

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM FARMÁCIA CLÍNICA

ANA CLÁUDIA DE BRITO PASSOS

UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS  
ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO  
DE MARACANAÚ, CEARÁ

FORTALEZA

2008

ANA CLÁUDIA DE BRITO PASSOS

UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS  
ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO  
DE MARACANAÚ, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador:

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais

Co-orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Parente Monteiro

FORTALEZA

2008

P319u Passos, Ana Cláudia de Brito

Utilização de psicofármacos entre os usuários da Atenção Primária do município de Maracanaú, Ceará/ Ana Cláudia de Brito Passos. 2008.

132 f.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

1. Medicamentos . 2. Psicotrópicos . 3. Saúde Mental. I. Arrais, Paulo Sérgio Dourado (Orient.). II. Título.

CDD 615.1

ANA CLÁUDIA DE BRITO PASSOS

UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Data da Aprovação: 03 / 06/ 2008

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais (orientador)  
Universidade Federal do Ceará-UFC  
Departamento de Farmácia

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ângela Maria Alves e Souza  
Universidade Federal do Ceará-UFC  
Departamento de Enfermagem

---

Prof. Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza  
Universidade Federal do Ceará-UFC  
Departamento de Medicina

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o Criador de todas as coisas que, me inspira, motiva, abençoa e me encoraja na realização dos meus projetos e sonhos, realizando verdadeiros milagres e dádivas na minha caminhada. A Ele: toda Honra e toda a Glória;

Aos meus pais Luiz e Maria pelo exemplo de vida simples e digna;

A minha família pelo incentivo e apoio, especialmente ao meu esposo Joel e nossa filha Júlia, que tornam meus dias sempre ensolarados e alegres;

A Ilton e Neli Passos, meu sogro e minha sogra pelas orações constantes, apoio e incentivo;

A Patrícia Passos pelos livros cedidos que foram muito úteis na revisão bibliográfica;

Ao Professor Paulo Sérgio Dourado Arrais, pela competência, acompanhamento e orientação na realização do trabalho;

A Professora Mírian Parente Monteiro, pela compreensão nas minhas ausências ao Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), por sua praticidade e ajuda preciosa na co-orientação;

A Professora Marta Maria de França Fonteles, grande amiga, pela ajuda e incentivo sempre presente em todas as horas;

A Professora Ângela Ponciano pelas contribuições ao trabalho na disciplina de Metodologia Científica e por ter cedido gentilmente sua tese de doutorado que foi extremamente relevante;

A Professora Helena Lutécia Luna Coêlho, pelo exemplo de amor à ciência e relevantes sugestões;

A Professora Ana Paula Gondim pelas contribuições ao trabalho;

Ao Professor Paulo César Almeida pela análise estatística;

Aos professores do mestrado pelos momentos de aprendizado e reflexões;

Aos meus colegas de trabalho do GPUIM em especial a Eudiana Vale e Henry Pablo L. C. Reis pela amizade, estímulo e boas gargalhadas nas horas de “lazer”;

A toda a equipe diretiva do Hospital Municipal de Maracanaú, representados pela Dr.<sup>a</sup> Wanda Campos, diretora geral, pelo apoio e incentivo;

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Municipal de Maracanaú em especial a Viviane Nascimento Silva pela amizade e ajuda durante todo o percurso do mestrado;

A todos os funcionários do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Maracanaú pela forma acolhedora como me receberam, em especial a Dr<sup>a</sup> Indara Cavalcante pela colaboração na coleta de dados, companheirismo e bom humor nos momentos difíceis, a Dr<sup>a</sup> Karine Limaverde, coordenadora do CAPS por tornar possível a minha estadia no CAPS e ao Dr. Vladimir Tavares, pela alegria, profissionalismo, amizade e ajuda preciosa na coleta dos dados;

A Dr<sup>a</sup>. Juliana Lima pelas informações sobre uso de psicofármacos no município de Maracanaú;

A Marcelo Henrique pela gentileza em ajudar-me na revisão das referências e por ter me apresentado com Rubem Alves;

Aos acadêmicos de Farmácia Luis Marques Campelo, Clayton Cardoso, Marina Garruti e Luiz Henrique Portácio, pela ajuda na coleta dos dados e na revisão dos prontuários;

A acadêmica de Farmácia Iana Lara Sales pela preciosa ajuda na revisão da lista de abreviaturas e referências;

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú pelas informações;

Ao farmacêutico Germano Paulino Dias pela elaboração do banco de dados e pelos vários finais de semana no GPUIM;

A todos os meus colegas de mestrado, em especial Alex Ferreira de Oliveira, Nadja Mara de Sousa Lopes e Alcidésio Júnior pelo companheirismo e amizade;

A Raimundinha e Graça, secretárias do mestrado pela ajuda constante.

A Rosane Maria Costa, pela normalização do trabalho;

A Gilberto Coêlho pela revisão ortográfica e de português;

Aos amigos, os que estavam presentes ou ausentes momentaneamente, pelas orações, amparo nos momentos difíceis e por acreditarem em mim, representados por: Eunice Honorato, Sueli Coêlho e Socorro Pedro;

Aos membros da banca examinadora, professora Ângela Maria Souza e professor Fábio Gomes de Matos e Souza pela atenção e importantes contribuições ao estudo;

.....que Deus derrame bênçãos, dádivas, luz sobre todos vocês e os inspire a fazer sempre o melhor com amor e dedicação.

“Pois a verdadeira doença não é estar doente,  
mas na cura,  
possuir remédios  
que ainda pertencem a doença”

**(Lapoujade, 2002)**

“No mistério do Sem-Fim  
equilibra-se um planeta

E, no planeta, um jardim,  
e, no jardim, um canteiro;

no canteiro, uma violeta,  
e, sobre ela, o  
entre o planeta e a  
a asa de uma borboleta”.

**Cecília Meireles**RESUMO

O presente trabalho objetivou descrever o consumo de psicofármacos entre os usuários assistidos na Atenção Primária de Saúde (APS) e encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no município de Maracanaú; avaliar a prática de prescrição, aquisição e uso prolongado dos psicofármacos; conhecer o que representa o uso desses medicamentos no dia-a-dia e avaliar os fatores determinantes ao consumo de psicofármacos, entre as variáveis sociais, econômicas, demográficas e biológicas. Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, observacional e transversal realizado no período de setembro de 2006 a fevereiro de 2008, cujo objeto de avaliação foram os indivíduos provenientes da APS e encaminhados ao CAPS. As informações foram obtidas através de um roteiro de entrevista, contendo 57 perguntas. A amostra foi calculada em função do número de pessoas cadastradas e acompanhadas pelo CAPS. No total, foram entrevistadas 200 pessoas, em que 121 (60,5%) afirmaram ter consumido psicofármacos nos últimos 15 dias; destas, a maioria era do sexo feminino, com renda individual mensal até 2 salários mínimos (85,4%), baixa escolaridade (68,8% eram analfabetos) e com algum tipo de doença secundária (54,5%). Alguns (20,0%) informaram ser usuários de bebidas alcoólicas, 54,0% fumavam e 72,0% não praticavam atividade física. Quanto à representação desses medicamentos no dia-a-dia, a maioria (47,9%) referiu “alívio”. A média do consumo de psicofármacos foi de 1,5 medicamento por pessoa. A maioria das pessoas (78,3%) os utilizava de forma contínua e 73,3% afirmaram não ter recebido orientação quanto aos riscos de utilizá-los por tempo prolongado. Os médicos foram responsáveis por 93,9% das indicações. Os usuários referiram já ter tentado parar de tomar esses medicamentos (57,8%), sendo que 78,3% conseguiram isto de forma brusca e outros (75,6%), que estavam fazendo uso há mais de 12 meses, relataram não ter conseguido parar de tomá-los de forma alguma. Os grupos de medicamentos mais consumidos foram: ansiolíticos (36,5%), antidepressivos (31,5%), antipsicóticos (17,7%) e antiepilépticos (11,0%). Entre os ansiolíticos o mais consumido foi o diazepam (27,0%). Os principais motivos para o consumo de psicofármacos foram: “nervosismo” (20,4%), “insônia” (17,8 %) e “depressão” (11,6%). Quanto à aquisição dos psicofármacos, 41,6% foram adquiridos na farmácia do CAPS, mas 24,3% compraram tais medicamentos. Algumas pessoas (18,3%) adquiriam esses produtos sem receita médica e 83,5% utilizavam também outros medicamentos, destacando-se, segundo a classificação ATC, os do Sistema Cardiovascular (39,5%) e do Trato Alimentar e Metabolismo (17,9%). O captopril, hidroclorotiazida, ranitidina, omeprazol, propranolol, prometazina e o paracetamol foram responsáveis por 38,5% do consumo geral de medicamentos. O estudo possibilitou o aporte de informações relevantes acerca do uso de psicofármacos em Maracanaú e sobre seus usuários.

Palavras-chave: Medicamentos. Psicotrópicos. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The objectives of the present work is to describe the consumption of psychoactives amongst users who attended in the Primary Care of Health (PCS) and were directed to the Centre of Psychologic and Social Support (CPSS) in the city of Maracanaú; to evaluate the practice of prescribing, the acquisition and chronic use of psychoactives; to find out what represents the use of these medicines on a day-by-day basis and to evaluate factors that determine consumption of psychoactives, such as social, economic, demographic and biological variables. This was an epidemiologic, quantitative, observational, and cross sectional study carried out from September of 2006 to February of 2008 which evaluated individuals proceeding from the PCS and directed to the CPSS. The information was obtained through an interview comprising 57 questions. The sample was calculated as a function of the number of people registered and followed up by CPSS. In the total 200 people were interviewed, where 121 (60.5%) had affirmed to have consumed psychoactives in last the 15 days; of these, the majority were female, with an individual monthly income greater than two minimum salaries, low schooling (68.8% were illiterate) and with some type of secondary disease (54.5%). Some of them reported consumption of alcoholic beverages (20.0%), 54.0% were smokers and 72.0% did not take any physical activity. Concerning the questions about what the medicines represent to them, the majority (47.9%) said they felt something like “relief”. The average of the consumption of psychoactives was of 1,5 medicines per person. The majority of the people (78.3%) used them continuously and 73.3% had reported that they did not received any information about the risks of long-term use. Doctors were responsible for 93,9% of the indications. Of the users who reported that they had attempted to stop taking these medicines (57.8%), 78.3% did this suddenly. The groups of the most consumed medicines were: Anxyolitics (36.5%), Antidepressants (31.5%), Antipsychotics (17.7%) and Antiepileptics (11.0%). Of the anxyolitic drugs, the most consumed was diazepam it (27.0%). The main reasons for the consumption of psychoactives were: “nervousness” (20.4%), “sleeplessness” (17.8%) and “depression” (11.6%). Concerning the acquisition of psychoactives, 41.6% were obtained from the pharmacy of the CPSS, but 24.3% of these medicines were bought by patients. Some people (18.3%) got these drugs without medical prescription and 83.5% also used other medicines. These were, according to ATC classification, medicines of the Cardiovascular System (39.5%) and of the Gastric Tract (17.9%). Captopril, hidroclorotiazide, ranitidine, omeprazole, propranolol, prometazine and paracetamol were responsible for 38,5% of general medicines consumed. Our study provided relevant information about the use of psychoactive drugs in Maracanaú and on its users.

Key words: Medicines. Psychoactives. Mental health.

## **LISTA DE FIGURAS E QUADROS**

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Figura 1 | Mapa da cidade de Maracanaú/ Divisão das Áreas de Vigilância à Saúde (AVISAS).....  | 46  |
| Figura 2 | Foto da fachada do CAPS Geral de Maracanaú.....   | 49  |
| Figura 3 | Organograma previsto para a Rede de Atenção à Saúde Mental de Maracanaú em 2008.....  | 49  |
| Figura 4 | Fluxograma da pesquisa.....   | 50  |
| Quadro 1 | Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME) – medicamentos que atuam em nível do Sistema Nervoso Central. Maracanaú – 2007..... | 37  |
| Quadro 2 | Lista de queixas de acordo com a Escala Saftee-Up.....  | 56  |
| Quadro 3 | Lista de EVPE (fatores desencadeantes).....   | 57  |
| Quadro 4 | Dados dos medicamentos usados na última quinzena pelo usuário (bloco 1 – medicamentos controlados).....                         | 112 |
| Quadro 5 | Dados dos medicamentos usados na última quinzena pelo paciente (outros medicamentos).....                                       | 115 |

### LISTA DE ABREVIATURAS

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| ACS   | Agentes Comunitários de Saúde  |
| ADT   | Antidepressivos Tricíclicos    |
| ADH   | Antidepressivos Heterocíclicos |
| APS   | Atenção Primária de Saúde      |
| AVISA | Área de Vigilância à Saúde     |
| BZD   | Benzodiazepínicos              |
| CAPS  | Centro de Apoio Psicossocial   |

|         |   |
|---------|---|
| CCISP   | Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo             |
| CEATOX  | Centro de Assistência Toxicológica do Ceará                 |
| CEBRID  | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas |
| CID     | Classificação Internacional das Doenças                     |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde                                  |
| CNSM    | Conferência Nacional de Saúde Mental                        |
| DEF     | Dicionário de Especialidades Farmacêuticas                  |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                                 |
| EUA     | Estados Unidos da América                                   |
| EUM     | Estudos de Utilização de Medicamentos                       |
| EVPE    | Eventos de Vida Produtores de Estresse                      |
| GPUIM   | Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos          |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística             |
| INCB    | International Narcotics Control Board                       |
| IRS     | Inibidores de Recaptação de Serotonina                      |
| MS      | Ministério da Saúde   |
| MTSM    | Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental                 |
| NAPS    | Núcleo de Atenção Psicossocial                              |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde                                |
| PNSM    | Política Nacional de Saúde Mental                           |
| PPI     | Programação Pactuada Intergestora                           |
| PSM     | Programa de Saúde Mental                                    |
| REMUME  | Relação Municipal de Medicamentos Essenciais                |
| RPB     | Reforma Psiquiátrica Brasileira                             |
| SESA-CE | Secretaria de Saúde do Ceará                                |
| SIFAB   | Sistema Informatizado da Atenção Básica                     |
| SMDS    | Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social              |
| SMS     | Secretaria Municipal de Saúde                               |
| SNC     | Sistema Nervoso Central                                     |
| SPA     | Serviço de Pronto Atendimento                               |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                      |
| TCU     | Tribunal de Contas da União                                 |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                  |

|       |                                    |
|-------|------------------------------------|
| UBS   | Unidade Básica de Saúde            |
| UBASF | Unidade Básica de Saúde da Família |
| UFC   | Universidade Federal do Ceará      |
| USF   | Unidade de Saúde da Família        |

### LISTA DE TABELAS

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabela 1  | Distribuição da população de Maracanaú por faixa etária (anos) e sexo. Maracanaú, 2007.....   | 45 |
| Tabela 2  | Distribuição das AVISAS por UBASF e Equipes, Maracanaú, 2007.....   | 46 |
| Tabela 3  | Classes de recebimento salarial mensal.....   | 55 |
| Tabela 4  | Características demográficas da população estudada (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   | 63 |
| Tabela 5  | Características sócio-econômicas da população estudada (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   | 64 |
| Tabela 6  | Distribuição das principais queixas referidas pelos entrevistados (N=200), Maracanaú, 2007-2008.....  | 65 |
| Tabela 7  | Distribuição dos fatores desencadeantes referidos pelos entrevistados (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008.....  | 65 |
| Tabela 8  | Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais (CID – 10) provenientes da AP (N=94). Maracanaú, 2007-2008.....  | 66 |
| Tabela 9  | Proporção de transtornos mentais segundo sexo. Maracanaú, 2007-2008.....  | 66 |
| Tabela 10 | Distribuição das Condições de saúde dos entrevistados (N=200), relacionadas a internações, nº de internações e histórico de doenças psiquiátricas na família. Maracanaú, 2007 – 2008..... | 67 |
| Tabela 11 | Distribuição das doenças secundárias, segundo sexo. Maracanaú, 2007 – 2008.....   | 68 |
| Tabela 12 | Prevalência das doenças secundárias, segundo faixa etária. Maracanaú, 2007 – 2008.....  | 68 |
| Tabela 13 | Distribuição das pessoas com doenças secundárias (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008 .....  | 68 |

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Tabela 14 | Distribuição da população estudada, segundo hábitos sociais (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   |    |
| Tabela 15 | Prevalência do consumo de psicofármacos conforme variáveis demográficas (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   | 70 |
| Tabela 16 | Prevalência do consumo de psicofármacos conforme variáveis sócio-econômicas (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   | 71 |
| Tabela 17 | Distribuição do consumo de psicofármacos, segundo as condições de saúde: nº de internações, histórico de doença psiquiátrica na família e presença de doença secundária. Maracanaú, 2007-2008..... | 72 |
| Tabela 18 | Distribuição da população amostrada segundo a representação do uso dos psicofármacos no dia-a-dia (N=200). Maracanaú, 2007-2008.....   | 73 |
| Tabela 19 | Consumo de psicofármacos nos últimos 15 dias, de acordo com seu número por pessoa e fonte de indicação. Maracanaú, 2007-2008.....  | 74 |
| Tabela 20 | Distribuição do consumo de psicofármacos, segundo o subgrupo terapêutico (3º nível de classificação ATC). Maracanaú, 2007 – 2008.....  | 75 |
| Tabela 21 | Distribuição do consumo de medicamentos segundo o fármaco. Maracanaú, 2007 – 2008 .....  | 76 |
| Tabela 22 | Principais motivos que geraram o uso dos psicofármacos. Maracanaú, 2007 – 2008.....  | 77 |
| Tabela 23 | Locais de aquisição dos psicofármacos referidos pelos entrevistados (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008 .....  | 79 |

### **LISTA DE GRÁFICOS**

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Uso de medicamentos psicofármacos de acordo com os hábitos sociais: uso de álcool. Maracanaú, 2007-2008.....                | 77 |
| Gráfico 2 | Uso de medicamentos psicofármacos de acordo, com os hábitos sociais: uso de tabaco. Maracanaú, 2007-2008.....               | 78 |
| Gráfico 3 | Uso de medicamentos psicofármacos de acordo, com os hábitos sociais: prática de atividade física. Maracanaú, 2007-2008..... | 78 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>1.1 A problemática do estudo.....</b>                          | <b>19</b> |
| <b>1.2 A aproximação com o tema em estudo.....</b>                | <b>20</b> |
| <b>1.3 Justificativa e Relevância.....</b>                        | <b>21</b> |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                               | <b>23</b> |
| <b>2.1 Epidemiologia da Saúde Mental.....</b>                     | <b>23</b> |
| <b>2.2 Assistência aos Portadores de Transtornos Mentais.....</b> | <b>25</b> |
| <b>2.3 Fatores Relacionados ao Uso de Psicofármacos.....</b>      | <b>32</b> |

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>2.4</b>  | <b>Abordagem Farmacoterapêutica dos Transtornos Mentais.....</b>                              | <b>36</b> |
| <b>2.5</b>  | <b>Estudos de Utilização de Medicamentos.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>3</b>    | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>3.1</b>  | <b>Geral.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>3.2</b>  | <b>Específicos.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>4</b>    | <b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4.1</b>  | <b>Delineamento do Estudo.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4.2</b>  | <b>Local da Pesquisa.....</b>   | <b>44</b> |
| 4.2.1       | O município de Maracanaú.....   | 44        |
| 4.2.2       | A Rede Básica e o Modelo de Atenção à Saúde em Maracanaú.....                                 | 46        |
| 4.2.3       | O CAPS de Maracanaú.....  | 47        |
| <b>4.3</b>  | <b>Fluxo da Pesquisa.....</b>   | <b>50</b> |
| <b>4.4</b>  | <b>Seleção da Amostra.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>4.5</b>  | <b>Coleta de Dados.....</b>   | <b>51</b> |
| 4.5.1       | Instrumentos.....   | 51        |
| 4.5.2       | Fontes de dados.....  | 51        |
| <b>4.6</b>  | <b>Descrição das Variáveis.....</b>   | <b>52</b> |
| 4.6.1       | Dados pessoais.....   | 52        |
| 4.6.2       | Dados clínicos.....   |           |
| 4.6.3       | Dados familiares.....   |           |
| 4.6.4       | Dados sócio-econômicos.....   | 53        |
| 4.6.5       | Dados sobre hábitos.....  | 53        |
| 4.6.6       | Dados sobre medicamentos psicofármacos.....   | 53        |
| <b>4.7</b>  | <b>Estudo Piloto.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>4.8</b>  | <b>Controle de Qualidade.....</b>   | <b>60</b> |
| <b>4.9</b>  | <b>Etapas do Estudo.....</b>  | <b>60</b> |
| 4.9.1       | Características Gerais da População e fatores relacionados ao consumo<br>de medicamentos..... | 60        |
| <b>4.10</b> | <b>Aspectos Éticos.....</b>   | <b>61</b> |
| <b>5</b>    | <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>5.1</b>  | <b>Características Gerais da População.....</b>   | <b>52</b> |
| 5.1.1       | Aspectos Demográficos.....  | 52        |
| 5.1.2       | Aspectos Sócio-econômicos.....  | 63        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 5.1.3      | Condições de Saúde.....                                | 65         |
| 5.1.4      | Hábitos Sociais.....                                   | 69         |
| <b>5.2</b> | <b>Consumo de Medicamentos.....</b>                    | <b>69</b>  |
| 5.2.1      | Psicofármacos.....                                     | 69         |
| <b>6</b>   | <b>DISCUSSÃO.....</b>                                  | <b>80</b>  |
| <b>6.1</b> | <b>Consumo de Medicamentos.....</b>                    | <b>84</b>  |
| 6.1.1      | Psicofármacos.....                                     | 84         |
| <b>6.2</b> | <b>Características do Consumo de Medicamentos.....</b> | <b>88</b>  |
| 6.2.1      | Psicofármacos.....                                     | 88         |
| <b>7</b>   | <b>LIMITAÇÃO.....</b>                                  | <b>92</b>  |
| <b>8</b>   | <b>CONCLUSÕES.....</b>                                 | <b>94</b>  |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                | <b>97</b>  |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>                                  | <b>108</b> |
|            | <b>ANEXOS.....</b>                                     | <b>117</b> |

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho está centrado no campo da Farmacoepidemiologia, especialmente inserido nos Estudos de Utilização de Medicamentos.

A introdução contempla questões relativas ao tema e também aspectos relacionados tais como: epidemiologia dos transtornos mentais, a reforma psiquiátrica no Brasil e no Ceará, a assistência aos portadores de transtornos mentais ao longo dos anos, dentre outros.

Na metodologia utilizada, temos o desenho do estudo, local e fluxo da pesquisa, coleta e análise dos dados, instrumentos e métodos.

Os resultados estão apresentados como tabelas de distribuição de frequência e gráficos e demonstram o perfil de utilização dos psicofármacos, os transtornos mentais encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e outros dados relevantes do estudo.

A discussão compara os resultados obtidos com dados de outros estados do Brasil e no mundo, levanta hipóteses sobre a influência de alguns fatores relacionados ao consumo e também avalia de maneira indireta como está sendo realizada a assistência aos portadores de transtornos mentais no referido município.

Esse estudo procurou trazer informações para reflexão sobre o uso de psicofármacos em Maracanaú e sobre a elevada demanda de pessoas com transtornos mentais encaminhadas ao CAPS, com o objetivo de estabelecer estratégias que possibilitem a ampliação da rede de assistência em saúde mental no município, bem como para a resolução dos problemas detectados, sobretudo aqueles envolvendo o uso de psicofármacos.

Neste cenário, nossos objetivos, em consonância com nossos achados e conclusões, são direcionados para a melhoria da qualidade da assistência prestada a estas pessoas, dando-se ênfase à inclusão social, à cidadania e à integralidade do cuidado.

# 1 INTRODUÇÃO

“Todo conhecimento científico começa com um desafio: um enigma a ser decifrado!”

**(Rubem Alves)**

## 1.1 A problemática do estudo

O campo da saúde mental há quase três décadas vem passando por importantes transformações que culminaram com a criação de novos serviços e de novas estratégias de assistência, enfatizando-se a inclusão social, a cidadania e a integralidade do cuidado, objetivando-se a promoção da saúde mental e principalmente a reinserção social dos portadores de transtornos mentais. No entanto, apesar dos avanços nessa área, fica claro que existe parcela significativa da população que ainda não foi beneficiada e que necessita de assistência urgente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 70, já reconhecia a magnitude dos problemas de saúde mental e preconizava a descentralização dos serviços, a integração dos serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade, propondo assim a construção de novos paradigmas teórico-práticos (NUNES *et al.*, 2007; JORGE *et al.*, 2007).

Os dados epidemiológicos relativos à saúde mental mostram números consideráveis sobre a prevalência dos transtornos mentais no Brasil e no mundo, e demonstram a necessidade de mais pesquisas na área.

Além dos problemas relacionados à assistência, pesquisa e até investimento na área da saúde mental, outro ponto importante é a insuficiência teórica e técnica dos profissionais que atuam nesse campo.

Os estudos que avaliaram a temática sobre saúde mental apontam para a necessidade de reformulações nos cursos de graduação, atualizações e aperfeiçoamento das práticas que possibilitem uma mudança de perfil dos profissionais que ainda focalizam a doença e não avaliam o contexto social que os portadores de transtorno mental estão inseridos, verificando-se que as intervenções são realizadas em função da sintomatologia e usam o medicamento como recurso imprescindível (BICHAFF, 2006).

Segundo Barros (1995):

As pessoas pretendem, cada vez com maior frequência, resolver seus problemas - sejam ou não susceptíveis de serem classificados como “problemas médicos” - recorrendo aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Isto não somente levou a uma supervalorização do papel da Medicina e de seu instrumental tecnológico, mas provocou, igualmente, progressivo aumento da perda da capacidade das pessoas na conquista de alternativas para a resolução de problemas amiúde vinculados a fatores de ordem médica.

Diante do exposto, verifica-se que este incremento do consumo, além dos motivos inerentes ao processo de medicalização, também se deve à utilização do medicamento como um substituto para suprir as ineficiências ou insuficiências dos programas de assistência sanitária. A implicação do fenômeno do consumo está diretamente relacionada com a idéia de representação em nível psicológico presente no ato de consumir (BARROS, 1995).

A magnitude desses problemas justifica a necessidade de se implementar mudanças visando à racionalização que leve a melhoria no consumo e utilização dos medicamentos, tanto nos aspectos quantitativo como qualitativo.

## **1.2 A aproximação com o tema em estudo**

Como farmacêutica trabalhando no Hospital Municipal de Maracanaú desde 2001, observamos o uso crescente de psicofármacos e, em maior número, os benzodiazepínicos (BZD), no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) desse hospital.

Em 2004 realizamos uma pesquisa para verificar o perfil da utilização desses medicamentos e os resultados mostraram que 2% das prescrições realizadas nesse serviço eram de BZD, sendo considerado um número significativo tendo em vista tratar-se de um setor para atendimento de emergências médicas. A população consumidora deste tipo de medicamento foi delineada como sendo de mulheres em idade fértil, a maioria casadas, que procuravam o serviço de atendimento principalmente no período noturno (PASSOS *et al.*, 2005).

Além desse estudo sobre uso de psicofármacos realizado no hospital, particularmente na Atenção Primária de Saúde (APS), o uso desses medicamentos nos últimos anos, apresentou-se elevado. Dados da Coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal de Maracanaú revelaram que em 2007 foram distribuídos no município 848.200 comprimidos somente de BZD (MARACANAÚ, 2008).

Reconhecendo que o uso de psicofármacos é crescente não só no Brasil, mas em todo o mundo, e que, em muitos municípios cearenses, este consumo também é elevado, emergiu a necessidade de investigar essa problemática, entendendo que o farmacêutico pode contribuir de maneira relevante, estabelecendo estratégias que possibilitem promover o uso racional desses medicamentos.

Desta forma, procurou-se dar seguimento à investigação inicial sobre o uso de psicofármacos em Maracanaú, agora não mais abordando em nível hospitalar, mas na APS e focando seu uso nos possíveis portadores de transtornos mentais encaminhados ao CAPS.

### **1.3 Justificativa e relevância**

Alguns estudos no Brasil revelam que a prevalência do consumo de psicofármacos (especialmente de BZD) é bastante elevada no nosso meio, quando comparada a outros países (HUF *et al.*, 2000).

Segundo Silva *et al.* (2003), durante a vida 31% a 50% da população brasileira apresentam, pelo menos, um episódio de transtorno mental e cerca de 20% a 40% necessitam, por causa desses transtornos, de algum tipo de ajuda profissional.

Outro fator relevante é que os estudos quantitativos são fontes importantes de hipóteses que conduzem a novas investigações e funcionam também como avaliação da nossa prática. Desta forma, consideramos ser importante desenvolver estudos, no nosso meio, sobre medicamentos que possam envolver as pessoas que lidam com o medicamento (profissionais de saúde, usuários), e os fatores condicionantes relacionados a eles.

Segundo Orlandi e Noto (2005), para subsidiar as discussões no âmbito da saúde mental, mais precisamente relativas ao uso indiscriminado e a falha no controle do uso dos psicofármacos, são necessários estudos que busquem não apenas quantificar, mas compreender as crenças e valores que embasam as atitudes dos profissionais de saúde e dos usuários desses medicamentos.

Os estudos populacionais sobre consumo de psicofármacos em nosso país; em consultas em banco de dados MEDLINE e LILACS, são relativamente escassos em nosso meio e quando divulgados são, na sua maioria, realizados no sul e sudeste, sendo muito específicos como, por exemplo, entre estudantes (LIMA *et al.*, 2006; MUZA *et al.*, 1997); e entre meninos de rua (COTRIM, 1987; CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES

SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003). Além disso, o panorama do consumo de psicofármacos de uma população pode fornecer informações indiretas, tais como: prevalência de morbidade ou o impacto dos programas de controle no consumo dos medicamentos (ALMEIDA *et al.*, 1994; GALDURÓZ *et al.*, 2005).

No Estado do Ceará, os estudos sobre uso de psicofármacos são limitados e no município de Maracanaú não existem dados consolidados acerca desta problemática, sendo necessário também um delineamento do perfil dos usuários da Atenção Primária (AP) encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Nesta perspectiva, como profissional de saúde que desenvolve atividades no município de Maracanaú e comprometida com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pretendo com este estudo produzir conhecimento para servir de parâmetros nas tomadas de decisões, no âmbito da saúde mental em Maracanaú, e produzir informações que possam ser úteis para toda a comunidade científica.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

“Conhecer é construir pontes entre o sonho, estrela distante, e o lugar onde me encontro”

(Rubem Alves)

### 2.1 Epidemiologia da saúde mental

Estima-se que existam mais de 450 milhões de pessoas com um transtorno mental no mundo. Quatro das seis causas mais frequentes de anos vividos com incapacidade são: a depressão, os transtornos devido ao uso do álcool, a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Ressalta-se que estes números refletem também intenso sofrimento humano (OMS, 2004).

Dados ainda revelam que mais de 150 milhões de pessoas sofrem de depressão em algum momento da vida; cerca de 1 milhão se suicidam a cada ano; em média 25 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia; 38 milhões são afetadas pela epilepsia e mais de 90 milhões sofrem de transtornos relacionados ao uso do álcool e drogas, e estes números provavelmente aumentarão com o envelhecimento da população e também como resultado dos conflitos sociais e da violência (OMS, 2004).

O Canadá gasta em média 11% do orçamento total da assistência à saúde com a saúde mental, a Inglaterra destina cerca de 10% do total do orçamento e os Estados Unidos da América (EUA) utiliza cerca de 6% de todo o orçamento, não sendo esta a única fonte de recursos para a área (ABP, 2006).

No Brasil, o orçamento de gastos no Programa de Saúde Mental em 2006, foi de 2,01% (BRASIL, 2006). É necessário empreender esforços para a ampliação dos recursos destinados à saúde mental, uma vez que a OMS recomenda “mais que 5%” do orçamento global da saúde.

Outro fato relevante relacionado aos transtornos mentais é que eles afetam ao mercado de trabalho e a permanência nele. Estudo realizado nos EUA revelou que cerca de 5 a 6 milhões de trabalhadores na faixa etária de 16 a 54 anos perdem, não buscam ou não encontram emprego como consequência de uma enfermidade mental.

Os dados epidemiológicos no nosso país sobre transtornos psiquiátricos em adultos foram revelados em dois grandes estudos, mas não há nenhum estudo representativo dos índices de prevalência regionais ou nacional. Contudo é possível estimar a extensão dos problemas na área da saúde mental.

O primeiro destes estudos foi realizado em 1991 (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1997), um estudo multicêntrico, conduzido em três grandes centros urbanos – Brasília, São Paulo e Porto Alegre – incluiu 6.476 indivíduos com ao menos 15 anos de idade. Apesar de apresentar muitas limitações, ele permanece como o único estudo nacional conduzido no país sobre o tema e os índices encontrados foram condizentes com os estudos internacionais.

Os dados deste estudo revelam índices de prevalência para toda a vida, variando entre 17,6% em Brasília, 10,6% em São Paulo e 9,6% em Porto Alegre. Já os índices de prevalência em um ano para os diversos transtornos mentais foram: transtornos de ansiedade com índices de 10,6% em São Paulo; os estados fóbicos apresentando índices variando de 16,7%, a 7,6% e os transtornos somato-dissociativos apresentaram índices com variações de 2,8% a 8,1%.

Já os índices de prevalência em um ano no estudo multicêntrico revelaram para os transtornos de ansiedade um valor de 12,1% em Brasília, 6,9% em São Paulo e 5,4% em Porto Alegre. Os estados fóbicos apareceram com índices de 11,6%, 5,0% e 7,1% respectivamente e para os transtornos somato-dissociativos os índices encontrados foram de 5,8% em Brasília, 1,9% em São Paulo e 2,8% em Porto Alegre. Ressalta-se que os valores apresentados são os valores totais (incluindo, portanto sexo masculino e feminino) (MELLO, 2007).

A segunda pesquisa conduzida no Brasil foi a realizada por Andrade *et al.* (1997) e fornece índices de transtornos psiquiátricos na comunidade. Este estudo foi realizado em dois bairros de São Paulo. Os principais resultados encontrados foram os seguintes: índices de prevalência para toda a vida: depressão maior foi de 16,6%, todas as fobias foram de 9,3%, distímia foi de 4,3%, abuso/dependência do álcool foi de 5,0%, transtorno de ansiedade generalizado foi 4,2%.

Para o Ministério da Saúde (MS), atualmente 21% da população brasileira (39 milhões de pessoas) necessitam ou vão necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de saúde mental (MELLO, 2007).

Em Fortaleza, Ceará, um estudo realizado por Moura Fé e Sampaio (*apud* OLIVEIRA, 2000), encontraram prevalência de transtorno mental de 4,1%.

Verifica-se que os transtornos mentais são altamente prevalentes no nosso país. Estima-se que a sua carga aumentará de maneira significativa nos próximos 20 anos e vale a pena refletir se está sendo feito o suficiente para enfrentar esse crescente desafio.

## 2.2 Assistência aos portadores de transtornos mentais

Se considerarmos a definição de saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades”, compreende-se que “saúde mental” é mais do que uma mera ausência de transtornos mentais.

Define-se saúde mental como um “estado de bem estar por meio do qual os indivíduos reconhecem suas habilidades, que são capazes de enfrentar o estresse normal da vida, que podem trabalhar de forma produtiva e frutífera, contribuindo na sua comunidade”. Verifica-se, portanto, que saúde mental, física e social está intimamente relacionada e fica cada vez mais evidente que a saúde mental é fundamental para o bem estar geral dos indivíduos, sociedades e nações (OMS, 2004).

Este conceito nos remete a pensar em promoção da saúde, em reconhecer e identificar precocemente problemas biopsicossociais que levem a alterações mentais e comportamentais na população e a sua conduta terapêutica, objetivando a reabilitação e a reinserção social das pessoas em sofrimento mental.

Em contrapartida, quando pensamos na perspectiva psiquiátrica, o foco é a “doença mental” (diagnóstico clínico) e o tratamento médico. Esses dois “olhares” permitem assim, inserir o campo da saúde mental na Saúde Pública, uma vez que compõe além da psiquiatria, outros saberes e práticas e incluem, portanto, os diversos níveis de atenção do SUS, destacando-se o nível primário (OLIVEIRA, 2006; OMS, 2004).

Notadamente, os problemas de saúde mental afetam a sociedade como um todo e não somente um segmento limitado e isolado, portanto constitui um desafio importante para todos, pois não há grupos imunes, embora o risco seja maior nos pobres, nos “sem teto”, nos desempregados, nas pessoas com baixo nível de escolaridade, nas vítimas da violência, nas populações indígenas, nas mulheres maltratadas e nos idosos abandonados (OMS, 2004).

A assistência aos portadores de transtornos mentais vem, ao longo dos anos, passando por importantes transformações:

### ✓ Situação no Mundo:

Até a idade média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como fato cotidiano ou como dádiva divina, por meio de significações

religiosas e mágicas. A sociedade da época acreditava que a loucura era algo natural que habitava as casas, os povoados e os castelos (BEZERRA JÚNIOR *et al.*, 1987).

Na Europa, ao fim do século XV, com o término do trabalho agrícola e o advento da manufatura, começam a surgir vários problemas sociais e é neste cenário que aparecem os mendigos e desocupados. Inicia-se então na Europa uma repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, voluntária ou não, e também surgem as formas de punição contra estas “classes”.

Neste cenário, originam-se as instituições, as casas de correção e também os hospitais gerais onde os doentes mentais eram colocados e também sofriam punições severas (BEZERRA JÚNIOR *et al.*, 1987; OLIVEIRA, 2006).

O século XVII caracteriza-se como período em que algumas instituições tornaram-se asilos, reservados apenas aos “loucos”. A partir daí, estes se transformaram no objeto do trabalho da medicina, e o internamento (antes de caráter de sanção e controle moral) passou a ser uma medida de caráter médico (JORGE *et al.*, 1999).

O final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, e a Declaração dos Direitos Humanos nos Estados Unidos da América (EUA), apontavam para um movimento de denúncias contra as internações. As experiências dos movimentos reformistas não são recentes, ressaltando-se como referenciais: a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos, a Psicoterapia Institucional na França e a Psiquiatria Democrática na Itália. Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chianuggi na Itália, Todd nos EUA (NASCIMENTO, 2004).

Neste contexto, os “loucos” passam a ser chamados de “alienados” e a loucura passa a ser vista como objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura. Neste cenário surgem os hospitais como espaço terapêutico. A assistência psiquiátrica nasce assim no cerne de uma instituição repressivo-assistencial: o hospital asilar (BEZERRA JÚNIOR *et al.*, 1987; OLIVEIRA, 2006).

A reforma dos serviços de saúde mental na América Latina e Caribe, iniciada há mais de 40 anos, tem contado com inúmeras iniciativas, tanto no âmbito nacional como regional. Os primeiros passos deste processo têm origem na década de 60 baseados na influência do movimento de psiquiatria comunitária nos EUA, das experiências da reforma dos serviços de saúde mental na Europa e nas recomendações da OMS para reorganização dos serviços de saúde mental.

A Declaração de Caracas, adotada na Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, marcou o início da segunda fase da reforma e representou um passo decisivo no estabelecimento de programas nacionais e locais. Esta declaração propôs integrar a atenção primária nos sistemas locais de saúde e mostrou a necessidade de abandonar o conceito de que os hospitais deveriam ser o centro do sistema de atenção psiquiátrica (ALMEIDA, 2005).

A necessidade de criação de novos modelos alternativos e a constituição de uma nova rede de atendimento em saúde mental, desencadeou a implantação de um conjunto de serviços ambulatoriais e de atenção primária, principalmente a partir da década de 80 (LANCMAN, 1997).

A partir daí surgem propostas de “despsiquiatrização”, entendida como uma forma de retirar do médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, passando-as a outros profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros) e a grupos assistenciais não psiquiátricos (grupos de apoio, entre outros). Apesar das críticas em relação a este modelo preventivista, seu mérito foi a inclusão de serviços alternativos extra-hospitalares e também a inclusão de outros profissionais de saúde e da própria comunidade participando na assistência à população (JORGE *et al.*, 1999).

A nova fase da reforma de saúde mental se iniciou formalmente em 2001 com a decisão histórica da OMS em dedicar à saúde mental várias de suas iniciativas de alcance mundial. Isto chamou a atenção de especialistas e autoridades de todo o mundo, fazendo da saúde mental uma das prioridades de saúde pública.

O Programa Mundial de Ação em Saúde Mental da OMS, lançado em 2001, foi desenvolvido com o objetivo de superar barreiras e minimizar a lacuna existente entre os recursos e as necessidades criadas pelos transtornos mentais, assim como para reduzir o número de anos vividos com incapacidade e mortes associadas com esses transtornos. Para alcançar estes objetivos, a OMS apresentou 10 recomendações que se constituíam em um plano para cada país seguir. São elas:

- Proporcionar tratamento na atenção primária;
- Garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais;
- Garantir a atenção na comunidade (evitar internação em hospitais psiquiátricos);
- Educação em saúde para a população;

- Envolver as comunidades, as famílias e os usuários nas decisões políticas, programas e serviços;
- Estabelecer políticas, programa e legislação nacionais;
- Formar recursos humanos;
- Criar vínculo com outros setores;
- Monitorar a saúde mental na comunidade (informação/indicadores de saúde mental);
- Apoiar a pesquisa na área de saúde mental.

Esta nova fase tem mostrado novas perspectivas e tem renovado as esperanças de melhorar a atenção à saúde mental no mundo (ALMEIDA, 2005; OMS, 2004).

### ✓ Situação no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem história própria, e caracteriza-se como um processo político e social complexo, envolvendo vários atores: famílias, associações de pessoas com transtornos mentais, movimentos sociais, universidades, as três esferas do governo: federal, estadual e municipal, dentre outros (BRASIL, 2005).

A Reforma psiquiátrica é um processo em construção no Brasil e não ocorre de forma consensual e homogênea. Ela está condicionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões do país e determinam práticas singulares (JORGE *et al.*, 1999).

A história dos mais de 20 anos da RPB vem sendo registrada por diferentes autores. Apesar de divergências do início deste movimento no nosso país, acredita-se que, no final da década de 70, surgiu no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciada fortemente pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, que buscava substituir os manicômios e modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas que sofriam de transtornos mentais (SINATORA, 2005).

No Brasil, atualmente, existe uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) com princípios, diretrizes e leis que apontam para a construção de um modelo de atenção à saúde mental, visando à mudança do paradigma da exclusão, do estigma na busca pela conquista de direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais. Entretanto, para uma melhor compreensão da atualidade, retomaremos alguns fragmentos históricos dessa política visando apresentar uma contextualização da trajetória.

A RPB teve alguns marcos importantes: o movimento social pelos direitos dos portadores de transtornos mentais, MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1978) e três Conferências Nacionais em Saúde Mental ocorridas respectivamente nos anos de 1987, 1992 e 2001 (SINATORA, 2005).

Neste contexto de mudanças, a sociedade brasileira passou por um momento histórico, que culminou com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e que impulsionou através dos seus princípios e diretrizes o processo de descentralização, reorganização dos serviços e garantia da assistência à saúde de qualidade, que vai se estender posteriormente também no campo da saúde mental (NASCIMENTO, 2004).

Com este pano de fundo, surgem novas propostas terapêuticas para que a Reforma Psiquiátrica torne-se uma realidade. A partir daí, têm início algumas modificações na abordagem das pessoas com transtorno mental, que passam a ser vistas não mais como portadoras de uma doença incurável, mas como alguém que sofre de um problema e que pode ser tratado adequadamente e sem preconceitos. Ressalte-se que, ao longo do tempo, estas mudanças foram acontecendo paulatinamente e que ainda hoje passam por reformulações (SINATORA, 2005).

Na década de 90, caracterizada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, e pela realização da II CNSM, começa a entrar em vigor as primeiras leis regulamentando a implantação de serviços de atenção diária: CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (SILVA, 2005; BRASIL, 2005).

No Brasil, o processo legislativo tem influenciado de forma efetiva na implementação das políticas públicas no campo da saúde mental. É no contexto da promulgação da Lei N° 10.216 e da realização da III CNSM, que a política de saúde mental, em nível federal, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, tornando-se mais firme e visível.

Dentro desse contexto, é criado pela Lei Federal N° 10.708 o Programa “De volta para Casa”. A criação deste programa concretiza uma reivindicação antiga do movimento da RPB (BRASIL, 2005).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica estabelecem que o atendimento das pessoas com transtorno mental ocorra em serviços substitutivos, organizando-se em *rede* de assistência nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, priorizando o atendimento ambulatorial e a promoção à saúde mental, através da Estratégia Saúde da

Família (ESF) com ações básicas de saúde e da integração com a comunidade (NASCIMENTO, 2004).

A ESF segue o modelo de atenção à saúde estabelecida pelo MS através da Lei N° 2.177/98 e do decreto N° 2.043/99 que definiu seus princípios e filosofia, tendo como objetivo o atendimento individual dentro do contexto familiar baseado na lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida na família, incluindo desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das enfermidades (NASCIMENTO, 2004; OLIVEIRA, 2006).

Dada a magnitude dos problemas mentais na população brasileira, sabe-se que as equipes da atenção básica também se deparam no seu dia-a-dia com esses problemas. Dessa forma, espera-se que a atenção básica – como “porta de entrada” do sistema de saúde, funcione como base de referência e contra-referência, e que embora esteja destinada a ter um perfil “generalista”, não deixe de lado as abordagens de problemas mais especializados em saúde mental e assistência psiquiátrica (OLIVEIRA, 2006).

Algumas práticas devem acontecer na ESF: planejamento orientado para problemas gerais; participação popular; uso da informação na tomada de decisão; foco na epidemiologia, mudança de enfoque das ações de risco para dano. No entanto, a saúde mental na atenção básica ainda se configura como uma modalidade de atenção em construção.

Desta forma, a ESF também é responsável pela abordagem dos problemas de saúde mental, na prevenção e também na assistência, dando-lhes o devido encaminhamento quando necessário, ou seja, para os CAPS, ou nos casos mais graves e emergenciais, para os hospitais especializados. Através da prevenção primária que ocorre dentro do contexto do ESF é possível reduzir em uma dada comunidade os transtornos mentais, promovendo “sanidade mental” dos grupos sociais, visto que alguns estudos apontam que, em certas localidades do país, com equipes de saúde da família, cerca de 50% das pessoas atendidas pelo médico têm sofrimento mental significativo (NASCIMENTO, 2004; CEARÁ, 2008).

Dentre as atividades que podem ser desenvolvidas pela ESF no âmbito da saúde mental, podemos destacar: acompanhamento de psicóticos crônicos; visitas domiciliares em conjunto com a equipe do CAPS para atendimento das crises e acompanhamento terapêutico-reabilitador; prevenção e combate à dependência de BZD; efetivação do sistema de referência e contra-referência para identificar precocemente os casos de transtornos mentais nas áreas; atendimento das emergências psiquiátricas e aconselhamento psicológico (NASCIMENTO, 2004).

Apesar das diversas atividades que podem ser realizadas no âmbito da saúde mental em nível das equipes de saúde da família, de acordo com dados do Tribunal de Contas da União (TCU) no seu relatório de Avaliação das Ações de atenção a Saúde Mental:

Nas visitas aos municípios, pôde-se constatar que o processo de formação de equipes matriciais ainda se mostra bastante incipiente. A relação dos CAPS com a atenção básica nos municípios visitados inexistente ou ainda ocorre de forma muito tímida, segundo as entrevistas realizadas junto aos responsáveis pelos CAPS. Entre as prováveis causas para a falta de integração estão a dificuldade de interiorização dos profissionais de saúde, especialmente dos psiquiatras, a falta de adesão ao modelo proposto por parte dos gestores municipais nos municípios onde há CAPS e a falta de capacitação dos profissionais. (BRASIL, 2005).

### ✓ Situação no Ceará

No Ceará, a Reforma Psiquiátrica se iniciou com a implantação do primeiro CAPS, na cidade de Iguatu, em 1991. O atendimento em saúde mental era realizado através de equipe multiprofissional, envolvendo a comunidade, portanto, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Esta experiência levou a uma melhoria da qualidade da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais.

Em 1992, foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, na qual foi votada uma moção de apoio ao Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede, cuja proposta era definir juridicamente uma reforma na atenção aos cuidados dos portadores de transtorno mental, que posteriormente torna-se Lei (Lei N° 12.251, de julho de 1993). Esta Lei foi uma das primeiras aprovadas no país e serviu de apoio ao projeto nacional do Deputado Paulo Delgado que foi aprovado e transformado em Lei somente em 2001 (Lei N° 10.216/2001, a atual Lei em vigor) (CEARÁ, 2008).

Em 1993 é criada a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza, a primeira a ser implantada em uma capital e serviu de apoio teórico e técnico na implantação dos novos CAPS no Estado.

A operacionalização da reforma no Ceará, apesar do pioneirismo, enfrentou algumas dificuldades tais como: a não aceitação da desospitalização dos portadores de transtornos mentais pelos seus familiares e o medo dos profissionais da área da saúde mental de perder seus empregos. Ressalta-se ainda que os profissionais, que foram trabalhar nestes novos serviços tinham sua formação advinda do modelo hospitalocêntrico e, portanto, embora eles estivessem no contexto da reforma, a lógica ainda era a do modelo anterior (PONTES *et al.*, 1997).

A saúde mental no nosso estado tem algumas experiências exitosas como Iguatu, Quixadá, Fortaleza e Sobral. Dentre estas, podemos citar o trabalho desenvolvido em Sobral, onde a rede de atenção à saúde mental conta com ação matricial em 100% das equipes básicas de saúde, com cobertura de 96% da população adstrita.

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS, 2007) e propicia o trabalho articulado com a atenção básica, possibilitando a abordagem e o tratamento das pessoas com transtornos mentais na própria comunidade, gerando soluções menos “medicalizantes”.

Vale ressaltar que um dos grandes aliados da estruturação da rede de saúde mental em Sobral é a Universidade como importante ferramenta na formação e qualificação das equipes multiprofissionais (CEARÁ, 2008).

No município de Maracanaú, a política de saúde mental iniciou-se com a implantação do CAPS Geral em 2002, mas somente em 2006 ele foi cadastrado pelo MS. As ações na área da saúde mental ainda estão focadas neste serviço, apesar de esforços no sentido de avançar.

### **2.3 Fatores relacionados ao consumo de medicamentos**

O consumo de medicamentos é influenciado por diversos fatores: oferta de produtos no mercado, seu número, variedade e qualidade, políticas de regulação vigente, o preço e a influência das redes sociais, fatores culturais e psicossociais.

O acesso aos serviços de saúde, a cultura médica e a facilidade em adquirir medicamentos também são fatores relevantes. Associado a esses fatores está o marketing direto e indireto da indústria farmacêutica, que induz a comportamentos, necessidades e os mais variados interesses.

“O desejo de tomar medicamentos talvez represente o maior aspecto de distinção entre o homem e os animais”. Esta afirmação ilustra o que se observa mundo afora; não importando a cultura, a história, a posição econômica ou social do indivíduo, a demanda por medicamento permeia os conceitos associados à saúde e à doença (CASTRO, 2000)

Os medicamentos com eficácia, segurança e qualidade comprovadas, quando utilizados de forma correta, contribuem para o restabelecimento e manutenção da saúde dos indivíduos, mas também podem se converter em problemas quando mal indicados,

manipulados ou administrados indevidamente, com grandes conseqüências econômicas (MARIN, 2003).

O consumo elevado de medicamentos e seu uso indiscriminado acarretam riscos diretos e indiretos à população, tornando-se um sério problema de saúde pública. Para melhor compreensão desse processo, estudos específicos sobre o padrão do consumo de medicamentos são relevantes, pois possibilitam a avaliação do seu emprego, se está havendo ou não uso racional, e também verificam que fatores estão influenciando o seu uso (SILVA; GIUGLIANI, 2004). No Brasil, exemplos desses problemas são evidenciados por alguns autores: Chaimowicz *et al.* (2000); Orlandi e Noto (2005): o uso de ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-hipertensivos inadequados para pessoas de 65 ou mais anos de idade, dentre outros.

De acordo com Arrais (2005), em geral, o medicamento não pode ser visto como um bem de consumo, mas como um recurso útil na assistência à saúde das pessoas. A redução da necessidade do seu uso passa pela implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como medidas que diminuam as desigualdades sociais e melhorem a distribuição de renda entre os indivíduos.

Segundo Barros (1995), o apelo ao consumo ininterrupto de bens e serviços, e a intenção de vinculá-los ao bem-estar, à saúde e à felicidade, é sem dúvida, uma das principais características mais significativas da sociedade moderna. O consumo é algo inerente ao homem e este fenômeno está intrinsecamente relacionado ao seu desenvolvimento. Da mesma maneira, a saúde também passou a depender do acesso às novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

O simbolismo que envolve o medicamento ganhou espaço no imaginário popular, ultrapassando a ação terapêutica e movimentando, na condição de mercadoria, uma das indústrias mais dinâmicas no país que investe de maneira maciça em propaganda para vender o seu produto (BRASIL, 2005).

Em Fortaleza, a abordagem relativa aos padrões de consumo de medicamentos surgiu na década de 80, relacionada principalmente com a preocupação manifestada por estudos acadêmicos sobre o uso abusivo de produtos psicotrópicos pela população do município. No entanto, é na década de 90, com a criação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC), que os estudos nesta área se intensificaram e mostraram dados preocupantes deste perfil no referido município (ARRAIS, 2004).

Um estudo de base populacional foi realizado em 2002-2003 com o objetivo de determinar a prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos, e demonstrou na população estudada uma prevalência de 49,7%. O gênero feminino apresentou um consumo de 1,4 vez maior que o masculino. O aumento da idade está relacionado ao aumento do consumo de medicamentos, entre outros resultados, revelando importantes aspectos sobre o tema (ARRAIS *et al.*, 2005).

Em relação aos psicofármacos, vários fatores sócio-demográficos têm sido sugeridos, entre eles o sexo é o mais consistente, sendo que as mulheres são mais prováveis de utilizá-los do que os homens (TURRINA *et al.*, 1993; MARI *et al.*, 1993; ALMEIDA *et al.*, 1994). Outro fator associado ao uso de psicofármacos é a idade, sendo que o consumo ocorre nas faixas etárias mais elevadas (MARI *et al.*, 1993; BERTOLDI *et al.*, 2004).

Quanto ao nível de escolaridade, Almeida *et al.* (1994) encontraram associação entre baixo nível de escolaridade e uso de psicofármacos. Já Lima *et al.*, (1999) encontraram associação entre o alto nível de escolaridade e uso de medicamentos BZD.

Em relação à renda e uso de psicofármacos, alguns estudos (MARI *et al.*, LIMA *et al.*, 1999) demonstram uma associação positiva entre os níveis mais elevados de renda e este consumo, mas há também achados, mostrando uma relação inversa (ALMEIDA *et al.*, 1994). Quanto ao *status* do emprego, o uso de psicofármacos é mais elevado entre os desempregados (CAFFERATA; MEYERES, 1990).

Alguns estudos realizados no Brasil (ALMEIDA *et al.*, 1994; WORTMANN *et al.*, 1994) constataram que o consumo de BZD é maior entre pessoas viúvas e separadas/divorciadas. E quanto à presença de uma condição patológica crônica, verifica-se em alguns estudos a associação com o uso de psicofármacos (ALLGULANDER, 1989).

Na literatura, encontram-se pesquisas que avaliaram a relação entre o uso de psicofármacos e sua associação com problemas sociais e eventos de vida produtores de estresse (TURRINA *et al.*, 1993; LOPES *et al.*, 2003).

De acordo com Magalhães (2001), em relação aos psicofármacos, eles:

Tendem a diminuir ou amortizar o sofrimento psíquico do sujeito que vive sua dura realidade sempre com muita angústia. Eles são o ópio do povo”. Realmente, o uso cotidiano de aspirinas, antidepressivos, calmantes e outros medicamentos, até os mais poderosos, sinaliza para uma cultura que tende a não tolerar nenhuma dor. Não há necessidade de resistir ao sofrimento, ele tende a ser banido do horizonte da boa saúde, necessita-se apenas das boas drogas.

Segundo Bortonello e Bochner (1999) os medicamentos se destacam entre os agentes tóxicos, contribuindo com 27% dos casos registrados pela Rede de Centros de Controle de Intoxicações e ocupando o primeiro lugar nas estatísticas destes eventos.

Ressalta-se também que os medicamentos são os principais agentes responsáveis por intoxicações em humanos. Segundo dados do Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo (CCISP), em 2000 foram registrados 45% de exposições humanas a medicamentos e, dentre os grupos de medicamentos envolvidos, destacaram-se os psicofármacos. Esse grupo representou 39% dos medicamentos encontrados nos quadros agudos de intoxicação (OGA, 2008).

Em um estudo desenvolvido por Andrade (2004), no município de Pedras de Fogo, pesquisou-se a dependência a BZD pelos usuários de uma unidade de saúde da família. Seus achados confirmam que os maiores consumidores desses medicamentos são as mulheres, nas faixas etárias entre 35 a 45 anos e acima dos 65 anos de idade; em sua maioria, casadas, com nível de escolaridade de ensino fundamental e de religião católica, com ocupação do lar e renda mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Estudo realizado por Rios *et al.* (2005) em Goiás, mostrou que os analgésicos, psicofármacos e antiinflamatórios não esteroidais foram responsáveis por mais de 60% de todos os casos de tentativas de suicídio.

No Ceará, em 2003, foram registrados 3.283 casos de intoxicações atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX), dentre eles, 22,01% causados por medicamentos (CEARÁ, 2003).

Os medicamentos também são utilizados como drogas de abuso. Em levantamento realizado entre estudantes de 1º e 2º graus, verificou-se que alguns indivíduos referem já ter utilizado alguma vez na vida anfetamínicos e ansiolíticos (GALDURÓZ *et al.*, 1997).

Dados do CEBRID, no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI *et al.*, 2007), revelaram que o uso na vida de BZD (ansiolíticos) teve porcentagens muito diferentes nas cinco regiões brasileiras, com variações entre 2,4% na região Norte a 6,6% na região Sudeste. É notório que as mulheres usam mais os ansiolíticos, chegando a cerca de quatro vezes mais em algumas regiões do País. O uso exagerado de BZD, sobretudo por mulheres vem sendo denunciado no Brasil há anos (NAPPO; CARLINI, 1993).

## 2.4 Abordagem farmacoterapêutica dos transtornos mentais

A Psiquiatria foi marcada, nas últimas décadas, por verdadeiras revoluções no âmbito da terapêutica que proporcionaram uma enorme repercussão social, influenciaram até mesmo as classificações nosológicas e abriram caminho para a formação de novas hipóteses etiopatogênicas (CORDÁS; MORENO, 1999).

Os primeiros psicofármacos foram introduzidos no final da década de 40. Em 1949 surgiu o primeiro relato de tratamento da mania com lítio. Hanfliger e Schindler sintetizaram uma série de iminodibenzílicos, chegando ao composto imipramina (Antidepressivo Tricíclico) que deu novas perspectivas ao tratamento da depressão entre outros distúrbios do humor, psicoses e até melhoria no tratamento da dor crônica. Em 1952 são descritos os efeitos antipsicóticos da clorpromazina. Já os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato (1954) e clordiazepóxido (1957), seguido por uma ampla gama de BZD (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999; FERNANDES *et al.*, 2006).

A introdução dos psicofármacos foi extremamente importante na abordagem dos transtornos psiquiátricos e o seu uso disseminou-se amplamente, diminuindo significativamente o número de internações e o tempo de permanência nos hospitais especializados. A utilização desses medicamentos também possibilitou que pacientes com história de diversas internações pudessem regressar para os seus lares e passassem a realizar seus tratamentos em nível ambulatorial (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999; ALMEIDA *et al.*, 1994).

Os medicamentos representam um insumo essencial para o sistema de saúde e para o tratamento das doenças. Entretanto, congrega como instrumento terapêutico duas possibilidades de desfecho do seu emprego: de benefício ou de risco, usualmente simultâneos, na dependência de múltiplas variáveis, mesmo quando utilizados na forma preconizada (BONFIM; MERCCUCI, 1997).

O uso dos psicofármacos tem adquirido uma importância relevante, em especial pelo aumento constante e crescente das patologias que requerem seu emprego, pela disponibilidade atual de recursos farmacológicos de menor toxicidade, bem como pelas novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (MILAZZO; PERNA, 2004). A solução dos problemas relacionados com a saúde mental constitui indiscutivelmente uma tarefa cada vez mais importante da saúde pública mundial (MINOLETTI; ZACCARIA, 2005).

A utilização de forma racional se baseia no correto diagnóstico, que considera o prognóstico e permite a escolha dos recursos terapêuticos mais adequados. É questionável o fato de que a maioria dos psicofármacos seja prescrito por médicos generalistas, o que permite inferir que representam indicações para episódios agudos ou a simples repetição de uma receita que anteriormente foi feita por um especialista. Isto não representa um tratamento racional com seguimento, avaliação e tempo de terapêutica adequado para o paciente (MILAZZO; PERNA, 2004).

Em Maracanaú, o arsenal terapêutico disponível no CAPS para tratar os portadores de transtornos mentais são aqueles medicamentos padronizados e que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (Quadro 1).

Quadro 1 – REMUME – medicamentos que atuam em nível do Sistema Nervoso Central. Maracanaú – 2007.

| <b>Grupo Farmacológico</b>                         | <b>Medicamento</b>  |
|--|---|
| <b>1. Anticonvulsivantes:</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepina – comp. 200 mg</li> <li>• Clonazepan - comp 2 mg</li> <li>• Fenitoína – comp. 100 mg</li> <li>• Fenobarbital – comp. 100 mg</li> <li>• Fenobarbital – solução oral Fr/gts 40 mg/ml</li> <li>• Periciazina – 40 mg /ml Fr/gts</li> <li>• Valproato de Sódio – 50 mg / ml Xrp</li> </ul>                 |
| <b>2. Antiparkinsonianos:</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biperideno – comp. 2 mg (cloridrato)</li> <li>• Biperideno – sol.inj 5mg /ml</li> <li>• Levodopa + Carbidopa – comp. 250 mg + 25 mg</li> </ul>   |
| <b>3. Hipnóticos, ansiolíticos e antagonistas:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepan – comp. 5mg sulcado</li> <li>• Diazepan- sol.inj. 5 mg /ml</li> <li>• Alprazolam – comp. 1 mg</li> <li>• Cloxazolam- comp. 2 mg</li> </ul>  |
| <b>4. Antipsicóticos:</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorpromazina – comp. 100 mg</li> <li>• Clopromazina- comp. 25mg</li> <li>• Haloperidol – comp. 5 mg</li> <li>• Haloperidol – comp. 1 mg</li> <li>• Haloperidol – 2mg /ml Fr/ gts</li> <li>• Haloperidol decanoato- sol.inj 50 mg</li> <li>• Risperidona – comp. 2 mg</li> <li>• Tioridazina – comp. 50mg</li> </ul> |

**5. Antidepressivos:**

- Amitriptilina – comp. 25 mg
- Clomipramina – comp. 25 mg
- Fluoxetina – comp. 25 mg
- Imipramina – comp. 25mg
- Lítio,carbonato- comp. 300 mg
- Nortriptilina – comp. 50 mg

**6. Neurolépticos:**

- Levomeproamazina – comp. 100mg
- Levomepromazina – comp. 25 mg
- Levomeproamazina – 40mg /ml Fr/ gts

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas alguns podem levar à dependência fisiológica e/ou psicológica (GOODMAN *et al.*, 2003; KATZUNG, 2003).

Os transtornos de ansiedade, estresse, fobia, pânico e de insônia, para a maioria dos pacientes apenas requer um tratamento intermitente ou de curto prazo. Esta análise coloca em evidência as tendências atuais de prescrição de psicofármacos que coincidem com publicações em outros países nos últimos anos (MILAZZO; PERNA, 2004).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública à medida que seu uso, na atualidade, ocorre de forma indiscriminada, sendo indicados e amplamente usados no tratamento da insônia. O consumo desses medicamentos pode levar a alterações no comportamento e também podem levar à dependência psíquica e/ou física (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Dos ansiolíticos, os BZD estão entre os medicamentos mais usados em todo o mundo. Estudos revelam que cerca de 15%, de toda a população norte-americana já recebeu pelo menos uma prescrição desses medicamentos. Após sua comercialização, no início dos anos 60, os BZD rapidamente deslocaram os barbitúricos e tornaram-se os mais utilizados entre os medicamentos com propriedades sedativas. Tal fato se deu por conta do menor potencial de causar dependência e maior índice terapêutico dessas substâncias (HUF *et al.*, 2000).

Estima-se que cerca de 1 a 3% da população ocidental já os tenham consumido regularmente por mais de um ano. Em 2001, no mundo todo, foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses com hipnóticos. A prevalência destes fármacos é elevada no Brasil e há relatos da existência de mais de 100 medicamentos no nosso país à base de BZD (CEBRID, 2005).

Dados do Conselho Regional de Medicina de São Paulo revelam que um em cada dez adultos recebe prescrição de BZD, quase sempre feita por um médico generalista (ANDRADE *et al.*, 2004). O uso prolongado desses medicamentos somente se justifica em

poucas situações (p.ex: recorrência de ataques de pânico e ansiedade generalizada). A cronicidade do seu emprego pode levar à tolerância e dependência, e este potencial gerador de dependência está documentado em vários estudos. No entanto, o que se vê na prática é a continuidade de um uso que extrapola a finalidade terapêutica, passando a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida de muitos pacientes (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

A maioria dos BZD, quando vendidos por prescrição médica, causa pouca tolerância e nenhuma dificuldade em interromper o tratamento. Entretanto, depois de vários meses de uso, a percentagem dos pacientes que se tornam tolerantes aumenta, e ao se tentar reduzir a dose ou interromper o tratamento levará à síndrome de abstinência. Desta forma, os pacientes tratados por períodos prolongados com estes medicamentos podem levar meses para parar de usá-los, com reduções gradativas das doses (GOODMAN *et al.*, 2003; KATZUNG, 2003).

Associado ao risco de dependência, os estudos revelam que há um aumento das taxas de acidentes, quedas e fraturas entre os usuários de BZD e também há evidências de que doses terapêuticas podem prejudicar as funções cognitivas em idosos, mesmo após a suspensão do medicamento (HUF *et al.*, 2000).

Órgãos internacionais, como a OMS e o *International Narcotics Control Board* (INCB), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de BZD (ORLANDI; NOTO, 2005).

Um estudo realizado em 2001 (levantamento domiciliar nacional) revelou que 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram usar BZD sem receita médica. Em outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter usado ansiolíticos sem prescrição (ORLANDI; NOTO, 2005)

Quanto aos antidepressivos, a sua descoberta no final da década de 50 e seu uso na prática médica trouxeram um importante avanço no tratamento e no entendimento dos possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos. A depressão passou a ser um problema médico passível de tratamento, à semelhança de outras doenças como a diabetes e a hipertensão.

Os benefícios da terapia medicamentosa provêm de facilidade de administração, eficácia em depressões leves e graves e exigência de pouco tempo do paciente. As desvantagens são necessidade de repetidas consultas médicas para monitorar resposta e ajustar

doses, ocorrência de efeitos indesejáveis, potencial uso em tentativas suicidas, falha de 10-30% dos pacientes em completar tratamento, ineficácia em alguns casos, necessidade de estrita aderência ao medicamento e de tratamento prolongado.

Entre os antidepressivos, destacam-se, por ser mais seguros e melhor tolerados, os Inibidores da Recaptação de Serotonina, os quais têm sido freqüentemente usados. A fluoxetina é atualmente o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo, havendo indícios de que possa atuar na promoção de perda de peso durante vários meses após o início do tratamento. Esta característica justificaria o seu elevado consumo (ANDRADE *et al.*, 2004).

Associados ao uso indiscriminado dos psicofármacos existem também os problemas relativos ao sistema de controle dessas substâncias no nosso país. No ano de 1999, foi realizado um estudo em dois municípios brasileiros, onde analisou-se 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais. Após conclusão desse estudo, foi constatado que havia descuido no preenchimento das notificações e receitas e, inclusive, indícios de falsificações na forma de prescrições por médicos já falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade mostra claramente que o atual sistema de controle das substâncias sujeitas a controle da Portaria 344/98 é ainda falho (ORLANDI; NOTO, 2005).

Programas preventivos devem ser instituídos, visando sempre, o bem-estar do ser humano, a melhoria na sua qualidade de vida e contra a auto-medicação, a prescrição irracional ou não fundamentada ética e cientificamente, e a propagação desenfreada e sem controle sanitário dos psicofármacos (SOUZA; CAMARGO, 2002).

Diante do exposto, é importante insistir na necessidade de implementar sistemas que permitam o acompanhamento das doses e a duração do tratamento com estes fármacos, já que suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas, na maioria deles, provocam fenômenos de dependência, tolerância, síndrome de abstinência e também abuso. Atuando desta forma, será possível melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir os custos (MILAZZO; PERNA, 2004).

## **2.5 Estudos de utilização de medicamentos**

Conforme Porta e Hartzema (1991), a Farmacoepidemiologia pode ser definida como a aplicação do conhecimento, métodos e raciocínio epidemiológico ao estudo dos efeitos

(benéficos e adversos) e dos usos dos medicamentos em populações humanas. Já Strom (1994, p. 3), define a “Farmacoepidemiologia como o estudo dos usos e dos efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas”. Para Laporte e Tognoni (1993, p. 15) a “epidemiologia do medicamento consiste no estudo descritivo do uso dos recursos terapêuticos farmacológicos, assim como na análise dos seus efeitos, em termos de benefícios, efeitos indesejáveis e custos”. Em todas estas definições observamos que a ênfase está nos usos e efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas, ficando claro o caráter universal do medicamento e os riscos desse insumo terapêutico, ou seja, o objeto singular da Farmacoepidemiologia é o consumo dos medicamentos em populações.

De acordo com Strom (1994), o objetivo da Farmacoepidemiologia seria: descrever, explicar, controlar e prever os efeitos e usos dos tratamentos farmacológicos em um tempo, espaço e população. E ela pode ser útil “na provisão de informações sobre os efeitos benéficos e perigosos de qualquer fármaco; permitindo, assim, uma melhor compreensão da relação risco-benefício para o uso de qualquer fármaco em qualquer pessoa” (GOMES; REIS, 2000).

Laporte e Tognoni (1993) relatam que a Farmacoepidemiologia compreende duas grandes áreas de atuação: a Farmacovigilância e os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM). A primeira preocupa-se basicamente com o estudo das reações adversas, enquanto que a segunda aborda a utilização dos medicamentos em uma sociedade, envolvendo os processos de comercialização, distribuição, prescrição e uso propriamente ditos, com ênfase para as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes (CASTRO, 2000).

Os EUM são relativamente recentes, seus primeiros exemplos podem ser localizados no início da década de 60. No entanto, constituem importante estratégia para a promoção do uso racional dos medicamentos.

Segundo Marin (2003):

Esses estudos são capazes de fornecer informações sobre os medicamentos; qualidade da informação transmitida; tendências comparadas de consumo de diversos produtos; qualidade dos medicamentos mais utilizados; prevalência da prescrição médica e de custos comparados, entre outros.

As informações geradas a partir dos EUM permitem “estudar o comportamento da oferta e demanda de medicamentos, aliados às características da prescrição e do perfil da população assistida” e devem ser usadas como instrumentos para fins gerenciais, normativos e educativos no sentido de promoverem o uso racional e melhorarem a qualidade de vida das

pessoas. Para a tomada de decisão no âmbito da saúde, são necessárias informações confiáveis, que possibilitem intervenções adequadas e oportunas para que as ações possam atender às necessidades reais da população (MARIN, 2003).

No Brasil, os EUM têm crescido e os pesquisadores brasileiros têm se dedicado cada vez mais a estes estudos com um número significativo de trabalhos apresentados em congressos ou publicação. Os profissionais envolvidos com a Farmacoepidemiologia, especificamente com os EUM, vêm organizando-se em centros de excelência, contribuindo de forma relevante na produção científica e na formação de novos pesquisadores (CASTRO, 2000).

Neste contexto é que o presente trabalho está sendo proposto para que se possa conhecer os padrões de consumo dos psicofármacos em Maracanaú, o perfil dos usuários, práticas prescritivas, avaliar sua associação com as características sócio-demográficas, aspectos biológicos, dentre outras, da população estudada, para subsidiar políticas de saúde mental, em especial na área de medicamentos, e possibilitar uma melhoria na assistência prestada aos portadores de transtorno mental.

### 3 OBJETIVOS

“Se as coisas são inatingíveis...ora! não é motivo para não querê-las...que triste os caminhos,  
se não fora a mágica presença das estrelas!”

**(Mário Quintana)**

#### 3.1 Geral

Avaliar o consumo dos psicofármacos entre os usuários assistidos na Atenção Primária de Saúde (APS) e encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Maracanaú.

#### 3.2 Específicos

- Descrever o consumo de psicofármacos entre os usuários assistidos na APS e encaminhados ao CAPS de Maracanaú;
- Avaliar a prática de prescrição, aquisição e uso prolongado dos psicofármacos utilizados pelos usuários assistidos na APS e encaminhados ao CAPS de Maracanaú;
- Conhecer o que representa o uso dos psicofármacos para os usuários assistidos na APS e encaminhados ao CAPS de Maracanaú;
- Identificar os fatores determinantes ao consumo de psicofármacos, dos usuários assistidos na APS e encaminhados ao CAPS de Maracanaú, entre as variáveis sociais, econômicas, demográficas e biológicas.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

“Não basta abrir a janela para ver os campos e o rio. Não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores...”

**(Alberto Caeiro)**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, observacional e transversal, realizado no município de Maracanaú, Ceará, no período de setembro de 2006 a fevereiro de 2008, cujo objeto de avaliação foram os indivíduos provenientes da Atenção Primária e encaminhados ao CAPS de Maracanaú, não envolvendo, portanto, pessoas institucionalizadas.

### **4.2 Local da pesquisa**

#### **4.2.1 O município de Maracanaú**

A pesquisa foi realizada em Maracanaú que, de acordo com a Secretaria da Saúde do Ceará, integra a Macrorregional de Fortaleza e a 3ª. Microrregional de Saúde do Estado, ocupando uma área de 106 Km<sup>2</sup>.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população para 2007 foi de 198.943 habitantes. Destes, 50,8% são do sexo feminino e 43,1% encontram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, embora a proporção de idosos venha aumentando a cada ano (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da população de Maracanaú por faixa etária (anos) e sexo. Maracanaú, 2007

| População por Faixa Etária e Sexo, 2007 |               |                |                |
|---|---------------|----------------|----------------|
| Faixa Etária                            | Masculino     | Feminino       | Total          |
| Menor 1                                 | 2.124         | 2.037          | 4.161          |
| 1 a 4                                   | 9.276         | 8.874          | 18.150         |
| 5 a 9                                   | 11.911        | 11.396         | 23.307         |
| 10 a 14                                 | 12.013        | 11.799         | 23.812         |
| 15 a 19                                 | 11.070        | 11.000         | 22.070         |
| 20 a 29                                 | 17.857        | 18.656         | 36.513         |
| 30 a 39                                 | 14.426        | 15.586         | 30.012         |
| 40 a 49                                 | 9.209         | 10.075         | 19.284         |
| 50 a 59                                 | 5.131         | 5.651          | 10.782         |
| 60 a 69                                 | 2.828         | 3.432          | 6.260          |
| 70 a 79                                 | 1.525         | 1.904          | 3.429          |
| 80 e +                                  | 486           | 677            | 1.163          |
| Ignorada                                | -             | -              | -              |
| <b>Total</b>                            | <b>97.856</b> | <b>101.087</b> | <b>198.943</b> |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

No âmbito do saneamento básico, Maracanaú apresenta 96,8% dos domicílios com água encanada, 52,1% dos domicílios dispõem de sistema de esgoto e 95,6% com coleta sistemática do lixo (MARACANAÚ, 2008).

Analisando as principais causas de óbito por grupo de causa no período de 2000 a 2007, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), percebe-se que a primeira causa de morte em Maracanaú, excluindo-se aquelas classificadas como sintomas e sinais e achados anormais, está relacionada às doenças do aparelho circulatório (21%). As causas externas de morbidade e mortalidade (19%) ocupam o segundo lugar dentre as dez principais causas de morte em Maracanaú (MARACANAÚ, 2008).

Maracanaú está dividido organizacionalmente em 6 (seis) Áreas de Vigilância à Saúde – AVISA, criadas pela lei municipal nº 561/97. Cada AVISA possui em média 34.000 habitantes. As AVISAs se constituem em espaço territorial com características geográficas, demográficas, epidemiológicas e de gestão sanitária descentralizada.

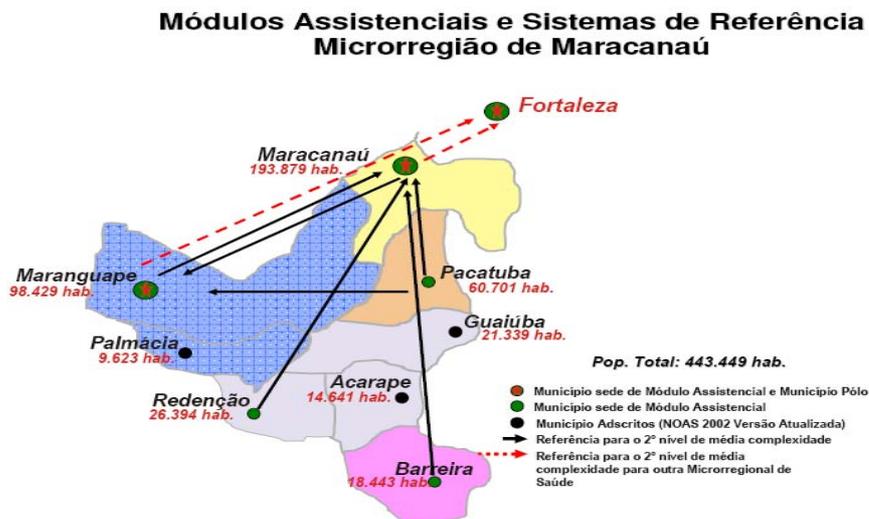
Cada AVISA, sob a responsabilidade de uma gerência, possui de 3 a 6 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF). O quadro a seguir apresenta um comparativo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), número de equipes do PSF por AVISA, no período de 2004-2007.

**Tabela 2** – Distribuição das AVISAS por UBASF e Equipes, Maracanaú, 2007

| AVISA        | 2004      |           | 2005      |           | 2006      |           | 2007      |           |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|              | UBASF     | Equipes   | UBASF     | Equipes   | UBASF     | Equipes   | UBASF     | Equipes   |
| I            | 05        | 08        | 05        | 08        | 05        | 08        | 06        | 09        |
| II           | 03        | 08        | 03        | 09        | 03        | 10        | 03        | 10        |
| III          | 03        | 08        | 03        | 08        | 03        | 08        | 03        | 08        |
| IV           | 03        | 05        | 04        | 07        | 04        | 07        | 04        | 07        |
| V            | 03        | 08        | 04        | 08        | 04        | 09        | 04        | 09        |
| VI           | 04        | 07        | 04        | 07        | 05        | 08        | 05        | 08        |
| <b>TOTAL</b> | <b>21</b> | <b>44</b> | <b>23</b> | <b>47</b> | <b>24</b> | <b>50</b> | <b>25</b> | <b>51</b> |

Fonte: dados do SIAB/Secretaria de Saúde de Maracanaú

O município de Maracanaú encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, funcionando como município-pólo, servindo de referência para outros municípios (Figura 1). Apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários e secundários. Dispõe de 33 estabelecimentos de saúde.



**Figura 1** - Modelo de organização da assistência à saúde em Maracanaú: fluxo de referência e contra-referência

Fonte: MARACANAÚ, 2007.

#### 4.2.2 A Rede Básica e o modelo de Atenção à Saúde em Maracanaú

As UBASF constituem-se, na sua área de abrangência, como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. É nelas que se dá o primeiro contato e onde se estabelece o maior vínculo da ESF com a população usuária.

Ao final do ano 2007, a Rede de Unidades de Saúde de Maracanaú estava constituída por:

- 25 Unidades Básicas de Saúde da Família;
- 8 Unidades de Saúde da Família com terceiro turno;
- 3 Unidades de Saúde da Família aos sábados, domingos e feriados;
- 1 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II);
- 1 Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF).
- 1 Centro de Testagem e Apoio Sorológico (CTA).

No município de Maracanaú verifica-se o seguinte processo de distribuição de medicamentos:

- De maneira geral, o financiamento com recursos federais e estaduais concretiza-se com o recebimento do próprio medicamento pelo município. Por outro lado, o município adquire diretamente todo o material médico-hospitalar, os medicamentos não contemplados pelas fontes tradicionais, para cumprir ordem judicial, demandas do Ministério Público, outras demandas administrativas e da ouvidoria da Secretaria de Saúde. Para esses casos, foram direcionados R\$ 473.671,37, ou seja, 24% do total de recursos utilizados no ano de 2007.

- Na Atenção Básica: existe um elenco de medicamentos pactuados na Programação Pactuada Intergestora (PPI), que é distribuído mensalmente pelo NAF às 25 unidades de saúde;

- Medicamentos de Saúde Mental: estes medicamentos são fornecidos pelo Governo Federal (Programa de Saúde Mental (PSM), Estadual e, além destes, são adquiridos com recursos do tesouro municipal (PPI e Registro de Preço).

#### 4.2.3 O CAPS de Maracanaú

O CAPS Geral de Maracanaú é único e foi cadastrado pelo MS em fevereiro de 2006, sendo implantado anteriormente ao deferimento da solicitação ao MS com recursos próprios da administração.

Pela população de Maracanaú, o CAPS está enquadrado na classificação de definição CAPS II, previsto para municípios de 70.000 a 200.000 habitantes, com regime de funcionamento de oito horas em todos os dias úteis.

De 2002 até o final de 2004, o CAPS de Maracanaú prestava um serviço de emergência psiquiátrica ocasional. Adotava uma prática exclusivamente medicamentosa para pacientes com distúrbios mais severos, utilizando-se de alternativas terapêuticas apenas com pacientes que apresentavam transtornos leves.

Em 2005 o CAPS de Maracanaú funcionava com equipe superior à mínima exigida pelo MS composta por: 1 coordenador (uma psicóloga), 2 psiquiatras (com carga horária de 20 horas semanais), 3 psiquiatras efetivos que exerciam uma carga horária de 8 horas semanais), 1 psiquiatra específico para atendimento aos casos de transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (20 horas semanais), 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, 2 estagiários de nível médio e 2 estagiários de nível superior, estando esses últimos com carga horária de 40 horas semanais.

Houve um aumento na cobertura psiquiátrica, com a contratação de mais um médico e a ampliação das horas semanais exercidas pelos outros psiquiatras, cuja carga horária correspondia a 4h semanais, havendo a ampliação para 8h semanais.

O elenco de medicamentos da farmácia do CAPS de Maracanaú é proveniente da PPI Municipal, os quais contam com 8 itens; da programação Estadual, com 23 itens e com medicamentos eventuais dos pregões municipais, e de doações eventuais de laboratórios privados. Ressalta-se que esse elenco segue a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (Anexo A).

Em relação à disponibilidade dos psicofármacos na rede, os que faltam são aqueles enviados pelo PSM do Governo Federal, levando ao desabastecimento dos mesmos e conseqüentemente causando prejuízos aos usuários.

Vale ainda ressaltar, que o CAPS de Maracanaú é referência para a III Microrregional, atendendo ainda a uma demanda significativa dos municípios pertencentes a essa microrregião. Assim, pode-se constatar o enorme volume diário de pessoas a serem atendidas, com variadas prescrições e medicamentos.

O CAPS de Maracanaú atingiu, ao final de 2007, a quantidade de aproximadamente 6.000 prontuários (50% maior que no início do ano), fato que evidencia a sobrecarga do Serviço, absorvendo uma grande demanda de saúde mental do município, gerando uma extensa fila de espera para o atendimento ou mesmo um atendimento insatisfatório aos usuários com transtornos severos ou persistentes (MARACANAÚ, 2008).



**Figura 2** – Foto da fachada do CAPS Geral de Maracanaú



**Figura 3** - Organograma previsto para a Rede de Atenção à Saúde Mental de Maracanaú em 2008  
Fonte: (MARACANAÚ, 2008)

### 4.3 Fluxo da pesquisa

#### 4.4 Seleção da amostra

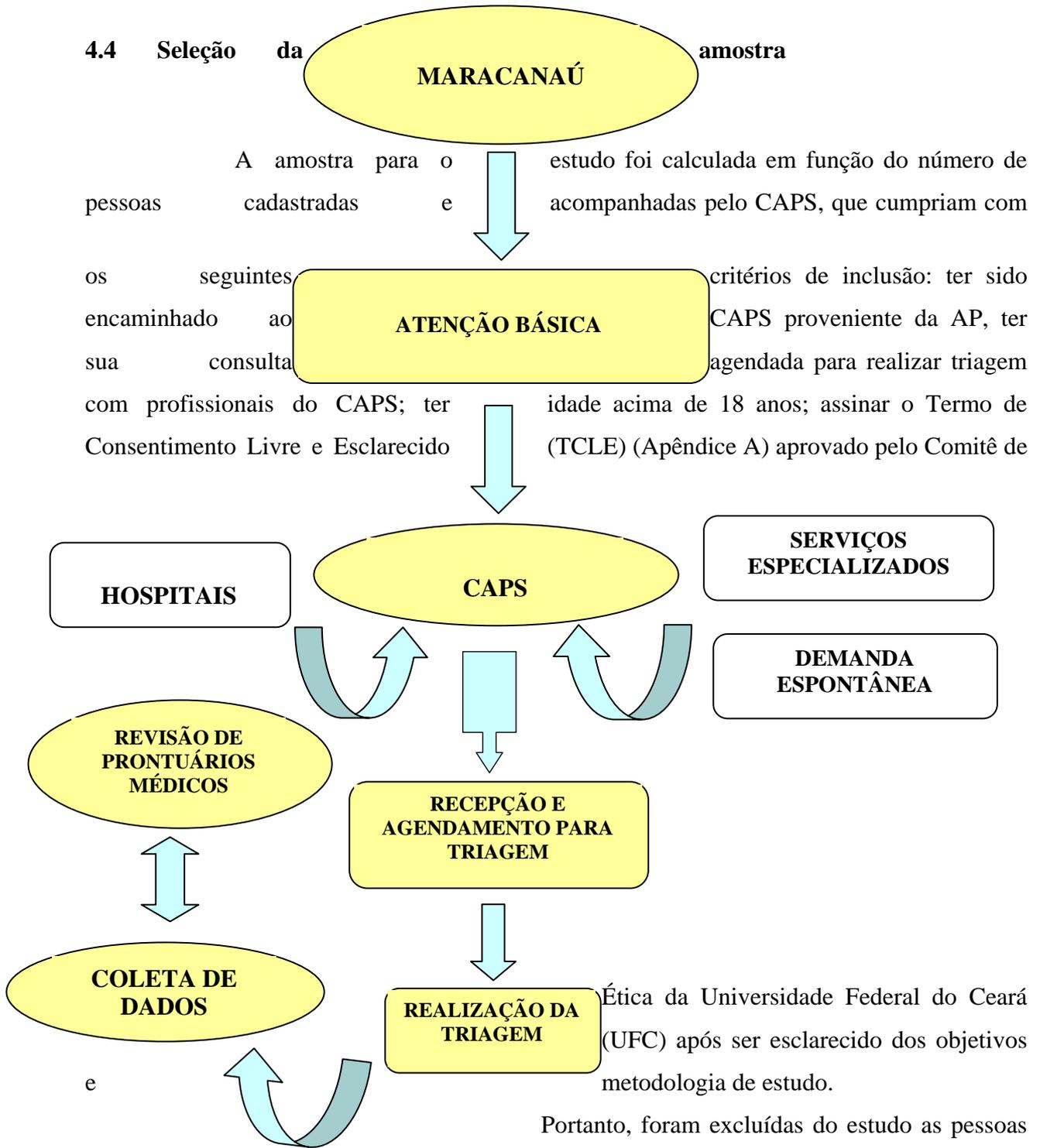


Figura 4 – fluxograma da pesquisa

O tamanho da amostra foi de 200 usuários, de acordo com a fórmula abaixo.

$$n = \frac{t^2 5\% \times p \times q \times N}{e^2 (N - 1) + t^2 5\% \times p \times q}$$

Onde:

$$T5\% = 1,96$$

**p** = probabilidade da ocorrência de um evento

**q** = probabilidade complementar (100% - P = 50%)

**N** = 2000

**e** = erro amostral (fixado em 6,5%)

## 4.5 Coleta de dados

### 4.5.1 Instrumentos

- ✓ Apêndice B – Roteiro de Entrevista

### 4.5.2 Fontes de dados

- ✓ Entrevista direta com pacientes e/ou informantes
- ✓ Prontuários médicos – Anexo B
- ✓ Ficha de encaminhamento da Atenção Primária para o CAPS – Anexo C
- ✓ Ficha de admissão no CAPS – Anexo D

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2006 (estudo piloto) e fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008 (coleta de dados), durante a realização da triagem, que é um procedimento utilizado para verificar se o usuário tem perfil para ser atendido no CAPS. No momento do agendamento dos usuários para triagem, foi solicitado aos mesmos que trouxessem, no dia do atendimento, receitas anteriores e embalagens de medicamentos que estavam usando (“sacola de medicamentos”) cujo objetivo era reduzir o viés de memória.

Os dados foram coletados mediante entrevistas estruturadas, registradas em um roteiro contendo questões de fácil compreensão. O referido instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora através da leitura de artigos científicos (ARRAIS *et al.*, 2005; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006) e também tendo como parâmetro a ficha de admissão utilizada no CAPS (Anexo D). O roteiro de entrevista (Apêndice A) continha 57 perguntas e foi dividido em 6 partes contendo dados: pessoais (1ª parte), clínicos (2ª parte),

familiares (3ª parte), informações sócio-econômicas (4ª parte), informações sobre hábitos (5ª parte) e questões relativas ao uso dos medicamentos (psicofármacos e outros medicamentos) (6ª parte).

#### **4.6 Descrição das variáveis**

As variáveis presentes no instrumento de coleta são descritas a seguir:

##### 4.6.1 Dados pessoais

Idade, sexo, naturalidade, estado civil, se tem filhos, bairro/município, grau de escolaridade e religião.

#### 4.6.2 Dados clínicos

Origem do encaminhamento, queixa principal, diagnóstico precedente, hipótese diagnóstica/diagnóstico, internação por motivo psiquiátrico, número de internações, data da última internação, período da 1ª crise, fator que desencadeou os sintomas, histórico de outras doenças (diabetes, hipertensão, cardiopatias, outras), motivo do encaminhamento, história de doença psiquiátrica na família.

Ressalta-se que os dados relativos à queixa principal foram coletados da ficha de encaminhamento proveniente da AP e também da ficha de admissão preenchida na triagem, quando na primeira não havia informações relativas a queixas.

Quando necessário esclarecer alguma informação, foi feita também consulta aos Prontuários Médicos (Anexo B) para complementação dos dados.

#### 4.6.3 Dados familiares

Com quem mora: sozinho, família de origem, família conjugal, parentes/amigos, sem residência fixa, outros. Relacionamento familiar: ótimo, bom, regular e ruim.

#### 4.6.4 Dados sócio-econômicos

Profissão, ocupação, renda individual, renda familiar, se recebe benefício, número de dependente da renda familiar, *status* da moradia, condições de moradia.

#### 4.6.5 Dados sobre hábitos

Ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física.

#### 4.6.6 Dados sobre medicamentos psicofármacos

Uso de psicofármacos nos últimos 15 dias, o que o seu uso representa, se utilizou algum outro psicofármaco em período anterior aos últimos 15 dias. Nome do medicamento, fonte de indicação, tempo e motivo de uso, se toma conforme prescrição médica, de forma contínua ou esporádica. Como adquiriu o medicamento pela 1ª vez, se já adquiriu sem receita, se recebeu orientação para não usar o medicamento por tempo prolongado, se já tentou parar

de usá-lo, se a tentativa de parar foi com ou sem orientação, quem orientou, como foi a tentativa, se teve sucesso.

Abaixo seguem considerações sobre algumas variáveis exploradas no estudo.

➤ **Perfil sócio-demográfico**

A idade foi calculada em anos completos. O estado conjugal não se referia necessariamente ao estado civil e classificou-se em “solteiro (a)”, “casado (a)/união consensual”, “separado(a)”, “viúvo (a)”.

O grau de escolaridade foi identificado de acordo com a seguinte classificação:

- ✓ Analfabeto: indivíduos que nunca freqüentaram a escola, não sabem ler e escrever;
- ✓ Ensino fundamental I incompleto: indivíduos que estejam cursando da 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do ensino fundamental I;
- ✓ Ensino fundamental I completo: indivíduos que tenham cursado da 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do ensino fundamental I;
- ✓ Ensino fundamental II incompleto: indivíduos que estejam cursando da 4<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino fundamental II completo: indivíduos que tenham cursado da 4<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino médio incompleto: indivíduos que estejam cursando do 1<sup>o</sup> ao 3<sup>o</sup> ano do ensino médio;
- ✓ Ensino médio completo: indivíduos que tenham cursado do 1<sup>o</sup> ao 3<sup>o</sup> ano do ensino médio;
- ✓ Ensino superior completo a pós-graduação: considerar todas as pessoas que tenham concluído o 3<sup>o</sup> grau (curso superior) ou que estejam cursando ou cursaram cursos de especialização, mestrado ou doutorado.
- ✓ Informação inexistente.

A ocupação (não referida anteriormente) referiu-se à atividade principal, ou trabalho, desenvolvido pelo usuário por ocasião do estudo. Esta era uma pergunta aberta que foi categorizada seguindo o modelo utilizado por Fernandes (1998) e Arrais (2005) onde as atividades podiam ser enquadradas em: autônomo, aposentado ou pensionista, desempregado,

dona de casa, funcionário público, militar, profissional liberal, proprietário de comércio, proprietário de indústria, proprietário de serviços, proprietário rural, trabalhador do comércio, trabalhador de indústria, trabalhador de serviços, trabalhador rural, estudante, não exerce nenhuma atividade e outros (a especificar).

Para o levantamento da renda, decidiu-se elaborar uma tabela com 5 faixas salariais (Tabela 3). O salário mínimo na época da pesquisa era de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais).

**Tabela 3** – Classes de recebimento salarial mensal

| <b>Número de salários mínimos</b> | <b>Valores (reais mensais)</b> |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Até 1                             | Até 380,00                     |
| 1 – 2                             | 381,00 – 700,00                |
| 2 – 3                             | 701,00 – 1.050,00              |
| 3 – 5                             | 1.051,00 – 1.750,00            |
| 5 – 10                            | 1.751,00 – 3.500,00            |

Nota: Valor de referência em 2007: R\$ 380,00

### ➤ **Condições de saúde**

As queixas principais referidas pelos entrevistados foram categorizadas utilizando-se a escala Saffee-Up (LEVINE; SCHOLER, 1986) adaptada pela pesquisadora para facilitar a inserção dos dados (Quadro 1). Já os fatores desencadeantes foram categorizados utilizando-se a Lista de Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE) utilizada por Lopes *et al.* (2003) também adaptada pela pesquisadora para a sua inserção no banco de dados (Quadro 2).

Para a classificação dos transtornos mentais e de outras doenças, foi utilizada a Classificação Internacional das Doenças, 10<sup>a</sup> revisão (CID – 10). Foi considerado o diagnóstico de transtorno mental que constava na ficha de encaminhamento da AP ao CAPS.

Quanto à presença de outras doenças (diabetes, hipertensão, cardiopatias e outras), foi considerado o que havia sido referido pelas pessoas durante a entrevista ou a informação que estivesse contida na ficha de encaminhamento proveniente da AP.

A partir destas respostas e da informação sobre motivo de consumo de medicamentos (psicofármacos e/ou outros medicamentos), foi possível identificar as pessoas com doenças crônicas.

**Quadro 2** - Lista de queixas de acordo com a Escala Saftee-Up

| <b>Queixas</b>                                  | <b>Tipos</b>  |
|---|---|
| <b>Psicológicas</b>                             | Insônia, outros transtornos do sono, sedação, sonolência, agitação, nervosismo, cansaço, fadiga, mal-estar, irritabilidade, problemas de memória, comprometimento do raciocínio, choro fácil, desânimo, pânico, medo, alteração de comportamento, alucinações visuais, alucinações auditivas. |
| <b>Cabeça, ouvidos, olhos, nariz e garganta</b> | Tontura, vertigem, síncope, cefaléia, visão turva ou borrada, transtorno auditivo, congestão nasal, boca seca, salivação excessiva.   |
| <b>Neuromuscular</b>                            | Tique muscular, tremor, anormalidades de movimento, ataxia/transtorno de coordenação, transtorno de fala.   |
| <b>Tórax</b>                                    | Taquicardia/palpitações, hiperventilação ou dispnéia, dor torácica.   |
| <b>Gastrointestinal</b>                         | Náusea/vômitos, mal-estar abdominal e estomacal, obstipação, diarreia.  |
| <b>Genito-urinário</b>                          | Dificuldade de micção, aumento da libido, diminuição da libido, disfunção sexual.   |
| <b>Outros</b>                                   | Sudorese excessiva, edema, aumento do apetite, diminuição do apetite, aumento de peso, perda de peso, dermatite/alergia, calafrios, pressão alta, agressividade, convulsão.   |

Fonte: Adaptado de Levine e Scholer (1986)

**Quadro 3** – Lista de EVPE (fatores desencadeantes)

| <b>Fatores desencadeantes</b>   |
|---------------------------------|
| Dificuldades financeiras graves |
| Internação hospitalar           |
| Morte de parente próximo        |
| Mudança forçada de moradia      |
| Problemas familiares            |
| Problema grave de saúde         |
| Rompimento de relação amorosa   |
| Separação/divórcio              |
| Vítima de agressão física       |

Fonte: Adaptado de Lopes *et al.* (2003)

➤ **Práticas prescritivas**

Foi verificado se o usuário utilizava o medicamento conforme prescrição médica, como ele adquiriu pela 1ª vez o psicofármaco e se já o havia adquirido sem receita.

➤ **Consumo de medicamentos:**

Foram considerados consumidores de medicamentos (psicofármacos e outros medicamentos) todas as pessoas que nos 15 dias anteriores à entrevista tinham consumido pelo menos um medicamento.

Para melhor identificar os medicamentos utilizados e minimizar o viés de memória, os entrevistadores foram orientados a solicitar que a pessoa apresentasse o(s) medicamento(s) utilizado(s), ou mostrasse a receita médica, fato que era registrado em tabela específica.

Para cada medicamento utilizado, era solicitado o motivo de uso e informação sobre a fonte de indicação do mesmo, ou seja, se o medicamento havia sido indicado por médico, farmacêutico, balconista, parente, amigo ou vizinho, por conta própria, indicado por outros profissionais de saúde ou outras pessoas não identificadas. O motivo que levou ao uso do medicamento traduz a morbidade referida pelo próprio sujeito.

Para avaliar a regularidade do uso dos medicamentos foram realizadas as seguintes perguntas: “toma de forma contínua ou esporádica? E há quanto tempo usa este medicamento?”

As informações obtidas sobre o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias foram as seguintes: nome do(s) medicamento(s), se trouxe “sacola de medicamentos”, se trouxe receitas anteriores, quem indicou o medicamento, tempo e motivo de uso, se toma conforme prescrição médica, de forma contínua ou esporádica, como adquiriu pela primeira vez, se já adquiriu sem receita, se recebeu alguma orientação para não usar o medicamento por tempo prolongado, se já tentou parar de usar, se foi com ou sem orientação, como foi a tentativa de parar de usar e se a mesma teve sucesso.

A equipe para coleta de dados foi composta pela pesquisadora, dois bolsistas (estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará) e o profissional farmacêutico do CAPS, previamente treinados através da leitura do roteiro e técnicas de entrevista.

A coleta de dados foi feita em duas etapas: Na primeira etapa, o profissional do CAPS, responsável pela triagem, preenchia a ficha de admissão no CAPS (Anexo 3) cujas informações de interesse para a pesquisa (dados gerais, clínicos, familiares e sócio-econômicos) eram transcritas pelos entrevistadores para o roteiro. Nesta etapa, os entrevistadores ficavam em silêncio apenas acompanhando o trabalho realizado pelo profissional do CAPS. A segunda etapa foi realizada pelos entrevistadores e destinava-se a obter informações sobre hábitos e medicamentos em uso. Nesta etapa, o profissional do CAPS permanecia no local da entrevista, mas não participava.

#### ➤ **Perfil do consumo de medicamentos**

Nesta etapa, foram explorados os aspectos relativos ao perfil do consumo de medicamentos no período do estudo e suas características. Sexo, idade e renda individual e familiar mensal foram utilizados no cruzamento de informações com os motivos que levaram ao uso de medicamentos.

As informações obtidas sobre o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias foram aquelas contidas no instrumento de coleta de dados, sendo incluso o número total de medicamentos consumidos no período do estudo.

A variável “consumo de algum tipo de bebida alcoólica” também foi utilizada para identificar possibilidades de risco de interação entre psicofármacos e álcool. Para avaliar a interação medicamento-álcool, consultou-se a literatura médica disponível.

A verificação da composição de cada especialidade farmacêutica foi realizada através da consulta ao Dicionário Brasileiro de Especialidades Farmacêuticas (DEF) 2007/2008.

Os fármacos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System*, classificação ATC, e Guidelines, editadas pelo *Nordic Council of Medicine* (WHO, 1990).

#### **4.7 Estudo piloto**

Foi realizado um estudo piloto com uma amostra constituída de 22 pacientes, no período de 10 de setembro a 10 de outubro de 2006, com os seguintes objetivos:

- ✓ Testar o instrumento de coleta de dados;
- ✓ Avaliar o nível de compreensão das perguntas;
- ✓ Definir a metodologia e o fluxo mais adequado;
- ✓ Testar se a estrutura do instrumento utilizado possibilitava a entrada adequada dos dados e sua posterior análise através do conjunto de programas SPSS versão 15.

Após realização do piloto foram feitas algumas modificações no instrumento de coleta de dados. A primeira foi em relação à pergunta: “O que representa para você o uso do psicofármaco?” Essa era uma pergunta aberta, que passou a fechada, pois percebemos que as pessoas não conseguiam entender a pergunta, ficando alguns sem dar resposta ou então tínhamos que dar opções e isso seria um viés. Outra mudança foi quanto às queixas referidas. A idéia inicial era coletar essa informação no momento da triagem, mas observamos que dependendo do profissional que conduzia a triagem essa informação era extensa ou escassa, daí optamos por coletar da ficha de encaminhamento proveniente da AP. Por conta dessas alterações, não foram utilizados os dados do piloto.

## 4.8 Controle de qualidade

Todos os roteiros de entrevista, depois de preenchidos, foram revisados pela pesquisadora e, quando necessário, foi feita complementação dos dados através dos prontuários médicos das pessoas entrevistadas.

## 4.9 Etapas do estudo

O estudo proporcionou a coleta de um grande número de informações. No entanto, para o presente trabalho, foram explorados apenas os dados relativos ao consumo de medicamentos (psicofármacos).

Para melhor entender a forma como foram apresentados os resultados, decidiu-se por dividir a metodologia em duas partes. A primeira diz respeito à descrição das características gerais da população estudada, o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias (psicofármacos) e identificação dos fatores relacionados a este consumo, onde a unidade de análise é o indivíduo. A segunda é uma descrição do perfil do consumo de medicamentos, neste caso a unidade de análise foi o indivíduo e o medicamento, e a representação do medicamento psicofármaco no dia-a-dia dos usuários, cuja unidade de análise será o indivíduo.

### 4.9.1 Características gerais e fatores relacionados ao consumo

As variáveis exploradas foram: as sócio-econômicas (renda individual e familiar mensal, escolaridade, ocupação), as demográficas (sexo, idade, estado conjugal), as relativas às condições de saúde (queixa principal, diagnóstico, presença de doenças secundárias ou de doença psiquiátrica na família).

A variável dependente foi o consumo de medicamentos. Foram considerados consumidores de medicamentos todas as pessoas que nos 15 dias anteriores à entrevista haviam consumido pelo menos um medicamento.

As variáveis independentes coletadas foram: a) demográficas: sexo (masculino ou feminino), idade em anos completos (24-34, 35-44, 45-54, 55 ou mais), estado conjugal (casado, não casado); b) sócio-econômicas: escolaridade ( $\leq 8$  anos e  $> 8$  anos), renda individual e familiar mensal (até 2 salários mínimos e 2 ou mais salários mínimos), ocupação

(sim ou não); c) indicadores da condição de saúde: história de doenças secundárias referida pelo indivíduo (sim ou não), história de doenças psiquiátricas na família (sim ou não), internação psiquiátrica (sim ou não), número de internações psiquiátricas (0-3, >3), queixa principal (tipo de queixa mais freqüente)

Os dados foram armazenados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0, e analisados com o auxílio do programa EPI-INFO, versão 3.3.2. O plano de análise dos dados incluiu a obtenção de freqüências simples das variáveis de interesse; investigações das características das variáveis em estudo associados ao consumo de psicofármacos (variável dependente), utilizando-se o teste do qui-quadrado para verificar diferenças de proporções, com nível de significância  $p < 0,05$ .

#### **4.10 Aspectos éticos**

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará com nº 191/06, em 18 de setembro de 2006 (Anexo E). Foram respeitados todos os direitos dos entrevistados ao anonimato e à autonomia. Para entrevista individual foi obtido consentimento de todos os indivíduos através da assinatura do TCLE (Apêndice A), assinado pelo próprio entrevistado ou seu responsável, ou, no caso de recusa, pelo consentimento verbal com a presença de testemunhas. Em todos os casos, os indivíduos foram informados sobre os objetivos do estudo, a importância de sua participação e sobre o caráter confidencial das informações. A permissão para inclusão do CAPS como local de pesquisa foi feita através do Termo de Autorização de Fiel Depositário (Apêndice C).

## 5 RESULTADOS

“Todo conhecimento científico começa com um desafio....e aí os olhos e inteligência do cientista se põem a trabalhar, para decifrar o enigma.

**(Rubem Alves)**

### 5.1 Características Gerais da População/Amostra

A população para o estudo constou de 200 usuários provenientes da AP e encaminhados ao CAPS de Maracanaú. Não houve perda ou recusa, portanto, todos foram considerados válidos para a análise. O principal informante foi o próprio usuário (89,0%).

#### 5.1.1 Aspectos demográficos

A distribuição das características gerais da população amostrada, segundo sexo, idade e estado conjugal, encontram-se na Tabela 4. O sexo feminino representou 63,5% da amostra. Em relação à idade dos indivíduos entrevistados, variou de 18 a 90 anos, sendo que foi verificada uma maior frequência de pessoas na faixa etária acima de 44 anos (47,0%). A maioria dos participantes era casada (49,0%).

Dos entrevistados, 51,5% moram com a família conjugal, a maioria (53,5 %) considerou como “boa” as condições de moradia, alguns (35,0%) referiram que o relacionamento familiar era regular/ruim

Em relação aos encaminhamentos dos usuários provenientes da AP ao CAPS, verificou-se que a maioria vem das AVISAS II (32,0%), V (22,5%) e I (15,0%).

**Tabela 4** - Características demográficas da população estudada (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| Variáveis demográficas | N   | %    |
|------------------------|-----|------|
| <b>Sexo</b>            |     |      |
| Masculino              | 73  | 36,5 |
| Feminino               | 127 | 63,5 |
| <b>Idade</b>           |     |      |

|                      |    |      |
|----------------------|----|------|
| < 24                 | 25 | 12,5 |
| 25 a 34              | 39 | 19,5 |
| 35 a 44              | 37 | 18,5 |
| 45 a 54              | 49 | 24,5 |
| > 55                 | 45 | 22,5 |
| Não Sabe/Não Relatou | 5  | 2,5  |

### **Estado Conjugal**

|                         |    |      |
|-------------------------|----|------|
| Solteiro                | 67 | 33,5 |
| Casado/União Consensual | 98 | 49,0 |
| Separado                | 24 | 12,0 |
| Viúvo                   | 11 | 5,5  |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

#### 5.1.2 Aspectos sócio-econômicos

Na Tabela 5 observa-se a distribuição da população amostrada, segundo as características sócio-econômicas. A maioria dos entrevistados sobrevivia com renda individual (96,0%) e familiar (72,0%) até dois salários mínimos (R\$ 760,00).

Quanto à escolaridade, 58,5% tinham até quatro anos de estudo. No que se refere à ocupação, 80,5% eram de pessoas desocupadas, e entre as pessoas que não trabalhavam destacaram-se os desempregados (36,0%) e donas de casa (19,5%), e entre as que trabalhavam, os autônomos (8,0%). **Tabela 5** - Características sócio-econômicas da população estudada (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| <b>Variáveis sócio-econômicas</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| <b>Renda individual mensal</b>    |          |          |
| Sem Renda                         | 124      | 62,0     |
| Até 1 SM*                         | 46       | 23,0     |
| 1 SM – 2 SM                       | 22       | 11,0     |
| 2 SM – 3 SM                       | 4        | 2,0      |
| 3 SM – 5 SM                       | 1        | 0,5      |
| 5 SM – 10 SM                      | 2        | 1,0      |
| <b>Renda individual familiar</b>  |          |          |
| Sem Renda                         | 23       | 11,5     |
| Até 1 SM*                         | 60       | 30,0     |
| 1 SM – 2 SM                       | 61       | 30,5     |
| 2 SM – 3 SM                       | 20       | 10,0     |

|              |    |     |
|--------------|----|-----|
| 3 SM – 5 SM  | 13 | 6,5 |
| 5 SM – 10 SM | 7  | 3,5 |

### **Escolaridade**

|                               |    |      |
|-------------------------------|----|------|
| Sem instrução                 | 48 | 24,0 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 69 | 34,5 |
| Ensino Fundamental Completo   | 22 | 11,0 |
| Ensino Médio Incompleto       | 16 | 8,0  |
| Ensino Médio Completo         | 37 | 18,5 |
| Ensino Superior               | 8  | 4,0  |

### **Ocupação**

|                         |            |             |
|-------------------------|------------|-------------|
| <b>Não trabalha</b>     | <b>161</b> | <b>80,5</b> |
| Aposentado/ pensionista | 16         | 8,0         |
| Desempregado            | 72         | 36,0        |
| Dona de casa            | 39         | 19,5        |
| Estudante               | 16         | 8,0         |
| Não exerce atividade    | 7          | 3,5         |
| Outro                   | 11         | 5,5         |

|                       |           |             |
|-----------------------|-----------|-------------|
| <b>Trabalha</b>       | <b>39</b> | <b>19,5</b> |
| Autônomo              | 16        | 8,0         |
| Funcionário Público   | 8         | 4,0         |
| Trabalhador comércio  | 3         | 1,5         |
| Trabalhador indústria | 2         | 1,5         |
| Trabalhador serviços  | 9         | 4,5         |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

### 5.1.3 Condições de Saúde

Quanto às queixas apresentadas pelos usuários, as mais frequentes foram: psicológicas (96,5%), neuromusculares (19,0%), cabeça, ouvido, nariz e garganta (19,0%), gastrointestinais (8,0%) e outras (32,5%) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Distribuição das principais queixas referidas pelos entrevistados (N=200), Maracanaú, 2007-2008

| <b>Queixas</b>                         | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Psicológicas                           | 193      | 96,5     |
| Cabeça, ouvido, olho, nariz e garganta | 38       | 19,0     |
| Neuromuscular                          | 38       | 19,0     |
| Tórax                                  | 18       | 9,0      |
| Gastrointestinal                       | 16       | 8,0      |

|               |    |      |
|---------------|----|------|
| Genitorinário | 1  | 0,5  |
| Outros        | 65 | 32,5 |

Fonte: Adaptado de Levine *et al.* (1986)

Os principais fatores desencadeantes referidos pelos entrevistados foram: problemas familiares (22,5%), problema grave de saúde (16,0%) e morte de parente próximo (12,5%). Ressalta-se que 20,5% dos entrevistados não conseguiram identificar tais fatores (Tabela 7).

**Tabela 7** - Distribuição dos fatores desencadeantes referidos pelos entrevistados (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008

| Fatores desencadeantes       | N  | %    |
|------------------------------|----|------|
| Problemas familiares         | 45 | 22,5 |
| Problema grave de saúde      | 32 | 16,0 |
| Morte de parente próximo     | 25 | 12,5 |
| Vítima de agressão física    | 19 | 8,5  |
| Separação/divórcio           | 11 | 5,5  |
| Dificuldade financeira grave | 4  | 2,0  |
| Outros                       | 25 | 12,5 |
| NS/NR                        | 39 | 20,5 |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Em relação aos diagnósticos de transtornos mentais provenientes da AP (Tabela 8), 47,5% dos pacientes foram referenciados ao CAPS com diagnóstico, entre estes, a maior frequência foi de transtornos do humor (afetivos) (51,1%), transtornos neuróticos, relacionados ao “stress” e somatoformes (26,6%), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (10,6%).

**Tabela 8** - Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais (CID – 10) provenientes da AP (N=94). Maracanaú, 2007-2008

| Diagnóstico de transtorno mental (CID-10)                       | N  | %    |
|---|----|------|
| Transtornos de humor (afetivo)                                  | 48 | 51,1 |
| Transtornos neuróticos, relacionados ao “stress” e somatoformes | 25 | 26,6 |
| Transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas            | 10 | 10,6 |
| Esquizofrenia, transtornos esquizotipos e delirantes            | 7  | 7,4  |
| Retardo mental  | 2  | 2,1  |
| Transtornos mentais orgânicos                                   | 1  | 1,1  |
| Transtornos de personalidade                                    | 1  | 1,1  |

**TOTAL**

94 100,0

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Vale a pena ressaltar que houve um número significativo de pessoas sem o diagnóstico prévio (52,5%). A frequência de transtornos do humor, em que os episódios depressivos estão inseridos, é maior entre as mulheres (79,2%) (Tabela 9) e na faixa etária de 25 a 44 anos (35,5%).

**Tabela 9** - Proporção de transtornos mentais segundo sexo. Maracanaú, 2007-2008

| Diagnóstico de transtorno mental (CID-10)                       | Masculino |       | Feminino |      |
|---|-----------|-------|----------|------|
|   | N         | %     | N        | %    |
| Transtornos mentais orgânicos                                   | 1         | 100,0 | -        | -    |
| Transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas            | 9         | 90,0  | 1        | 10,0 |
| Esquizofrenia, transtornos esquizotípos e delirantes            | 4         | 57,1  | 3        | 42,9 |
| Transtorno do humor afetivo                                     | 10        | 20,8  | 38       | 79,2 |
| Transtornos neuróticos, relacionados ao “stress” e somatoformes | 4         | 16,0  | 21       | 84,0 |
| Transtornos de personalidade                                    | 1         | 100,0 | -        | -    |
| Retardo mental  | 2         | 100,0 | -        | -    |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Observou-se que 89,0% dos entrevistados foram encaminhados para a psiquiatria, após a triagem realizada no CAPS.

Quanto à presença de doença psiquiátrica na família, 45,5% dos entrevistados apresentam parentes próximos com histórico de doenças psiquiátricas. Em relação a histórico de internações, a maioria (89,0%) não havia sido internada (Tabela 10).

**Tabela 10** – Distribuição das condições de saúde dos entrevistados (N=200), relacionadas a internações, nº de internações e histórico de doenças psiquiátricas na família. Maracanaú, 2007 – 2008.

| Variáveis Saúde    | N   | %    |
|--------------------|-----|------|
| <b>Internações</b> |     |      |
| Sim                | 29  | 14,5 |
| Não                | 170 | 85,0 |

|                            |     |      |
|----------------------------|-----|------|
| NS/NR                      | 1   | 0,5  |
| <b>Doença psiquiátrica</b> |     |      |
| Sim                        | 91  | 45,5 |
| Não                        | 98  | 49,0 |
| NS/NR                      | 11  | 5,5  |
| <b>Nº de internações</b>   |     |      |
| 0                          | 178 | 89,0 |
| 1                          | 7   | 3,5  |
| 2                          | 4   | 2,0  |
| > 3                        | 11  | 5,5  |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Entre os entrevistados, 45,5% afirmaram ter doenças secundárias. No geral observa-se maior proporção de doenças secundárias entre as mulheres (72,9%) do que entre os homens (Tabela 11) e 59,4% das pessoas tinham idade de 45 ou mais anos (Tabela 12).

**Tabela 11** – Distribuição das doenças secundárias, segundo sexo. Maracanaú, 2007 – 2008

| Presença de Doenças Secundárias | Masculino |      | Feminino |      |
|---------------------------------|-----------|------|----------|------|
|                                 | N         | %    | N        | %    |
| Sim                             | 26        | 27,1 | 70       | 72,9 |
| Não                             | 47        | 45,2 | 57       | 54,8 |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

**Tabela 12** – Distribuição das doenças secundárias, segundo faixa etária. Maracanaú, 2007 – 2008.

| <b>Faixa etária</b><br>(Anos) | <b>Doença secundária</b> |          |
|-------------------------------|--------------------------|----------|
|                               | <b>N</b>                 | <b>%</b> |
| < 24                          | 4                        | 4,2      |
| 25 – 34                       | 14                       | 14,6     |
| 35 – 44                       | 20                       | 20,8     |
| 45 – 54                       | 28                       | 29,2     |
| > = 55                        | 29                       | 30,2     |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

As principais doenças secundárias referidas pelos entrevistados foram: hipertensão (48,7%), gastrite (18,3%), diabetes (6,1%) e cardiopatias (6,1%) (Tabela 13).

**Tabela 13** - Distribuição das pessoas com doenças secundárias (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008.

| <b>Patologias secundárias</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Hipertensão                   | 56         | 48,7         |
| Gastrite                      | 21         | 18,3         |
| Diabetes                      | 7          | 6,1          |
| Cardiopatía                   | 7          | 6,1          |
| Osteoporose                   | 5          | 4,3          |
| Hipercolesterolemia           | 4          | 3,5          |
| Outras                        | 15         | 13,0         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>115</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

#### 5.1.4 Hábitos sociais

Entre os entrevistados, 21,0% afirmaram consumir bebidas alcoólicas, 22,0% afirmaram ser fumantes e 76,0% não praticavam atividade física (Tabela 14). Dos que praticavam atividade física, a maioria realizava caminhada (10,0%).

**Tabela 14** - Distribuição da população, segundo hábitos sociais (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| <b>Hábitos sociais</b>      | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| Consumo de bebida alcoólica |          |          |

|                             |     |      |
|-----------------------------|-----|------|
| Sim                         | 42  | 21,0 |
| Não                         | 158 | 79,0 |
| Consumo de Fumo             |     |      |
| Sim                         | 44  | 22,0 |
| Não                         | 156 | 78,0 |
| Prática de Atividade Física |     |      |
| Sim                         | 48  | 24,0 |
| Não                         | 152 | 76,0 |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

## 5.2 Consumo de medicamentos

### 5.2.1 Psicofármacos

O consumo de psicofármacos entre os 200 entrevistados nos últimos 15 dias foi de 60,5%. Descreve-se a distribuição do consumo de psicofármacos segundo as variáveis demográficas e sócio-econômicas e condições de saúde.

#### ➤ Aspectos Demográficos

Observa-se que o consumo de psicofármacos foi praticamente o mesmo em ambos os sexos, sendo ligeiramente maior no sexo feminino (60,6%), aumenta com a idade e entre os separados, o que pode ser observado na tabela 15.

**Tabela 15** - Prevalência do consumo de psicofármacos conforme variáveis demográficas (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| Variáveis demográficas | N   | %    |
|------------------------|-----|------|
| <b>Sexo</b>            |     |      |
| Masculino              | 73  | 60,3 |
| Feminino               | 127 | 60,6 |
| <b>Idade</b>           |     |      |
| < 24                   | 25  | 40,0 |

|         |    |      |
|---------|----|------|
| 25 a 34 | 39 | 50,0 |
| 35 a 44 | 37 | 59,0 |
| 45 a 54 | 49 | 67,3 |
| > 55    | 45 | 71,4 |

### **Estado Conjugal**

|                         |    |      |
|-------------------------|----|------|
| Solteiro                | 67 | 55,2 |
| Casado/União Consensual | 98 | 60,2 |
| Separado                | 24 | 75,0 |
| Viúvo                   | 11 | 63,6 |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

### ➤ **Aspectos Sócio-econômicos**

Com relação ao consumo de psicofármacos segundo as variáveis sócio-econômicas (Tabela 16), observa-se que a utilização de medicamentos é maior naqueles sem renda individual mensal, baixa escolaridade e entre os que não trabalhavam.

**Tabela 16** – Prevalência do consumo de psicofármacos conforme variáveis sócio-econômicas (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| <b>Variáveis sócio-econômicas</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| <b>Renda individual mensal</b>    |          |          |
| Sem Renda                         | 124      | 62,3     |
| Até 1 SM*                         | 46       | 23,1     |
| 1 SM – 2 SM                       | 22       | 11,0     |
| 2 SM – 3 SM                       | 4        | 2,0      |
| 3 SM – 5 SM                       | 1        | 0,5      |
| 5 SM – 10 SM                      | 2        | 1,0      |
| <b>Renda individual familiar</b>  |          |          |
| Sem Renda                         | 23       | 12,5     |
| Até 1 SM*                         | 60       | 32,6     |
| 1 SM – 2 SM                       | 61       | 33,1     |

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| 2 SM – 3 SM  | 20 | 10,8 |
| 3 SM – 5 SM  | 13 | 7,1  |
| 5 SM – 10 SM | 7  | 3,8  |

### **Escolaridade**

|                               |    |      |
|-------------------------------|----|------|
| Sem instrução                 | 48 | 24,0 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 69 | 34,5 |
| Ensino Fundamental Completo   | 22 | 11,0 |
| Ensino Médio Incompleto       | 16 | 8,0  |
| Ensino Médio Completo         | 37 | 18,5 |
| Ensino Superior               | 8  | 4,0  |

### **Ocupação**

|                         |            |             |
|-------------------------|------------|-------------|
| <b>Não trabalha</b>     | <b>161</b> | <b>79,3</b> |
| Aposentado/ pensionista | 16         | 75,0        |
| Desempregado            | 72         | 56,9        |
| Dona de casa            | 39         | 59,0        |
| Estudante               | 16         | 68,8        |
| Não exerce atividade    | 7          | 42,9        |
| Outro                   | 11         | 54,5        |
| <b>Trabalha</b>         | <b>39</b>  | <b>20,7</b> |
| Autônomo                | 16         | 50,0        |
| Funcionário Público     | 8          | 87,5        |
| Trabalhador comércio    | 3          | 33,3        |
| Trabalhador indústria   | 2          | 66,7        |
| Trabalhador serviços    | 9          | 77,8        |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

### ➤ **Condições de saúde**

A distribuição do consumo de psicofármacos, segundo as condições de saúde da população estudada, pode ser observada na tabela 17.

Os maiores consumidores de psicofármacos foram as pessoas que referiram algum tipo de doença secundária (54,5%), as que se hospitalizaram pelo menos uma vez por motivos psiquiátricos (71,4%) e as que apresentaram histórico familiar de transtornos mentais (53,5%).

**Tabela 17** – Distribuição do consumo de psicofármacos, segundo as condições de saúde: n° de internações, histórico de doença psiquiátrica na família e presença de doença secundária. Maracanaú, 2007-2008

| <b>Variáveis Saúde</b>                  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Internações</b>                      |          |          |
| Sim                                     | 29       | 17,4     |
| Não                                     | 170      | 82,6     |
| NS/NR                                   | 1        | -        |
| <b>Histórico de doença psiquiátrica</b> |          |          |
| Sim                                     | 91       | 53,5     |
| Não                                     | 98       | 46,5     |
| NS/NR                                   | 11       | 5,5      |
| <b>Nº de internações</b>                |          |          |
| 0                                       | 178      | 59,0     |
| 1                                       | 7        | 71,4     |
| 2                                       | 4        | 75,0     |
| >3                                      | 11       | 72,7     |
| <b>Doenças secundárias</b>              |          |          |
| Sim                                     | 96       | 54,5     |
| Não                                     | 103      | 45,5     |
| NS/NR                                   | 1        | -        |

Fonte: Maracanaú, 2007 – 2008

Quanto à pergunta “o que representa o uso de psicofármacos no dia-a-dia”, verificou-se que 47,9% referiram alívio, 11,6% obrigação, 10,7% dependência, 10,7% que é inútil/sem efeito e 10,7% cura (Tabela 18).

**Tabela 18** - Distribuição segundo a representação do uso dos psicofármacos no dia-a-dia (N=200). Maracanaú, 2007-2008

| <b>Representação do uso de psicofármacos</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Alívio                                       | 58       | 47,9     |
| Obrigação                                    | 14       | 11,6     |
| Dependência                                  | 13       | 10,7     |
| Cura   | 13       | 10,7     |
| Inútil/sem efeito                            | 13       | 10,7     |
| Outros                                       | 8        | 6,7      |
| NS/NR  | 2        | 1,7      |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

#### ➤ **Fatores relacionados ao consumo de psicofármacos**

Na análise bivariada utilizando-se o teste do qui-quadrado, observou-se uma associa o positiva, mas não estatisticamente significante entre consumo de psicofármacos e as seguintes variáveis: renda individual mensal, renda familiar mensal, estado conjugal, escolaridade, sexo, patologia secundária, ocupa o, internac es, número de internac es e história de doença psiquiátrica na família.

#### ➤ **Descri o do Perfil de Consumo dos Psicofármacos**

O número de medicamentos utilizados pelos indivíduos (N=181) variou entre 1 a 5 (Tabela 19), sendo que 59,0% faziam uso de um medicamento, 33,0% de dois medicamentos, 6,6% de três medicamentos e 2,6% quatro ou mais medicamentos. A média do consumo foi de 1,5 medicamento por pessoa.

Os entrevistados utilizavam psicofármacos há mais de 12 meses (50,0%), de forma contínua (78,3%) e conforme orienta o médica (73,3%). Quanto   orienta o recebida sobre os riscos do uso prolongado destes medicamentos, 73,3% referiram não ter recebido orienta o.

No estudo, 57,8% dos entrevistados referiram que já tentaram parar de tomar os psicofármacos. Destes, 78,3% o fizeram de forma brusca. Ao relacionar tentativa de parar de usar o medicamento com tempo de uso, verificou-se que os que estavam fazendo uso há mais de 12 meses não conseguiram parar de tomar o medicamento (75,6%).

Quanto ao uso de psicofármacos em período anterior a 15 dias, 41,0% dos entrevistados relataram que utilizaram tais medicamentos. Desses, os mais utilizados foram: diazepam (19,5%), amitriptilina (11,0%), bromazepam (4,5%) e clorpromazina (2,5%).

Quanto à fonte de indicação dos psicofármacos (Tabela 19), os médicos foram responsáveis por 93,9% das indicações de tratamento, seguidos pelo uso indicado por amigos, vizinhos ou parentes (3,4%), por outros profissionais de saúde (1,1%), por conta própria (0,5%) e outros (1,1%).

**Tabela 19** - Consumo de psicofármacos nos últimos 15 dias, de acordo com seu número por pessoa e fonte de indicação. Maracanaú, 2007-2008

| Variáveis   | N     | %    |
|---|-------|------|
| <b>Número de medicamentos psicofármacos consumidos por pessoa</b> | 120*  |      |
| 1   | 71    | 59,1 |
| 2   | 39    | 32,5 |
| 3   | 7     | 5,8  |
| 4   | 2     | 1,6  |
| 5   | 1     | 1,0  |
| <b>Fonte de indicação do medicamento</b>                          | 181** |      |
| Médico  | 170   | 93,9 |
| Parente, amigo, vizinho   | 6     | 3,4  |
| Outros profissionais da saúde                                     | 2     | 1,1  |
| Conta própria (auto-medicação)                                    | 1     | 0,5  |
| Outros  | 2     | 1,1  |

\* número de pessoas que consumiram psicofármacos nos últimos 15 dias (unidade de análise = pessoa)

\*\* número de medicamentos consumidos (unidade de análise = medicamento)

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

As classes de medicamentos mais consumidos de acordo com o terceiro nível da classificação ATC\* foram: ansiolíticos (36,5%), antidepressivos (31,5%), antipsicóticos

(17,7%), antiepilépticos (11,0%) e outros (3,3%) (Tabela 20). Entre os ansiolíticos o mais consumido foi o diazepam (27,0%), entre os antidepressivos foi a amitriptilina (20,0%) e entre os antiepilépticos a carbamazepina (4,0%) (Tabela 21).

**Tabela 20** – Distribuição do consumo de psicofármacos, segundo o subgrupo terapêutico (3º nível de classificação ATC)\*. Maracanaú, 2007 – 2008

| <b>Subgrupo terapêutico</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| Ansiolíticos                | 66       | 36,5     |
| Antidepressivos             | 57       | 31,5     |
| Antipsicóticos              | 32       | 17,7     |
| Antiepilépticos             | 20       | 11,0     |
| Outros                      | 6        | 3,3      |

\* unidade de análise = medicamento (N=181).

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

**Tabela 21** – Distribuição do consumo de medicamento segundo o fármaco\* (N=181). Maracanaú, 2007-2008

| <b>FÁRMACO</b>                                 | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Diazepam                                       | 54       | 27,0     |
| Amitriptilina                                  | 40       | 20,0     |
| Fluoxetina                                     | 12       | 6,0      |
| Clorpromazina                                  | 12       | 6,0      |
| Haloperidol                                    | 11       | 5,5      |
| Carbamazepina                                  | 8        | 4,0      |
| Valeriana                                      | 8        | 4,0      |
| Fenobarbital                                   | 7        | 3,5      |
| Levopromazina                                  | 5        | 2,5      |
| Bromazepam                                     | 4        | 2,0      |
| Paroxetina                                     | 2        | 1,0      |
| Risperidona                                    | 2        | 1,0      |
| Cloxazolam                                     | 2        | 1,0      |
| Amitriptilina em associação c/<br>psicoléptico | 2        | 1,0      |

Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Os principais motivos que geraram o consumo de psicofármacos podem ser vistos na Tabela 22. Os entrevistados referiram como principais motivos de uso: “nervosismo” (20,4%), “para insônia” (17,8 %) e “depressão” (11,6%).

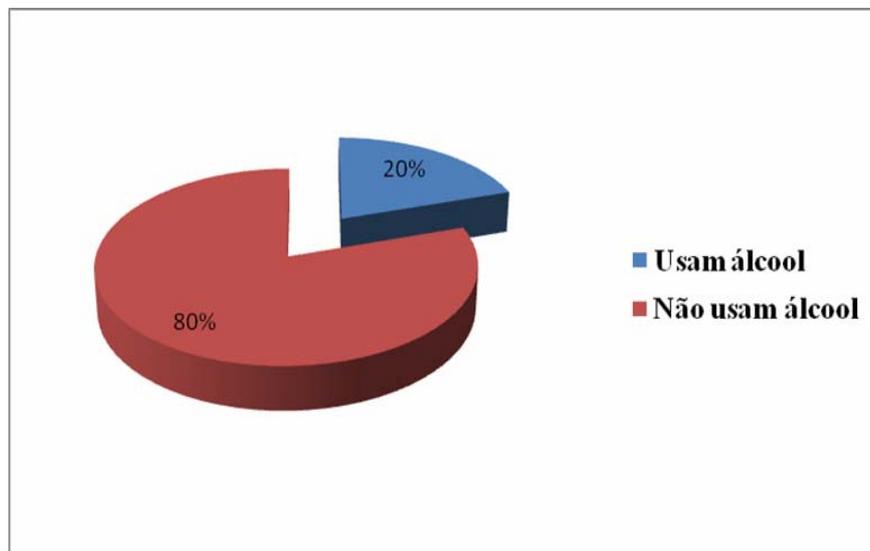
**Tabela 22** – Principais motivos que geraram o uso dos psicofármacos\*. Maracanaú, 2007 – 2008.

| <b>Motivo do uso</b> | <b>N**</b> | <b>%</b>     |
|----------------------|------------|--------------|
| Nervosismo           | 37         | 20,4         |
| Insônia              | 34         | 17,8         |
| Depressão            | 21         | 11,6         |
| Ansiedade            | 6          | 3,3          |
| Convulsão            | 5          | 2,7          |
| Outros               | 21         | 11,6         |
| NS/NR                | 57         | 31,5         |
| <b>Total</b>         | <b>181</b> | <b>100,0</b> |

\* Unidade de análise = medicamento (N=181).

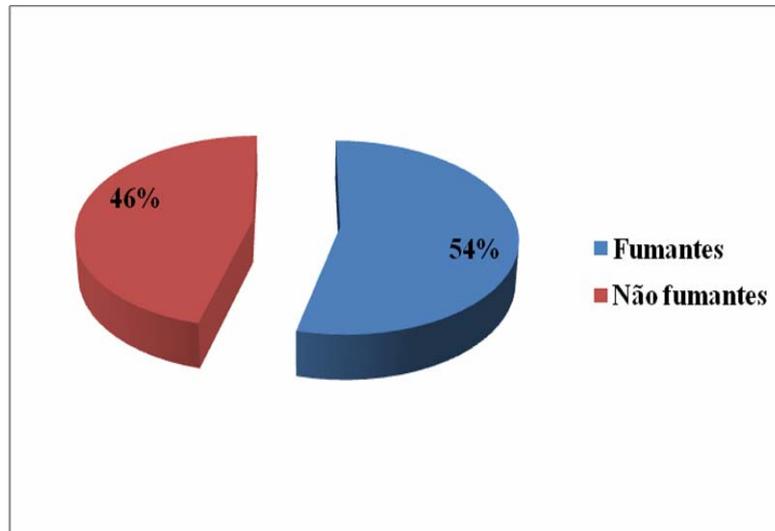
Fonte: Pesquisa Maracanaú – 2007 – 2008.

Entre os indivíduos que consumiram medicamentos psicofármacos nos últimos 15 dias, observou-se que 24 (20,0%) informaram ser usuários de bebidas alcoólicas, sem especificar o tipo de bebida, quantidade ou período de uso na semana (Gráfico 1).

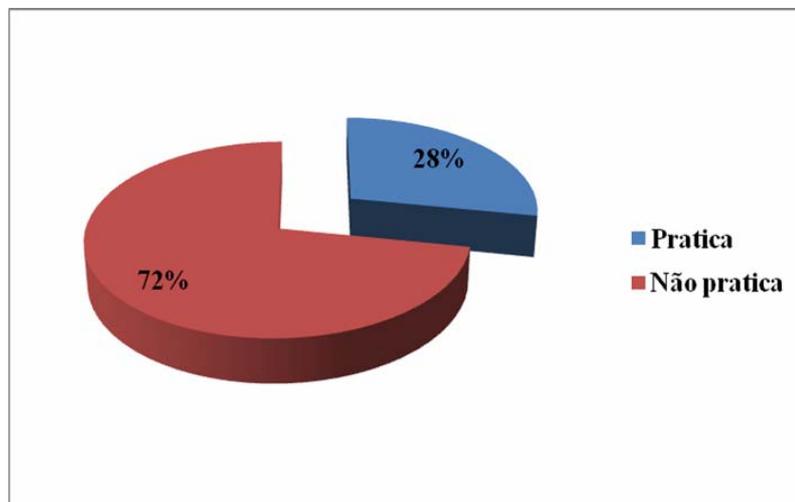


**Gráfico 1** - Uso de medicamentos psicofármacos de acordo com os hábitos sociais: uso de álcool. Maracanaú, 2007-2008

Em relação ao uso de tabaco, 54,0% informaram ser fumantes (Gráfico 2) e quanto à prática de atividade física 72,0% não praticam atividade física.(Gráfico 3).



**Gráfico 2** - Uso de medicamentos psicofármacos de acordo com os hábitos sociais: uso de tabaco. Maracanaú, 2007-2008



**Gráfico 3** - Uso de medicamentos psicofármacos de acordo com os hábitos sociais: prática de atividade física. Maracanaú, 2007-2008

Quanto à aquisição, 41,6% dos indivíduos adquiriram o psicofármaco na farmácia do CAPS, 24,3% em farmácia privada, 13,3% nas farmácias das UBASF e 20,8% em outros locais (Tabela 23). Em relação a este item, chama a atenção o fato de que algumas pessoas

adquiriam esses produtos sem receita médica (18,3%), sendo que os mesmos só poderiam ser dispensados com a apresentação da receita médica por tratar-se de medicamentos controlados.

**Tabela 23** – Locais de aquisição dos psicofármacos (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008

| <b>Formas de aquisição dos PF</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Farmácia do CAPS                  | 50       | 41,6     |
| Farmácia privada                  | 29       | 24,3     |
| Farmácia da UBASF                 | 16       | 13,3     |
| Outros                            | 26       | 20,8     |

Embora não fosse objetivo do estudo, verificou-se que, entre os entrevistados, 83,5% utilizavam também outros medicamentos (Anexo F). A maioria (78,3%) os utilizava de forma contínua, 78,0% não sabiam por quanto tempo usaria e 7,7% faziam uso por auto-medicação. Os medicamentos mais consumidos de acordo com a classificação ATC foram: Sistema Cardiovascular (39,5%), Trato Alimentar e Metabolismo (17,9%), Sistema Nervoso (10,2%), Sistema Respiratório (5,9%), Anti-infectivos de Uso Sistêmico (5,4%) e Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (4,8%). O captopril, a hidroclorotiazida, a ranitidina, o omeprazol, a prometazina e o paracetamol foram responsáveis por 38,5% do consumo geral dos medicamentos.

## 6 DISCUSSÃO

“A ciência é fogo que aumenta o poder dos homens sobre o mundo. A sapiência usa o fogo da ciência para transformar o mundo.....”  
(Rubem Alves)

O perfil sócio-econômico e demográfico da população mostra semelhanças com o perfil dos usuários da ESF de outros municípios cearenses (JORGE *et al*, 2007): predomínio do sexo feminino, baixa escolaridade e com baixa renda. Portanto, verifica-se nessa população o retrato da desigualdade social ainda vigente no país, o que interfere na saúde mental das pessoas, aumentando a demanda nos serviços de saúde.

Entre os entrevistados, a maioria foi referenciada para o CAPS sem diagnóstico prévio. Esse dado nos leva a fazer algumas perguntas: o generalista não está diagnosticando e mesmo assim faz o encaminhamento por se tratar de uma demanda na área de saúde mental? Ou ele não se sente seguro para tratar essas pessoas? Podemos ainda indagar aqueles casos em que o indivíduo já está em uso crônico de psicofármacos e o generalista não consegue realizar o “desmame” e então resolve encaminhá-lo? Como a assistência à saúde mental na atenção básica está sendo realizada? Consegue ser resolutiva? Quais critérios estão sendo considerados para o encaminhamento dos usuários ao CAPS? Há uma comunicação efetiva entre a equipe da atenção básica e a do CAPS.

Durante a coleta de dados dos 200 entrevistados, praticamente não foram observadas contra-referências (apenas duas pessoas), ou seja, quase todas as pessoas foram absorvidas pelo CAPS. Em relação a isso, Oliveira *et al*. (2006) relatam que a identificação de pessoas com transtorno mental nas comunidades não tem sido feita de maneira sistemática e que há dificuldades em diagnosticá-la sobretudo na atenção básica. Estudo realizado por Jorge *et al*. (2007, p. 191) mostra que “no Estado do Ceará, as equipes de Saúde da Família não incorporam no campo operacional uma interlocução entre saúde coletiva e saúde mental”. As atividades na área da saúde mental se restringem a ações medicalizantes e a atenção se dá mediante a transferência dos portadores de transtornos mentais para serviços específicos de saúde mental, como o CAPS.

Pelos pressupostos da PSM, a abordagem aos portadores de transtornos mentais deve acontecer nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Os transtornos severos e persistentes devem ser encaminhados aos CAPS. No entanto, os casos mais leves devem ser resolvidos na atenção básica, desenvolvendo-se neste campo ações de promoção da saúde,

reconhecimento de problemas potenciais de saúde mental, fatores de risco que podem levar ao aparecimento destes transtornos.

Nossos achados sugerem que esta hierarquia parece não estar sendo seguida, fato evidenciado também no relatório de atividades do CAPS em 2007. É colocado que “dentre os usuários atendidos no serviço, uma grande parcela continua se enquadrando nos diagnósticos de transtornos mentais leves ou moderados (com uma grande incidência de usuários dependentes de BZD), o que reflete uma pequena e difícil articulação entre os diversos níveis de atenção (primário, secundário e terciário) no cuidado à saúde mental, uma vez que esses poderiam ser acompanhados na atenção primária”.

A proposta para mudar este cenário, de acordo com o modelo elaborado para a saúde mental de Maracanaú, inclui a criação de uma rede articulada com os diversos serviços de assistência à saúde, como hospitais gerais, equipes de saúde da família, programas de agentes comunitários, comunidades terapêuticas, bem como uma articulação intersetorial, mas, a nosso ver, ainda não possibilitará mudanças muito significativas, pois não verificamos nesse novo modelo uma articulação com a atenção básica de saúde. E, embora esteja proposta a construção de mais dois CAPS para minimizar a demanda que hoje é elevada, se não houver uma boa articulação entre os diversos níveis de assistência, este problema não será solucionado. Outro aspecto a ser considerado é em relação à capacitação na área de saúde mental para as equipes do PSF, ressaltando-se a importância da identificação precoce dos casos de transtornos mentais, bem como também de situações de risco para esses transtornos.

Um achado interessante no nosso estudo foi que as pessoas encaminhadas ao CAPS eram na sua maioria oriundas da AVISA II, que engloba os bairros: Jereissati I e II, e Conjunto Timbó, que são bairros de grande contingente populacional no município. No entanto, pode ser que outros fatores estejam influenciando esta demanda.

Maracanaú é uma cidade caracterizada por ser um pólo industrial, que sofreu um vertiginoso crescimento populacional e que não possui infra-estrutura básica para prover esse grande contingente. Associado a isso, constatam-se também problemas ambientais como poluição industrial e desmatamento, o que reflete diretamente na qualidade de vida dos seus moradores (ALMEIDA, 2005).

Dados preliminares da Agenda 21 do município de Maracanaú indicam como vulnerabilidades: a) precariedade da fiscalização e no controle da poluição; b) deficiência do sistema de tratamento de esgoto; c) deficiências de áreas verdes e institucionais; d) densidade demográfica incompatível com a infra-estrutura do município, sobretudo em alguns conjuntos

habitacionais, onde há grande concentração habitacional; e) falta de espaços ecológicos para lazer (MARACANAÚ, 2007).

Dados de uma pesquisa de opinião pública (MARACANAÚ, 2007), revelaram que para os jovens de Maracanaú, a violência é um dos principais problemas que os preocupa. Já quando indagados sobre os problemas que afetam a cidade, eles também apontaram a violência como principal problema no município. Associado a isso, destaca-se que as mortes por causas externas são segunda causa de óbito no referido município. Diante desses fatos, constatam-se neste município situações de risco que podem favorecer o surgimento de transtornos mentais.

Entre os entrevistados, a maioria (53,5 %) considerou como “boa” as condições de moradia, alguns (35,0%) referiram que o relacionamento familiar era regular/ruim. Na literatura, há relatos de associação entre depressão e o convívio diário em ambientes de violência, pobreza, uso de drogas, álcool e poluição. Por outro lado, condições sócio-econômicas desfavoráveis tais como: condições inadequadas de moradia, ausência ou baixa escolaridade, desemprego também estão associadas à violência (MARÍN-LEÓN *et al.*, 2007).

Quanto às queixas apresentadas pelos usuários, as mais freqüentes foram: psicológicas, destacando-se neste grupo: insônia, nervosismo e choro fácil; nas queixas neuromusculares tremor foi a mais referida e no grupo de queixas cabeça, ouvido, nariz e garganta, destacou-se a cefaléia. Estudo mostrou que indivíduos com transtornos mentais comumente queixam-se de dor, cefaléia e enxaqueca (McWILLIAMS *et al.*, 2004). Esses fatores aparecem como pano de fundo e refletem os problemas enfrentados por esses indivíduos, os quais se traduzem em diversos sintomas, resultado de suas condições precárias de vida e que, a nosso ver, são favoráveis ao uso de medicamentos.

Os entrevistados referiram como principais fatores relacionados aos transtornos mentais: problemas familiares, problema grave de saúde, morte de parente próximo, agressão física e separação/divórcio. Lima *et al.* (1999) verificaram em estudo realizado em Pelotas, que a separação conjugal foi o evento que apresentou maior associação com transtornos psiquiátricos menores. Na literatura encontram-se alguns estudos que avaliaram a relação entre o uso de psicofármacos e sua associação com problemas sociais e eventos de vida produtores de estresse (LOPES *et al.*, 2003; TURRINA *et al.*, 1993; COSTA; LUDERMIR, 2005).

Em relação aos diagnósticos de transtornos mentais, a maior freqüência foi de transtornos do humor, distúrbios neuróticos relacionados ao “stress” e somatoformes, e

transtornos devido ao uso de álcool. Segundo Beseñor *et al.* (1998), as doenças mentais mais comuns na população são: alterações do humor, distúrbios somatoformes, os transtornos do álcool e os transtornos alimentares. Kaplan e Sadock (1998) afirmam que é elevada a incidência dos transtornos de humor e ansiedade na população. Estudos conduzidos em população de países ocidentais demonstram que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica encontrada eram caracterizadas por distúrbios não-psicóticos, principalmente depressão e ansiedade (CHENG, 1988; GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Outro fato relevante é que estes distúrbios acometem um terço ou mais das pessoas que procuraram atendimento em serviços primários de saúde (COUTINHO, 1995). Pesquisas realizadas no Brasil, em serviços primários de saúde, identificaram que de 15 a 56% das pessoas atendidas em serviços eram portadoras de distúrbios mentais não psicóticos (LIMA *et al.*, 1999; FORTES, 2004).

Quanto ao sexo e sua relação com os transtornos mentais, dados semelhantes aos nossos achados foram encontrados na literatura (ANDRADE *et al.*, 2002; BENSEÑOR *et al.*, 1998).

As principais doenças secundárias referidas pelos entrevistados foram: hipertensão, gastrite, diabetes e cardiopatias. Em relação à hipertensão, ela é a doença crônico-degenerativa de maior prevalência no país, acometendo entre 14,0% e 32,0% da população (FUCHS *et al.*, 2001) e de acordo com dados do Relatório de Gestão (MARACANAÚ, 2007) a hipertensão e diabetes estão entre as doenças mais prevalentes em Maracanaú. Benseñor *et al.* (1998) relataram que hipertensos apresentam elevada co-morbidade, incluindo distúrbios psiquiátricos. Maia (2004), estudando a prevalência de transtornos mentais em idosos, observou que as doenças secundárias mais frequentes foram hipertensão e diabetes. Carvalho e Dimstein (2004) avaliaram a dependência química de ansiolíticos em mulheres, verificaram que há uma maior proporção de uso de ansiolíticos entre as hipertensas e que o ansiolítico aparece como recurso importante utilizado pelo médico no tratamento dessa doença, visando sobretudo ao seu controle emocional, fato que está intimamente relacionado ao uso crônico de tais medicamentos. Há também relatos de que pessoas com hipertensão apresentam maior prevalência de depressão maior (OMS, 2004).

## 6.1 Consumo de medicamentos

### 6.1.1 Psicofármacos

A prevalência do consumo de medicamentos psicofármacos (60,5%) encontrada em Maracanaú, entre os usuários da AP encaminhados ao CAPS, foi maior do que a encontrada em alguns estudos nacionais e internacionais (5,2%: ALMEIDA *et al.*, 1994; 15,0%: TURRINA *et al.*, 1993; 11,9%: LIMA *et al.*, 1999; 31,5%: GALLEGUILLOS *et al.*, 2003; 13,0%: WORTMANN *et al.*, 1994; 21,3%: HUF *et al.*, 2000; 10,0%: MENDOZA-SASSI *et al.*, 2001, 13,8%: PONCIANO, 2005).

No entanto, alguns aspectos devem ser considerados quanto à comparação com estes resultados. Consta-se que estes estudos se diferenciam em relação à metodologia, desenho, população estudada, período de uso do medicamento e alguns utilizaram todos os psicofármacos, já outros, apenas BZD. Destaca-se também que a maioria dos estudos é de base populacional e, na nossa pesquisa, investigamos a prevalência do consumo em uma subpopulação de Maracanaú que, por estarem sendo referenciados ao CAPS, já deveria estar utilizando psicofármacos.

Com relação ao gênero, o consumo de medicamentos psicofármacos foi ligeiramente maior no sexo feminino que no masculino. Vários estudos utilizando psicofármacos mostram que o uso é maior no sexo feminino: Turrina *et al.* (1993); Almeida *et al.* (1994); Mari *et al.* (1993); Dag e Bengt (1988); Allgulander (1989); Wortmann *et al.* (1994); Lima *et al.* (1999) e Rodrigues *et al.* (2006).

No entanto, um estudo utilizando BZD realizado por Oliveira (2000) em Fortaleza, encontrou que entre as mulheres havia uma incidência de 72,0% do uso de BZD. Dado semelhante foi encontrado pelo mesmo autor em Sobral, onde 75,0% dos consumidores de BZD eram mulheres.

Estudo realizado por Santana, Loomis e Newman (2001) encontrou que a dupla carga de trabalho é um fator de risco potencial para sintomas psiquiátricos em mulheres, o que poderia levar a um consumo maior de psicofármacos. Segundo Chetley (1994), existe uma tendência crescente a medicalizar a vida das mulheres, não sendo incomum a comercialização de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos dirigida principalmente a elas.

As mulheres, em relação aos homens, são as que mais utilizam os serviços e bens de saúde (LOYOLA FILHO *et al.*, 2003; MENDOZA-SASSI *et al.*, 2003; FERNANDES, 1998). Segundo Carvalho e Dimenstein (2003), o sistema de saúde, ainda centrado na assistência

individual e em números de procedimentos realizados, não dá condições ao prescritor que acaba não tendo tempo suficiente e, conseqüentemente, não atende às especificidades da mulher, voltando-se somente para os aspectos físicos e biológicos, não percebendo que algumas queixas referidas são decorrentes de problemas sócio-econômicos, desajustes familiares, e que os médicos sem saber lidar com essas demandas acabam por utilizar o medicamento como único recurso disponível e de fácil acesso. Isso faz com que as mulheres recebam mais prescrições de psicotrópicos.

No estudo, observou-se que o consumo de psicofármacos aumenta com a idade. Dado semelhante também foi encontrado em estudos internacionais: Dag e Bengt (1988), em estudo realizado na Suécia, encontraram que a proporção de usuários de psicofármacos era cerca de dez vezes maior entre indivíduos idosos do que entre os mais jovens; Cafferata e Meyers (1990); Turrina *et al.* (1993), mostraram que 25% das pessoas usuárias de psicofármacos tinham idade acima de 45 anos; e nacionais: Mari *et al.* (1993), em estudo realizado em São Paulo, encontraram que o uso de tranquilizantes aumentava com a idade; Rodrigues *et al.* (2006), revelaram que o consumo aumentou conforme a idade, com prevalência de 23,8% em pessoas com 55 a 64 anos de idade. Tal fato se deve porque, de maneira geral, os idosos têm mais doenças crônicas e consomem mais medicamentos, dentre esses estão os psicofármacos.

Em relação ao estado conjugal, no nosso estudo, verificou-se que o consumo é maior entre os separados. Em um estudo realizado nos EUA por Cafferata e Meyers (1990), os autores observaram que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas tinham maior probabilidade de episódios de doenças, particularmente as mentais e isso acarretava mais prescrições de psicofármacos. Estudo conduzido no Brasil por Almeida *et al.* (1994) verificou um consumo três vezes maior de psicofármacos entre os separados(as) e viúvos(as). Dados semelhantes foram relatados por Wortmann *et al.* (1994). Este aumento no uso de psicofármacos pode ocorrer pelo fato de que a separação é um evento estressor.

Quanto à relação entre o uso de psicofármacos e renda, observa-se que o uso aumenta naqueles usuários com maior renda individual mensal. Na literatura, alguns estudos realizados no Brasil demonstram uma associação positiva entre os níveis mais elevados de renda e consumo de tranqüilizantes (MARI *et al.*, 1993) e BZD (LIMA *et al.*, 1999), o que também é evidenciado quando se analisa o uso global de medicamentos (ARRAIS, 2005). Já Almeida *et al.* (1994) encontraram uma relação inversa.

Com relação ao nível educacional, verificou-se relação entre baixo nível educacional e uso de psicofármacos. Almeida *et al.* (1994), nas análises brutas, encontraram associação

entre baixo nível educacional e uso de psicofármacos. Rodrigues *et al.* (2006) observaram uma redução no consumo de psicofármacos entre os indivíduos com maior escolaridade. No Brasil, Lima *et al.* (1999) encontraram associação entre alto nível de escolaridade e uso de BZD.

Quanto ao *status* do emprego, observou-se que o uso de psicofármacos é mais elevado entre os aposentados/pensionistas, donas de casa, desempregados e funcionários públicos. Segundo Arrais *et al.* (2005), em estudo realizado no município de Fortaleza, o consumo de medicamento, de maneira geral, foi maior entre pessoas com idade maior ou igual a 50 anos e associado a isso, sabe-se que o processo de envelhecimento da população brasileira é acompanhado pelo aumento de doenças neurológicas e psiquiátricas, o que poderia justificar o consumo maior de psicofármacos nessa categoria (CRUZ *et al.*, 2006). Cafferata e Meyers (1990) e Ludermir (2000) observaram que o uso de psicofármacos é maior entre os desempregados. É sabido que a incerteza sobre a situação de trabalho e os baixos salários estão associados à ansiedade e depressão, levando ao uso de psicofármacos.

Em relação às condições de saúde e uso de psicofármacos, verificou-se maior consumo entre as pessoas que referiram algum tipo de doença secundária (hipertensão, diabetes, gastrite e cardiopatias). Na literatura, estudo mostra que a presença de uma doença secundária (crônica) está associada com maior utilização de psicofármacos (ALLGULANDER, 1989). Rodrigues *et al.* (2006) observaram que indivíduos hipertensos usam mais psicofármacos e que isto pode ser em razão de irem à consulta médica com maior frequência. Vale ressaltar que a hipertensão é sabidamente alimentada pelos fatores de estresse ou vice-versa, e o paciente teoricamente se beneficia do uso de ansiolíticos. Ao verificarmos o uso de outros medicamentos consumidos pela população amostrada e presença de doenças secundárias, observamos que algumas são crônicas tais como a hipertensão, diabetes e cardiopatias. Embora nem todos os entrevistados com doenças crônicas estivessem fazendo uso de psicofármacos, pelo fato de terem sido referenciados a um serviço especializado em saúde mental, pode-se inferir que tais pessoas fossem portadoras de problemas nesta área.

Quanto à representação do uso dos psicofármacos no dia-a-dia dos entrevistados, sabe-se que o fenômeno da medicalização é algo inerente às sociedades modernas e que isso tem levado às pessoas cada vez mais a buscarem no medicamento a solução mágica para os seus sofrimentos, colocando-o em um lugar de destaque nas suas vidas. Desta forma, procuramos identificar na população estudada a existência desse fenômeno. Segundo Ferreira (1986), a

palavra representação quer dizer “reprodução daquilo que se pensa”. Nosso estudo mostrou que, para a maioria dos usuários de psicofármacos, seu uso representava “alívio”. De acordo com Magalhães (2001), em relação aos psicofármacos, eles “tendem a diminuir ou amortizar o sofrimento psíquico do sujeito que vive sua dura realidade sempre com muita angústia”. Barros (1995) afirma que as pessoas querem resolver seus problemas – sejam ou não problemas médicos – lançando mão dos serviços de saúde e aí se inclui o uso de medicamentos. Segundo Carvalho e Dimenstein (2004), em estudo realizado com usuárias de ansiolíticos, as pessoas lançam mão destes medicamentos na esperança de fugir das pressões sociais, familiares ou do trabalho. Oliveira (2000, p. 108), afirma que “medicar o sofrimento e a dor do dia-a-dia, impregnados de problemas sociais, com tranquilizantes é uma saída encontrada por um grande contingente de médicos, que se mostram passivos e coniventes com um adoecimento individual e coletivo”.

Os estudos que avaliaram esta temática apontam para a necessidade de reformulações nos cursos de graduação, de atualizações e aperfeiçoamento das práticas que possibilitem uma mudança de perfil dos profissionais que ainda focalizam a doença e não avaliam o contexto social que os portadores de transtorno mental estão inseridos, verificando-se que as intervenções são realizadas em função da sintomatologia e usam o medicamento como recurso imprescindível (BICHAFF, 2006).

Para Ponciano (2005), os medicamentos passaram a ser vistos como solução, existindo a indicação de um ou mais medicamentos para todo e qualquer problema. Segundo Dupuy e Karsenty *apud* Ponciano (2005), “os medicamentos asseguram um certo conforto moral, diminuem o sentimento de insegurança, acalmam a angústia, preenchem os vazios; em resumo, ajudam a viver”. Segundo Arrais *et al.* (2005), o uso de medicamentos, de maneira geral, está associado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida das pessoas.

Estudo realizado por Souza (2004), avaliando as mulheres com transtornos de ansiedade, observou que a abordagem através de grupos terapêuticos, sem o uso de psicofármacos, é viável desde que as mesmas não estejam em crise.

De acordo com Barreto (2008), no nosso cotidiano há muito sofrimento por conta do estresse, desemprego, problemas familiares. No passado, este sofrimento era tratado por benzedeiras, padres; estas eram as instituições de escuta, de apoio. Hoje, a tendência é “medicalizar o sofrimento”. Para esse autor, ao medicalizar os problemas existenciais ele estaria acrescentando mais sofrimento. Sua experiência com a terapia comunitária tem apontado soluções através da participação da comunidade, da troca de experiências, do

acolhimento. O medicamento é necessário e útil em determinadas situações mas em muitos casos, o “remédio é a palavra”. “Ela é para quem fala, é para quem ouve”.

## 6.2 Características do consumo de medicamentos

### 6.2.1 Psicofármacos

O número de medicamentos utilizados pelos indivíduos variou entre 1 e 5, sendo que a maioria fazia uso de 1 medicamento. A média do consumo de psicofármacos foi de 1,5 medicamento por pessoa. Arrais (2005), em estudo realizado em Fortaleza, que teve por finalidade avaliar o consumo de medicamentos e seus fatores determinantes, verificou que 56,4% dos indivíduos utilizavam um medicamento e que a média do consumo foi de 1,9 medicamento por pessoa. Estudo realizado em idosos por Macêdo Filho, Marcopito e Castelo (2004), verificou que a maioria deles usava pelo menos um medicamento e a média de consumo foi de 2,3 medicamentos. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos em idosos, realizado por Loyola Filho, Uchoa e Lima-Costa (2006), verificou um consumo de 2,18 medicamentos por pessoa.

Em relação às práticas prescritivas, a maioria dos entrevistados utiliza psicofármacos há mais de 12 meses, de forma contínua e conforme orientação médica. Segundo Carvalho e Dimenstein (2003), em relação ao uso de psicofármacos, em especial de ansiolíticos, o que se observa na prática é o uso contínuo e indeterminado que vai além da finalidade específica, em que o medicamento passa a ocupar um lugar imprescindível na vida de muitos indivíduos. Segundo Auchewski *et al.* (2004), em estudo realizado com BZD, a dose diária e o tempo de uso continuado destes medicamentos são fatores importantes para se instalar um quadro de dependência. Pessoas que os utilizam há mais de 12 meses apresentam risco de 25,0% a 40,0% de apresentarem dependência. Segundo Bertolote (1997), o uso racional de medicamentos na psiquiatria depende fundamentalmente dos conhecimentos e habilidades clínicas, e conhecimentos adequados de psicofarmacologia. Cavalcante, Amorim e Jesus (2002) *apud* Nascimento (2004), em estudo realizado em um CAPS de Fortaleza, verificaram que os médicos, de maneira geral, davam pouca importância às questões subjetivas e enfatizavam a abordagem farmacoterapêutica, ou seja, o uso de psicofármacos.

Entre os usuários de psicofármacos, alguns referiram que já tentaram parar de tomar estes medicamentos e a maioria foi de forma brusca. Ao relacionar tentativa de parar de usar o

medicamento com tempo de uso, verificou-se que os que estavam fazendo uso há mais de 12 meses não conseguiram parar de tomar o medicamento, o que pode estar relacionado ao fenômeno de dependência. Desta forma, os pacientes tratados por períodos prolongados com estes medicamentos podem levar meses para parar de usá-los, com reduções gradativas das doses (GOODMAN *et al.*, 2003; KATZUNG, 2003).

Em relação às informações repassadas pelo médico aos usuários, sobre risco do uso prolongado de psicofármacos, a maioria referiu que não foi orientado sobre esta temática. De acordo com Baos (1999), o pouco tempo de experiência e a própria formação do médico são apontados como responsáveis pelo fato do paciente ser, na maioria das vezes, minimamente informado e consultado sobre os aspectos que interessam à sua própria saúde. Faz-se necessário conscientizar os médicos de que as pessoas precisam de orientação clara sobre os riscos dos medicamentos, sobretudo em um grupo como os psicofármacos. Na literatura, alguns estudos no Brasil e em Fortaleza (WHO, 2000; TEIXEIRA, 1999; LOPES *et al.*, 1996) mostram que a relação médico-paciente é caracterizada pelo fato de que o paciente, por receio, geralmente não faz perguntas ao médico sobre o tratamento ou informações sobre medicamento, tem apenas uma rápida conversa com o médico antes de receber a prescrição ou recomendação terapêutica. Existe, portanto, a necessidade de avaliar a qualidade da prescrição, assim como das condições que precedem a mesma (ARRAIS *et al.* 2005)

Um dado que chama atenção é que um percentual significativo de pessoas que referiram já ter adquirido psicofármacos sem receita médica. Carlini *et al.* (2007), em um estudo sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, verificaram que entre os medicamentos usados sem receita, os BZD tiveram *uso na vida* de 5,6%. Orlandi e Noto (2005), em um levantamento, com estudantes da rede pública de ensino, verificaram que 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter usado ansiolíticos sem prescrição. Arrais *et al.* (1997) observaram a venda indiscriminada de medicamentos de controle especial e o próprio estudo sugere que esta é uma prática comum, quando se considera as indicações feitas por terceiros que não o médico. Estudos desenvolvidos por Turrina *et al.* (1993) e Wortmann *et al.* (1994) observaram também o uso de psicofármacos sem receita médica. Estes autores referiram, respectivamente, que 11,8% e 8,4% dos usuários informaram ter usado psicofármacos sem prescrição médica, mas por sugestão de amigos e parentes.

Esse dado aponta para a necessidade de campanhas educativas sobre os riscos da auto-medicação, sobretudo relacionado a esta classe de fármacos e também uma melhor fiscalização pela Vigilância Sanitária. Programas preventivos devem ser instituídos visando

sempre ao bem-estar do ser humano, a melhoria na sua qualidade de vida e contra a auto-medicação, a prescrição irracional ou não fundamentada ética e cientificamente, e a propagação desenfreada e sem controle sanitário dos psicofármacos (SOUZA; CAMARGO, 2002). Em relação a isso, recentemente foi criado o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, que é um instrumento informatizado para captura e tratamento de dados sobre produção, comércio e uso de substâncias ou medicamentos sujeitos a controle especial.

Quanto à fonte de indicação dos psicofármacos, a maioria dos entrevistados referiu o médico. No entanto, houve um percentual pequeno, mas importante, de indicações feitas por amigos, vizinhos ou parentes e ainda por outros profissionais de saúde. Estudos constataam que o clínico geral é o responsável pela prescrição da maioria dos psicofármacos, embora não possuam extenso treinamento nos diagnósticos e tratamentos de pessoas com problemas mentais (MARI *et al.*, 1993; TURRINA *et al.*, 1993; ALMEIDA *et al.*, 1994). Estudo realizado por Mendonça e Carvalho (2005) observou que o convívio com pessoas próximas como marido, filhos, irmãos ou vizinhos, que tomam calmantes ou medicamentos psicotrópicos pode contribuir para um maior conhecimento sobre estes medicamentos, interferindo na maneira de uso dos mesmos, resultando assim, na expansão da auto-medicação.

Entre os indivíduos que consumiram psicofármacos nos últimos 15 dias, observou-se que 20,0% informaram ser usuários de bebidas alcoólicas. Apesar de não termos coletado dados sobre quantidade ingerida, em geral, os psicofármacos causam efeitos depressores aditivos do Sistema Nervoso quando administrados a outros depressores como o álcool. Desta forma, a recomendação é evitar qualquer tipo de bebida alcoólica, caso contrário ocorrerá o aumento do efeito sedativo ocasionado pelos fármacos, o que pode favorecer vários tipos de acidentes (domésticos, ocupacionais, trânsito etc.) (KATZUNG, 2003).

Em relação à fonte de aquisição de psicofármacos, alguns referiram que compraram em farmácias/drogarias, ou seja, tiveram que comprá-lo. O acesso a medicamentos é um dos principais problemas do SUS (BRASIL, 2003; CORREIA, 2000; FERNANDES, 1998). Um estudo realizado em duas regiões de Minas Gerais concluiu que o acesso de medicamentos foi prejudicado pela baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta desses produtos (GUERRA JUNIOR *et al.*, 2004). O abastecimento irregular das unidades de saúde, com interrupções freqüentes de estoque de medicamentos, pode ser o responsável por esta distorção.

Os subgrupos terapêuticos mais consumidos, de acordo com a classificação ATC, foram: ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e antiepiléticos. Destes, destacam-se o diazepam, e a amitriptilina. Turrina *et al.* (1993), Lima *et al.* (1999), Wortmann *et al.* (1994) observaram elevada prevalência de uso de BZD. Huf *et al.* (2000), mostraram que cerca de 15% de toda a população norte-americana já receberam pelo menos uma prescrição contendo medicamentos desses subgrupos. Estudo realizado por Almeida *et al.* (1994) observou que os ansiolíticos foram os mais consumidos e dentre estes o diazepam se destacou.

## **7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

No início do estudo, a primeira dificuldade em que nos deparamos foi em relação ao grande número de pessoas que estavam esperando para realizar triagem. Necessitávamos saber quais pessoas seriam agendadas para que fossem solicitadas às mesmas que trouxessem, no dia da triagem, receitas anteriores e caixas de medicamentos que estivessem fazendo uso, com a finalidade de confirmarmos as informações referidas e minimizarmos o viés de memória.

No entanto, verificamos que o livro de espera estava desorganizado, pois continuavam na lista de espera pessoas que já tinham sido atendidas em caráter emergencial, outras que há mais de um ano haviam procurado o serviço e não haviam sido chamadas, pois os telefones de contato não estavam certos e não havia um critério de prioridade para agendamento dos usuários. Desta forma, foi realizada uma análise dessa lista e deixamos apenas as que tinham telefones de contato. Foram também retiradas aquelas que já haviam sido atendidas, bem como as que estavam na lista há mais de um ano.

Nossa intenção inicial era realizar a pesquisa nos prontuários médicos. Então decidimos realizar uma análise prévia dos mesmos para verificarmos a qualidade das informações ali registradas. Selecionamos aleatoriamente dez prontuários e nos deparamos com escassez de informações principalmente relativas ao uso de medicamentos e ausência de diagnósticos, dentre outras que prejudicariam a pesquisa. Tal fato nos levou a decidir por trabalhar com entrevista direta com os indivíduos.

Quanto ao tipo de desenho utilizado no nosso estudo, que foi do transversal, a limitação diz respeito à impossibilidade de atribuir causalidade às associações encontradas. Todavia apontam às direções nas quais os fatores de risco se associam com o desfecho estudado: o uso de psicofármacos.

No estudo, não se pode descartar a influência do viés de memória, uma vez que considerou-se um período de 15 dias anteriores à entrevista, pois a maioria dos estudos na área utiliza esse mesmo período. Entretanto, sabe-se que esta estratégia pode resultar em algum viés de memória.

Outro aspecto que merece ser ressaltado diz respeito à representatividade da amostra em relação à população do município de Maracanaú, pois trabalhamos com uma subpopulação, ou seja, selecionamos aquelas pessoas atendidas na atenção básica mas que, por algum motivo, estavam sendo encaminhadas ao CAPS. Logo era esperado que já estivessem em uso de psicofármacos e com transtornos mentais ou com problemas nesta área. Desta forma, torna-se necessário ter cautela ao fazer afirmações definitivas sobre o consumo de psicofármacos.

## 8 CONCLUSÕES

“O início do pensamento se encontra nos olhos que têm a capacidade de se assombrar com o  
que vêem”

**(Rubem Alves)**

Os estudos quantitativos são fontes importantes de hipóteses que conduzem a novas investigações e funcionam também como avaliação da nossa prática. No entanto, após nossos achados, verificamos que serão necessários mais estudos que analisem outros fatores que possam influenciar o uso de psicofármacos, como aqueles relacionados aos médicos e também que realizem abordagem qualitativa para avaliar de forma mais completa o uso de psicofármacos.

Desta forma, o estudo respondeu às questões iniciais e trouxe subsídios para novas reflexões sobre o tema, bem como para a elaboração de estratégias que possibilitem o uso racional de medicamentos e para que os mesmos sejam utilizados apenas como ferramenta essencial na promoção da saúde e do bem-estar da população de maneira geral.

Sabemos que os estudos de utilização de medicamentos são importantes para a detecção, análise e solução de problemas relacionados ao uso inadequado dos medicamentos.

O nosso estudo possibilitou um grande número de informações relevantes acerca do uso de psicofármacos em Maracanaú e procurou conhecer quais fatores estariam relacionados a esse consumo, os quais pontuamos a seguir:

Quanto às características gerais da população amostrada: caracterizada pelo sexo feminino, com maior frequência de pessoas na faixa etária acima de 44 anos, na sua maioria casadas e provenientes de três bairros: Jereissati I, Jereissati II e Conjunto Timbó, que são bairros populosos e com indicadores sociais desfavoráveis. 51,5% moram com a família, a maioria (53,5 %) considerou como “boa” as condições de moradia, alguns (35,0%) referiram que o relacionamento familiar era regular/ruim. A maioria dos entrevistados sobrevivia com renda individual (96,0%) e familiar (72,0%) até dois salários mínimos (R\$ 760,00), 58,5% com até quatro anos de estudo e 81,5% eram de pessoas desocupadas. As queixas mais frequentes dessa população foram as psicológicas e apontaram os problemas familiares como principal fator desencadeante das mesmas.

Os diagnósticos de maior frequência foram os transtornos do humor (afetivos) (51,1%), transtornos somatoformes (26,6%). No entanto, o expressivo número de pessoas encaminhadas da atenção básica para o CAPS, sem diagnóstico prévio, requer uma avaliação mais aprofundada já que não foi objetivo nosso realizar tal análise. No entanto, a nosso ver, a comunicação entre as equipes da atenção básica e o CAPS é deficitária e pelos diagnósticos situacionais encontrados no nosso estudo, alguns poderiam ser resolvidos na atenção básica.

Quanto à presença de doença psiquiátrica na família, 45,5% dos entrevistados apresentam parentes próximos com histórico de doenças psiquiátricas. e em relação às doenças secundárias, observou-se maior proporção entre as mulheres (72,9%), sendo as mais comuns: hipertensão e gastrite.

O consumo de psicofármacos encontrado no nosso estudo foi de 60,5%. Ele é elevado ao compararmos com outros achados nacionais e internacionais. No entanto, nossa população amostrada não foi a população de Maracanaú, mas uma subpopulação. Em relação a identificação dos fatores relacionados a esse consumo, de acordo como variáveis sociais, econômicas, demográficas e biológicas, encontramos:

1. O consumo é maior no sexo feminino, aumenta com o aumento da renda individual mensal e diminui com o nível de escolaridade;

2. Em relação às condições de saúde, os maiores consumidores foram as pessoas que referiram algum tipo de doença secundária, as que se hospitalizaram por motivo psiquiátrico pelo menos uma vez e as que apresentaram histórico familiar de transtornos mentais.

3. A maioria também faz uso de outros medicamentos e os utiliza de forma contínua, não sabem por quanto tempo vão utilizá-los e alguns fazem uso por automedicação.

4. Em relação aos principais motivos de uso, foram referidos: hipertensão, gastrite, cefaléia e diabetes, sendo os principais fármacos consumidos: anti-hipertensivos, como o captopril e a hidroclorotiazida, os anti-secretores: ranitidina e omeprazol, e o paracetamol.

Quanto à avaliação da prática prescritiva, aquisição e uso prolongado dos psicofármacos, verificamos que:

1. O número de medicamentos utilizados pelos indivíduos variou entre 1 a 5, sendo que a maioria fazia uso de 1 medicamento. A média do consumo foi de 1,5 medicamento por pessoa.

2. Os entrevistados utilizavam psicofármacos há mais de 12 meses, de forma contínua e conforme orientação médica. Um percentual significativo adquiriu psicofármacos sem receita médica. Quanto à orientação recebida sobre os riscos do uso prolongado desses medicamentos, a maioria informou não ter recebido.

3. Entre os consumidores de psicofármacos alguns tentaram parar de tomá-los, mas foi de forma brusca. Ao relacionar tentativa de parar de usar o medicamento com tempo de uso, verificou-se que os que estavam fazendo uso há mais de 12 meses não conseguiram parar de tomar tais medicamentos.

4. Algumas pessoas usaram psicofármacos em período anterior a 15 dias, sendo os mais usados: diazepam e amitriptilina.

5. Os médicos foram responsáveis pela maior parte das indicações, mas alguns relataram também como fonte de indicação: amigos, vizinhos ou parentes, outros profissionais de saúde e por automedicação.

6. Os produtos mais consumidos de acordo com o terceiro nível da classificação ATC foram: ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e antiepiléticos.

7. Os principais motivos que geraram o consumo de psicofármacos: “nervosismo”, “para insônia” e “depressão”.

8. Quanto aos hábitos sociais: 20,0% informaram ser usuários de bebidas alcoólicas, sem especificar o tipo de bebida, quantidade ou período de uso na semana, a maioria fuma e não pratica atividade física.

9. Quanto à aquisição, a maioria adquiriu o psicofármaco na farmácia do CAPS, mas alguns relataram que compraram tais medicamentos em farmácia privada. Ressaltamos que algumas pessoas adquiriam esses produtos sem receita médica, sendo que os mesmos só

poderiam ser dispensados com a apresentação da receita por tratar-se de medicamentos controlados.

Em relação ao conhecimento do que representa o uso dos psicofármacos, verificamos que a maioria referiu alívio.

Nesse cenário, nossos objetivos em consonância com nossos achados e conclusões são direcionados para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. É imprescindível que os profissionais de saúde e gestores possam, juntos, buscar soluções que possibilite o uso racional dos psicofármacos e, nesta área, o farmacêutico pode contribuir de maneira relevante, pois de acordo com a OMS “ele é o profissional de saúde com melhor perfil para a condução de todas as ações destinadas à melhoria de acesso aos medicamentos e promoção do uso racional”.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. [S.l.], 2006.

ALLGULANDER, C. Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. **Am. J. Public Health**, v. 79, n. 8, p. 1006-1010, 1989.

ALMEIDA, L. Q. Diagnóstico sócioambiental e contribuições para o planejamento ambiental do município de Maracanaú – Ce. **Caminhos de Geografia**, v. 11, n. 5, p. 108-125, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>. ISSN 1678-6343>. Acesso em: 20 ago. 2008.

ALMEIDA, J. M. C. Estratégias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud em la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental em América latina y el Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 18, n. 4/5, p. 314-326, 2005.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, J. G.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. D. A. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, p. 524-529, Dec. 1997

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de Psicofármacos em uma Região administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-16, jan./mar. 1994.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v. 40, n. 4, out./dez. 2004.

ANDRADE, L.; ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD – 10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 37, n. 7, p. 316-325, July 2002.

ANDRADE, L. *et al.* Prevalence of mental disorders in an epidemiological catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *In: SYMPOSIUM OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1997, Sidney, Australia. Paper...Sidney:[s.n.], 1997.*

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.1, p. 71-77, 1997.

ARRAIS, P. S. D. **Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no município de Fortaleza – CE.** 2004. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

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**, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, nov./dez. 2005.

AUCHEWISKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; LACERDA, R. B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004

BAOS, V. V. La calidad en la prescripcion de medicamentos. **Inf. Terap. Sist. Nac. Salud**, v. 23, n. 2, p. 45-54, 1999.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995. 222 p.

BARRETO, A. “Aqui o remédio é a palavra”. **Revista Radis: comunicação em saúde**, n. 67, p. 10-15, mar. 2008.

BERTOLETE, J. M. O uso racional de medicamentos em psiquiatria: conceitos e princípios. *In: O USO racional de medicamentos psiquiátricos: relatório do encontro dos centros colaboradores da OMS no Brasil para ensino e pesquisa em saúde mental.* Rio de Janeiro: OMS, 1997. p. 3-11.

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

BEZERRA JÚNIOR, B.; TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987. 288 p. (Coleção Saúde e Realidade Brasileira, 1).

BENSEÑOR, I. M.; PEREIRA, A. C.; TANNURI, A. C.; VALERI, C. M.; AKASHI, D.; FUCCILO, D. Q. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital psiquiátrico. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 56, p. 3A, p. 406-411, 1998.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. 2006. 217 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. **A Construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 381 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Uso racional de medicamentos: preocupação mundial**. 2005. (Boletim Informativo, n. 60).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 3 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Coordenação de Saúde Mental. 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> . Acesso em: 10 jan. 2006.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Avaliação das ações de atenção à saúde mental**. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, 2001. 110 p. (Série E. Legislação de Saúde, n. 4).

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BOCHNER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BORTELLO, M. E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, 1999.

CAFFERATA, G. L.; KASPER, J.; BERNSTEIN, A. Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. **J. Health. Soc. Behav.**, v. 24, p. 132-143, 1983.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília, 2007.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Est. Psi.**, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v. 8, n. 15, p. 37-64. jan./jun. 2003.

CARVALHO, A. L.; COSTA, M. R.; FAGUNDES, H. 2006: o ano da promoção do uso racional de benzodiazepínicos. **Uso racional de psicofármacos**, ano 1, v. 1, p. 1-6, abr./jun. 2006.

CASTRO, C. G. S. O. (Coord.). **Estudos de utilização de medicamentos**: noções básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CASTRO, L. L. C. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. São Paulo: AG Gráfica e Editora, 2000. 180 p.

CEARÁ. Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX). Hospital Instituto Dr. José Frota. **Registro dos Casos de Intoxicação Humana**. Fortaleza, 2003.

CEARÁ. Conselho das Secretarias e Secretários Municipais de Saúde. **Revista Sustentação**, n. 21, jan./abr. 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores e dados básicos (IDB) para a saúde no Ceará 2004**. Fortaleza, 2005. v. 4.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em: 3 mar. 2005.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em: 14 fev. 2003.

CHAIMOVICZ, 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. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

CHENG, T. A. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. **Psychol. Med.**, v. 18, p. 953-968, 1988.

CHETLEY, A. **Medicamento problema**. 2. ed. Lima: Health International/Acción International por la Salud América Latina y El Caribe, 1994.

CORDÁS, T. A.; MORENO, R. A. **Condutas em psiquiatria**. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 381 p.

CORREIA, L. L. Atenção em saúde e equidade: uma análise de duas microrregiões assistenciais de saúde do Estado do Ceará. **Rev. Med. UFC**, v. 40, n. 1-2, p. 57-76, 2000.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan./fev. 2005.

COTRIM, B. C.; CARLINI, E. L. A. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na Grande São Paulo: Parte II. Meninos de rua e menores. **Rev. ABP-APAL**, v. 9, n. 2, p. 69-77, abr./jun. 1987.

Da SILVA, C. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. **J. Pediatr.**, (Rio de Janeiro), v. 80, n. 4, p. 326-332, 2004.

DAG, I.; BENGT, H. Psychotropic drug use in a Swedish community-the importance of demographic and socioeconomic factors. **Soc. Sci. Med.**, v. 26, n. 4, 477-483, 1988.

FERREIRA FILHA, M. O. **A Prática das enfermeiras no campo da atenção psicossocial: uma tipologia da ação**. 2002. 201 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2005. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 13, n. esp., p. 888-895, set./out. 2005.

GUERRA JUNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. de A.; GOMES, C. A. P.; MIRALLES, M.; GIRARDI, S. N.; WERNECK, G. A. F.; CARVALHO, C. L. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 15, n. 3, p.168-185, 2004.

GOLDBERG, D. P., BLACKWELL, B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. **Br. Med. J.**, London, v. 2, p. 439-443, 1970.

FERNANDES, M. E. P. **Utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza**. 1998. 136 f. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

FERNANDES, G.; PALVO, F.; PINTON, F. A.; DOURADO, D. A. N.; MENDES, C. A. C. Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos depressores do “sistema nervoso central”. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 3, p.117-121, jul./set. 2006.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 153 p. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FUCHS, S. C.; PETTER, J. G.; ACCORDI, M. C.; ZEN, V. L.; PIZZOL, A. D.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 76, n. 6, p. 449-452, 2001.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas**: uma abordagem em farmácia hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. G.; HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. (Ed.). **Goodman & Gilman**: as bases farmacológicas da terapêutica. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 64-73, 1999.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; MORAIS, A. P. P.; LIMA, M. P. O. **Atenção à saúde mental no Programa Saúde da Família**: acolhimento, vínculo e práticas de saúde mental. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2007. 232 p.

JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999. (Coleção Saúde Coletiva no Ceará, n. 3).

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica & clínica**. 8. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Transtorno de ansiedade generalizada. **Manual de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-102, jan./mar. 1997.

LAPORTE, J. R. G. Estudos de utilización de medicamentos y de farmacovigilância. *In*: LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G. **Princípios de epidemiologia del medicamento**. 2. ed. Barcelona, Espanha: Masson-Salvat Medicina, 1993. cap.1, p.1-24.

LEVINE, J. SCHOLER, N. R. Strategies for analyzing side effect data from SAFTEE – a workshop held Fall 1985 in Rockville, Maryland. **Psychopharmacol. Bull.**, v. 22, p. 343-357, 1986.

LIMA, M. S.; NOVO, I. P. Uso de psicoestimulantes no Brasil: um problema ainda sem solução. **Psiquiatria na prática médica**. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu6\\_02.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu6_02.htm)>. Acesso em: 27 dez. 2007.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.

LIMA, M. S.; HOTOPF, M.; MARI, J. J.; BÉRIA, J. U.; BASTOS, A. B.; MANN, A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 34, n. 6, p. 316-322, 1999.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados de Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, nov./dez. 2003.

LOPES, A. E. C.; TEIXEIRA, A.C.A.; GURGEL, M.L.F.; MIRANDA, M. C. C. Drug use evaluation in health services in Fortaleza, Brazil. **INRUD**, v. 6, n. 1, p. 17, 1996.

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. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, dez. 2006.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, jun./set. 2000.

MACEDO FILHO, J. C.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

MAGALHÃES, M. C. R. (Org.). **Psicofarmacologia e psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001. 168 p.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão**. Maracanau, 2007.

MARACANAÚ. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. **Relatório de Gestão**. Maracanaú, 2007.

MARACANAÚ. Secretaria de Meio Ambiente. **Agenda 21**. Maracanau, 2007.

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.**, v. 2392, p. 467-474, 1993.

MARIN, N. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Organizado por Nelly Marin *et al.* Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-econômicos e de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1089-1097, maio 2007.

McWILLIAMS, L. A.; GOODWIN, R. D.; COX, B. J. Depressions and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. **Pain**, v. 111, p. 75-83, 2004.

MELLO, M. F. de. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELLO, R. **Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro**. 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 13, n. esp., p. 1207-1212, nov./dez. 2005.

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

MILAZZO, J. D.; PERNA, A. M. Analisis Descriptivo de lãs Prescripciones de Psicofármacos en una Popbación de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Período Febrero 2000 a Febrero 2001. **Acta Farm. Bonarense**, v. 23, n. 2, p. 220-225, 2004.

MINOLETI, A.; ZACCARIA, A. Plan Nacional de Salud Mental em Chile: 10 años de experiência. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 18, n. 4/5, p. 346-358, 2005.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo se suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 786-791, nov./dez. 2003.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCILLO, G.; BARBIERI, M. A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II – Distribuição do consumo por classes sociais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 163-170, 1997.

NASCIMENTO, A. A. M. **Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico no Programa Saúde da Família em Caucaia-CE.** 2004. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Benzodiazepínicos no Brasil: um perfil do consumo nos anos de 1988 e 1989. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 42, n. 6, p. 313-319, 1993.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial.** São Paulo: Olho d'água, 2006. 72 p.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química.** Sobral: Edições UVA, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo, 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Invertir em Salud Mental.** Genebra, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 13, n. esp., p. 896-902, set./out. 2005.

PASSOS, A. C. B.; XAVIER, F.; SILVA, C. D.; ARRAIS, P. S. D. Perfil de utilização de medicamentos benzodiazepínicos (BDZ) em um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) de um Hospital Municipal do Ceará. *In: CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR*, 5., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n.], 2005.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização Epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 27, n. 3, p. 270-277, set./dez. 2005.

PEREIRA, M. L. **Atenção farmacêutica: implantação passo-a-passo.** Belo Horizonte, MG: Faculdade de Farmácia/UFMG, 2005.

PONCIANO, A. M. S. **Fatores associados ao uso de medicamentos na população de funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro.** 2005. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. N. O. A Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. esp., p. 45-50, maio 1997.

PORTA, M. F.; HARTEZEMA, A. G. The contribution of Epidemiology to the study of drugs. *In*: HARTEZEMA, A. G.; PORTA, M. F.; TILSON, H. H. **Pharmacoepidemiology: NA Introduction**. Cincinnati: Harvey Books, 1991. p. 2-17.

QUICK, J. D. *et al.* (Ed.). Drug and therapeutics information. *In*: \_\_\_\_\_. **Managing drug supply**. 2nd ed. [S.l.]: Rev. and Exp. Connecticut: Kumanian, 1997. p. 421-429.

RIOS, D. P.; BASTOS, F. M.; CUNHA, L. C.; VALADARES, M. C. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. **Rev. Eletrônica Farm.**, v. 2, n. 1, p. 6-14, 2005.

RODRIGUES, M. A.; FACCHINI, L. A., LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006.

ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. *In*: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. cap. 1, p. 21-39.

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D. P.; NEWMAN, B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 16-22, 2001.

SARACENO, B.; ASIOLI, F. TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: Sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physys: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JÚNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan./fev. 2003.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005.

SINATORA, F. **O primeiro episódio psicótico na perspectiva do familiar do portador de esquizofrenia**. 2005. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOUZA, J. C.; CAMARGO, D. A. **Psicofarmacologia e equipe multidisciplinar**. Campo Grande: UCDB, 2002.

SOUZA, A. M. A. **Grupo terapêutico**: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental a mulheres com transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

STROM, B. L. What is pharmacoepidemiology? *In*: BRIAN, L. S. **Pharmacoepidemiology**. 2nd ed. [S.l.]: Wiley, 1994. cap.1, p.3-13.

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

TEZOQUIPA, I. H.; MONREAL, M. L. A.; SANTIAGO, R. V. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 443-450, 2001.

TURRINA, C.; ZIMMERMANN-TANSELLA, C.; MICCIOLO, R.; SICILIANI, O. A community survey of psychotropic drug consumption in South Verona: prevalence and associated variables. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.28, n. 1, p.40-44, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medicines. Strategy 2004-2007**: countries at the care. Geneva, 2004. Disponível em:<[http:// whqlibdoc.who.int/hq/2004](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004). Acesso em: 24 Feb. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consumer reporting of adverse drug reactions. **WHO Drug Inf.**, v. 14, n. 4, p. 211-215, 2000.

\_\_\_\_\_. **Guidelines for ATC classification**. Oslo: WHO/Nordic Council on Medicines, 1990.

WORTMANN, A. C.; GRÜDTNER, M. C.; FIALHO, A. F.; JARDIM NETO, J. C.; SCHAEFER, L. G.; SEHN, F.; PECHANSKY, ???; SOIBELMAN, M. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 40, n. 4, p. 265-270.



**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**(RESOLUÇÃO 196/96 do CNS)**

Convidamos o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, a participar do estudo: “Utilização de psicofármacos entre os usuários da atendidos na Atenção Primária de um município do Estado do Ceará. O objetivo é conhecer os padrões de consumo de psicofármacos entre os usuários atendidos na Atenção Primária no município de Maracanaú e seus fatores determinantes. Por isso precisaremos de algumas informações suas e de seu prontuário. Será realizada uma entrevista com o Sr.(a), uma única vez, e depois caso seja necessário será consultado o seu prontuário. Toda e qualquer informação será guardada de forma sigilosa. Caso concorde em participar, o(a) Sr.(a) deverá assinar o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, após estar completamente informado sobre essa pesquisa. Vale ressaltar que o (a) Sr.(a) tem direito de se recusar a continuar contribuindo com as informações a qualquer momento. Caso se recuse em participar do estudo, informamos que isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento. Mas desde já, esperamos contar com sua colaboração a fim de obtermos sucesso no nosso trabalho.

O Sr.(a) poderá esclarecer qualquer dúvida acerca da pesquisa em qualquer momento, podendo entrar em contato com a mestrandia Ana Cláudia de Brito Passos, responsável pela pesquisa, que reside na rua Coronel Jaime Rolemberg, nº 950, casa 20, Condomínio Spazio, bairro Mondubim, Fortaleza, CE.

O comitê de ética em Pesquisa encontra-se disponível para reclamações pertinentes à pesquisa pelo telefone 3366.83.46

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**Ass. do pesquisador**

---

**Ass. do usuário/responsável**

---

**Ass. da testemunha**

---

**Ass. de quem obteve o termo de consentimento**



|   |        |        |         |
|---|--------|--------|---------|
| <b>9.Histórico de outras patologias:</b>                |        |        |         |
| Diabetes  | 1. Sim | 2. Não | 3.NS/NR |
| Hipertensão   | 1. Sim | 2. Não | 3.NS/NR |
| Cardiopatias  | 1. Sim | 2. Não | 3.NS/NR |
| Outras (especificar):                                   |        |        |         |
| <b>10. História psiquiátrica:</b> 1. Sim 2.Não 3. NS/NR |        |        |         |

### DADOS FAMILIARES

|   |                         |       |  |
|---|-------------------------|-------|--|
| <b>1.Com quem mora:</b>                                   |                         |       |  |
| 1.Sozinho   | 4.Parentes/ amigos      |       |  |
| 2.Família de origem                                       | 5.Sem residência fixa   |       |  |
| 3.Família conjugal  | 6.Outros (especificar): | _____ |  |
| 2.Relacionamento familiar: 1.Ótimo 2.Bom 3.Regular 4.Ruim |                         |       |  |

### DADOS SOCIO-ECONÔMICOS

|  |                     |                          |                     |
|--|---------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>1. Profissão:</b>   |                     |                          |                     |
| <b>2.Trabalha atualmente:</b> 1. Sim 2.Não                             |                     |                          |                     |
| <b>Se sim, que profissão:</b>  |                     |                          |                     |
| <b>3.Renda Individual:</b>   |                     | <b>4.Renda Familiar:</b> |                     |
| (1)  | Até 380,00          | (m1)                     | Até 380,00          |
| (2)  | 381,00 – 700,00     | (2)                      | 381,00 – 700,00     |
| (3)  | 701,00 – 1.050,00   | (3)                      | 701,00 – 1.050,00   |
| (4)  | 1.051,00 – 1.750,00 | (4)                      | 1.051,00 – 1.750,00 |
| (5)  | 1.751,00 – 3.500,00 | (5)                      | 1.751,00 – 3.500,00 |
| (6)  | SEM RENDIMENTO      | (6)                      | SEM RENDIMENTO      |
| <b>4. Recebe benefício:</b> 1. Sim 2.Não                               |                     |                          |                     |
| <b>5.Número de dependentes da renda familiar (incluindo paciente):</b> |                     |                          |                     |
| <b>6. Status da moradia:</b> 1.Própria 2. Alugada 3.Outros: _____      |                     |                          |                     |
| <b>7. Condições de moradia:</b> 1. Boa 2. Regular 3.Precária           |                     |                          |                     |

### DADOS SOBRE HÁBITOS

|  |                             |  |  |
|--|-----------------------------|--|--|
| <b>1. Ingestão de bebida alcoólica:</b>                  |                             |  |  |
| 1. Não bebe  | 4. 2 ou 3 dias da semana    |  |  |
| 2. Ocasionalmente  | 5. 4 ou mais dias na semana |  |  |
| 3. 1 dia da semana                                       |                             |  |  |
| <b>2.Tabagismo:</b> 1.Nunca fumou 2.Ex-fumante 3.Fumante |                             |  |  |
| <b>3.Atividade Física:</b> 1.Pratica 2.Não pratica       |                             |  |  |
| <b>Se pratica, qual:</b> _____                           |                             |  |  |



**APÊNDICE C – QUADRO 4 - DADOS DOS MEDICAMENTOS USADOS NA ÚLTIMA QUINZENA PELO USUÁRIO (BLOCO 1 – medicamentos controlados)**

| 1. Identificação do medicamento<br><br>- nome completo<br>- forma farmacêutica<br>- concentração (dosagem)<br>- laboratório produtor | 2. Trouxe “sacola de medicamentos”<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 3. Trouxe receitas anteriores?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 4. Quem indicou (lhe recomendou) o medicamento?<br>01 – médico<br>02 – farmacêutico<br>03 – balconista<br>04 – parente, amigo, vizinho<br>05 – conta própria<br>06 – outros PS<br>07 – outro<br>99 – NS/NR |   |   |   |   |   |   |   |   | 5. Há quanto tempo o Sr.(a) usa este medicamento?<br><br>01 – 1m ou menos<br>02 – 1 e 3m<br>03 – 4 e 6m<br>04 – 7 e 12m<br>05 – mais de 12m<br>99 – NS/NR |   |   |   |   |   | 6. Para que usa este medicamento? (motivo de uso) | 7. Toma conforme prescrição médica?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 8. Toma de forma contínua ou esporádica?<br>01 – Contínua<br>02 – Esporádica<br>03 – NS/NR |   |   |   |  |  |  |
|--|--|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 9 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |   | 9   | 1 | 2 | 3  | 1 | 2 | 3 |  |  |  |
|  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

**QUADRO 4 - DADOS DOS MEDICAMENTOS USADOS NA ÚLTIMA QUINZENA PELO USUÁRIO (BLOCO 1 – medicamentos controlados)**

| 1. Identificação do medicamento<br><br>- nome completo<br>- forma farmacêutica<br>- concentração (dosagem)<br>- laboratório produtor | 9. Como o Sr.(a) adquiriu pela 1ª vez este medicamento?<br>01 – farmácia do CAPS<br>02 – farmácia do Posto<br>03 – farmácia privada<br>04 – vizinho<br>05 – outro<br>99– NS/NR |   |   |   |   |    | 10. O Sr.(a) já adquiriu este medicamento sem receita?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 11. O Sr.(a) recebeu alguma orientação p/ não usar este medicamento por tempo prolongado?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 12. O Sr.(a) já tentou parar de tomar este medicamento?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR<br>(SE NÃO, IR PARA QUESTÃO 17) |   |   | 13. A tentativa de parar foi com ou sem orientação?<br>01 – Com orientação<br>02 – Sem orientação<br>03 – NS/NR |   |   | 14. De quem foi a orientação de parar de tomar o medicamento?<br>01 – Médico<br>02 – Farmacêutico<br>03 – Outro PS<br>04 – NS/NR |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|---|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|
|  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 | 1  | 2 | 3 | 1   | 2 | 3 | 1   | 2 | 3 | 1   | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 | 4 |  |
|  |  |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |
|  |  |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |
|  |  |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |
|  |  |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |
|  |  |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

**QUADRO 4 - DADOS DOS MEDICAMENTOS USADOS NA ÚLTIMA QUINZENA PELO USUÁRIO (BLOCO 1 – outros medicamentos)**

| 1. Identificação do medicamento<br><br>- nome completo<br>- forma farmacêutica<br>- concentração (dosagem)<br>- laboratório produtor | 2. Trouxe “sacola de medicamentos”<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 3. Trouxe receitas anteriores?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR |   |   | 4. Para que usou este medicamento?<br>(motivo de uso) | 5. Quem indicou (lhe recomendou) o medicamento?<br>01 – médico<br>02 – farmacêutico<br>03 – balconista<br>04 – parente, amigo, vizinho<br>05 – conta própria<br>06 – outro PS<br>07 – outro<br>99 – NS/NR |   |   |   |   |   |   |    |   | 6. O Sr.(a) sabe por quanto tempo vai usar este medicamento?<br>01 – Sim<br>02 – Não<br>03 – NS/NR<br>SE SIM POR QUANTO TEMPO? _____ |   |  |
|--|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|--|---|--|
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 99 | 1 | 2  | 3 |  |
|  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |  |   |  |
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 99 | 1 | 2  | 3 |  |
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 99 | 1 | 2  | 3 |  |
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 99 | 1 | 2  | 3 |  |
|  | 1  | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 99 | 1 | 2  | 3 |  |

**APÊNDICE D - QUADRO 5 - DADOS DOS MEDICAMENTOS USADOS NA ÚLTIMA QUINZENA PELO PACIENTE (outros medicamentos)**

| 1. Identificação do medicamento<br>- nome completo<br>- forma farmacêutica<br>- concentração (dosagem)<br>- laboratório produtor | 7. Como foi esta tentativa?       |   |                                       |                    |            | 8. A tentativa de parar teve sucesso? |          |            |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------|------------|---------------------------------------|----------|------------|
|  | 01 – redução gradual (aos poucos) | 02 – substituição por outro medicamento | 03 – associação com outro medicamento | 04 – Parada brusca | 05 – NS/NR | 01 – Sim                              | 02 – Não | 03 – NS/NR |
|  | 1                                 | 2                                       | 3                                     | 4                  | 5          | 1                                     | 2        | 3          |
|  | 1                                 | 2                                       | 3                                     | 4                  | 5          | 1                                     | 2        | 3          |
|  | 1                                 | 2                                       | 3                                     | 4                  | 5          | 1                                     | 2        | 3          |
|  | 1                                 | 2                                       | 3                                     | 4                  | 5          | 1                                     | 2        | 3          |
|  | 1                                 | 2                                       | 3                                     | 4                  | 5          | 1                                     | 2        | 3          |

|  |
|--|
|  |
|--|

**ANEXO A – REMUME****PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GRUPOS FARMACOLÓGICOS****1-Anestésicos****1.1 Anestésicos locais:**

- Lidocaína 2% - sol. Inj. 20 mg/mL
- Lidocaína 2% - Geléia bis. 30 g

**2.Analgésicos e antipiréticos****2.1 Analgésicos não-opóides:**

- Ácido Acetil Salicílico – comp. 100 mg
- Dipirona (Metamizol) – comp. 500 mg
- Dipirona (Metamizol) – sol. inj. 500 mg/mL
- Dipirona (Metamizol)- Frs/Gts 500mg/ml
- Paracetamol – comp. 500 mg
- Paracetamol – sol. oral gotas 200 mg/mL

**3.Antiinflamatórios****3.1 Antiinflamatórios não-esteróides:**

- Diclofenco potássico –drg 50mg
- Cetoprofeno -sol. inj 50mg / ml
- Ibuprofeno – comp 300 mg

**3.2Antiinflamatórios esteróides:**

- Beclometasona – aerossol 50 mcg/dose
- Beclometasona –aerosol 250mcg/dose
- Hidrocortisona – pó p/ sol. inj. 100 mg
- Prednisona – comp. 5 mg
- Prednisona – comp. 20 mg

**4. Antialérgicos****4.1 Antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia**

- Epinefrina – sol. inj. 1 mg/mL
- Prometazina – comp. 25 mg
- Prometazina – sol. inj. 25 mg/mL
- Prednisona – Xrp 3mg / ml
- Loratadina – comp. 10 mg

- Loratadina – 5 mg / 5 ml

## 5.Antiinfeciosos

### 5.1. Antibacterianos

- Amoxicilina – cáps. 500 mg
- Amoxicilina – susp. oral 250 mg/mL
- Ampicilina – comp. 500 mg Programa DST/AIDS
- Azitromicina – comp. 500mg Programa DST/AIDS
- Benzilpenicilina Benzatina – pó p/ susp. inj. 600.000 UI
- Benzilpenicilina Benzatina – pó p/ susp. inj. 1.200.000 UI
- Benzilpenicilina Procaína + Benzilpenicilina Potássica – pó p/ susp. inj. 300.000 UI + 100.000 UI
- Cefalexina – cáps. 500 mg
- Cefalexina – susp. oral 250 mg/ 5 mL
- Ciprofloxacino – comp. 500 mg Programa DST/AIDS
- Claritromicina – comp .250 mg (Tratamento de H. Piloni)
- Doxiciclina-drág. 100mg
- Eritromicina (estearato ou estolato) – comp./cáps. 500 mg
- Eritromicina –susp. oral 250mg/ 5mL
- Metronidazol – comp. 250 mg
- Nitrofurantoína – comp. 100 mg
- Nitrofurantoína – Susp. oral 5 mg /ml
- Sulfametoxazol + Trimetoprima – comp. 400 mg + 80 mg
- Sulfametoxazol + Trimetoprima – susp. oral 40 mg + 8 mg/mL

### 5.2. Tuberculostáticos:

- Estreptomicina – pó p/ sol. inj. 1 g
- Etambutol – comp. 400 mg
- Isoniazida – comp. 100 mg
- Isoniazida + Rifampicina – cáps. 100 mg + 150 mg
- Isoniazida + Rifampicina – cáps. 200 mg + 300 mg
- Pirazinamida – comp. 500 mg
- Pirazinamida 3%-suspensão-150mL
- Rifampicina – cáps. 300 mg
- Rifampicina 2%-suspensão-50mL

### 5.3. Hansenianos:

- Clofazimina – cáps. 50 mg
- Clofazimina – cáps. 100 mg
- Dapsona – comp. 50 mg
- Dapsona – comp. 100 mg
- Rifampicina – cáps. 300 mg

- Talidomida – comp. 100 mg

#### **5.4. Antifúngicos sistêmicos e locais:**

- Cetoconazol – comp. 200 mg
- Cetonazol- creme 20 mg
- Fluconazol- comp. 150 mg Programa DST/AIDS
- Miconazol – creme vaginal 2% c/ aplicador
- Nistatina 100.000UI/mL sol oral-50mL

#### **5.5 Antiretrovirais**

- Aciclovir- comp. 200 mg

### **6. Antiparasitários**

#### **6.1 Anti-helmintícos:**

- Albendazol – comp 400 mg
- Albendazol –susp. oral 40mg/mL
- Mebendazol – comp. 100 mg
- Mebendazol – susp. Oral 100 mg/ 5 mL

#### **6.2. Antiprotozoários:**

- Metronidazol – comp. 250 mg
- Metronidazol – susp. oral 200 mg/ 5 mL
- Metronidazol geléia bisnaga
- Secnidazol-comp 1g

### **7. Nutrientes**

#### **7.1. Nutrição e reposição hidrolétrica oral:**

- Água p/ injeção-5mL
- Carbonato de cálcio– comp. 500 mg
- Carbonato de Cálcio + Colcaciferol – comp. 600 mg + 200 Ui
- Sais para reidratação oral – pó para solução oral envelope para
- Sol. cloreto de sódio 0,9%-Tubo 500ml
- Sol. glicosada 5%- Tubo 500ml
- Sol. glicose 25%-amp. 10mL

## **8. Medicamentos que atuam sobre o SNC**

### **8.1. Anticonvulsivantes:**

- Carbamazepina – comp. 200 mg
- Clonazepan - comp 2 mg
- Fenitoína – comp. 100 mg
- 
- Fenobarbital – comp. 100 mg
  
- Fenobarbital – solução oral gotas 40 mg/ml
- Periciazina – 40 mg /ml Fr/Gts
- Valproato de Sódio – 50 mg / ml Xrp

### **8.2. Antiparkinsonianos:**

- Biperideno – comp. 2 mg (cloridrato)
- Biperideno – sol.inj 5mg /ml
- Levodopa + Carbidopa – comp. 250 mg + 25 mg

### **8.3. Hipnóticos, ansiolíticos e antagonistas:**

- Diazepan – comp. 5mg sulcado
- Diazepan- sol.inj. 5 mg /ml
- Alprazolam – comp. 1 mg
- Cloxazolam- comp. 2 mg

### **8.4. Antipsicóticos:**

- Clorpromazina – comp. 100 mg
- Clopromazina- comp. 25mg
- Haloperidol – comp. 5 mg
- Haloperidol – comp. 1 mg
- Haloperidol – 2mg /ml Fr/ Gts
- Haloperidol decanoato- sol.inj 50 mg
- Risperidona – comp. 2 mg
- Tioridazina – comp. 50mg

### **8.5. Antidepressivos:**

- Amitriptilina – comp. 25 mg
- Clomipramina – comp. 25 mg
- Fluoxetina – comp. 25 mg
- Imipramina –comp. 25mg
- Lítio,carbonato- comp. 300 mg
- Nortriptilina – comp. 50 mg

### **8.6. Neurolépticos:**

- Levomeproamazina – comp. 100mg
- Levomepromazina – comp. 25 mg
- Levomeproamazina – 40mg /ml Fr/ Gts

## **9. Medicamentos que atuam no sistema cardiovascular**

### **9.1 Glicosídeos cardíacos:**

- Digoxina – comp. 0,25 mg

### **9.2. Antiarrítmicos:**

- Propranolol – comp. 40 mg (cloridrato)

### **9.3. Anti-hipertensivos:**

#### **9.3.1. Diuréticos:**

- Hidroclorotiazida – comp. 25 mg
- Furosemida – comp. 40 mg

### **9.4. Bloqueadores adrenérgicos centrais:**

- Metildopa – comp. 250 mg

### **9.5. Bloqueadores de canais de cálcio:**

- Verapamil – comp. 80 mg

### **9.6. Antagonistas do sistema renina angiotensina:**

- Captopril – comp. 25 mg sulcado

### **9.7. Vasodilatadores coronarianos:**

- Isossorbida– comp 5mg
- Isossorbida– comp 10mg
- Nifedipina-cáps. gelatinosa 10mg

## **10. Medicamentos que atuam no sistema hematopoiético**

### **10.1. Antianêmicos:**

- Ácido fólico – comp. 5 mg
- Sulfato ferroso – comp. revestido 40 mg
- Sulfato ferroso – solução oral 25 mg/ml

## **11.Medicamentos que atuam no sistema digestivo**

### **11.1 Antiulcerosos – Anti-secretores:**

- Ranitidina – comp. 150 mg
- Ranitidina sol. inj. 25mg/ml
- Omeprazol – comp. 20 mg

### **11.3 Antieméticos :**

- Metoclopramida(cloridrato) sol. inj. 5mg/mL

### **11.4 Antiespasmódicos:**

- Brometo de N-butilescopolamina- sol.inj 20 mg / ml
- Baclofeno- comp. 10 mg
- Oxibutinina, Cloridrato – comp. 5 mg
- Oxibutinina, Cloridrato- Xrp 1 mg /ml

## **12.Medicamentos que atuam sobre o sistema respiratório**

### **12.1 Antiasmáticos:**

- Aminofilina –sol. inj.24mg/mL-10mL
- Fenoterol – fr. 20 ml/ 5 mg
- Ipratrópio –fr 0,025%
- Salbutamol – solução inalatória 5 mg/ml
- Salbutamol – xarope 2 mg/ 5 ml
- Salbutamol - comp. 2 mg

## **12.Medicamentos que atuam sobre o sistema endócrino e reprodutor**

### **12.2. Insulinas e outros agentes antidiabéticos:**

- Glibenclamida – comp. 5 mg
- Insulina humana NPH – solução injetável 100 UI/ml
- Insulina humana regular – solução injetável 100 UI/ml
- Metformina – comp. 500 mg
- Metformina - comp. 850 mg

### **12.3. Contraceptivos hormonais:**

- Levonorgestrel + Etinilestradiol – drágea 0,15 mg + 0,03 mg
- Noretisterona – comp. 0,35 mg
- Levonogestrel – comp 0,75 mg
- Acetato de Medroxigesterona 150mg / ml
- Algestona Acetofenida + Enantato de estradiol 150 mg / ml + 10 mg /ml

### **13. Dermatológicos**

#### **13.1. Antiinfecciosos tópicos:**

- Neomicina + Bacitracina – pomada 5 mg + 250 UI/g

#### **13.2. Antipruriginosos e antiinflamatórios tópicos:**

- Dexametasona – creme 0,1%

#### **13.3. Escabicidas e pediculicida**

- Permetrina – creme 5%
- Permetrina – loção 250 mg/ml

## ANEXO B – PRONTUÁRIO MÉDICO



### PRONTUÁRIO

**HISTÓRIA DE VIDA** (Fatores psicológicos, sociais, afetivos, cognitivos... Marcantes )

Infância: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Adolescência: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Idade Adulta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Repercussão do Transtorno na vida do paciente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Representação Familiar da Doença (Cooperativa; Compreende a doença; Preconceituosa; Indiferente... ): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dinâmica Familiar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EXAME PSÍQUICO** (Estado Mental e Emocional)

**APARÊNCIA GERAL**

Vestuário: ( ) limpo ( ) sujo ( ) adequado ( ) inadequado ( ) mal posto ( ) extravagante

Higiene: ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima

Aparência Física: ( ) Obesidade ( ) peso médio ( ) magro ( ) Deformidades Físicas Perceptíveis \_\_\_\_\_  
 ( ) Escoriações ( ) Hematomas ( ) Lesões ( ) Outros \_\_\_\_\_

Comportamento Geral (Motricidade, Marcha, Postura, Gestos e Interação com o Entrevistador...): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fala (Coerência, Velocidade, Organização da Linguagem, Tom de Voz, Articulação das Palavras...): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Humor (Expressão Facial, Contato Ocular, Exacerbação, Embotamento, Estabilidade,...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Afetividade (Expressividade, Vínculos, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Socialização ( Atividades Sociais, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pensamento (Delírios, Alucinações, Ilusões, Velocidade e Ordenação...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Memória (Remota, Recente, Imediata, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognição (Capacidade de compreensão): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Orientação (Em relação a tempo, lugar e a si mesmo...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Julgamento (Percepção Crítica de Si Mesmo, do Transtorno...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessidades Humanas Básicas (Nutrição, Hidratação, Eliminações, Sono, Repouso,...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO EM:**

Psiquiatria       Psicologia       Terapia Ocupacional       Enfermagem

Serviço Social       Oficinas       Grupos Terapêuticos

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ANEXO C – FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO CAPS



### FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

UBASF \_\_\_\_\_

AVISA \_\_\_\_\_

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Nome: _____   | Pront. Familiar: _____             |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data de nascimento: ____/____/____ |
| Endereço: _____   | Bairro: _____                      |
|   | Ocupação: _____                    |
|   | Telefone: _____                    |

|   |
|---|
| Referência para atendimento: <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico |
| Motivo do Encaminhamento: _____   |
| Resultado de exames já realizados: _____  |
| Conduta já realizada: _____   |
| Impressão diagnóstica: _____  |
| Assinatura do Encaminhante - nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ hora _____  |

#### AGENDAMENTO

|                              |                      |             |
|------------------------------|----------------------|-------------|
| Unidade de Referência: _____ | Data: ____/____/____ | Hora: _____ |
| Especialidade: _____         | Profissional: _____  |             |
| Município: _____             | Autorização: _____   |             |

#### RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| Unidade de Referência: _____  | Município: _____             |
| Prontuário ou Registro: _____ | Data da Alta: ____/____/____ |

|   |
|---|
| Resumo Clínico / Cirúrgico / Obstétrico: _____  |
| Resultado de exames importantes para o diagnóstico: _____                                 |
| Diagnóstico Principal: _____ CID: _____   |
| Secundário 1: _____ CID: _____  |
| Secundário 2: _____ CID: _____  |
| Proposta de Conduta para Seguimento: _____  |
| Assinatura do Consultante - nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____ |

(\*) Preencher em duas vias entregando uma ao usuário  
 (\*) Utilizar também como resumo de alta

## ANEXO D – FICHA DE ADMISSÃO NO CAPS



**PREFEITURA DE  
MARACANAÚ**

o futuro começa agora

**SECRETARIA DA SAÚDE  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



### FICHA DE ADMISSÃO

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Data da Admissão: \_\_\_\_\_

#### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Naturalidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ data de expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão de Expedi.: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: ( )Solteiro ( )Casado ( )Separado ( )Viúvo ( )Outros

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Dependentes: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Referência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Contatos: \_\_\_\_\_

#### ESCOLARIDADE

( )Analfabeto ( )1º Grau incompleto ( )1º Completo ( )2º Grau incompleto

( )2º Grau completo ( )3º Grau incompleto ( )3º Grau completo ( )Outros

#### DADOS CLÍNICOS

Origem do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Prescedente: \_\_\_\_\_

Internação por motivo Psiquiátrico: ( )Sim ( )Não Local: \_\_\_\_\_

Número de internações: \_\_\_\_\_ Data da última internação: \_\_\_\_\_ Período da 1ª crise: \_\_\_\_\_

Fator que desencadeou os sintomas: \_\_\_\_\_

Históricos de outras patologias: \_\_\_\_\_

#### DADOS SOCIAIS:

ESF: \_\_\_\_\_ UBASF: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_ AVISA: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: ( )Sim ( )Não

Vida Social: \_\_\_\_\_

**DADOS FAMILIARES**

Núcleo Familiar (Com Quem Vive)

 Sozinho  Família de Origem  Família Conjugal  Parentes/Amigos  Sem Residência Fixa  OutrosRelacionamento Familiar:  Ótimo  Bom  Regular  RuimHistória de Doença Psiquiátrica na Família:  Sim  Não**DADOS LABORATIVOS E VOCACIONAIS**Trabalha:  Sim  Não

Ocupação Atual: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Qual Ocupação já realizou? \_\_\_\_\_

Renda Individual: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Benefícios  Sim  Não

Demonstra Interesse por quais atividade.

Culturais:  Teatro  Música  Poesia  Dança  Canto  Outros \_\_\_\_\_Artesanais:  Reciclagem  Bijuteria  Gesso  Arranjos  Bordado  Crochê Tapeçaria  Pintura em Tela  Outros \_\_\_\_\_Produtivos:  Costura  Horta  Culinária  Marcenaria  Outros \_\_\_\_\_**DADOS FARMACOLÓGICOS**Faz uso de medicação controlada:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_Faz uso de medicação por causa:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_ Uso Contínuo  Uso Eventual

Reações Adversas: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO**

OBS: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**ANEXO E – PROTOCOLO COMEPE**

Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 540/06

Fortaleza, 18 setembro de 2006

**Protocolo COMEPE nº 191/06**

**Pesquisador responsável:** Ana Claudia de Brito Passos

**Deptº./Serviço:** Centro de Apoio Psicossocial – CAPES

**Título do Projeto:** "Utilização de psicofarmacos entre os usuários atendidos na atenção primária de um município do Estado do Ceará"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 31 de agosto de 2006.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Bezerra', written over a white background.

**Dr. Fernando A. Frota Bezerra**  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC

## ANEXO F – RESULTADOS REFERENTES A OUTROS MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

Entre os entrevistados, 83,5% utilizam também outros medicamentos. A maioria (78,3%) os utiliza de forma contínua, 78,0% não sabia por quanto tempo usaria tais medicamentos e 7,7% fazem uso por auto-medicação.

Quanto aos principais motivos de uso, foram referidos: hipertensão, gastrite, cefaléia e diabetes (Tabela 01).

**Tabela 01** – Motivos de uso dos outros medicamentos\*, referidos pelos entrevistados (N=200). Maracanaú, 2007 – 2008

| Motivos de uso      | N  | %    |
|---------------------|----|------|
| Hipertensão         | 34 | 20,3 |
| Gastrite            | 15 | 8,9  |
| Cefaléia            | 8  | 4,8  |
| Antiagregante       | 7  | 4,2  |
| Infecções           | 5  | 2,9  |
| Diabetes            | 5  | 2,9  |
| Osteoporose         | 5  | 2,9  |
| Dores ósseas        | 5  | 2,9  |
| Infecções           | 5  | 2,9  |
| Contraceptivo       | 4  | 2,4  |
| Hipercolesterolemia | 3  | 1,7  |
| Calmante            | 3  | 1,7  |
| Labirintite         | 2  | 1,2  |
| Outros              | 58 | 34,7 |
| NS/NR               | 8  | 4,8  |

\* com frequência igual ou maior a 1,0%.

\*\* unidade de análise = medicamento (N=167)

Os produtos mais consumidos de acordo com o primeiro nível de classificação ATC foram: Sistema Cardiovascular (39,5%), Trato Alimentar e Metabolismo (17,9%), Sistema Nervoso (10,2%), Sistema Respiratório (5,9%), Anti-infecciosos de uso sistêmico (5,4%) e Sangue e órgãos hematopoiético (4,8%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição do consumo de outros medicamentos segundo grupo terapêutico, primeiro nível da classificação ATC (N=167\*). Fortaleza, 2002-2003

| <b>Grupo terapêutico</b>                            | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Sistema cardiovascular                              | 66       | 39,5     |
| Trato Alimentar e Metabolismo                       | 30       | 17,9     |
| Sistema Nervoso                                     | 17       | 10,3     |
| Sistema Respiratório                                | 10       | 5,9      |
| Antiinfeciosos de uso sistêmico                     | 9        | 5,4      |
| Sangue e órgãos hematopoiéticos                     | 8        | 4,8      |
| Sistema músculo-esquelético                         | 7        | 4,2      |
| Geniturinário, incluindo hormônios sexuais          | 7        | 4,2      |
| Órgãos do sentido                                   | 6        | 3,6      |
| Hormônios de uso sistêmico, exceto os sexuais       | 4        | 2,4      |
| Produtos antiparasitários                           | 2        | 1,2      |
| Antibióticos citotóxicos e substâncias relacionadas | 1        | 0,6      |

\*unidade de análise = medicamento.

A distribuição dos fármacos responsáveis por este consumo encontra-se na tabela 3. O captopril, a hidroclorotiazida, a ranitidina, o omeprazol, o propranolol, a prometazina e o paracetamol foram responsáveis por 38,5% do consumo geral de medicamentos.

**Tabela 3** - Distribuição do consumo de medicamento segundo o fármaco\*. Maracanaú, 2007-2008

| <b>FÁRMACO</b>    | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------|----------|----------|
| Captopril         | 24       | 12,0     |
| Hidroclorotiazida | 15       | 7,5      |
| Omeprazol         | 9        | 4,5      |
| Propranolol       | 9        | 4,5      |
| Ranitidina        | 7        | 3,5      |

|                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| Prometazina             | 7 | 3,5 |
| Paracetamol             | 6 | 3,0 |
| Ácido acetilsalicílico  | 5 | 2,5 |
| Glibenclamida           | 3 | 1,5 |
| Sinvastatina            | 3 | 1,5 |
| Diclofenaco             | 3 | 1,5 |
| Insulina humana         | 2 | 1,0 |
| Carbonato de cálcio     | 2 | 1,0 |
| Clorpropramida          | 2 | 1,0 |
| Cálcio                  | 2 | 1,0 |
| Digoxina                | 2 | 1,0 |
| Metildopa               | 2 | 1,0 |
| Valeriana               | 2 | 1,0 |
| Cinarizina              | 2 | 1,0 |
| Diclofenaco (oftálmico) | 2 | 1,0 |

---

\* unidade de análise = medicamento. Consumo maior ou igual a 1%