens mais altas eram mais comuns. Pacientes não internados e com histórico de reações violentas, relacionaram-se ao gênero masculino e aos mais jovens, além da utilização de altas dosagens de antipsicóticos. Não foi estaticamente significativa a associação entre altas dosagens e o número de admissões em unidades de tratamento psiquiátrico, porém a casos de internação, crises esquizofrênicas e polifarmácia foram associados à utilização de altas dosagens de antipsicóticos. Com isso, foi demonstrada a necessidade de estudos específicos para esta classe de fármacos, principalmente, se for o caso de utilização de altas dosagens, a fim de garantir a segurança nesta prática. A utilização de psicofármacos, muitas vezes pode ocasionar diversos problemas relacionados aos medicamentos, assim como efeitos adversos. Vários autores (ABREU *et al*., 2000; SENA *et al*., 2003; CORDÁS & LARANJEIRAS, 2006; NEVES *et al.,* 2006) têm observado essa relação para os antipsicóticos.

A doença de Parkinson manifesta-se por alterações motoras e é a segunda doença neurodegenerativa mais comum entre os idosos. No Brasil estima-se que 3,3% da população é acometida por esta enfermidade (BARBOSA *et al.*, 2006). Os psicofármacos que são utilizados para tratar a doença de Parkinson são também muito utilizados para outros fins. Brandt-Christensen *et al*. (2006), comparando o risco de tratamento com antiparkisonianos com diferentes outros grupos de medicamentos: antidepressivos, lítio, antidiabéticos, observou que pessoas que

adquiriram antidepressivos e lítio possuíam maiores chances de posteriormente comprar algum antiparkinsoniano. Para os antidiabéticos, esse risco foi menor. Tanto mulheres quanto os homens tiveram risco aumentado de adquirir antiparkinsonianos após a aquisição de antidepressivos e lítio, sendo que para as mulheres as chances foram menores. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os antidepressivos e o lítio. Segundo esses autores o desequilíbrio de neurotransmissores que existe nas desordens do humor e da ansiedade, pode favorecer o surgimento da doença de Parkinson; com isso os antidepressivos e o lítio atuariam de forma favorável neste processo, pois atuam na homeostase dos neurotransmissores no SNC. No entanto, devido ao preconceito de assumir, diagnosticar e tratar esses distúrbios os pacientes ficam mais susceptíveis a desenvolver a doença de Parkinson.

É sabido que muitas vezes os psicofármacos são utilizados sem necessidade e/ou de forma diferente da real indicação e os mais utilizados com essa finalidade são os anabolizantes e os derivados anfetamínicos. Dal Pizzol *et al.* (2006) observaram uma prevalência de utilização de anfetamínicos e ansiolíticos maior por meninas e anabolizantes por meninos. Quanto à utilização de anabolizantes 34,5% dos rapazes que os utilizaram o fizeram por indicação de “amigo da academia de ginástica” e a principal fonte de obtenção foram as farmácias (14,5%). Os medicamentos que foram avaliados neste trabalho necessitam de muitas preucações para serem utilizados de forma segura, pois possuem risco de gerarem complicações agudas e crônicas de muita gravidade. Um exemplo interessante é a alteração do desempenho na condução de veículos como conseqüência do uso de álcool e também de medicamentos psicoativos.

Em uma pesquisa com condutores de automóveis e vans que se envolveram em colisões rodoviárias e necessitaram de hospitalização o risco desse evento foi aumentado em cinco vezes para uma única utilização de benzodiazepínicos. Para motoristas que combinam medicamentos o risco é seis vezes mais alto. Nos casos em que a combinação é medicamentos, normalmente anfetamina e o álcool, o risco é ainda mais expressivo, 112 vezes, mostrando assim a preocupação com o uso indevido dessas substâncias como monoterapia e principalmente concomitantemente (MOVIG *et al.*, 2004). Ferreira *et al*. (2006), envolvidos no projeto Ajude-Brasil II, observaram que o uso de tranqüilizantes ocorre tanto por via

oral quanto parenteral. Portanto, campanhas educativas devem existir para conter a utilização irracional de medicamentos e serem direcionadas para as diferentes faixas etárias e ocupações.

Assim, justifica-se a proposta farmacoepidemiológica do estudo descritivo do perfil de consumo de psicofármacos pela população de Ouro Preto. Estabelecer o padrão e de utilização desses medicamentos pela população é importante para conhecer como e quanto essas substâncias estão sendo consumidas por homens, mulheres, jovens, idosos e outros grupos demográficos, contribuindo assim para a definição e elaboração de programas preventivos, de medidas de saúde e de políticas públicas.

OBJETIVOS

3 – OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever o padrão de consumo de psicofármacos pela população de Ouro Preto, Minas Gerais, visando criar subsídios para promoção e atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar qualitativa e quantitativamente, o consumo de psicofármacos;
- Descrever a freqüência da utilização dos psicofármacos;
- Determinar o número médio de medicamentos utilizados por pessoa;
- Descrever os grupos terapêuticos e fármacos mais utilizados pela população em estudo;
- Avaliar a associação entre o consumo dos psicotrópicos com as características sócio-demográficas, doenças crônicas, hábitos não saudáveis.

METODOLOGIA

4 – METODOLOGIA

Este trabalho é parte de um inquérito epidemiológico censitário, conduzido na cidade de Ouro Preto localizada no estado de Minas Gerais, Brasil, e iniciado no ano de 2006, intitulado “Geoprocessamento em saúde de Ouro Preto”.

4.1 - ÁREA DE ESTUDO

A cidade de Ouro Preto é formada por 39 setores censitários e 9.970 domicílios (Figura 1) que se distribuem de forma heterogênea pela cidade sede (IBGE, 2000) e possuía na época da coleta de dados, uma população urbana estimada de 38.301 (IBGE, 2000), sendo 48,38% homens e 51,62% mulheres. A distribuição populacional segunda faixa etária era de 23,15% 0 a 12 anos, 13,96% de 13 a 19 anos, 34,35% 20 a 39 anos, 20,29% de 40 a 59 anos e 8,25% acima de 60 anos.

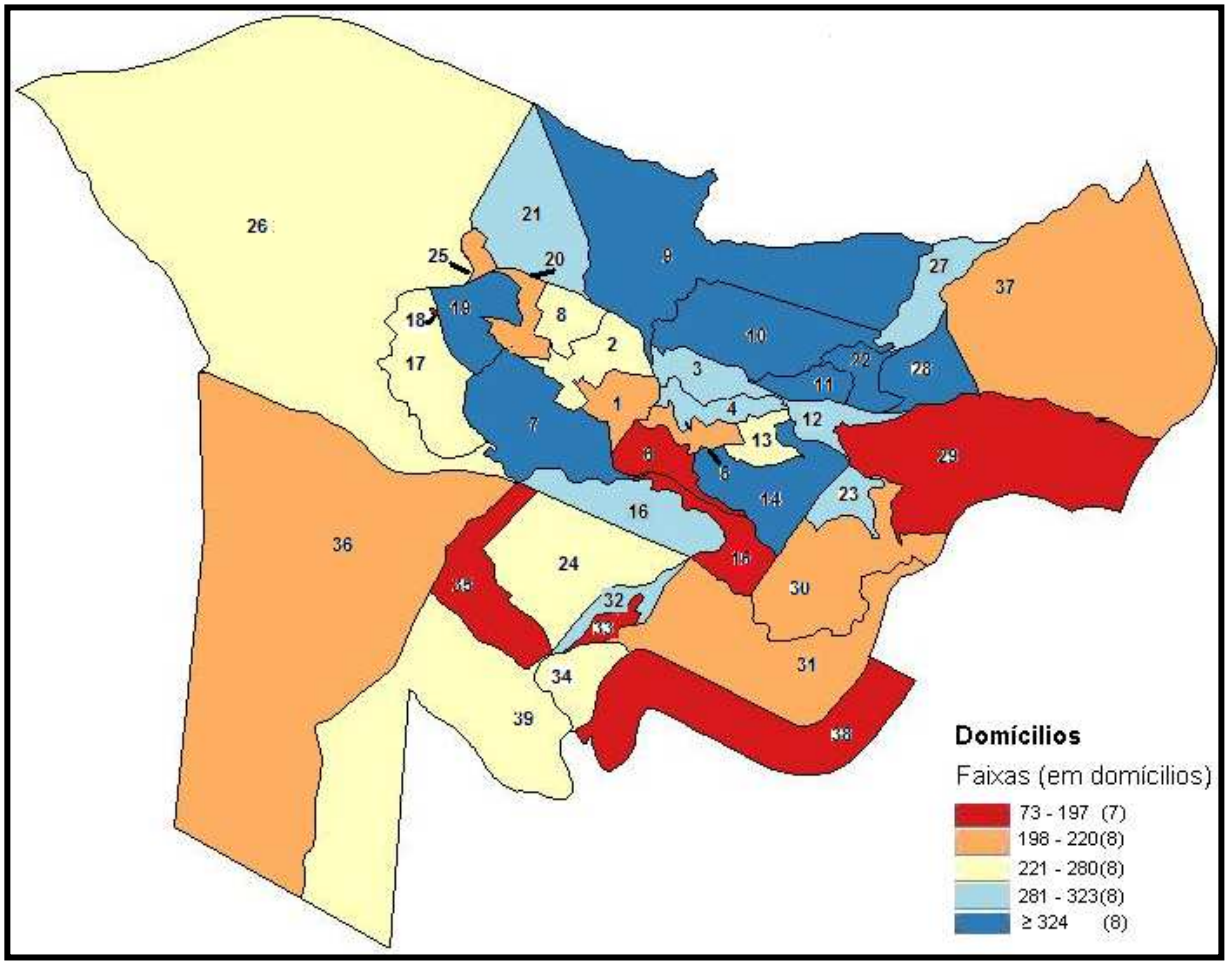

Figura 1: Densidade domiciliar da sede de Ouro Preto por setor censitário (IBGE, 2000).

Tabela 4.1: Densidade domiciliar por setor censitário na cidade sede de Ouro Preto (IBGE, 2000).

Setor Censitário	Domicílios		Pessoas residentes	
	n	%	n	%
1. Centro	198	1,99	559	1,46
2. São Cristóvão - Centro	256	2,57	759	1,98
3. Centro – São Cristóvão	286	2,87	1 075	2,81
4. Centro	281	2,82	972	2,54
5. Centro	215	2,16	780	2,04
6. Pilar	178	1,79	600	1,57
7. Saramenha - Barra	332	3,33	1 160	3,03
8. Água Limpa – São Cristóvão	221	2,22	784	2,05
9. Centro – São Cristóvão	337	3,38	1 272	3,32
10. Antônio Dias - Morro Santana	392	3,93	1 464	3,82
11. Antônio Dias - Morro Santana	374	3,75	1 550	4,05
12. Alto da Cruz – Nossa Senhora do Carmo	284	2,85	1 202	3,14
13. Antônio Dias	272	2,73	1 019	2,66
14. Antônio Dias - Barra	324	3,25	1 197	3,13
15. Bauxita	173	1,74	623	1,63
16. Saramenha – Vila Aparecida	310	3,11	1 336	3,49

Continuação

Setor Censitário	Domicílios		Pessoas residentes	
	n	%	n	%
17. São Cristóvão - Cabeças	265	2,66	958	2,50
18. Cabeças	73	0,73	74	0,19
19. Cabeças – São Cristóvão	355	3,56	1 309	3,42
20. São Cristóvão – Água Limpa	219	2,20	749	1,96
21. São Cristóvão	291	2,92	1 121	2,93
22. Morro Santana – Morro Piedade	359	3,60	1 372	3,58
23. Alto da Cruz – Padre Faria	294	2,95	1 198	3,13
24. Bauxita – Morro Cruzeiro	259	2,60	1 078	2,81
25. São Cristóvão	215	2,16	846	2,21
26. São Cristóvão	226	2,27	933	2,44
27. Morro Santana	320	3,21	1 390	3,63
28. Alto da Cruz - Piedade	418	4,19	1 790	4,67
29. Padre Faria – Alto da Cruz	135	1,35	530	1,38
30. Padre Faria – Alto da Cruz	208	2,09	898	2,34
31. Morro Cruzeiro - Bauxita	201	2,02	807	2,11
32. Bauxita	283	2,84	1 209	3,16
33. Bauxita	164	1,64	675	1,76
34. Saramenha	271	2,72	1 101	2,87
35. Saramenha	155	1,55	616	1,61
36. Antônio Dias – Córrego Novo	204	2,05	809	2,11
37. Parque do Itacolomi	201	2,02	815	2,13
38. Saramenha	169	1,70	661	1,73
39. Saramenha	252	2,53	1 010	2,64
Total:	9 .970	100,00	38.301	100,00

4.2 - DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal censitário onde a unidade de observação foi o indivíduo no domicílio. O universo populacional foi identificado por questionários distribuídos à população por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Prefeitura Municipal de Ouro Preto (PMOP).

4.3 - OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados para esse estudo foram obtidos por meio dos questionários (Anexo 1) que foram distribuídos pelos ACS, diretamente aos moradores da sua área de atuação dentro das Unidades Básicas de Saúde do município de Ouro Preto. Os

profissionais, conhecendo o número de indivíduos em cada família na sua área de atuação, repassaram um número de fichas para que todos preenchessem. As famílias foram esclarecidas sobre o trabalho. Os questionários apresentavam-se dentro de envelopes que continham a identificação da família de acordo com o bairro onde residiam. Após uma semana os ACS passaram nas residências para recolher os questionários preenchidos.

Antes do desenvolvimento do trabalho os ACS foram treinados quanto aos objetivos do projeto e os procedimentos padronizados para coleta de dados e instrução dos participantes.

4.4 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Consistiu em um questionário padronizado (Anexo 1), testado em um estudo piloto com 1% da população estimada. Este possui informações de fácil compreensão e as informações estão inseridas em sete blocos de perguntas temáticas como descrito a seguir:

1. Identificação
2. Estado Vacinal
3. Agravos e doenças
4. Saúde Bucal
5. Utilização de Medicamentos
6. Outras informações
7. Avaliação dos serviços de saúde de Ouro Preto

O bloco de informações quanto à utilização de medicamentos, continha questões específicas sobre o tema: identificar os medicamentos que os participantes relataram consumir, a forma de utilização como contínua ou esporádica, a posologia, a dose unitária, a via de administração e a forma de obtenção dos medicamentos (SUS, compra, através de terceiros e outras formas).

Para este trabalho foram utilizadas as informações existentes no bloco de Identificação e algumas informações dos blocos Agravos e Doenças e Utilização de Medicamentos (Doenças Crônicas e Hábitos).

4.5 - ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

4.5.1 - CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS

As questões foram codificadas diretamente no questionário, a partir dos quais foram feitas as digitações em banco de dados padronizado preparado no software Access.

A codificação dos medicamentos utilizados auto-referidos foi feita por meio da classificação ATC, que é um sistema de classificação de medicamentos, criado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos, recomendado pelo *Drug Utilization Research Group (DRUG)* da OMS para a realização de Estudos de Utilização de Medicamentos. Esse sistema é continuamente revisado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos sob a coordenação do Centro Colaborativo para Metodologia sobre Estatística de Medicamentos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000).

Para este trabalho foi utilizada a classificação ATC mais recente, o ATC Index 2009, disponibilizada na página online da Organização Mundial de Saúde na seção do Centro Colaborativo para Metodologia sobre Estatística de Medicamentos (http://www.whocc.no/atcdd).

4.5.2 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Os sujeitos foram estratificados quanto ao gênero (feminino ou masculino), faixa etária, escolaridade e ocupação.

A idade foi divididas em quatro grupos:

- de 0 a 12 anos, correspondendo às crianças;
- de 13 a 19 anos, correspondendo aos adolescentes;
- de 20 a 39 anos, correspondendo aos adultos jovens;

- de 40 – 59 anos, correspondendo aos adultos;
- 60 anos ou mais, correspondendo aos idosos.

A escolaridade foi classificada com alta, média e baixa:

- Alta: relaciona-se aos participantes que possuem ensino superior ou médio completos;
- Média: relaciona-se aos participantes que possuem ensino médio completo ou fundamental incompletos;
- Baixa: relaciona-se aos participantes que possuem o ensino fundamental incompleto ou não são alfabetizados.

Para as crianças (0 – 12 anos) foi investigado apenas se estas freqüentavam ou não as escolas.

O questionário aplicado não permitiu a categorização de classes sociais conforme a proposta clássica de Barros (1986) para estudos de perfis epidemiológicos, onde a população é dividida de acordo com a chamada “Posição na Ocupação” em assalariados, autônomos, os fora da população economicamente ativa (PEA) e Empregadores. No entanto, foram divididos nos seguintes grupos para facilitar a análise e discussão:

- Empregados;
- Donas de casa;
- Aposentados e Pensionistas;
- Estudantes;
- Desempregados;
- Autônomos.

Dados geográficos também foram avaliados, sendo o setor censitário a unidade geográfica empregada. No questionário essa identificação encontra-se no item chamado identificação da família. A partir deste dado então existiu a possibilidade de determinar o consumo por bairro e a unidade geográfica utilizada

foi a regionalização de acordo com a atuação do Programa de Agentes Comunitários (PAC's).

4.5.3 - DOENÇAS E AGRAVOS

Nesse bloco de análise, as variáveis verificadas foram quanto à presença ou ausência de algum tipo de Doença Crônica e Hábitos não saudáveis

4.5.4 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para estabelecer os critérios de inclusão e exclusão foi necessário identificar os psicofármacos anteriormente.

Neste trabalho os psicofármacos foram considerados como aqueles que têm como indicação terapêutica principal a ação no sistema nervoso central de acordo com a classificação ATC e que possuem relação direta com tratamentos de nosologias do rol do Programa Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A partir de então os medicamentos foram classificados em quatro grandes grupos:

1. **N03: Antiepilépticos**
    - Antiepilépticos
2. **N04: Anti-parkinsonianos**
    - Agentes anticolinérgicos
    - Agentes dopaminérgicos
3. **N05: Psicolépticos**
    - Antipsicóticos
    - Ansiolíticos
    - Hipnóticos e sedativos

4. **N06: Psicoanalépticos**

- Antidepressivos
- Psicoestimulantes, agentes usados para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAHI) e nootrópicos;
- Psicolépticos e psicoanalépticos em combinação;
- Medicamentos anti-demência

A partir de então, o principal critério de inclusão deste trabalho foi estabelecido: selecionar os questionários que possuíam o relato de pelo menos um medicamento psicofármaco.

Neste trabalho, o clonazepam (CLZ) - que pela ATC é classificado como N03 - foi classificado com os derivados benzodiazepínicos utilizados como ansiolíticos no grupo N05.

Os dados referentes à posologia, dose e via de administração não foram incluídos na análise, pois não estavam satisfatórios devido a dificuldades operacionais (baixa confiabilidade).

4.5.5 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS

O presente trabalho assume que os medicamentos referidos foram consumidos.

O consumo de medicamentos foi determinado quantitativamente além da forma de utilização, se contínua e esporádica.

Para os psicofármacos, objetos de estudo deste trabalho, foram avaliados o número e os fármacos utilizados, além da forma de utilização, se contínua ou esporádica, e a forma de obtenção dos medicamentos. Também foram analisadas as variáveis sócio-demográficas e sobre doenças e agravos nas diferentes classes de medicamentos estabelecidas pelos critérios de inclusão e exclusão. Além disso,

associações foram realizadas entre as mesmas variáveis e os cinco medicamentos mais consumidos.

4.6- PROCESSAMENTO DOS DADOS

As informações contidas nos questionários foram digitadas em banco de dados, elaborado a partir do programa Microsoft Office Access e posteriormente exportados para o Microsoft Excel para agrupamento, determinação e correção de erros de digitação, padronização e realização da codificação ATC.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e o Spss 15.0.

Foi realizada análise estatística descritiva das características sócio-demográficas, das doenças e agravos da população do estudo e dos consumidores de psicofármacos, além da descrição da utilização desses medicamentos.

As comparações de proporções entre o consumo de psicofármacos e as características sócio-demográficas foram realizadas utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), com intervalo de confiança de 95%.

4.7 – OUTRAS CONSIDERAÇÕES

O projeto “Geoprocessamento em saúde de Ouro Preto” foi criado a partir de convênio de vínculo operacional de prestação de serviço (n^o 00247) firmado entre a Universidade Federal de Ouro Preto e a Prefeitura Municipal de Ouro Preto (PMOP), a fim de georreferencias as informações da “Ficha A” rotineiramente coletadas pela Secretaria MunicipaL de Saúde e regularmente encaminha ao Ministério da Saúde. Esse convênio por sua vez foi motivado pelos resultados obtidos anteriormente pelo projeto “Corações de Ouro Preto” e está aprovado com o número de cadastro 2001/26.

O Laboratório de Epidemiologia da Escola de Farmácia a partir do convênio firmadado entre a UFOP e PMOP, juntamente com a SMS-OP, reorganizaram a “Ficha A” em dois formulários de modo a incluir as variáveis geodésicas e as

informações do domícilio. Os questionários foram distriuídos às famílias da cidade e posteriormente recolhidas pelos ACS dentro das suas áreas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município (Anexo 1). garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. As respostas aos questionários foram de livre e espontânea vontade dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Inquéritos de base populacional são capazes de identificar grupos e demandas prioritárias que podem evitar gastos desnecessários e desperdício de investimento público, pois permitem avaliar o padrão de utilização dos serviços de saúde e as dificuldades relacionadas ao acesso. A partir de então é possível estabelecer a qualidade dos serviços prestados, além de permitir que novas estratégias sejam traçadas atendendo os elementos essenciais detectados problemáticos (CESAR & TANAKA, 1996).

A Tabela 5.1 apresenta a descrição das características sócio-demográficas referidas.

Foram coletadas informações de 24.169 habitantes existindo representação de todos os extratos econômicos da cidade, além de incluir usuários tanto do sistema público de saúde quanto do privado. Duas regiões não foram georreferenciadas: Centro e o bairro Bauxita. O Centro é uma região basicamente comercial e tanto ela como a Bauxita não possuíam na época do inquérito, uma estruturação do Programa de Agentes Comunitários (PACS). No entanto a comparação dos dados demográficos do estudo com aqueles do censo do ano 2000, confirma que os dados são representativos da zona urbana da cidade de Ouro Preto. De todas as formas, a perda operacional ocorrida parece não ter prejudicado o trabalho.

Destes 53,27% (n=12.874) corresponderam ao gênero feminino, 46,3% (n=11.202) ao masculino e 0,4% (n=93) não possuíam informação.

A média de idade geral foi de 31,81 anos e mediana de 29 anos. Segundo o gênero, a média de idade para homens foi de 30,1 anos e para as mulheres de 33,3 anos.

A freqüência à escola foi de 66,13%, a principal faixa de escolaridade foi à baixa 30,58% e 45,57% dos sujeitos declararam possuir algum vínculo empregatício.

Tabela 5.1: Características sócio-demográficas referidas pela população investigada, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Gênero		
Feminino	12874	53,3
Masculino	11202	46,3
IND[(1)]	93	< 0,4
Faixa etária		
0 – 12	4842	20,0
13 – 19	3009	12,4
20 – 39	7712	31,9
40 – 59	5783	23,9
≥ 60	2570	10,6
IND[(1)]	253	1,0
Freqüência à escola (0 – 12 anos)		
Sim	1430	5,9
Não	3217	13,3
NA	18780	77,7
IND[(1)]	742	3,1
Escolaridade		
Baixa	7391	30,6
Média	4520	18,7
Alta	5836	24,1
NA	4687	19,4
IND[(1)]	1735	7,2
Ocupação		
Vínculo empregatício	11014	45,6
Donas de casa	2384	9,9
Aposentados e Pensionistas	321	1,3
Estudantes	6007	24,8
Desempregados	358	1,5
Autônomos	317	1,3
NA[(2)]	1021	4,2
IND[(1)]	2747	11,4

[(1)] Dados indefinidos/sem informação; [(2)] Não se aplica

Em relação à distribuição da população residente na zona urbana de Ouro Preto, esta apresentou a seguinte distribuição geográfica (Tabela 5.2). PAC 12 foi a região onde mais pessoas foram investigadas.

Tabela 5.2: Distribuição da população investigada, segundo PAC's, Ouro Preto, 2006.

Bairro/ Setor Censitário/ PAC	N = 24169	%
10	403	1,7
11	8117	33,6
12	5592	23,1
13	72	0,3
14	4642	19,2
15	3899	16,1
16	1336	5,5
IND[(1)]	106	0,4

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

5.2 - DOENÇAS E AGRAVOS

O questionário permitiu aos sujeitos indicarem a presença de doenças e/ou agravos. A freqüência destes dados está demonstrada na Tabela 5.3, segundo o agrupamento: doença crônica e/ou hábitos (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo).

Tabela 5.3: Freqüência dos casos de doenças e agravos referidos pela população investigada, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Presença de Doenças Crônicas		
Sim	5332	22,1
Não	4472	18,5
IND[(1)]	14365	59,4
Presença de algum hábito não saudável		
Sim	7497	31,0
Não	5112	21,1
IND[(1)]	11560	47,8

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

5.3 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Do total de questionários, cerca de um quinto (n=5.272; 21,8%) declararam fazer uso de pelo menos uma especialidade, independente da classe farmacológica, totalizando 8920 medicamentos, com relação de 1,7 medicamentos por pessoa. O consumo de medicamentos referido, segundo gênero, foi de 64% (n=3.373) para as

mulheres e de 36% (n=1.899) para os homens. A principal forma de utilização foi à contínua em 55,8% (4.975) dos casos (Tabela 5.4).

Tabela 5.4: Consumo de medicamentos referidos, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Sim	5272	21,8
Não	14754	61,0
IND[(1)]	4143	17,1
Consumo por gênero		
Feminino	3373	64,0
Masculino	1899	36,0
Número de medicamentos consumidos = 8920		
Forma de utilização		
Contínua	4975	55,8
Contínua e Esporádica	1824	20,4
Esporádica	2121	23,8

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

Bertoldi *et al.* (2004), Arrais *et al.* (2005), Pelicioni (2005) encontraram um número médio de especialidades consumidas semelhantes ao deste estudo (1,5, 1,9 e 1,7 respectivamente). Quando comparados a grupos específicos como no caso dos idosos, este valor é maior, como demonstrado por Flores & Mengue (2005), Pereira *et al.* (2008) e Flores & Benvegnú (2008) (3,2, 4,9 e 2,8 respectivamente). As mulheres como as maiores utilizadoras aparecem na grande maioria de trabalhos sobre consumo de medicamentos (SIMÕES & FARACHE FILHO, 1988; VILARINO *et al*., 1998; BERTOLDI *et al.*,2004; LOYOLA FILHO *et al., 2002;* ROZENFELD, 2003; ARRAIS *et al.*, 2005; CARVALHO *et al.*, 2005), assim como o uso contínuo de medicamentos (VILARINO *et al*., 1998; COLOMBO *et al*., 2004; DEWULF *et al*., 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2008; GONÇALVES *et al*., 2008).

5.4- CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Quanto aos psicofármacos - objeto de investigação do presente estudo – foi detectado uma prevalência de consumo de 4,2% (n=1.012). Foram totalizados 1.562 psicofármacos, que foram classificados como antiepilépticos, antiparkinsonianos e psicolépticos. A prevalência de consumo neste estudo foi inferior as encontradas por alguns autores: Abreu *et al*., (2000) 10% em Belo Horizonte, Cabrita *et al*., (2001)

8% em Lisboa, Rodrigues *et al.,* (2006) encontraram no sul do Brasil 9,9% e Grinshpoon *et al.*, (2007) em Israel 6,8% nas amostras investigadas. Os resultados obtidos por Almeida *et al.,* (1994) no Rio de Janeiro (5,20%) e Ohayon & Lader, (2002) em países europeus (6,4%) estiveram mais próximos do encontrados. Este fato pode demonstrar que características individuais da população de Ouro Preto, e de outros locais, podem estar associadas ao consumo desta classe de medicamentos.

Foi identificado que a maioria dos sujeitos que referiu utilizar ao menos um psicofármaco (n=763; 75,4%) era do gênero feminino (Gráfico 1). A faixa etária que mais utiliza esses medicamentos é aquela compreendida entre 40 e 59 anos (35,6%) (Gráfico 2). Mulheres adultas como maiores consumidoras também foram observadas por Mari *et al*. (1993), Almeida *et al.* (1994), Magrini *et al*. (1996), Abreu *et al*. (2000), Flores e Mengue (2005), Loyola-Filho *et al.* (2006), Rodrigues *et al.* (2006), Grinshpoon *et al.*(2007), Souza (2007) e Lima *et al.* (2008b).

A análise dos questionários permitiu identificar que a maioria dos respondentes referiu possuir um nível menor de ensino (58,60%) (Gráfico 3), apontou possuir vínculo empregatício (44,9%) (Gráfico 4) e referiu apresentar algum tipo de doença crônica (70,7%) (Gráfico 5). Perfis semelhantes também foram encontrados para a presença de doenças crônicas e escolaridade por Almeida *et al.* (1994), Rodrigues *et al.* (2006), Souza (2007) e Lima *et al*. (2008b). Em relação à ocupação Grinshpoon *et al.* (2007), Souza (2007) Lima *et al*. (2008b) encontraram que os maiores utilizadores de psicofármacos possuem algum tipo de vínculo empregatício.

Por outro lado, a análise dos questionários mostrou que somente a minoria dos respondentes identificou possuir “Hábitos” (28%), considerados perniciosos. Os praticantes de hábitos não saudáveis (sedentarismo, alcoolismo e tabagimo) não foram grandes consumidores de medicamentos (Gráfico 6).

A relação entre a utilização de psicofármacos e os hábitos de tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas não é muito descrita. Não foram encontrados trabalhos que tratassem do consumo de psicofármacos de forma geral e que relacionassem o consumo destes com sedentarismo, alcoolismo e tabagismo.

Rodrigues *et al.* (2006) identificou que os não fumantes consomem mais psicofármacos que os fumantes. Garcias *et al*. (2008) avaliando separadamente as 3

variáveis encontrou que o consumo de álcool e/ou tabaco e o sedentarismo não foi relatado pelos usuários de antidepressivos. John *et al.* (2007) propuseram determinar a prevalência de utilização de hipnóticos, ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e opióides e associar seu uso aos hábitos dos entrevistados. A prevalência de utilização foi de 3,8%, no entanto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre fumar, ingerir álcool e a utilização desses medicamentos, apesar da literatura descrever os riscos de fumar e beber juntamente com a utilização de psicofármacos (ROTHMAN & KELLER, 1972; CASTELLSAGUE *et al.*, 2004). Levanta-se a seguinte questão: as pessoas realmente admitem que praticam os considerados hábitos não saudáveis?

Entre todos os medicamentos referidos como consumidos, 17,5% foram classificados como psicofármacos. Nos últimos anos alguns autores identificaram consumo semelhante em trabalhos populacionais: Loyola-Filho *et al*. (2005) 25,5%, Pereira *et al*. (2008) 23,1%, Teixeira *et al.* (2008) 22%, Ribeiro *et al.* (2008) 21,5%. Mostrando que Ouro Preto enquadra-se no perfil de diversos locais/ populações.

O subgrupo terapêutico mais freqüente foi dos psicolépticos, correspondendo a 49,1% (n=767) medicamentos (Tabela 5.5), assim como no Brasil e em diversos países como, Estados Unidos, Finlândia, Espanha, Inglaterra, Israel (FRANCES *et al*. 1998; CHEN *et al*., 2001; LINJAKUMPU *et al*., 2002; LOYOLA FILHO *et al*.; 2005, REDONDO-SENDINO *et al.*, 2006; GRINSHPOON *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2008; SIHVO *et al*., 2008; LIMA *et al*., 2008b; PEREIRA *et al*., 2008). Neste subgrupo encontram-se os antipsicóticos, os ansiolíticos, os hipnóticos e sedativos.

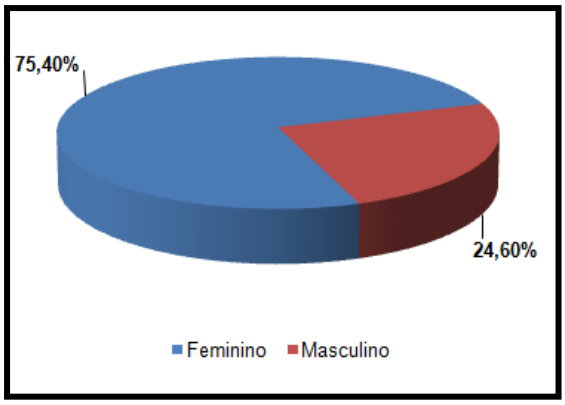

Gráfico 1: Consumo de psicofármacos referidos por gênero, Ouro Preto, 2006.

IND = Dados indefinidos/sem informação

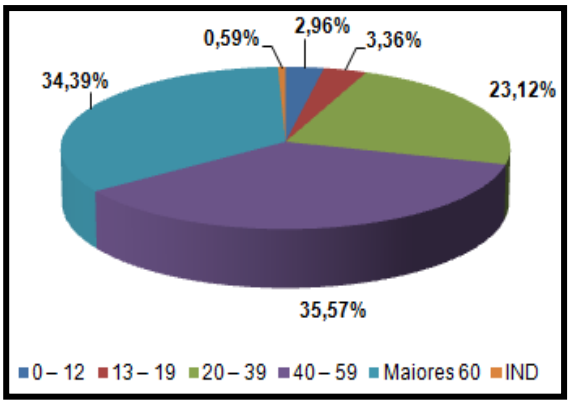

Gráfico 2: Consumo de psicofármacos referidos por faixa etária, Ouro Preto, 2006

IND = Dados indefinidos/sem informação

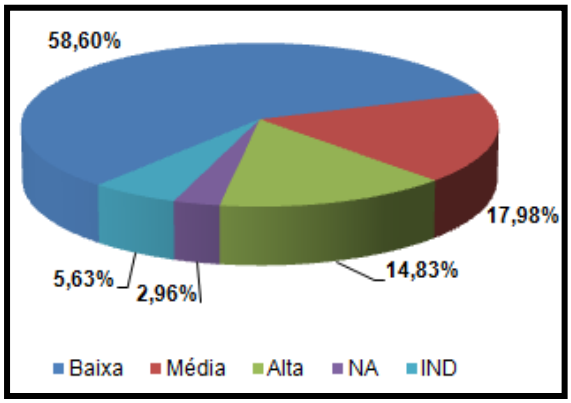

Gráfico 3: Consumo de psicofármacos referidos por escolaridade, Ouro Preto, 2006.

IND = Dados indefinidos/sem informação

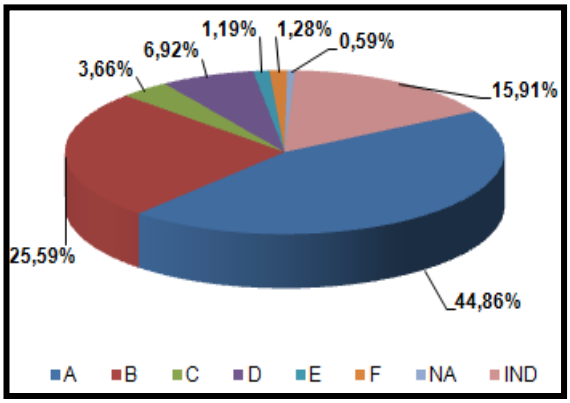

Gráfico 4: Consumo de psicofármacos referidos por ocupação, Ouro Preto, 2006.

A: Vínculo empregatício; B: Donas de casa; C: Aposentados e pensionistas; D: Estudantes; E: Desempregados; F: Autônomos; NA: Não se aplica; IND: Dados indefinidos/sem informação

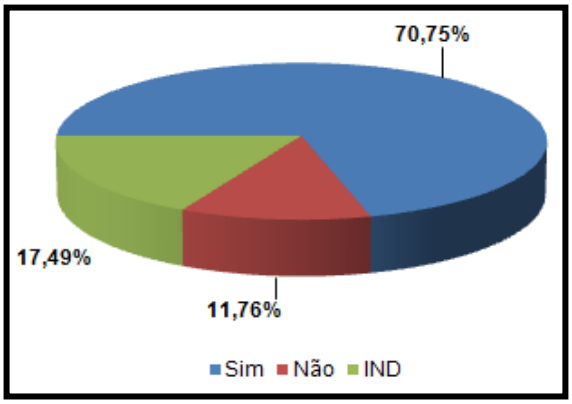

Gráfico 5: Consumo de psicofármacos referidos pela presença de doença crônica, Ouro Preto 2006. Ouro Preto, 2006.

IND= Dados indefinidos/sem informação

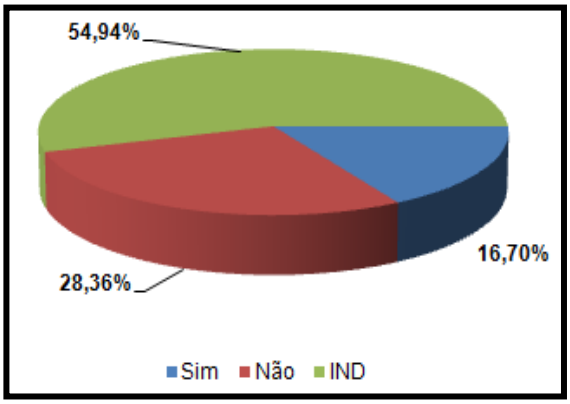

Gráfico 6: Consumo de psicofármacos referidos segundo hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.

IND= Dados indefinidos/sem informação

Tabela 5.5: Distribuição da freqüência dos psicofármacos referidos segundo grupo terapêutico, forma de utilização e forma de obtenção, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 1562	%
Subgrupo terapêutico		
Antiepilépticos	213	13,8
Antiparkinsonianos	39	2,5
Psicolépticos [(2)]	767	49,1
Psicoanalépticos	540	34,6
Forma de utilização		
Contínua	1522	97,4
Esporádica	35	2,2
SI [(1)]	5	0,3
Forma de obtenção		
SUS	963	61,6
Compra	404	25,9
SI [(1)]	195	12,5

[(1)] Dados sem informação; [(2)] CLZ (N03), Derivado Benzodiazepínico considerado juntamente com os Derivados Benzodiazepínicos Ansiolíticos (N05).

A principal forma de utilização relatadas pelos entrevistados foi a contínua (97,4%) como normalmente ocorre com esses medicamentos (ALMEIDA *et al.*, 1994; FERREIRA, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2007). A principal forma de obtenção foi pelo SUS (61,65%). O número predominante de sujeitos que adquirem seus medicamentos na farmácia do SUS indica uma ampla cobertura de acesso aos medicamentos proporcionado pela PMOP, assim como uma possível facilidade de obtenção de medicamentos por pessoas de menor renda, atendendo os objetivos da Política Nacional de Medicamentos (SPS, 2000). A obtenção de psicofármacos através do SUS ainda foi bem menor que o acesso descrito, em 2006, por Bertoldi no sul do Brasil, aonde esta chegou a 80%, porém muito superior ao que foi encontrado por Rodrigues *et al*. (2008) (11%). No entanto, esta forma de obtenção de medicamentos aumentou mais de nove vezes quando comparado aos resultados obtidos por Almeida *et al*. (1994), onde os sujeitos obtinham apenas em 6,5% medicamentos em farmácias de hospitais e postos públicos de saúde (Tabela 5.5).

Realizando a distribuição de psicofármacos por PAC's obteu-se a tabela 5.6 e a região que mais utilizou essas substâncias foi a 12.

Tabela 5.6: Consumo de psicofármacos referidos pela população investigada, segundo PAC's, Ouro Preto, 2006.

PAC	n = 1012	%
10	17	1,7
11	289	28,6
12	296	29,2
13	0	0
14	170	16,8
15	207	20,4
16	33	3,3

5.4.1 - PSICOFÁRMACOS MAIS CONSUMIDOS

O fármaco mais consumido foi o psicoléptico Diazepam (DZP) (ansiolítico), com 19,91% dos usuários de psicofármacos tendo relatado sua utilização. O psicoanaléptico Amitriptilina (AMT) (antidepressivo) foi referenciado em 11,97% dos questionários (Gráfico 7).

O DZP aparece como o medicamento mais consumido entre os psicofármacos, assim como em diversos estudos (ALMEIDA *et al.*,1994; SEBASTIÃO & PELÁ, 2004; Dal PIZZOL *et al.*, 2006; GOLDING & ASHTON, 2006; RAYÓN *et al.*, 1997; QUIGLEY *et al.,* 2006; RIBEIRO *et al*., 2007). Este fato pode estar associado à presença deste fármaco nas relações de medicamentos essenciais e fazer parte da lista de medicamentos do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde (PMOP, 2006; BRASIL, 2004).

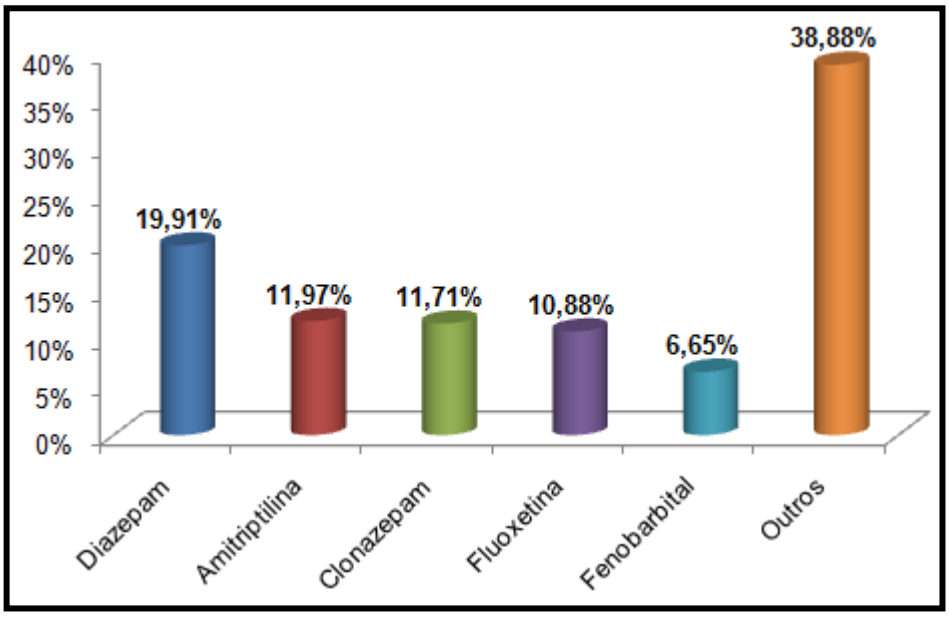

Gráfico 7: Psicofármacos referidos mais consumidos, Ouro Preto 2006.

Entre os outros fármacos mais consumidos apenas a FLX não faz parte das listas de medicamentos essenciais. No entanto, algumas prefeituras, realizam a distribuição deste medicamento através de recursos municipais. Este fato ocorre devido à grande demanda, ou seja, número elevado de prescrições de novos antidepressivos, especificamente os ISRS. Esta, em alguns lugares, já superando a de AMT (ANDRADE *et al*., 2004; KADUSEVICIUS *et. al*, 2006).

Os dados apontam que 1.012 pessoas consumiram 1.562 especialidades diferentes de psicofármacos (Gráfico 8). Portanto o número predominante de especialidades consumidas é de apenas um medicamento, especificamente pertencente ao subgrupo terapêutico dos psicoanalépticos (Tabela 5.7).

Tabela 5.7: Distribuição do número de psicofármacos referidos segundo subgrupo terapêutico, Ouro Preto, 2006.

Número de psicofármacos	N03	N04	N05	N06	Total	%
1	352	39	464	491	1346	91,88
2	31	-	25	-	56	7,37
3	1	-	1	-	2	0,68
4	1	-	-	-	1	0,07

N03: Antiepiléticos; N04: Antiparkinsonianos; N05: Psicolépticos; N06: Psicoanalépticos

Rodrigues *et al.* (2006) encontraram resultados semelhantes a este estudo; em relação a utilização de 2 psicofármacos este autores encontraram uma taxa de 7,2% de utilização. O uso concomitante especificamente de psicolépticos foi descrito por Grinshpoon *et al.* (2007) e Firmino (2008); este subgrupo farmacológico também foi o mais utilizado concomitantemente pela população de Ouro Preto. Este caso deve ser considerado já que são grandes as possibilidades de ocorrências de reações adversas pela utilização de psicofármacos (PEPE & CASTRO, 2000).

Juntamente com estes dados é importante comentar sobre a associação dos psicofármacos com outras classes terapêuticas, apesar de não fazer parte dos objetivos deste trabalho. Ribeiro *et al.* (2008) observaram que os indivíduos hipertensos usaram mais psicofármacos do que aqueles não hipertensos. Este fato pode ser objeto de estudos futuros, já que a prevalência da hipertensão arterial na cidade de Ouro Preto é elevada. Ferreira (2004) e Melo Neto (2006) encontraram valores em torno de 48,4% para esta enfermidade.

A utilização concomitante de quaisquer medicamentos deve ser sempre avaliada e observada a relação benefício/risco, já que a prática da politerapia está relacionada ocorrências de mais internações onerando tanto os indivíduos como o sistema de saúde (BALLERINI *et al.*, 2007).

5.4.2 - CONSUMO DE ANTIEPILÉPTICOS – N03

Do total de participantes 0,9% (n=213) declararam fazer uso de pelo menos um medicamento antiepiléptico, num total de 216 medicamentos, resultando numa relação de 1,0 medicamentos por pessoa. Almeida *et al.* (1994) encontram uma prevalência de 5,7%, enquanto Lima *et al*. (2008b) de 1,1%, bem semelhante ao observado em Ouro Preto. Sebastião & Pelá (2004), analisando prescrições ambulatoriais em Ribeirão Preto, identificaram que estes fármacos são os segundos mais prescritos.

As mulheres relataram consumir 62,69% (n=126) e os homens por 37,3% (n=75). A faixa etária que mais consome essas especialidades foi a de 60 anos ou mais (Tabela 5.8). Avaliando o consumo entre os portadores de algum tipo de doença crônica, 67,6% faziam uso de pelo menos um antiepiléptico (Tabela 5.9). Perfil semelhante foi observado por Pinelli *et al*. (2005) e Abosolo-Osinaga *et al*. (2008) e estes relacionaram a presença de doenças crônicas, como a epilepsia, nesta faixa etária à utilização deste subgrupo terapêutico.

O consumo mais acentuado ocorreu por pessoas que possuem algum tipo de emprego e a escolaridade alta. No caso da prática de hábitos não saudáveis, esses não mostram consumo consideráveis, como descritos por Almeida *et al.* 1994 (Tabela 5.9).

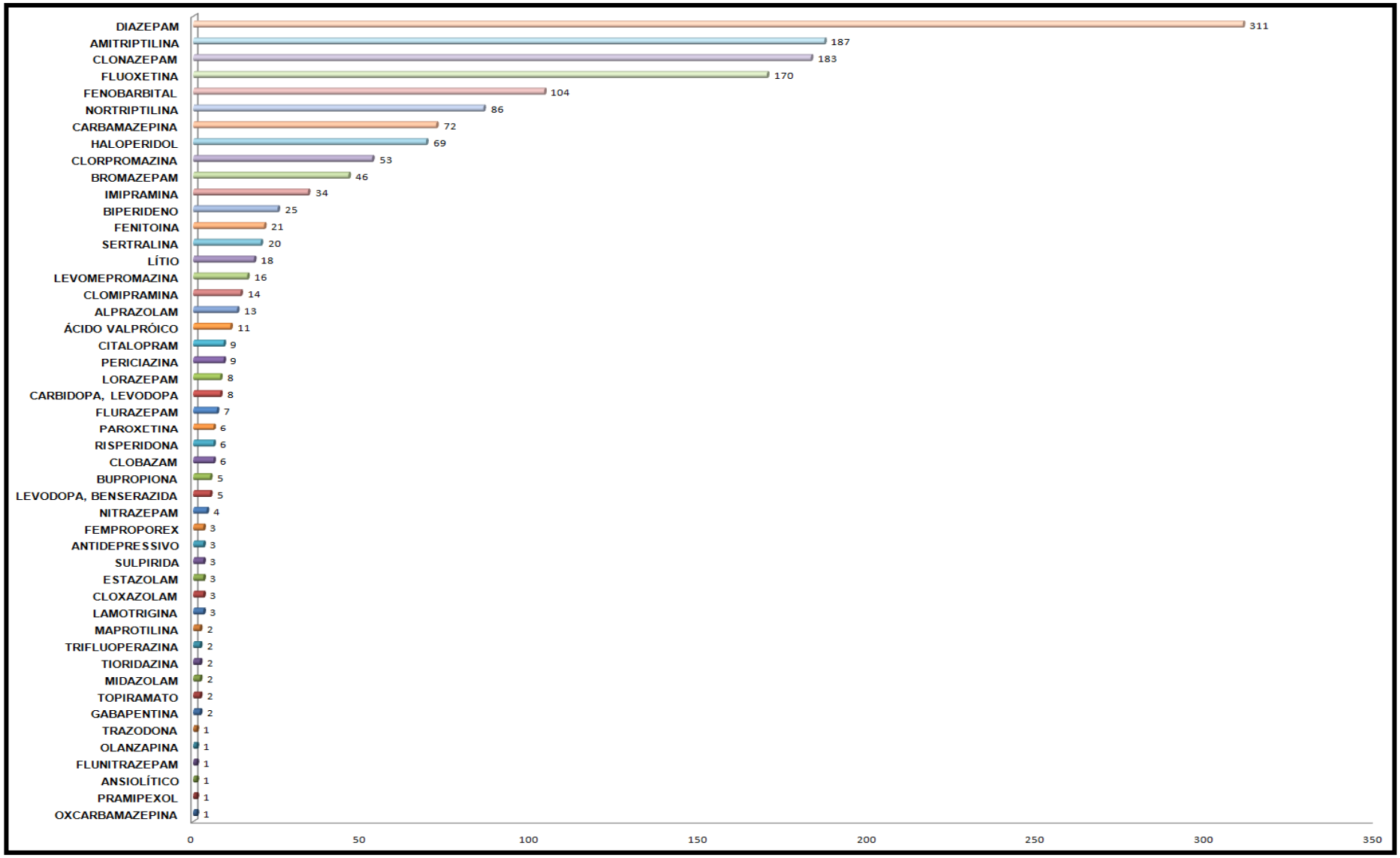

Gráfico 8:Freqüência absoluta de todos os psicofármacos referidos, Ouro Preto, 2006.

Tabela 5.8: Consumo de antiepilépticos referidos segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Sim	213	0,9
Não	18856	78,0
IND[(1)]	5097	21,1
Consumo por gênero		
Feminino	126	62,7
Masculino	75	37,3
Faixa etária		
0 – 12	15	7,0
13 – 19	17	8,0
20 – 39	57	26,8
40 – 59	59	27,7
≥ 60	64	30,0
IND[(1)]	1	0,5
Escolaridade		
Baixa	17	8,0
Média	37	17,4
Alta	131	61,5
NA	15	7,0
IND[(1)]	13	6,1
Ocupação		
Vínculo empregatício	68	31,9
Donas de casa	51	23,9
Aposentados e Pensionistas	7	3,3
Estudantes	25	11,7
Desempregados	2	0,9
Autônomos	1	0,5
Não se aplica	3	1,4
IND[(1)]	56	26,3

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

Tabela 5.9: Consumo de antiepilépticos referidos por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 213	%
Presença de Doenças Crônicas		
Sim	144	67,6
Não	31	14,5
IND[(1)]	38	17,8
Presença de algum hábito não saudável		
Sim	58	27,2
Não	61	28,6
IND[(1)]	94	44,1

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

A utilização de antiepilépticos em relação à de psicofármacos foi de 13,8% menor, sendo estes pertencentes ao subgrupo farmacológico dos antiepilépticos (Tabela 5.10), e a principal forma de utilização foi à contínua (99,5%) de especialidades obtidas pelos SUS (80,1%).

Tabela 5.10: Consumo de antiepilépticos referidos de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 216	%
Subgrupo farmacológico		
Antiepilépticos	216	100,00
Forma de utilização		
Contínua	215	99,53
Esporádica	1	0,47
Forma de obtenção		
SUS	173	80,10
Compra	38	17,59
IND[(1)]	5	2,31

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

Os antiepilépticos mais consumidos em Ouro Preto foram os mesmos encontrados por Noronha *et al*. (2004) e Abosolo-Osinaga *et al*. (2008). A obtenção desses medicamentos é predominante pelo SUS já que a PMOP disponibiliza vários medicamentos deste subgrupo: Ácido Valpróico, Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital (FNB), Haloperidol (PMOP,2006).

É importante ressaltar no Brasil a relação dessa classe de fármacos, principalmente os barbituratos (classe a qual o FNB pertence), sua potencial utilização como drogas de abuso (FERIGOLO *et al.*, 2004; DAL PIZZOL *et al.*, 2006; MARDEGAN *et al*., 2007; SENGIK & SCORTEGAGNA, 2008;), além da grande utilização nas tentativas de suicídios com esses medicamentos, que em 2004 foi de 14% em Goiás (RIOS *et al.*, 2005).

O Gráfico 9 descreve os antiepilépticos consumidos:

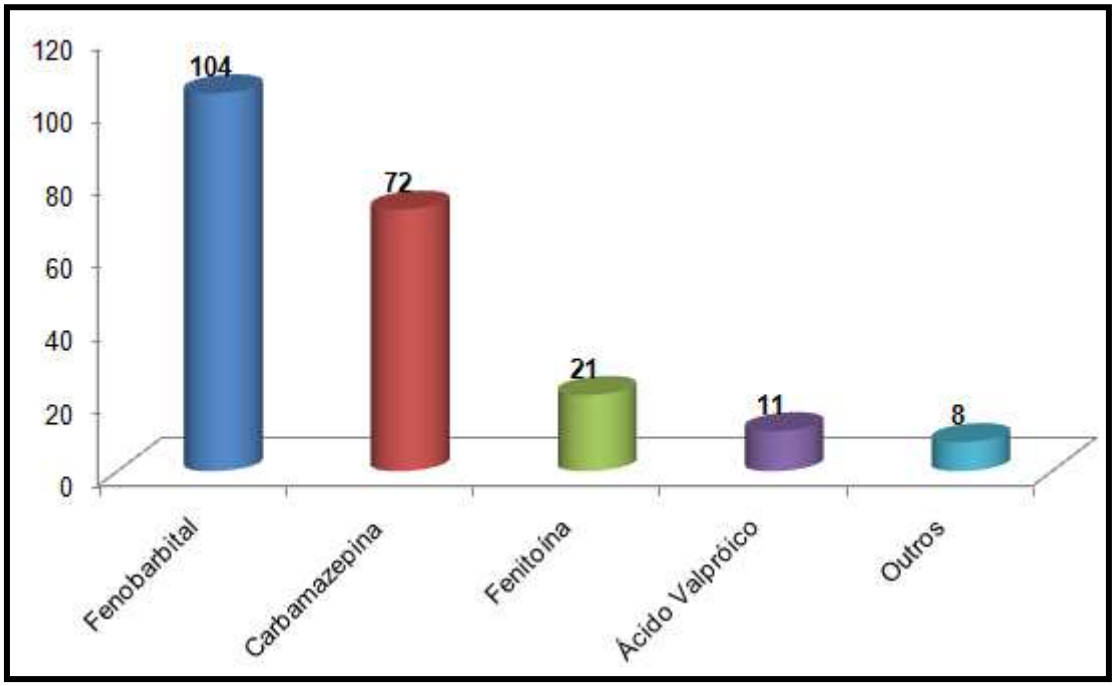

Gráfico 9: Antiepilépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.
.

5.4.3 - CONSUMO DE ANTIPARKINSONIANOS – N04

Do total de participantes deste inquérito 0,2% (n=39) declararam utilizar pelo menos um medicamento antiparkinsoniano, num total de 39 especialidades, e neste caso a relação pessoa/ medicamento foi de 1,0. Sanz & Ruedas (1995) encontraram prevalência de 1,6% em na Espanha, enquanto Gama *et al.* (1998) 0,5%.

A principal indicação terapêutica destes medicamentos é a doença de Parkinson. Essa, pois prevalência de 3,3% no Brasil na faixa etária acima dos 60 anos. Por isso, já se era esperando uma baixa utilização destes fármacos (BARBOSA *et al.*, 2006).

As mulheres disseram consumir 58,9% (n=23) e os homens 41% (n=16). Indivíduos da faixa etária maior de 60 anos, assim como observado por Sanz & Ruedas (1995), e aqueles de baixa escolaridade e as donas de casa, foram os que mais consumiram esta classe medicamentosa (Tabela 5.11).

Tabela 5.11: Consumo de antiparkinsonianos referidos, segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Sim	39	0,2
Não	19033	78,7
IND[(1)]	5097	21,1
Consumo por gênero		
Feminino	23	59,0
Masculino	16	41,0
Faixa etária		
0 – 12	0	0,0
13 – 19	1	2,6
20 – 39	10	25,6
40 – 59	14	35,9
≥ 60	14	35,9
IND[(1)]	0	0,0
Escolaridade		
Baixa	27	69,2
Média	5	12,8
Alta	5	12,8
NA	0	0,0
IND[(1)]	2	5,1
Ocupação		
Vínculo empregatício	13	33,3
Donas de casa	17	43,6
Aposentados e Pensionistas	3	7,7
Estudantes	0	0,0
Desempregados	0	0,0
Autônomos	0	0,00
Não se aplica	0	0,00
IND[(1)]	6	15,38

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

Avaliando o consumo entre os que relataram possuir algum tipo de doença crônica este foi de 61,5%, este fato pode ser devido tanto a presença de da doença de Parkinson, como também estes medicamentos serem utilizados para tratar efeitos extrapiramidais que surgem com a utilização de outros medicamentos (FREDERICO e*t al.*, 2008). No caso da prática de hábitos não saudáveis esses não mostram consumo consideráveis como descritos na Tabela 5.12.

Tabela 5.12: Consumo de antiparkinsonianos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 39	%
Presença de Doenças Crônicas		
Sim	24	61,54
Não	5	12,82
IND[(1)]	10	25,64
Presença de algum hábito não saudável		
Sim	15	38,46
Não	11	28,21
IND[(1)]	13	33,33

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

A utilização de antiparkinsonianos em relação à de psicofármacos foi de 2,5%, sendo estes pertencentes aos subgrupos farmacológicos dos anticolinérgicos e dopaminérgicos. A principal forma de utilização foi à contínua (94,9%) de especialidades obtidas pelos SUS (71,8%) (Tabela 5.13). Sendo a doença de Parkinson uma doença crônica neurodegenerativa (BARBOSA *et al.*, 2006), o consumo de medicamentos que controlam esta patologia deve ser contínuo, assim como observado neste levantamento.

Tabela 5.13: Consumo de antiparkinsonianos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 39	%
Subgrupo farmacológico		
Agentes anticolinérgicos	25	64,1
Agentes dopaminérgicos	14	35,9
Forma de utilização		
Contínua	37	94,9
Esporádica	2	5,1
Forma de obtenção		
SUS	28	71,8
Compra	3	7,7
IND[(1)]	8	20,5

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

Diferente do encontrado no estudo conduzido por Sanz & Ruedas (1995), onde o fármaco mais consumido foi a associação de Carbidopa e Levodopa, em Ouro Preto foi o agente anticolinérgico Biperideno. Este fato deve-se principalmente ao Biperideno fazer parte da relação de medicamentos essenciais do município, (ao contrário da Carbidopa-Levodopa), pois quase 75% dos usuários destes medicamentos os adquirem no SUS (PMOP, 2006). O Gráfico 10 descreve os Antiparkinsonianos consumidos.

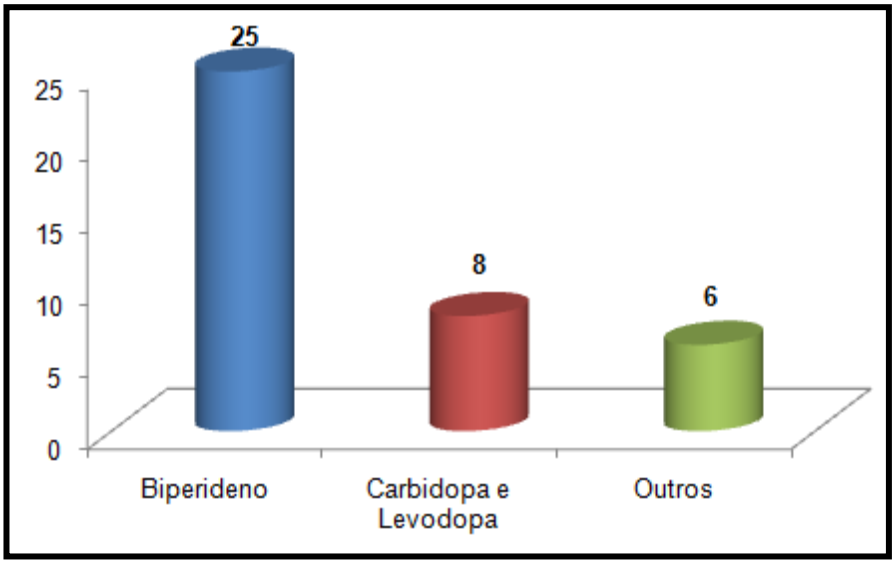

Gráfico 10: Antiparkinsonianos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.

5.4.4 - CONSUMO DE PSICOLÉPTICOS – N05

Os psicolépticos foram o subgrupo terapêutico mais consumido entre os participantes e esse resultado é devido à contribuição dos benzodiazepínicos (BDZ), que fazem parte do subgrupo farmacológico dos ansiolíticos (n=566; 73,8%).

Segundo a classificação ATC (WHO, 2009b) os derivados benzodiazepínicos podem ser utilizados como antiepilépticos (N03), (especificamente o CLZ) e como ansiolíticos (N05). No entanto, estes foram empregados na prática médica na década de 60, após avaliações clínicas para uso como ansiolíticos e hipnóticos (TOBIN & LEWIS, 1960; SWARTZ *et al*., 1991; SHADER & GREENBLATT, 1993; NORMAN *et al*., 1998; BERNIK, 1999). A demonstração da utilização desses fármacos para o tratamento da epilepsia foi relatada também nos anos 60 (BANG *et al.*, 1976; TASSINARI *et al.*, 1998). No Brasil o CLZ na função de antiepiléptico aparece como segunda alternativa terapêutica principalmente devido a tolerância e sonolência que causa (LI, *et al*., 2007 e BETTING & GUERREIRO, 2008)

Entre os entrevistados, 2,9% (705) relataram utilizar pelo menos um, num total de 767 especialidades, e neste caso a relação pessoa/medicamento foi de 1,1. O consumo dos psicolépticos foi responsável por 49,1% do consumo dos psicofármacos. Nos trabalhos sobre consumo de medicamentos os

psicolépticos na grande maioria das vezes aparecem como os mais consumidos (MOSEGUI *et al*., 1999; FALCÃO *et al*., 2007; GRINSHPOON *et al.*, 2007). Almeida *et al.* (1994) encontraram resultados de 85,3% e Rodrigues *et al.* (2006) 52,1%.

As mulheres neste grupo também são as maiores consumidoras (Tabela 5.14), responsáveis por 75,9% (n=535) desse consumo e os homens por 24,1% (n=170), assim como tradicionalmente observado (FRANCES & MILLER, 1998; LOYOLA-FILHO *et al*., 2005; SILVA *et al*., 2005; RODRIGUES *et al*., 2006; FALCÃO *et al*., 2007). Especula-se que as mulheres percebem melhor as doenças e conseqüentemente procuram mais aos médicos, além de resistirem menos aos tratamentos e seguirem mais as prescrições (SILVA *et al*., 2005). Segundo Falcão *et al*. (2007), Rodrigues *et al.* (2006) e Ribeiro *et al*. (2008) a faixa etária que mais consome essas especialidades é entre 40 e 59 anos, assim como observado em Ouro Preto (Tabela 5.14).

Existe um consumo também elevado por idosos (34,7%). No Canadá aparecem como os fármacos mais utilizados na população acima de 65 anos. Na França, a prevalência é de 7,5% para a população maior de 18 anos; além disso, 11,5% desses franceses não reconhecem essas substâncias como medicamentos e sim como “drogas para ansiedade, estresse, dormir ou relaxar” (LAGNAOUI *et al.*, 2004; MANDANI *et al*., 2005). No Japão, em pacientes com distúrbios neuróticos relacionados com estresse e transtornos somatoformes, o consumo de BDZ e outros ansiolíticos foi de aproximadamente em 70% distribuídos em faixas etárias (UCHIDA *et al.*, 2009). É amplamente conhecido que esses medicamentos devem ser prescritos com muita cautela devido aos consideráveis efeitos colaterais que promovem, como dependência, alterações cognitivas e quedas (CHAMIMOWICZ *et al*., 2000; PASSARO *et al*., 2000; LAGNOAOUI *et al*., 2004; LOYOLA-FILHO *et al*., 2006; NURMI LUTHJE *et al.*, 2006; COOK *et al*., 2007; RIBEIRO *et al*., 2008).

Além disso, pessoas de baixa escolaridade foram os maiores consumidores semelhante ao verificado por alguns autores (ALMEIDA *et al*., 1994; LOYOLA FILHO *et al*., 2005; LOYOLA-FILHO *et al*.,

2006). Assim como àquelas com vínculo empregatício, diferente do encontrado por Arrais *et al*. (2005) que encontrou uma maior utilização pela população não inserida no mercado de trabalho. Para esta classe de fármacos, o representativo uso pelas donas de casa foi semelhante ao demonstrado por Herrera *et al*., (2005), onde 33% delas consumiram algum psicoléptico. Este fato foi atribuído a longa permanência e as atividades do ambiente doméstico, além de problemas familiares, como responsabilidade sobre a educação dos filhos, gestão do lar e menor poder no casamento (ARRAIS *et al*., 2005; RABASQUINHO & PEREIRA, 2007) (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 Consumo de psicolépticos referidos, segundo variáveis sócio demográficas, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169 [2]	%
Sim	705	2,9
Não	18365	76,0
IND[1]	5097	21,1
Consumo por gênero		
Feminino	535	75,9
Masculino	170	24,1
Faixa etária		
0 – 12	12	1,7
13 – 19	19	2,7
20 – 39	153	21,7
40 – 59	271	38,4
≥ 60	245	34,7
IND[1]	5	0,7
Escolaridade		
Baixa	444	63,0
Média	124	17,6
Alta	88	12,5
NA	12	1,7
IND[1]	37	5,2
Ocupação		
Vínculo empregatício	303	43,0
Donas de casa	199	28,2
Aposentados e Pensionistas	29	4,1
Estudantes	38	5,4
Desempregados	8	1,1
Autônomos	10	1,4
Não se aplica	3	0,4
IND[1]	115	16,3

[1] Dados indefinidos/sem informação; [2] CLZ (N03) Derivado Benzodiazepínico considerados juntamente com os Derivados benzodiazepínicos Ansiolíticos (N05).

Avaliando a utilização entre os que relataram possuir algum tipo de doença crônica, este foi de 75,5% e não necessariamente com o diagnóstico de transtorno mental como observado em diversas local (AGUIAR *et al*., 2008; VOSGERAU *et al*., 2008). Para prática de hábitos não saudáveis, resultados semelhantes, foram observados por Rodrigues *et al*. (2006), John *et al*. (2007), Garcias *et al*. (2008), ou seja, participantes que não possuem hábitos saudáveis declararam utilizar algum psicoléptico. No entanto, como mostrado na Tabela 5.15, a grande maioria dos sujeitos não responderam esta questão.

Tabela 5.15: Consumo de psciolépticos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 705	%
Presença de Doenças Crônicas		
Sim	532	75,5
Não	56	7,9
IND(1)	117	16,6
Presença de algum hábito não saudável		
Sim	252	35,7
Não	159	22,5
IND(1)	294	41,7

(1) Dados indefinidos/sem informação

Os psicolépticos consumidos pertencem aos subgrupo farmacológico dos ansiolíticos (Tabela 5.16). É estimado que de 11 a 15% da população adulta utilize pelo menos um destes fármacos (LONGO *et al*., 2001; HUF *et al*., 2000; SILVA *et al*., 2005). Dessa forma, os ansiolíticos foram o subgrupo farmacológico mais expressivamente consumido de acordo com a literatura (FRANCES & MILLER, 1998; GRINSHPOON *et al.*, 2007; PEREIRA *et al.,* 2004). Os resultados sobre o consumo de antipsicóticos e hipnóticos e sedativos nos trabalhos sobre consumo de medicamentos são variáveis. Rodrigues *et al.* (2006) detectaram uma utilização de 4% de antipsicóticos, já para Grinshpoon *et al.* (2007) estes foram os medicamentos menos utilizados (0,5%). No caso de pacientes institucionalizados, com diagnóstico de doença mental, Hung & Cheung (2008) encontraram que foram prescritos antipsicóticos para 90% dos pacientes internados e no caso de pacientes não-internados 37,6%. Para os hipnóticos e sedativos do estudo realizado por Grinshpoon *et al*., (2007), esses medicamentos foram o segundo grupo mais consumido dos psicofármacos. Assim como observado por

Flores & Benvegnú (2008). Em Ouro Preto estes corresponderam a apenas 5,3%.

A principal forma de utilização (Tabela 5.16) foi à contínua (97,3%), como demonstrado na grande maioria das vezes pelos estudos de utilização de medicamentos. Porém essa prática é sempre muito questionada devido aos riscos de dependência e tolerância (FRANCES & MILLER, 1998; PATIÑO *et al.*, 2005; RODRIGUES *et al*., 2006; FALCÃO *et al*., 2007; RIBEIRO *et al*., 2008, PATIÑO *et al.*, 2008). Além de serem obtidas no SUS já que muito destas especialidades fazem parte das listas de medicamentos essenciais do município (PMOP, 2006). Semelhante a maior parte dos estudos com BDZ o DZP destaca-se entre os medicamentos mais utilizados (WOODS *et al*., 1992).

Tabela 5.16: Consumo de psicolépticos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 767	%
Subgrupo farmacológico		
Antipsicóticos	184	24,0
Ansiolíticos	566	73,8
Hipnóticos e sedativos	17	2,2
Forma de utilização		
Contínua	746	97,3
Esporádica	18	2,4
IND(1)	3	0,3
Forma de obtenção		
SUS	504	65,7
Compra	165	21,5
IND(1)	98	12,8

(1) Dados indefinidos/sem informação; (2) CLZ (N03) Derivado Benzodiazepínico considerados juntamente com os Derivados benzodiazepínicos Ansiolíticos (N05).

O Gráfico 11 descreve os psicolépticos mais consumidos

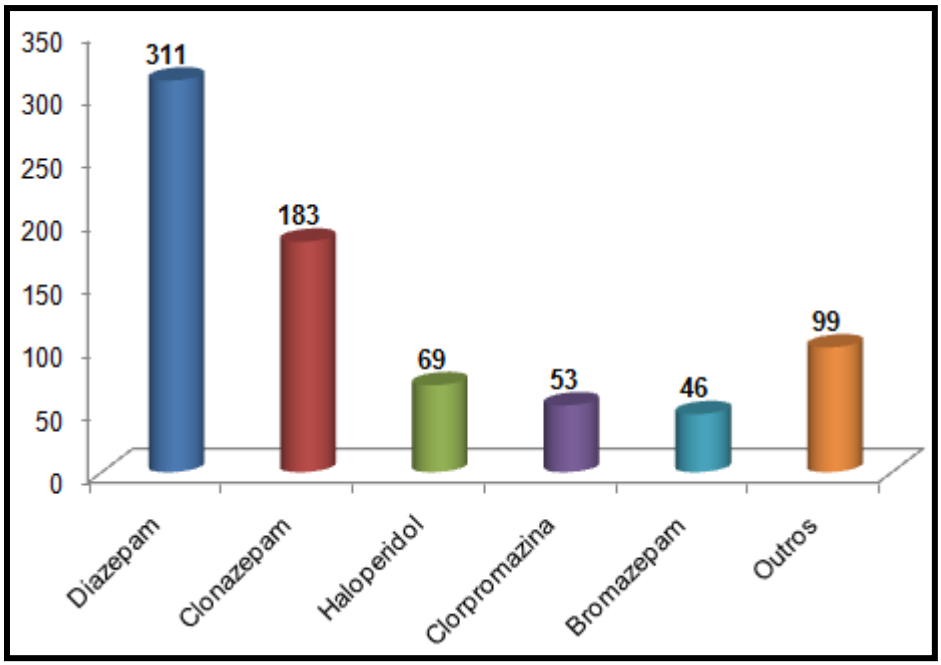

Gráfico 11: Psicolépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006.

5.4.5 - CONSUMO DE PSICOANALÉPTICOS – N06

Do total de entrevistados 2,1% (517) declararam fazer uso de pelo menos um medicamento psicoanaléptico, num total de 540 medicamentos, resultando numa relação de 1,04 medicamentos por pessoa. Foi o segundo subgrupo terapêutico mais consumido, assim com em diversos estudos (SOUZA, 2007; FALCÃO *et al*., 2007; RODRIGUES *et al.,* 2006; RIBEIRO *et al*., 2008; LIMA *et al*., 2008b).

As mulheres relataram utilizar 81,2% (420) e os homens por 18,8% (97). A faixa etária que mais usa essas especialidades foi a de 40 a 59 anos. Esse perfil foi encontrado também por Falcão *et al*. (2007), Camacho *et al*. (2006), Hildebrandt *et al*. (2006); Rodrigues *et al*. (2006); Hansen *et al*. (2007), Martin *et al*. (2007), Garcias *et al.* (2008), Ribeiro *et al*. (2008), Sihvo *et al*. (2008). O consumo mais acentuado ocorreu por pessoas que possuem algum tipo de emprego e a escolaridade mais baixa (Tabela 5.17).

Tabela 5.17: Consumo de psicoanalépticos referidos, segundo variáveis sócio-demográficas, Ouro Preto, 2006.

Característica	N = 24169	%
Sim	517	2,1
Não	18555	76,8
IND(1)	5097	21,1
Consumo por gênero		
Feminino	420	81,2
Masculino	97	18,8
Faixa etária		
0 – 12	14	2,7
13 – 19	14	2,7
20 – 39	144	27,8
40 – 59	206	39,8
≥ 60	137	26,5
IND(1)	2	0,4
Escolaridade		
Baixa	268	51,8
Média	96	18,6
Alta	111	21,6
NA	14	2,7
IND(1)	28	5,4
Ocupação		
Vínculo empregatício	249	48,2
Donas de casa	152	29,4
Aposentados e Pensionistas	17	3,3
Estudantes	36	7,0
Desempregados	8	1,5
Autônomos	11	2,1
Não se aplica	3	0,6
IND(1)	41	7,9

(1) Dados indefinidos/sem informação

Avaliando o consumo entre os portadores de algum tipo de doença crônica, 73,1% realizam uso de pelo menos um psicoanaléptico (Tabela 5.18). Para Sihvo *et al*. (2008) as maiores usuárias foram mulheres e que apresentavam constantemente doenças crônicas, além disso, a maioria dos consumidores de antidepressivos relataram possuir diagnóstico de alguma desordem médica, sendo que 35% possuíam ansiedade ou transtorno depressivo, fato semelhante foi descrito por Ribeiro *et al*. (2008). Os sujeitos que referiram praticar algum hábito pernicioso também são consumidores de psicofármacos como descritos na Tabela 5.18, no entanto, existiu muita ausência de respostas para essa variável.

Tabela 5.18: Consumo de psicoanalépticos referidos, por doença crônica e hábitos não saudáveis, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 517	%
Presença de Doenças Crônicas		
Sim	378	73,1
Não	53	10,2
IND[(1)]	86	16,6
Presença de algum hábito não saudável		
Sim	201	38,9
Não	115	22,2
IND[(1)]	201	38,9

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

A utilização de psicoanalépticos em relação à de psicofármacos foi de 34,6%, sendo estes pertencentes aos subgrupos farmacológicos dos psicoestimulantes e psicolépticos e psicoanalépticos em combinação. O subgrupo farmacológico mais consumido foram os antidepressivos (99,1%). Dentro desse subgrupo terapêutico os antidepressivos se destacam na maioria das vezes (RODRIGUES *et al*., 2006; LIMA *et al*., 2008b); em alguns casos os psicolépticos e os psicoanalépticos apareceram como os menos utilizados (GRINSHPOON *et al*., 2007). As indicações terapêuticas dos psicoanalépticos, mais especificamente os antidepressivos, subgrupo farmacológico mais utilizados (Tabela 5.19), incluem depressão, insônia, dor crônica, como a dor neuropática, tensão muscular, enxaqueca, fibromialgia e profilaxia de cefaléia (LÄÄKETIETOKESKUS, 2007); sendo este grande número de indicações o principal responsável pelo elevado consumo. HENRIKSSON *et al.* (2003) mostraram que as indicações mais comuns para uso antidepressivo foram depressão (45 - 66%), ansiedade (14-17%), dor (3-14%) e distúrbios do sono (5-9%).

A principal forma de utilização foi à contínua (97,%) com encontrado por FALCÃO et al. (2007) de especialidades obtidas pelo SUS (47,8%) (Tabela 5.19).

Tabela 5.19: Consumo de psicoanalépticos referidos, de acordo com o subgrupo farmacológico e formas de utilização e obtenção, Ouro Preto, 2006.

Característica	n = 540	%
Subgrupo farmacológico		
Psicoestimulantes (Antidepressivos)	535	99,1
Psicolépticos e psicoanalépticos em combinação	5	0,9
Medicamentos anti-demência	0	0
Forma de utilização		
Contínua	524	97,0
Esporádica	14	2,6
IND[(1)]	2	0,4
Forma de obtenção		
SUS	258	47,8
Compra	198	36,7
IND[(1)]	84	15,6

[(1)] Dados indefinidos/sem informação

No levantamento de Kadusevicius *et al.* (2006) os psicoanalépticos mais consumidos foram AMT e Sertralina, diferente do observado em Ouro Preto. Kadusevicius *et al.* (2006) observaram a utilização de antidepressivos ao longo de 3 anos e detectaram que o consumo de ADTs diminuiu. Em contraste a utilização de ISRS aumentou quase 30%. Este fato refletiu em aumento em quase 10% nos gastos com medicamentos. Os ISRS são medicamentos mais caros e assim, não eram dispensados pelo sistema de saúde municipal no ano do estudo, mesmo assim aparecem entre os referidos como medicamentos mais utilizados. O Gráfico 12 descreve os psicoanalépticos consumidos.

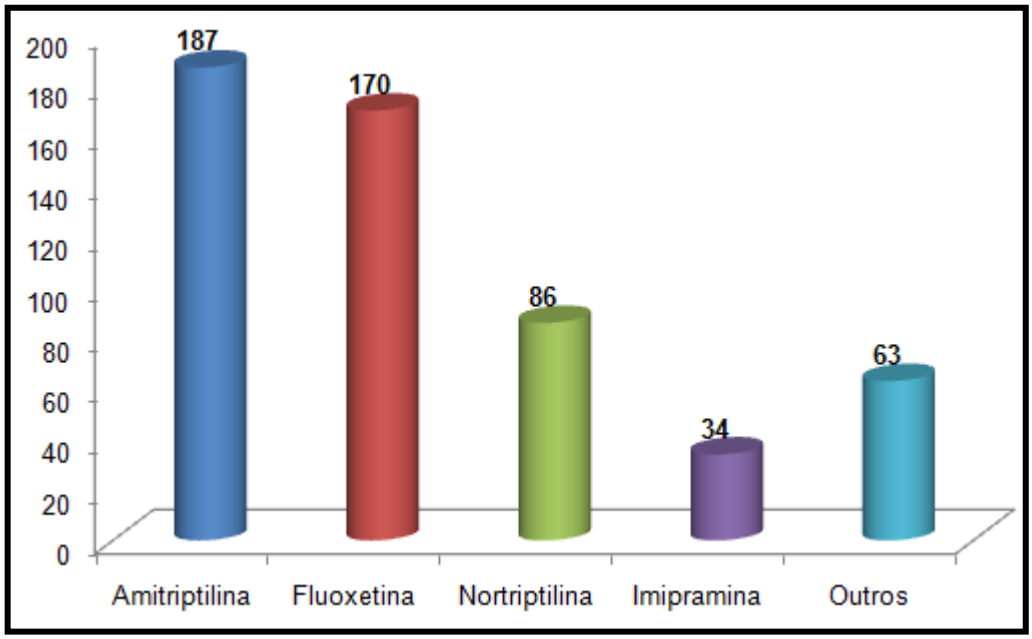

Gráfico 12: Psicoanalépticos referidos, mais consumidos, Ouro Preto, 2006

5.5 - ASSOCIAÇÕES DE CONSUMO

Após identificar os medicamentos mais referidos, foram estabelecidas associações entre o consumo de psicofármacos e as diversas variáveis, além da associação destas com os 5 medicamentos mais utilizados (DZP, AMT, CLZ, FLX e FNB) e as diversas variáveis, buscando encontrar os fatores determinantes do consumo destes medicamentos (Tabela 5.20).

5.5.1 – PSICOFÁRMACOS

A utilização de psicofármacos foi associada a todas as variáveis descritas: gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, presença de doença crônica e existência de hábitos não-saudáveis. Em todos os casos as relações foram consideradas estatisticamente significativas ($p<0,05$) quando comparadas entre si como pode ser observado na Tabela 5.20. A associação entre o consumo de psicofármacos com o gênero feminino pode estar relacionada ao fato de que as mulheres possuem maior auto-cuidado e preocupação com a própria saúde e assim utilizam com mais freqüência os serviços de saúde (MADUREIRA *et al*., 1989; MENDOZA SASSI & BÉRIA, 2001). Da mesma forma a percepção médica está associada ao gênero como percebido por Rodrigues *et al.* (2006).

A associação com faixa etária ocorreu para os adultos. No entanto, a literatura demonstra que quanto maior a idade, maior o risco dos indivíduos utilizarem algum psicofármaco, e estes também se associaram com a baixa escolaridade. (ALMEIDA *et al*., 1994; LIMA *et al*., 2008b). O aumento no consumo de psicofármacos com a idade relacionou-se com o surgimento de problemas de saúde, sendo muitas vezes utilizados como coadjuvantes de outros medicamentos para tratamento de diversas patologias (ALMEIDA *et al.*, 1994).

A associação entre uso de medicamentos psicoativos por portadores de algum tipo de doença crônica é demonstrada por estudos sobre o assunto (LOYOLA-FILHO *et al*., 2005; PEREIRA *et al*., 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2008;

RIBEIRO *et al.*, 2008). No entanto, é importante considerar que a prescrição de psicofármacos é freqüente adjuvante de diversas enfermidades como a hipertensão arterial, como observado em um estudo multicêntrico de Neutel *et al*. (2002), onde concluiu-se que "sujeitos que possuem alguma doença orgânica crônica, possui maior probabilidade de receber uma prescrição de psicofarmáco, por realizarem com maior freqüência visitas aos médicos".

Quanto aos hábitos, não foram encontradas associações entre práticas perniciosas e o consumo de psicofármacos, assim como observado por ALMEIDA *et al.* (1994) que não observaram associação entre o tabagismo e o consumo destes fármacos, e como por John *et al.* (2007) que não encontraram, associações estatisticamente significativas entre fumar, ingerir álcool e a utilização hipnóticos, ansiolíticos e sedativos, apesar da literatura descrever os riscos de fumar e beber juntamente com a utilização de psicofármacos (ROTHMAN & KELLER, 1972; CASTELLSAGUE *et al.*, 2004).

Portanto, os resultados obtidos com a população de Ouro Preto sobre o consumo de psicofármacos, sugerem que este está associado ao gênero feminino, à faixa etária de 40 – 59 anos, à baixa escolaridade e ao fato de ter vínculo empregatício. Também parece contribuir para a utilização de

Tabela 5.20: Associação entre o consumo dos 5 psicofármacos mais referidos e as variáveis sócio-demográficas, presença de doenças e hábitos não-saudáveis, Ouro Preto, 2006.

Variáveis	N	Psicofármacos (1)		Diazepam (1)		Amitriptilina (1)		Clonazepam (1)		Fluoxetina (1)		Fenobarbital (1)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero													
Feminino	12874	763	75,39	251	80,70	152	81,28	141	77,05	142	83,53	66	62,86
Masculino	11202	249	24,61	60	19,30	35	18,72	42	22,95	28	16,47	39	37,14
Total	24076	1012	100,00	311	100,00	187	100,00	183	100,00	170	100,00	105	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0689	
Faixa etária													
0-12	4842	30	2,98	3	0,97	4	2,14	3	1,65	4	2,37	11	10,58
13-19	3009	34	3,38	2	0,65	2	1,07	4	2,20	4	2,37	10	9,61
20-39	7712	234	23,27	51	16,50	56	29,95	41	22,53	53	31,35	25	24,05
40-59	5783	360	35,78	138	44,66	84	44,92	69	37,91	73	43,20	23	22,11
60 ou mais	2570	348	34,59	115	37,22	41	21,92	65	35,71	35	20,71	35	33,65
Total	23916	1006	100,00	309	100,00	187	100,00	182	100,00	169	100,00	104	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
Escolaridade													
Baixa	7301	593	62,09	233	78,19	4	6,35	95	54,60	71	43,29	62	63,92
Média	4520	182	19,06	42	14,09	38	60,32	41	23,56	30	18,30	15	15,46
Alta	4687	150	15,71	20	6,71	17	26,98	35	20,12	59	35,97	9	9,28
NA	1735	30	3,14	3	1,01	4	6,35	3	1,72	4	2,44	11	11,34
Total	19327	955	100,00	298	100,00	63	100,00	174	100,00	164	100,00	97	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	

Continuação

Variáveis		Psicofármacos (1)		Diazepam (1)		Amitriptilina (1)		Clonazepam (1)		Fluoxetina (1)		Fenobarbital (1)	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocupação													
Vínculo empregatício	11014	454	53,35	145	54,71	99	57,56	73	47,71	78	48,75	42	50,60
Donas de Casa	2384	259	30,43	95	35,85	53	30,81	61	39,87	53	33,12	21	25,30
Aposentados e Pensionistas	321	37	4,35	12	4,53	9	5,23	7	4,57	1	0,62	1	1,20
Estudantes	6007	70	8,22	4	1,51	5	2,91	12	7,85	20	12,50	14	16,87
Desempregados	358	12	1,41	5	1,89	5	2,91	0	0	1	0,63	2	2,42
Autônomos	317	13	1,53	3	1,13	1	0,58	0	0	6	3,75	0	0
NA(3)	1021	6	0,71	1	0,38	0	0	0	0	1	0,63	3	3,61
Total	21442	851	100,00	265	100,00	172	100,00	153	100,00	160	100,00	83	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
Doença crônica													
Sim	5332	716	85,75	244	93,13	138	90,20	144	91,14	116	80,00	62	72,94
Não	4472	119	14,25	18	6,87	15	9,80	14	8,86	29	20,00	23	27,06
Total	9804	835	100,00	262	100,00	153	100,00	158	100,00	145	100,00	85	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
Hábitos não saudáveis													
Sim	7497	283	51,27	126	70,00	86	71,10	61	58,10	63	56,25	24	42,86
Não	5112	269	48,73	54	30,00	35	28,90	44	41,90	49	43,75	32	57,14
Total	1209	552	100,00	180	100,00	121	100,00	105	100,00	112	100,00	56	100,00
Valor p(2)		0,0000		0,0001		0,0008		0,6595		0,9523		0,0475	

(1) Dados sem informação foram excluídos da análise; (2) χ^2 de Pearson; (3) Não se aplica

psicofármacos a presença de doenças crônicas e paradoxalmente, a não referência a prática de hábitos perniciosos.

5.5.2 - OS ANSIOLÍTICOS/ BENZODIAZEPÍNICOS: DIAZEPAM E CLONAZEPAM

O DZP foi o psicofármaco mais referido (19,1%). Este é um derivado benzodiazepínico pertencente ao subgrupo farmacológico dos ansiolíticos, dentro dos psicoanalépticos (WHO, 2009b).

O CLZ foi o terceiro psicofármaco de consumo declarado (11,7%). Este é um derivado benzodiazepínico pertencente ao subgrupo farmacológico dos antiepilépticos, segundo WHO (2009b). Como justificado na metodologia, neste trabalho o CLZ foi considerado como pertencente ao subgrupo farmacológico dos ansiolíticos juntamente com os outros derivados benzodiazepínicos. Pela classificação ATC um mesmo princípio ativo pode ter mais de um código dependendo do sistema anatômico onde irá atuar, de sua ação farmacológica e se está associado a outros princípios ativos. Ou seja, pela classificação ATC os fármacos são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que eles atuam e suas características químicas, farmacológicas e terapêuticas. Assim, um determinado fármaco poderia ter um ou mais códigos, dependendo de sua atuação em um ou outros sistemas ou da indicação principal. Por exemplo: um antibiótico de uso dermatológico teria um código ATC diferente do mesmo antibiótico que fosse utilizado por via sistêmica. Por meio deste sistema de códigos, diversos tipos de pesquisas farmacoepidemiológicas observacionais podem ser realizadas (RONNING *et al.*, 2000; SKETRIS *et al.*, 2004).

Para os dois principais fármacos BDZ referidos as relações foram consideradas estatisticamente significativas ($p<0,05$) quando comparadas entre si, exceto a associação entre o CLZ e hábitos não saudáveis ($p=0,6595$) (Tabela 5.20).

De acordo com as associações estabelecidas, o consumo de CLZ está associado ao gênero feminino, na faixa etária de 40 – 59 anos, de escolaridade baixa, com vínculo empregatício e apresentando algum tipo de doença crônica.

Há relação entre o gênero feminino na fase adulta e a ocorrência de distúrbio severos do sono (MELLINGER *et al*., 1985; ALMEIDA *et al*., 1994), justificando a

existência da associação com o gênero e faixa etária para o consumo de DZP e CLZ. Falcão *et al*. (2007) encontroram associação com esta mesma faixa etária e gênero. A relação com a baixa escolaridade também é sempre citada nesse tipo de estudo (RODRIGUES *et al*., 2006; MARIN *et al*., 2008; MENDONÇA *et al*., 2008).

Quanto à ocupação, a associação existente entre possuir vínculo empregatício e a utilização destes fármacos não é confirmada por alguns autores. Andrews *et al*. (2001), Melo-Filho (2002), Arrais *et al*. (2005), Del Pozo *et al* 2004), Ludermir, (2000) e Firmino (2008) destacam que pacientes não inseridos no mercado de trabalho possuem maiores chances de desenvolverem transtornos mentais, e ainda, que o trabalho remunerado é um fator positivo para manter a mente sã. No caso de Ouro Preto, o estresse originado pelas condições e tipos de trabalho podem estar ocasionando este maior consumo, como sugerido por Mastroianni *et al.* (2008). Porém, esse trabalho não permitiu identificar quais são estas condições e tipos de trabalho.

Maranhão (2005); Rodrigues *et al*. (2006); Marin *et al*. (2008); Mendonça *et al.* (2008) destacaram a relação da utilização de DZP e CLZ com doenças crônicas; no entanto, para a prática de hábitos não saudáveis não foram encontrados trabalhos que relacionassem especificamente com a utilização destes medicamentos, assim como para Ouro Preto.

A diferença de utilização destes fármacos (DZP o mais utilizado e CLZ o terceiro) deve-se ao fato que o DZP faz parte da REMUME de Ouro Preto, enquanto o CLZ não. No entanto, o CLZ possui baixo custo e é facilmente adquirido em farmácias e drogarias (SILVA *et al*., 2005).

5.5.3 - Os Antidepressivos: Amitriptilina e Fluoxetina

A AMT foi o segundo psicofármaco mais consumido de acordo com a auto-referência da população questionada (12%). Este é um psicoanaléptico, inibidor não seletivo da recaptação de monoaminas (ADT) pertencente ao subgrupo farmacológico dos antidepressivos (WHO, 2009b).

A FLX foi o quarto psicofármaco mais consumido de acordo com a declaração participantes (10,9%). Este é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina

pertencente ao subgrupo farmacológico dos antidepressivos (ISRS), dentro dos psicoanalépticos (WHO, 2009b).

Para a AMT todas as relações foram consideradas estatisticamente significativas ($p<0,05$) quando comparadas entre si, enquanto que para a FLX apenas a prática de hábitos não saudáveis não obedeceu essa associação (Tabela 5.20).

De acordo com as associações estabelecidas, o consumo de AMT e FLX está associado ao gênero feminino, na faixa etária de 40–59 anos, com vínculo empregatício e com presença de doença crônica.

A escolaridade mostrou-se diferentemente associada ao consumo destes fármacos. Para a AMT a escolaridade foi considerada média e para a FLX baixa.

Em relação aos hábitos, o uso de AMT não está associado a prática de hábitos perniciosos, enquanto que para a FLX este fato não foi significativo ($p=9523$).

A associação quanto ao gênero e faixa etária pode ser atribuída a maior prevalência de desordens depressivas e transtornos de ansiedade pelas mulheres adultas, além da maior busca pelos serviços de saúde (HILDEBRANDT *et al*., 2006; KADUSEVICIUS *et al.*, 2006; RODRIGUES *et al*., 2006; HALFIN, 2007; HANSEN *et al*., 2007; GARCIAS *et al.,* 2008). Perfis de escolaridade semelhantes foram encontrados por Camacho *et al*. (2006) e Souza (2007) para AMT, e por Camacho *et al*. (2006) e Martin *et al*. (2007) para a FLX. Souza (2007) associou o consumo de AMT a situações geradoras de grande estresse, que envolvam muita responsabilidade e exigência pessoal e, portanto com uma melhor escolaridade.

Souza (2007) observou associação entre possuir um emprego e a utilização de AMT e FLX. No entanto, este fato não foi encontrado por Garcias *et al.* (2008) onde a maioria dos sujeitos que utilizaram estes fármacos não possuíam vínculo empregatício. Essas diferenças podem existir devido à disponibilidade de empregos nas próprias regiões avaliadas.

Segundo Helmels *et al.,* (2002), Schmitt *et al.* (2005) e Garcias *et al.* (2008) a associação com doenças crônicas pode estar relacionada com o aumento dos casos diagnosticados e/ou com a ampliação das indicações terapêuticas desses fármacos.

Os trabalhos de Duncan *et al*. (2004); Miller *et al*. (2003), Hildebrandt *et al*. (2006), Rodrigues *et al*. (2006), Moreira-Almeida *et al*. (2006) e

Garcias *et al.* (2008) sugerem que pode existir alguma associação entre o consumo destes antidepressivos e a prática de hábitos não saudáveis. Fato esse que foi observado para a AMT, porém não para a FLX. A ausência de hábitos saudáveis pode contribuir a curto e a longo prazo para o desenvolvimento de ansiedade, estresse e depressão moderada (GARCIAS *et al.,* 2008).

O consumo de antidepressivos tem aumentado nos últimos anos, principalmente dos ISRS, que vem substituindo ao longo dos anos os ADT (HANSEN *et al*., 2007; SIHVO *et al.*, 2008). Garcias *et al.* (2008) relataram que os ISRS foram os mais consumidos entre os antidepressivos, fato este não observado em Ouro Preto, provavelmente devido a ausência da FLX na Relação Municipal de Medicamentos Essencias (REMUME) assim como da AMT.

5.5.4 – FENOBARBITAL

O FNB foi o quinto psicofármaco mais consumido de acordo com a declaração dos entrevistados (6,65%). Este é um barbiturato pertencente ao subgrupo farmacológico dos antiepilépticos, (WHO, 2009b). Devido a sua alta utilização, estabelecer os fatores associados a este fato é importante.

Em todos os casos as relações foram consideradas estatisticamente significativas ($p<0,05$) quando comparadas entre si. De acordo com as associações estabelecidas, o consumo de FNB predomina na faixa etária de 20 – 39 anos, de escolaridade baixa e com vínculo empregatício. Também contribui para a sua utilização, a presença de doenças crônicas. A prática de hábitos não saudáveis não apresentou estar associada à utilização de FNB ($p=0,475$), assim como, o gênero ($p=0,689$) (Tabela 5.20).

A principal indicação terapêutica do FNB é a epilepsia. Esta é uma síndrome heterogênea (DUNN & AUSTIN, 2004). Hsieh & Huang (2009) encontraram associação entre o consumo de antiepilépticos, como o FNB, com os indivíduos adultos, independente do gênero (mulheres 0,40% e homens 0,45%) (HSIEH & HUANG, 2008), como observado neste estudo. Além disso, Buelow *et al.* (2003) e Caplan *et al.* (2005) relataram a associação com idade e baixo nível intelectual e ainda com dificuldade de aprendizagem.

Existiu a associação da utilização de FNB com doenças crônicas, isto porque, sendo a maioria dos seus usuários maiores de 60 anos, estes muitas vezes apresentam co-morbidades, semelhante ao observado por Scorza *et al.* (2006). Neste caso, é relatada também a associação do FNB com acidentes com idosos, principalmente quedas, além de grandes possibilidades de interações medicamentosas (SECOLI *et al.,* 2001; HAMRA *et al.,* 2007).

Gallucci-Neto & Marchetti (2005) encontraram associação entre a utilização do antiepiléptico e inserção no mercado de trabalho, isto quando não existe outro transtorno mental associado, pois este fato contribui para o afastamento dos indivíduos de suas atividades. Não foram encontradas associações da utilização de FNB e tabagismo, sedentarismo e alcoolismo, assim como ocorreu com outros medicamentos, no entanto essa associação não foi significativa.

5.6 - QUESTIONAMENTO METODOLÓGICO

A principal limitação deste trabalho foi quanto à população do estudo.

Um dos objetivos traçados inicialmente foi realizar um censo de saúde da população urbana de Ouro Preto. Neste caso, segundo o IBGE (2000), a totalidade dos 38.301 indivíduos residentes no município deveria ter sido avaliada. Este fato não ocorreu (N=24169) devido a perdas operacionais.

O viés de informação pode ter influenciado os resultados desse trabalho, na medida em que os questionários eram preenchidos pelos próprios entrevistados. Portanto, a sub-notificação pode ter influenciado na obtenção das informações, como observado para algumas variáveis com alto grau de não respostas, tais como, doenças crônicas e hábitos

CONCLUSÃO

6 – CONCLUSÃO

Os inquéritos epidemiológicos sobre o consumo de medicamentos são indispensáveis por contribuir com informações para discussões conscientes sobre a problemática que envolve a prescrição, dispensação e orientações que envolvem o uso racional de medicamentos

A prevalência do consumo de psicofármacos em Ouro Preto foi semelhante à encontrada em diversas regiões do Brasil e até mesmo de outros países. A média de especialidades utilizadas também se assemelhou a várias localidades quando comparadas.

Os grupos terapêuticos e medicamentos utilizados pelo ouropretano assemelham-se aos utilizados em diversas localidades, este fato deve-se principalmente as REMUME's terem como modelo uma lista única de medicamentos elaborada a partir de diversos critérios, sendo que um destes são as patologias mais prevalentes no Brasil – a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Em Ouro Preto o principal consumo foi o contínuo, e este para algumas especialidades, é altamente questionável devido à dependência, tolerância e reações adversas.

O perfil do sujeito que consome psicofármacos em Ouro Preto é ser do gênero feminino, na faixa etária de 40 a 59 anos, com baixa escolaridade e possuir vínculo empregatício. Este indivíduo na grande maioria das vezes possui o diagnóstico referido de algum tipo de doença crônica, mas não referem que praticam hábitos que prejudiquem sua saúde.

Este trabalho revelou características significativas do consumo de psicofármacos pelos ouropretanos. A partir deste, são necessários outros trabalhos que detalhem questões relacionadas à dosagem, discriminação do tempo de duração dos tratamentos e principalmente quanto ao acompanhamento do paciente que utiliza este tipo de medicamentos. Desta forma poder-se-á estruturar intervenções sanitárias diretamente relacionadas ao paciente que utiliza medicamentos do rol do Programa de Saúde Mental e assim estimular o uso racional de psicofármacos para garantir a promoção, manutenção e recuperação da saúde da população de Ouro Preto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASOLO-OSINAGA, E. ABECIA-INCHAURREGUI, L.C.; ETXEANDIA-IKOBALTZETA, I.; BURGOS-ALONSO, N.; GARCÍA-DEL POZO, J. Estudio farmacoepidemilógico Del consumo de fármacos antiepilépticos (1992-2004). *Revista de Neurología*, 46 (8), 16-30, 2008.

ABREU, M.H.N.; ACÚRCIO, F.A.; RESENDE, V.L.S. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 7(1),17-23, 2000.

ABREU, P.B.; BOLOGNESIB, G.; ROCHAB, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(I),41-44, 2000.

AGUIAR, P.M.; LYRA JUNIOR, D.P.; SILVA, D.T.; MARQUES, T.C. Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. Rev. *Lat. Am. J. Pharm*. 27 (3), 454-459, 2008.

ALMEIDA, L.; COUTINHO E., PEPE V. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública*, 10(1), 5-16. 1994

ALTIMIRAS, J.; BAUTISTA, J.; PUIGVENTÓS, F. *Farmacoepidemiología y estúdios de utilización de medicamentos*. In: Altimiras, J.; Bautista, J. Farmacia Hospitalaria. cap. 2.9, Madrid: Glaxo; 1999. p. 541.

ALVARENGA, J.M.; LOYOLA-FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev. Bras. Psiquiatria,* 7-11, 2007.

AMARAL, G. F.; JARDIM, P.C.B.V.; BRASIL, M. A. A.; SOUZA, A. L. L.; FREITAS, H. F.; TANIGUCHI, L.M.; MELO, A. F. B. M.; RIBEIRO, C. N. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 161-168, 2007.

AMARANTE, P. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 25 (58), 2001, 26-34.

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), 471-479, 2004.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiology of women´s psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54, 2006.

ANDRADE, S.R.; BÜCHELE, F.; GEVAERD, D. Saúde mental na atenção básica de saúde em brasil. *Enfermería Global*, 10, 1-11, 2007.

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. *British Journal of Psychiatric*, 178, 145-153, 2001.

ARRAIS, P. S. D. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 31, 71-77, 1997.

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), 1737-1746, 2005.

ASSUNÇÃO, E.G.; GRIEBELER, C. RODRIGUES, M.G.O.; NETO, J.J.S.; JÚNIOR, J.R.; SUSUARANA, L.; ASSIS, M.A.B.; SILVA, G.H.C.; PALMEIRA, E.T.; DIAS, R.F.; MEDEIRO, P.C.G; E.D.; FILHO, P.A.V. O Sistema Nacional de Gerenciamento de Medicamentos Controlados. *Simpósio Nacional de Vigilância Sanitária* (SIMBRAVISA), 2007.

BALLERINI, A.; BOCCALON,R.; BONCOMPAGNI, G.; CASACCHIA, M.; MARGARI, F.; MINERVINI, L.; RIGHI, R.; RUSSO, F.; SALTERI, A. Na observational study in psychiatric acute patients aditted to general Hospital Psychiatric Wards in Italy. *Annals of Genneral Psychiatry*, 6(2), 2007.

BANG, F.; BIRKET- SMITH; MIKKELSEN, B. Clonazepam in the Treatment of Epilepsy. A Clinical Long-Term Follow-Up Study. *Epilepsia*, 17, 321-324, 1976.

BARBOSA, M.T.; CARAMELLI, P.; MAIA, D.P.; CUNNINGHAM, M.C.; GUERRA, H.L.; LIMA-COSTA, M.F.; CARDOSO, F. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: a community-based survey in Brazil (the Bambui study). *Movement Disorders*, 21, 800-808, 2006.

BARROS, M.B. de A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfil epidemiológicos: uma proposta. *Rev. Saúde Públ*., 20, 269 – 273,1986.

BEGG, S; VOS, T.; BARKER, B.; STEVENSON, C.; STANLEY, L.; LOPEZ, A. D. The burden of disease and injury in Australia 2003. PHE 82. *Australian Institute of Health and Welfare*, Canberra: AIHW, 2007.

BECK, C.A.; PATTEN, S.B.; WILLIAMS, J.V.A.; WANG, J.L.; CURRIE, S.R.; MAXWELL, C.J.; EL-GUEBALY, N. Antidepressant utilization in Canada. *Soc. Psychiatr. Epidemiol*., 40, 799–807,2005.

BEKKER,M. H.J.; MENS-VERHULST, V. Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment. *Gender Medicine*, 4 (b), 178-193, 2007.

BERNIK, M.A. *Benzodiazepinicos: quatro décadas de experiência*. EdUSP, 1999, 248p.

BERTOLDI, A.D., BARROS, A.J.D., HALLAL, P.C.M., LIMA, R.C., Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública*, 38 (2), 228-238, 2004.

BERTOLDI, A.D. *Epidemiologia do acesso aos medicamentose sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família*. Tese de Doutorado. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

BETTING, L.E.; GUERREIRO, C.A.M. Tratamento das Epilepsias Generalizadas Idiopáticas. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, 14 (2), 20-24, 2008.

BORGES, G; MEDINA-MORA, M. E.; LÓPEZ-MORENO, S.; El papel de La epidemiologia en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46 (5), 451-463, 2004.

BRANDT-CHRISTENSEN, M.; KVIST, K.; NILSSON, F.M., ANDERSEN, P. K.; KESSING, L.V. Treatment with antidepressants and lithium is associated with increased risk of treatment with antiparkinson drugs: a pharmacoepidemiological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 781–783, 2006

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de set de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos.* Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 1998. Disponível: http://www.e-legis.anvisa.gov.br, Último acesso: 20/04/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência*. 1 – 26, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Lista de medicamentos do Programa de Saúde Mental*, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica*, nº 01/03, 2005.

BRICKS. L. F., LEONE. C. Use of medicines by children attending nursery schools. *Rev. Saúde Pública*, 30 (6), 527-535, 1996.

BRUGHA, T.S.; BEBBINGTON, P.E.; SINGLETON, N.; MELZER, D.; JENKINS, R.;LEWIS, G.; FARRELL, M.; BHUGRA, D.; LEE, A.; MELTZER, H. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great. Britain. *Br. J. Psychiatry*, 185, 378–384, 2004.

BRYANT, C.; JACKSON, H.; AMES, D. The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109, 233–250, 2008.

BUELOW, J.M.; AUSTIN, J.K.; PERKINS, S.M.; SHEN, J.; DUNN, D.W.; FASTENAU, P.S. Behavior and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. *Dev Med Child Neurol*, 45(10), 683-92, 2003.

CABRITA, J.; FERREIRA, H.; IGLÉSIAS, P.; BAPTISTA, T.; ROCHA, E.; SILVA, A.L.; MIGUEL, J.P. Estudo do padrão de consumo de medicamentos pelos estudantes da Universidade de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(2), 39-47, 2001.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, A.Y.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JÚNIOR, J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102, 2006.

CANO, F. & FERNANDEZ, C.. Farmacoeconomia: son los medicamentos una inversion en salud rentable? *Farmacia Clinica*, 7 (3), 192-198, 1990.

CAPLAN R, SIDDARTH P, GURBANI S, HANSON R, SANKAR R, SHIELDS WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia,* 46(5), 720-730, 2005.

CARLINI, E. L.A. & NAPPO, S. A. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(4), 200-205, 2003.

CARVALHO, M.F.; PASCOM, A.R.P.; JÚNIOR, P.R.B.S.; DAMACENA, G.N.; SZWARCWALD, C.L. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad. Saúde Pública*, 21, 100-108, 2005.

CASTELLSAGUE, X.; QUINTANA, M.J.; MARTINEZ, M.C.; NIETO, A.; SANCHEZ, M.J.; JUAN, A.; MONNER, A.; CARRERA, M.; AGUDO, A.; QUER, M.; MUNOZ, N.; HERRERO, R.; FRANCESCHI, S.; BOSCH, F.X. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer*, 108(5), 741-749, 2004.

CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 405-410, 1999.

CASTRO, L.L.C. (Org.) *Fundamentos de farmacoepidemiologia.*Cuiabá: AG Gráfica e Editora, 2000.

CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 1962-1963, 2008.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2), 59-70, 1996.

CHEN, Y.F., DEWEY, M.E., AVERY, A.J. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther*., 26(2), 129-40, 2001

CHAIMOWIWICZ, F.; FERREIRA, T.J.X.M.; MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 36(6). 2000.

CLAVIJO, M.; CARVALHO, J. J.; RIOS, M.; OLIVEIRA, I. R. de.Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco – Acre. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(3-B), 807-813, 2006.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. *Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Último acesso em: 23/07/2007.

COELHO-FILHO, J.M.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista Saúde Pública,* 38(4), 557-564, 2004.

COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. *Saúde mental, crime e justiça*. 2ª Edição. Edusp, 2006, 286p.

COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E.T.; AGOSTINHO, A.C.M.G.; DIDJURGEIT, J.S.M.A. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. *Rev. Bras. Cienc. Farm*., 40(4), 549-559, 2004.

COOK, R.A.; DELL, A.C.; POOLE, N. Women and substance abuse problems. *BMC Women's Health*, 4, 2004.

CORDÁS, T.A.; LARANJEIRAS, M. Sexual side effects of psychotropic drugs. Rev. Psiq. Clín., 33 (3), 168-173, 2006.

COSTA, A.G.; LUDEMIR, A.B. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1), 73-79, 2005.

DAL PIZZOL,T.S.; BRANCO, M. M. N.; CARVALHO, R. M. A.; PASQUALOTTI, A.; MACIEL, E.N.; MIGOTT, A.M. B. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1), 109-115, 2006.

DALLA COSTA, T.C.T.; KERBER, M.L.; VOLPATO, P.M.; CAUDURO, A.; MACHADO JR, H.N.; PASA, T.B.C.; SENNA, J.P.M.; VIANNA, R.M.J.; CHENKEL, E.P. Comercialização de medicamentos em bares/lancheiras e armazéns/fruteiras em Porto Alegre. *Ciência e Cultura*, 40 (3), 285-288, 1988.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 22/01/2009.

DECLARAÇÃO DE CARACAS (adotada pela organização mundial de saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990). Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/130_kuvut_declaraçao_Caracas_port.PDF. Acesso em 22/01/2009.

DEL POZO, J.G.; IGLESIAS, F.J.A.; GARCIA – PANDO, A.C.; COROMINAS, D.M.; DEL POZO, V.G. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos em Espana (1995-2002). *Revista Espanõla Salud Pública*, 78(3), 379-387, 2004.

DEWULF, N.L.S. MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; VIEIRA, E.M.; TRONCON, L.E.A. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*,42(4),575-555, 2006.

DUNCAN B, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004.

DUNN, D.W.; AUSTIN, J.K. Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav,* 5, 10-17, 2004.

EDWARDS, I.R.; WIHLOM, B.E.; MARTINEZ, C. Concepts in Risk-benefit assessment. *Drug Safety*, 23 (6):1-7, 1996.

FALCÃO, I.M.; MONSANTO, A.; NUNES, B. MARAU, J. FALCÃO, J.M. Prescrição de psicofármacos e Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral*, 23, 17-30, 2007.

FERIGOLO, M.; BARBOSA, F.S.; ARBO, E.; MALYSZ, S.; STEIN, Q.T.; BARROS, H.M.T. Drug use prevalence at FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(1), 9-15, 2004.

FERREIRA, R. Consumo crônico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 23, 125-132,2007.

FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. BASTOS, F.I. MINGOTI, S.A.; AJUDE-BRASIL II, P. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. Cad. Saúde Pública, , 22(4), 849-860, 2006.

FIRMINO, K.F. *Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/ prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG- 2006.* Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, UFMG 2008.105p.

FLORES, V.B.; BENVEGNÚ, L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(6), 1439 – 1446, 2008.

FLORES, L. M., MENGUE, S.S., Uso de medicamentos por idosos em região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 39 (6), 924-929, 2005.

FRANCES, RJ; MILLER, SI - *Clinical Tesxtbook of Addictive Disorders*. 2nd ed. New York, NY, USA. The Guilford Press, 1998.

FREDERIC, O.F.; FINKELSTEIN, S. H. Depression in chronic dialysis patients: assessment na treatment. *Nephrol Dial Transplant*,15,1911-1913, 2000.

FREDERICO, W.A.; OGA, S.; PEQUENO, M.L.R.; TANIGUCHI, S.F. Efeitos extrapiramidais como conseqüência de tratamento como neurolépticos. *Einsten*, 6(1), 51-55, 2008.

GALLUCCI-NETO, J.; MARCHETTI, R. L. . Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. Rev Bras Psiquiatr, 27(4), 323-328, 2005.

GAMA, E.V.; ARTALEJO, F.R.; DÍAZ, A.P.; ORÚS, P.G.; MARTÍN, J.P. DEL MOLINO. Consumo de medicamentosen los ancianos: en estúdio poblacional. *Rev Esp Salud Publica*, 72, 209-219, 1998.

GARCIAS, C.M.M.; PINHEIRO, R.T.; GARCIAS, G.L.; HORTA,B.L.; BRUM,C.B. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cad. Saúde Pública*, 24(7), 1565-1571, 2008

GIROTTO, E.; SILVA, P.V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev Bras Epidemiol*, 9(2), 226-34, 2006.

GOLDING, J.F.; ASHTON, H. Tranquillisers: prevalence, predictors and possible consequences. Data from a large United Kingdom survey. *Addiction*, 84(5), 541-546, 2006.

GONÇALVEZ, L.G., VIEIRA, S.T., SIQUEIRA, F.V.; HALLAL, P.C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 938-945, 2008.

GRINSHPOON, A.; MAROM, E.; WEIZMAN, A.; Ponizovcky, A. M. Psychotropic Drug Use in Israel: Results from the National Health Survey. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 9(5), 356-363, 2007.

GUERRA, G,C.B. SILVA, A.Q.B.; FRANÇA, L.B.; ASSUNÇÃO, P.M.C.; CABRAL, R.X.; FERREIRA, A.A.A. Utilização de medicamentos durantea gravidez na cidade de Natal,Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.,* 30 (1),12-18, 2008.

HALFIN, A. Depression: The Benefits of Early and Appropriate Treatment. The *American Journal of Managed Care*, 13(4), 92-97, 2007.

HAMRA, A. RIBEIRO, M.B.; MIGUEL, O.F. Correlação entre fratura em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta ortopédica Brasileira*, 15(3), 143-145, 2007.

HARTZEMA, A.G., PORTA, M.S., TILSON, H.H. *Pharmacoepidemiology: an introduction*. 3.ed. Cincinnati: Harvey Whitney Books, 1998.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1649-1659, 2006.

HANSEN, D.G.; ROSHOLM, J.; GICHANGI, A.; VACH, W. Increased use of antidepressants at the end of life: population-based study among people aged 65 years and above. *Age and Ageing*, 36, 449–454, 2007.

HELGASON, T.; TOMASSON, H.; ZOEGA, T. Antidepressants and public health in Iceland. *Br J Psychiatry*, 184, 157–162, 2004.

HELMELS, M.E.; KOREN, G.; EINARSON, T.R. Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000. *Ann Pharmacother* , 36, 1375-1379, 2002.

HENNESSY, S. Postmarketing drug surveillance: an epidemiologic approach. Clinical Therapeutics, 20, 32-39, 1998.

HENRIKSSON, S.; BOETHIUS, G.; HÅKANSSON, J.; ISACSSON, G. Indicationsfor and outcome of antidepressant medication in a population: a prescription database and medical record study, in Jämtland county, Sweden, 1995. *Acta Psychiatr Scand*., 108, 427–431, 2003.

HILDEBRANDT LM, LEITE MT, PIOVESAN SMS, STUMM LK. Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal de saúde, 2006. <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>, Último acesso: 28/04/2009.

HIRDES, A. The psychiatric reform in Brazil: a (re)view. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305, 2009.

HSIEH, L.; HUANG, C. Prevalence of treated epilepsy in western medicine among the adult population in Taiwan: A study conducted using antiepileptic drug prescription data. *Epilepsy Research*, 80 (2-3), 114-118, 2008.

HSIEH, L.; HUANG, C. Antiepileptic drug utilization in Taiwan: Analysis of prescription using National Health Insurance database. *Epilepsy Research*, 84 (1), 21-27, 2009.

HUF, G.; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Caderno de Saúde Pública,*16 (2), 2000.

HUNG, G.B.K.; CHEUNG, H.K. Predictors of high-dose antipsychotic prescription in psychiatric patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 14 (1), 35-39, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional 2000 – Dados agregados por setores censitários. 1 CDROM.

IMSHEALTH. Intelligence Applied. [serial online] 2006. Disponível em: <http://www.imshealth.com> , Último acesso em: 21/02/2009.

JONG, J. C. F. de, VAN DEN BERG, P. B.; TOBI, H. & JONG-VAN DEN BERG, L.T. W. de. Combined use of SSRIs and NSAIDs increases the risk of gastrointestinal adverse effects. *Blackwell Publishing Ltd Br J Clin Pharmacol*, 55, 591–595, 2003.

JOHN, U.; BAUMEISTER, S.E.; VÖLZKE, H.; MEYER, C.; ULBRICHT, S.; ALTE, D. Sedative, hypnotic, anxiolytic and opioid medicament use and its co-occurrence with tobacco smoking and alcohol risk drinking in a community sample. *BMC Public Health*, 7:337, 1-12, 2007.

JOLICOEUR, L.M. JONES-GRIZZLE, A.J, BOYER, J.G. Guidelines for performing a pharmacoeconomic analysis. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49, 1741-1747, 1992.

KADUŠEVIČIUS, E.; MIKUČIONYTĖ, L.; MAČIULAITIS, R.; MILVIDAITĖ, I.; SVEIKATA, A. Trends in the consumption of antidepressant drugs in Lithuania in 2002–2004. *Medicina (Kaunas),* 42(12),1020-1029, 2006.

KESSLER, R.C.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; ALONSO, J.; CHATTERJI, S.; LEE, S.; ÜSTÜN, T.G. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Die Psychiatrie*, 6, 5-9, 2009.

KULKARNI, J. *Women's mental health*. Psychiatry .The Medicine Publishing Company Ltd, 57-60, 2004.

LÄÄKETIETOKESKUS. *Pharmaca Fennica*. Lääketietokeskus Oy, Helsinki, 2007.

LAGNAOUI, R.; DEPONT, F.; FOURRIER, A.; ABOUELFATH, A.; BEGAUD, B.; VERDOUX, H.; MOORE, N. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol*, 60(7), 523-529, 2004.

LAPORTE, JR. PORTA, M, CAPELLÀ, D. Drug utilization studies: a tool for determining effectiveness of drug use. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 16, 301-304, 1983.

LAPORTE, J.R., TOGNONI, G., ROZENFELD, S. *Epidemiologia do medicamento; princípios gerais*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEE, P.R., HERZSTEIN, J. International drug regulation. *Annual Review of Public Health*. 7, 217-235, 1986.

LEITE. S. N. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, 4-9, 2007.

LI, L.M.; FERNANDES, P.T.; NORONHA, A.L.A.; MARQUES, L.H.N; BORGES, M.A.; CENDES, F.; GUERREIRO, C.A.M.; ZANETTA, D.M.T.; BOER, H.M., ESPÍNDOLA, J.; MIRANDA, C.T.; PRILIPKOS, L. SANDER, J.W. Demonstration project on epilepsy in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 65 (1), 5-13, 2007.

LIMA, G.B; ARAUJO, E.J.F.; SOUSA, K.M.H.; BENVIDO, R.F.; SILVA, W.C.S.; CORREA JÚNIOR, R.A.C.; NUNES, L.C.N. Avaliação da utilização de medicamentos armazenados em domicílios por uma população atendida pelo PSF. *Rev. Bras. Farm*., 89(2), 146-149, 2008a.

LIMA, M.S.; DUNN, J.; NOVO, I.P.; TOMASI, E.; REISSER, A.A.P. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse*, 38: 51-65, 2003.

LIMA, M.C.P.; MENEZES, P.R.; CARANDINA, L. CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*, 1-7, 2008b.

LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELA, S.L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.*, 55(8), 809-817, 2002.

LONGO, L.P.; JOHNSON, B. Benzodiazepines: side effects, buse risk and alternatives. *American Family Physician,* 61 (7), 2001.

LOYOLA-FILHO, A.I.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Revista Saúde Pública*, 36, 55-62, 2002.

LOYOLA-FILHO, A.I.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 545-553, 2005.

LOYOLA-FILHO. A.I., UCHOA. E., COSTA. M.F.L., Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.22, n.12, p.2657-2667, 2006.

LUDERMIR, A.B. A inserção produtiva. Gênero e saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (3), 647-659, 2000.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. Mental Healthcare in small and medium-sized cities:resonance of the psychiatric reform. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116, 2009.

MADERGAN, P.S.; SOUZA, R.S.; BUAIZ, V. SIQUEIRA, M.M. Psychoactive substance use between students of the nursing. *J Bras Psiquiatr*, 56(4), 260-266, 2007.

MADUREIRA, P. R.; DE CAPITANI, E. M. & CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 5: 45-49, 1989.

MAGRINI, N.; VACCHERI, A.; PARMA, E.; D'ALESSANDRO, R.; BOTTONI, A.; OCCHIONERO, M.. Use of benzodiazepines in the italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol*, 50(1-2), 19-25, 1996.

MAITLAND-VAN DER ZEE A.H., DE BOER A., LEUFKENS, H.G. The interface between pharmacoepidemiology and pharmacogenetics. *Eur. J. Pharmacol*., 27; 410 (2-3),121-130, 2000.

MAMDANI, M.; RAPOPORT, M.; SHULMAN, K.I.; HERRMANN, N.; ROCHON, P.A. Mental health-related drug utilization among older adults: prevalence, trends, and costs. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(10), 892-900, 2005.

MARANHÃO, M. V. M. Anesthesia and Cerebral Pals. *Rev Bras Anestesiol*, 55 (6), 680 – 702, 2005.

MARI, J.J.; ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E.; ANDREOLI, S.B.; MIRANDA, C.T.; STREINER, D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med*, 23(2), 467-474, 1993.

MARI, J. J., JORGE, M. R. Transtornos Psiquiátricos na Clínica Geral. *Psychiatry On-line Brazil*, (2),1997.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. R. ROCETI, L. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública,* 24(7), 1545-1555, 2008.

MARTIN, D.; QUIRINO, J. MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 41(4), 591-597, 2007.
MASTROIANNI, P.C. VAZ, A.C.; NOTOL, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F. Psychoactive drug advertising: content analysis. Rev Saúde Pública, 42(5), 968-71, 2008.

MATA, T.; PRATS, A. Bases de la evaluacion economica de medicamentos. Atencion Farmacéutica, 1 (5):469-480, 1999.

MEIJER, W.E.E.; HEERDINK, E.R.; PEPPLINKHUIZEN, L.P., Van EIJK, J.T.M.; LEUFKENS, H.G.M.; Prescribing patterns in patients using new antidepressants. *Blackwell Science Ltd Br J Clin Phamacol*, 51, 181-183, 2001.

MEIJER, W.E.E.; HEERDINK, E.R.; NOLEN, W.A.; HERINGS, R.M.C.; LEUFKENS, H.G.M.; EGBERTS, A.C.G. Association of Risk of Abnormal Bleeding With Degree of Serotonin Reuptake Inhibition by Antidepressants. *Arch intern med*, 164, 1-4, 2004.

MELLINGER, G. D.; BALTER, M. B. & UHLENHUTH, E. H Insomnia and its treatment – prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232, 1985.

MELO, D.O.; RIBEIRO, E., STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Cien. Farm*., 42 (4), 475-485, 2006.

MENDONÇA. R.T.; CARVALHO, A.C.D. VIEIRA, E.M.; ADORNO, R.C.F. Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. *Saúde Soc*.,17(2), 95-106, 2008.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*, 17(4), 819-832, 2001.

MICHAEL, T.; MARGRAF, J. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry.*The Medicine Publishing Company Ltd*, 02-05, 2004.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. Spirituality, religion and health. An emerging research field. *Am Psychol*, 58, 24-35, 2003.

MINAYO, M.C.S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 17(4), 2008.
MIRANDA, C. H.; TARASCONI, C. V.; SCORTEFAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica,* 7(2), 249-257, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA A, LOTUFO NETO F, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr,* 28, 242-250, 2006.

MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C.M.M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5), 437-44,1999.

MOURA JÚNIOR. J. A.; SOUZA, C. A. de; OLIVEIRA, I. R. de; MIRANDA, R. OL. Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 178-183, 2006.

MOVIG, K.L.L.; MATHIJSSEN, M.P.M.; NAGEL, P.H.A.; T. GIER, Van E. J.J.; LEUFKENS, H.G.M.; EGBERTS, A.C.G. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accident Analysis and Prevention*. 36, 631–636, 2004.

NCM - NORDIC COUNCIL ON MEDICINES. *Lineamentos para clasificación ATC y la asignación de DDD*. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 1999.

NDM - NETHERLANDS NATIONAL DRUG MONITOR. *Annual report 2006*. Trimbosinstuut: Utrecht, 2007.

NELSON, R.C. Drug safety, pharmacoepidemiology and regulatory decision making. Drug Intell Clinical *Pharmacy*, 22:336-44, 1988.

NEUTEL, C.I.; PERRY, S.; MAXWELL, C. Medication use and risk falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 11(2):97-104, 2002.

NEVES, M.C.; KUMMER, A.; LUCIANO, L.M.; LAUAR, H. SALGADO, J.V.; NICOLATO, R.; TEIXEIRA, A.L. Hepatotoxicidade grave secundária a psicofármacos e indicação de eletroconvulsoterapia a paciente com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*, 55(1), 74-77, 2006.

NORMAN, T.R.; ELLEN, S.R.; BURROWS, G.D. Benzodiazepines in anxiety disorders: managing therapeutics and dependence. *MJA Practice Essentials - Mental Health*, 104, 1998.

NORONHA, A.L.A.; MARQUES, L.H.; BORGES, M.A.; CENDES, F.; GUERREIRO, C.A.M.; MIN, L.L. Assessment of the epilepsy treatment gap in two cities of south-east of Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(3-B), 761-763, 2004.

NWOKEJI, E.D.; RASCATI, K. L.; MOCZYGEMBA, L. R., WILSON, J. P.Pharmacoepidemiology Education in US Colleges and Schools of Pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71 (4), 1-5, 2007.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J., VALENTIM, C. P. B. Mental health care in the Family Health Program: consensus and dissent in practices and principlesunder the psychiatric reform and health reform in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384, 2007.

NURMI-LUTHJE, I.; KAUKONEN, J. P.; LUTHJE, P.; NABOULSI, H.; TANNINEN, S.; KATAJA, M.; KALLIO, M.L.; LEPPILAMPI, M. Use of benzodiazepines and

benzodiazepine-related drugs among 223 patients with an acute hip fracture in Finland: Comparison of benzodiazepine findings in medical records and laboratory assays. *Drugs Aging*. 23, 27-37, 2006.

OHAYON MM, LADER MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 63(9), 817-25, 2002.

OLIVEIRA. E. A., Estudo da utilização de medicamentos em pacientes hipertensos e diabéticos: Uma abordagem farmacoepidemiológica. *Infarma*, 16 (1-2), 2004.

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados.In: Inibidores seletivos de cicloxigenase-2, 2004. Disponível em: www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_01C_0205.pdf Último cesso em: 20/02/2009

PAIXÃO, C.; MATIAS, D.; ALENCAR, I.; NUNES, M.; SALES, P.; VEIGA, P. H. A. Analysis of the prevalence of psychic disorders in the metropolitan region of Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 261-266, 2009.

PASSARO, A.; VOLPATO, S.; ROMAGNONI, F.; MANZOLI, N.; ZULIANI, G.; FELLIN, R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *Journal of Clinical epidemiolgy*, 53, 1222-1229, 2000.

PATINÕ, F.B.; LETONA, J.M.L.; VILLARES, P. JIMÉNEZ, A.I. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitário. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 152-161, 2005.

PATINÕ, F.B.; MAESTU, R.P.; LETONA, J.M.L.; JIMÉNEZ, A.I.; NAVARRO, M.J.G. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en um Servicio de Medicina Interna. *Anales de medicina Interna*, 25(6), 269-274, 2008.

PATTEN, S.B.; ESPOSITO, E.; CARTER, B. Reasons for antidepressant prescriptions in Canada. Pharmacoepidemiol. *Drug Safety*. 16, 746–752, 2007.

PELICIONI, A.F. *Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001 – 2002*. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2005.112 p.

PENTEADO, E. V. B. F. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador*. Mestrado - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 124 p.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Caderno de Saúde Pública, 16(3), 815-822, 2000.

PEREIRA, L.R.L; VECHI, L.U.P.; BAPTISTA, M.E.C.; CARVALHO, D. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de

farmacepidemiologia e farmacovigilância. *Ciência & Saúde Coletiva,* 9(2):479-481, 2004.

PEREIRA, G.J.S.P.; SETTE, I.M.F.; BELÉM, L.F.; SILVA JÚNIOR, E.D.; OLIVEIRA, A.R.; BARBOSA, J.A.A. Estudo de utilização de medicamentos na clínica médica. *Rev. Bras.Farm*., 89 (3), 267-271, 2008

PINELLI, L.A.P.; MONTANDON, A.A.B.; BOSCHI, A. FAIS, L.M.G. Prevalence of sistemic chronic disease in geriatric patients. *Revista Odonto Ciência*, 20 (47), 60-74, 2005.

PIRMOHAMED, M. & PARK, B.K. Genetic susceptibility to adverse drug reactions. *Trends in Pharmacological Sciences* 22 (6): 298-305, 2001.
PMOP- Prefeitura Municipal de Ouro Preto. *REMUME* (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), 2006.

QUIGLEY, P.; USHER, C.; BENNETT, K.; FEELY, J. Socioeconomic Influences on Benzodiazepine Consumption in an Irish Region. *Eur Addict Res*,;12,145-150, 2006.

QUICK, J.D. *Managing drug supply; the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals.* 2.ed. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

RABASQUINHO, C. & PEREIRA, H. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 439-454, 2007.

RAYÓN, P.; MONTERO, D.; SANTAMARÍA, B.; MADURGA, M.; DE ABAJO, F.J. Benzodiazepine consumption in Spain. *Eur J Clin Pharmacol* , 52, 321-323, 1997.

REDONDO-SENDINO, A.; GUALLAR-CASTILLÓN, P.; BANEGAS, J.R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6(155), 1-9, 2006.

RESENER, M.C.; SCHENEKEL, E.P.; SIMÕES, C.M.O. Análise da Qualidade de Propagandas de Medicamentos Fitoterápicos disponibilizadas em Santa Catarina (Brasil). *Acta Farm. Bonaerense*, 25 (4), 583-589, 2006.

REUS, V.I. *Mental Disorders* In: Fauci, A.S. et al. [Ed.]. Harrison's principles of internal medicine. 14 th . Ed. Philadelphia: Library of Congress,1998

RIBEIRO, A.Q.; ROZENFELD, S.; KLEIN, C.H.; CÉSAR, C.C.; ACURCIO, F.A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte,MG. *Rev Saúde Pública*, 42(4), 724-32, 2008.

RIBEIRO, C.S.; AZEVEDO, R.C.S.; SILVA, V.F.; BOTEGA, N.J. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profi le and usage pattern. *Sao Paulo Med J*., 125(5), 270-274, 2007.

RIOS, D.P.; BASTOS, F.M.; CUNHA, L.C.; VALADARES, M.C. Suicide attempt with drug self administration recorded on the Goias state center of toxicological information over the years 2003 and 2004. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 2 (1), 6-14, 2005.

ROCKETT IRH, PUTNAM SL, JIA H, SMITH GS. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*, 101; 706-12, 2006.

RODRIGUES, M.A.R., FACCHINI. L.A., LIMA. M.S., Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 40, 107-14, 2006.

RONNING, M.; SALVESEN BLIX, H.; STROM, H.Different versions of the antomical therapeutic chemical classification system and the defined daily dose – are drug utilisation data comparable? *Eur. Clin. Pharmacol.,* 56, 723-727, 2000.

ROSA, A. S.; MORENO PÉREZ, J. C.; SONEGO, D.; GARCÍA RODRÍGUEZ, L. A.; ABAJO IGLESIAS, F.J. El Proyecto BIFAP: Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria. *Atención Primaria,* 30 (10), 655-661, 2002.

ROTHMAN, K.; KELLER, A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chronic Dis*, 25(12):711-716, 1972.

ROZENFELD, S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 5 (4):388-402, 1989.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 717-724, 2003.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(2), 115 – 123, 2004.

RUSKAMP, F.M.A & HEMMINKI, E. *Social aspects of drug use. In: Drug Utilization Studies* (M.N.G.Dukes, ed), WHO Regional Publications, European Series 45, pp.97-124, Copenhagem, 1993.

SANS. S., PALUZIE. G, PULG. T., BALAÑÁ, L., VINTRÓ, I.B., Prevalência Del consumo de medicamentos em la población adulta de Catalunã. *Gac Sanit*, 16, 121-30, 2002.

SANZ, M.T.A.; RUEDAS, J.J.V. Estimación de la prevalencia de la enfermedad de parkinson en navarra. Estudio farmacoepidemiológico del consumo de antiparkinsonianos. *Rev Esp Salud Pública*, 69, 379-485, 1995.

SCHERRER, J. F.; XIAN, H.; BUCHOLZ, K. K.; EISEN, S. A.; LYONS, M. J.; GOLDBERG, J.; TSUANG, M.; TRUE, W. R. A Twin Study of Depression Symptoms,

Hypertension, and Heart Disease in Middle-Aged Men. *Psychosomatic Medicine*, 65, 548–557, 2003.

SCHMITT, R.; GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; CUNHA, A.; SOUZA, J.; KAPCZINSKI, F. The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Rev Bras Psiquiatr, 27, 18-24, 2005.

SEBASTIÃO, E.C.O. Consumo de medicamentos, um esboço dos fatores determinantes. *Revista de Ciências Farmacêuticas*, 19 (2), 253-63, 1998.

SEBASTIÃO, E.C.O.; PELÁ, I.R. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análisis de recetas médicas ambulatoriais como base para estudios de problemas relacionados com medicamentos. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2 (4), 250-266, 2004.

SEBASTIÃO, E.C.O. *Intervenção farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP).* Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.170 p.

SECOLI, S.R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev Esc Enf USP*, 35(1), 28-34, 2001.

SENA, E.P.; SAMPAIO, A.S.; QUARANTINIC, L.C.; OLIVEIRA, I.R. Diabetes mellitus and atypical antipsychotics. *Rev Bras Psiquiatr,* 25(4), 253-257, 2003.

SENGIK, A.S.; SCORTEGAGNA, S.A. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *Revista de Psicologia*, 9 (1), 73-80, 2008.

SCORZA, F. A.; ARIDA, R. M.; ALBUQUERQUE, M.; CAVALHEIRO, E. A. Epilepsias e Hipertensão Arterial Sistêmica. *J Epilepsy Clin Neurophysiol,*12(4), 219-224, 2006.

SHADER, R.I.; GREENBLATT, D.J. Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorders. *Drug Therapy*, 328, 1398 – 1405, 1993.

SIHVO, S.; ISOMETSÄ, E.; KIVIRUUSU, O.; HÄMÄLÄINEN, J.; SUVISAARI, J.; PERÄLÄ, J.; PIRKOLA, S.; SAARNI, S.; LÖNNQVIST, J. Antidepressant utilisation patterns and determinants of short-term and non-psychiatric use in the Finnish general adult population. *Journal of Affective Disorders*, 110 , 94–105, 2008

SILVA, M.C.F., FUREGATO, A.R.F., COSTA, M.L. JÚNIOR. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(1), 7-13, 2003.

SILVA. C. H., GIUGLIANE. E. R. J., Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. *Jornal de Pediatria*, v.80, n.4, p.326-32, 2004.

SILVA, R.; OLIVEIRA, L. J.; SOARES, A. Q.; ALMEIDA, A. C.; AGUIAR, C.; LEÃO, D.; SILVA, E.; MAGALHÃES, H.; MORAES, C. Dispensação de benzodiazepínicos em quatro drogarias no setor central do município de Goiânia – Go. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 2 (2), 187-189, 2005.

SILVEIRA, D. P., VIEIRA, A.L.S. Mental health and primary care: analysis of a local experience. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148, 2009.

SIMÕES, M.J.S.; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do estado de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 22(6), 494-499, 1988.

SKETRIS, I.; METGE, C.; ROSS, J. The use of the World Health Organization Anatomical Therapeutic Chemical/Defined Daily Dose Methodology in Canada. *Drug Inf J*, 38(1),15, 2004.

SOIBELMAN, M.; AMARAL, L.R.; PALMINI, A.L.F. et al. Indicação de medicamentos por balconistas de farmácia em Porto Alegre-RS. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 32, (5/6), 79-83, 1986.

SOMBINI, Carolina Helena Almeida de Moraes. *A psicologia no projeto Paidéia: do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS* – Campinas. Campinas (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP), 2004.

SOUZA, M. Perfil dos utilizadores de psicofármacos na Unidade de Saúde Familiar de Canelas. *Rev Port Clin Geral*, 23, 33-42, 2007.

SOUZA, M.C.P.; GOULART, M.A.; ROSADO, V.; REIS, A.M.M. Estudo de utilização de medicamentos parenterais em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(4), 675 – 682, 2008.

SPITZER, W. O.; BRUPPACHER, R. Pharmacoepidemiology: a basic science for drug administration and drug safety. *Pharmaceutics Acta Helretiae*, 71, 363-365, 1996.

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saúde Pública*, 34(2), 206-209, 2000.

STAFF, V. V., WIELANT, M., MANFRED, B. Psiquiatría, trastornos psicosomáticos y psicoterapia. *Elsevier España*, 560, 2004.

STROM, B.L.; TUGWELL, P. Pharmacoepidemiology: current status, prospects, and problems. *Annals Internal Medicine*, 113(3),179-81,1990.

SWARTZ, M.; LANDERMAN, R.; GEORGE, L.K.; MELLVILLE, M.L.; BLAZER, D.; SMITH, K. Benzodiazepine Anti anxiety Agents: Prevalence and Correlates of Use in a Southern Community. *American Journal of Public Health*, 81, 592-596, 1991.

TASSINARI, C.A.; MICHELUCCI, R.; RIGUZZI, P.; VOLPI, L.; CANO, J.P.; ROGER, J. The Use of Diazepam and Clonazepam in Epilepsy. *Epilepsia*, 39 (1), 7-14, 1998.

TAYLOR, C. & NUTT, D. Anxiolytics. Specific treatments and disorders. *The Medicine Publishing Company Ltda*, 17-21, 2004.

TEIXEIRA, J.J.V.; CANO, F.G., SANCHES, A.C.C., CARNIEL, T.A., SCHENEIDER, D.S.L.G. Inquérito farmacoepidemiológico de pacientes de meia idade e idosos em três comunidades de Cascavel, PR - Brasil. Verificação evolutiva do conhecimento terapêutico. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(2), 297-303, 2008.

THEME-FILHA, M.M., SZWARCWAL, C.L., SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. Socio-demographic characteristics, treatment Coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública*, 21,43-53, 2005.

THOMAS, J.; JONES, G. J.; SCARINCI, I.; BRANTLEY, P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*, 26 (8), 2311-2317, 2003.

TOBIN, J.M.; LEWIS, N.D.C. New psychotherapeutic agente, chlordiazepoxide. Use in treatmente of anxietu states and related symptoms. *J. Am. Med. Assoc*., 174, 1242-1249, 1960.

TUONO, V.L.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16 (2), 85-92, 2007.

UCHIDA, H.; SUZUKI, T.; MAMO, D. C.; MULSANT, BENOIT. H.; KIKUCHI, T.; TAKEUCHI H.; TOMITA, M., WATANABE, K.; YAGI, G.; KASHIMA, H. Benzodiazepine, Antidepressant Use in Elderly Patients with Anxiety Disorders: A Survey of 796 Outpatients in Japan. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (4), 477-481, 2009.

VALDERRAMA, G.E.; RODRIGUES, A.F.; PALACIOS, D.A. ORÚS, P.G.; MARTÍN, J.P.M. Consumo de medicamentos em los ancianos: resultados de un estúdio poblacional. *Rev Esp Salud Publica*, 72(3), 209-219, 1998.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(1), Rio de Janeiro, 2009.
VICENTE B., RIOSECO P., VALDIVIA S., et al. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. Revista *Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 2005.

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

VILARINO, J.F.; SOARES, I.C.; SILVEIRA, C.M.; RÖDEL, P.P; BORTOLI,R. LEMOS,R.R. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 32 (1), 43 – 49, 1998.

VOSGERAU, M.Z.S.; SOARES; D.; SOUZA, R.K.T.; Automedicação entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade Saúde da Família. *Lat. Am. J. Pharm*,. 27 (6), 831-838, 2008.

WETHERELL, J.L.; KIM, D. S.; LINDAMER, L. A.; THORP, S. R.; HAWTHORNE, W.; KIM, K.; HOUGH, R. L.; GARCIA, P.; JESTE, D. V. Anxiety disorders in a public mental health system: Clinical characteristics and service use patterns. *Journal of Affective Disorders*, 104, 179–183, 2007.

WHO - World Health Organization - Who Expert Commitee On The Selection Of Essential Drugs. *The selection of essential drugs: first report of the WHO Expert Committee*. (Thechnical Report Series n°615) Genebra: WHO,197 7.

WHO– World Health Organization. *The introduction of a mental health component into primary health care*. Geneva: WHO, 1990.

WHO - World Health Organization. *Drug utilization studies; methods and uses*. Copenhagen: WHO, 1991.

WHO - World Health Organization. *Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. Guideline for ATC classification and DDD assignment*. 3rd Ed. Oslo: WHO, 2000.

WHO - World Health Organization. *As burden of mental disorder looms large, countries report lack of mental health programmes. Press release WHO/18.* Genebra:WHO, 2001a.

WHO - World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva,2001b.

WHO - *World Health Organization. Mental health context: Mental health policy and service guidance package*. Geneva, 2003

WHO - World Health Organization. *Improving access and use of psychotropic medicines*. Geneva, 2005.

WHO - World Health Organization.*Economic aspects of the mental health system, Key messages to health planners and policy- makers*. Genebra, 2006.

WHO - World Health Organization. *The WHO World Mental Health Survey Initiative IFPE Congress. Vienna Austria, IFPE - WMH*, Viena, 2009a.

WHO – World Health Organization. Anatomic Therapeutic and Chemical Classification of Drugs.2009b. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcdd>, Último acesso: 25/05/2009.

WOODS, J. H.; KATZ, J. L. & WINGER, G. Benzodiazepines: Use, abuse and consequences. *Pharmacological Reviews*, 44:1-358, 1992.

ANEXO

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Prefeitura Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Ficha de Cadastro Individual

UFOP

Id Família |__|__|__|__|__|__|__|

Id Indivíduo |__|__|

Obs.: 01 = Chefe da família

CARTÃO SUS
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ NÃO POSSUI

Convênio 2005

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	
___/___/___	|__|__|__| anos ou |__|__|__| meses (para < 1 ano)	Feminino	1
		Masculino	2

Freqüenta a escola: (Crianças de 0 a 14 anos)		
	Não	0
	Sim	1

Escolaridade: (Indivíduos com 15 anos ou mais)		
	Não alfabetizado	1
	Ensino Fundamental incompleto	2
	Ensino Fundamental completo	3
	Ensino Médio incompleto	4
	Ensino Médio completo	5
	Ensino Superior incompleto	6
	Ensino Superior completo	7

Ocupação:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tempo de trabalho: |__|__| anos ou |__|__| meses

☐ Aposentado

Tempo de aposentadoria: |__|__| anos ou |__|__| meses

Peso: |__|__|__| Kg ou |__|__|__| gr **Altura:** |__|__|__| cm

2 – ESTADO VACINAL

Situação do Estado Vacinal: (Escrever as datas!)		
	Não possui cartão vacinal	1
	Completo	2
	Incompleto	3

Doses/ Vacinas	BCG	Hepatite B	Anti-pólio	Tetravalente DTP + Hib	Sarampo	Febre Amarela	Tríplice Viral
1ª Dose	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
2ª Dose	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___	___/___/___
3ª Dose		___/___/___	___/___/___	___/___/___			
		Situações Especiais		DTP		10-10 anos	Camp. Seguimento
1° Reforço		___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___	___/___/___
2° Reforço		___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___	___/___/___

2 – ESTADO VACINAL (continuação)					
Estado Vacinal do Idoso:	Vacinado contra gripe no ano anterior	0	Não	1	Sim
	Vacinado contra gripe este ano	0	Não	1	Sim
	Vacinado contra pneumonia no ano anterior	0	Não	1	Sim
	Vacinado contra pneumonia este ano	0	Não	1	Sim

3 – AGRAVOS E DOENÇAS

Doenças Crônicas	
Diabetes	1
Hipertensão Arterial	2
Depressão	4
Insuficiência Cardíaca Congestiva	8
Doença Pulmonar Crônica	16
Acidente Vascular Cerebral	32
Tumores	64
Epilepsia	128
Outras – Especificar	256
Somatório	___

Doenças Contagiosas	
Tuberculose	1
HIV / AIDS	2
Hanseníase	4
Outras- Especificar	8
Somatório	___

Gestação	
Não	0
Sim	1
Não se aplica	7

Doenças Transmissíveis	
Malária	1
Chagas	2
Outras – Especificar	4
Somatório	___

Deficiência	
Visual	1
Auditiva	2
Física	4
Mental	8
Somatório	___

Doenças Alérgicas	
Bronquite	1
Asma	2
Dermatite Atópica	4
Outros – Especificar	8
Somatório	___

Hábitos	
Tabagismo	1
Alcoolismo	2
Sedentarismo	4
Somatório	___

4 – SAÚDE BUCAL		
Tem conhecimento do Projeto SORRIA?	Não	0
	Sim	1
Tem o hábito de escovar os dentes após as refeições?	Não	0
	Sim	1
Freqüência que vai ao dentista:	2 vezes ao ano	1
	1 vez ao ano	2
	Raramente	3
	Nunca foi	4
A quanto tempo está na fila de espera do dentista?	___ anos ___ meses	

5.1 – MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

Nenhuma medicação de uso contínuo 0

	Medicamento ou produto natural	Posologia Quant./ Freq./ Tempo	Dose unitária	Via de Administração		Obtenção	
1	_____ (nome comercial)	___ / ___ / ___ (1 cc/ 2x dia/ por 15 dias)	_____ (concentração)	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4

5.1 – MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO (continuação)							
2	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
3	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
4	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
5	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
6	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
7	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4

5.2 – MEDICAÇÃO DE USO ESPORÁDICO							
Nenhuma medicação de uso esporádico							0
Medicamento ou produto natural	Posologia Quant./ Freq./ Tempo	Dose unitária	Via de Administração			Obtenção	
1	_____ (nome comercial)	____/____/____ (1 cc/ 2x dia/ por 15 dias)	_____ (concentração)	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
2	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
3	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
4	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4
5	_____	____/____/____	_____	Oral	1	SUS	1
				Parenteral	2	Compra	2
				Tópica	3	Por terceiros	3
				Retal	4	Outros	4

6 – OUTRAS INFORMAÇÕES		
Alguém da família possui plano de saúde?		Número de pessoas cobertas por plano de saúde:
Não	0	___
Sim	1	
Nome do plano de saúde:		

Em casos de doença procura	
Hospital	1
Unidade de saúde	2
Benzedeira	4
UPA	8
Farmácia	16
Outros – Especificar	32
Somatório	__

Veículos de informação que mais utiliza	
Rádio	1
Televisão	2
Jornal / Revista	4
Internet	8
Outros – Especificar	16
Somatório	__

Participa de grupos comunitários	
Cooperativa	1
Grupo Religioso	2
Associações	4
Outros - Especificar	8
Somatório	__

Meios de Transporte que mais utiliza	
Ônibus	1
Caminhão	2
Carro / Moto	4
Carroça/ Animal	8
Bicicleta	16
Outros – Especificar	32
Somatório	__

7 – AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE OURO PRETO		
Dê sua opinião sobre os serviços de saúde de Ouro Preto:	Muito bom	1
	Bom	2
	Regular	3
	Ruim	4
	Péssimo	5
Justifique:		
Você concorda com a localização atual do Posto de Saúde?	Não	0
	Sim	1
Se não concorda, por quê?		
E qual local você recomendaria?		

OBSERVAÇÕES:

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo