



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

TALITA CRISTINA FERREIRA ALONSO

**Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos
pelos pacientes de uma Unidade Básica de Saúde
de um município de pequeno porte do Estado de
São Paulo.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Co-orientador: Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho

**Botucatu
2015**

Talita Cristina Ferreira Alonso

**Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos pelos
pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um
município de pequeno porte do Estado de São Paulo.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Co-orientador: Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Alonso, Talita Cristina Ferreira.

Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos por
pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um município
de pequeno porte do estado de São Paulo / Talita
Cristina Ferreira Alonso. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Medicamentos - Abuso. 2. Medicamentos - Prescrição.
3. Psicotrópicos. 4. Saúde mental.

Palavras-chave: Abuso de medicação controlada;
Psicotrópicos; Saúde mental.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado esposo Danilo Benedito Alonso e ao meu filho Lucas Ferreira Alonso, pessoas que são as razões da minha vida. Agradeço pelo apoio, compreensão, paciência e incentivo dispensados a mim.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.
- À minha orientadora Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira meu muito obrigada pela disponibilidade e confiança;
- Não tenho palavras para agradecer meu Co-orientador Dr. Valdemar Pereira de Pinho, por ter confiado em mim, pela paciência, pelo incentivo e pela força. Pessoa admirável sem o qual não teria chego a concluir esta etapa da minha vida acadêmica e que não mediu esforços para me ajudar até aqui.
- Agradeço a Diretoria de Saúde de Itatinga pelo apoio para a realização deste trabalho;
- Agradeço a minha amiga Ana Carolina de Almeida pela sua valiosa colaboração e amizade;
- A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração pelo apoio e suporte técnico.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”

Chico Xavier

RESUMO

Avaliação do uso de medicamento psicotrópico por pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo. Talita Cristina Ferreira Alonso. Dissertação. 2015.

O uso de medicamentos psicotrópicos é crescente no Brasil e mundo, seu uso de forma indiscriminada e por tempo prolongado pode causar dependência e prejuízos à saúde, se tornando algo preocupante para a saúde pública. O objetivo foi avaliar a prescrição de medicamentos psicotrópicos aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde, a partir da revisão de prontuários. Tratou-se de um estudo quantitativo, de corte longitudinal, exploratório-descritivo e retrospectivo por 10 anos a partir do ano de 2013. As variáveis foram: idade, faixa etária, sexo, número de consultas, especialidade médica, medicamento psicotrópico prescrito, quantidade de medicamento psicotrópico utilizado. Foram avaliados 132 pacientes, destes 91 eram mulheres e 41 homens. A faixa etária com maior relevância foi de 30 a 39 e 40 a 49 anos respectivamente. A maioria dos pacientes não possui diagnóstico relacionado à Saúde Mental ou nenhum tipo de diagnóstico, sinais e sintomas estão sendo tratados com medicamento psicotrópico, sugerindo a não qualificação dos profissionais ou abuso na prescrição de medicamentos controlados, preenchimento e anotações em prontuários de forma inadequada e insuficiente. Observamos maior número de prescrições de benzodiazepínicos com média de 5,18 anos de uso por paciente, sendo que os médicos clínicos gerais são os maiores prescritores. Concluiu-se que a maioria dos pacientes não possui diagnóstico, há uma deficiência nos relatórios médicos em prontuários, ocorre o uso abusivo da prescrição de medicação controlada. Por tanto se faz necessário: treinamento profissional e qualificação; diagnósticos precisos; padronização das informações contidas em prontuários, formalizar com outros serviços um sistema de referência e contra-referência eficaz, restringir o uso de medicações controladas, grupos preventivos e apoio à família destes pacientes. Podendo assim atender o paciente de forma global e diferenciada, melhorando a qualidade da gestão do serviço.

Palavra chave: Saúde Mental, Psicotrópicos e Abuso de Medicação Controlada

SUMMARY

Evaluation of the use of psychotropic medication for Primary Care Unit patients in a small town in the state of São Paulo. Talita Cristina Ferreira Alonso. Dissertation. 2015.

The use of psychotropic medications is growing in Brazil and in the world, its use indiscriminately and for prolonged periods can cause addiction and harm to health, becoming something of concern to public health. The objective was to evaluate the prescription of psychotropic drugs to patients in the Basic Health Units, from the medical record review. This was a quantitative study, longitudinal, exploratory descriptive and retrospective for 10 years from 2013 on. The variables were: age, sex, number of office visits, medical expertise, prescribed psychotropic medication, quantity of psychotropic medication used. 132 patients were evaluated, of these 91 were women and 41 men. The age group with the greatest relevance was 30-39 and 40-49 years, respectively. Most patients do not have diagnoses for Mental Health or any kind of diagnosis, signs and symptoms are being treated with psychotropic medication, suggesting no professional qualification or abuse prescribing prescription medications, filling and notes in medical records inappropriately and insufficient. We observed a higher number of prescriptions of benzodiazepines with an average of 5,18 years of use per patient, mostly being prescribed by general practitioners. It was concluded that most patients do not have diagnostics, there is a deficiency in the medical records reporting, occurs controlled medication prescribing trivialization. Therefore it is necessary: professional training and qualification, accurate diagnoses, standardization of information contained in medical records, formalize with other services a reference and counter-referral effective system, restrict the use of prescription medications, preventive groups and support the family of these patients. Thus, being able to care the patient in a global and differentiated way, improving the quality of service management.

Keyword: Mental Health, Psychotropic Medication and Abuse of Prescription Medication

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADRO

Tabela 1 – Frequência dos pacientes que fizeram uso de medicação controlada segundo Faixa Etária, sem distinção de sexo.	27
Tabela 2 – Pacientes que fizeram uso de medicação controlada segundo sexo, idade, total de consultas, total de prescrições, total de diagnósticos, total de diagnóstico de transtornos mentais e número total de medicamento psicotrópico. 2003 a 2013.	27
Tabela 3 – Medicamentos mais prescritos aos pacientes da amostra, independente da miligramagem.	31
Tabela 4 – Frequência das categorias dos diagnósticos em 1ª consulta dos pacientes com prescrição de psicotrópico.	32
Tabela 5 – Associação entre tipo de consulta e diagnósticos codificados na primeira consulta com prescrição de psicotrópico.	33
Tabela 6 – Frequência das categorias dos diagnósticos em todas as consultas dos pacientes com prescrição de psicotrópico.	33
Tabela 7 – Frequência dos diagnósticos de distúrbios mentais na primeira consulta dos pacientes com prescrição de psicotrópico.	34
Tabela 8 – Associação entre diagnósticos e porcentagem de prescrição de medicamentos na primeira consulta.	38
Tabela 9 – Associação entre tipo de consulta e porcentagem de prescrição de medicamentos na primeira consulta.	41
Gráfico 1 – Frequência das consultas com prescrição de psicotrópicos segundo especialidade médica. 2003- 2013.	29
Gráfico 2 – Total de diagnósticos dos pacientes que fazem uso de medicamento psicotrópico no período de 2003 a 2013.	34
Quadro 1 – Classificação e codificação dos medicamentos prescritos.	25

LISTA DE ABREVIATURAS

ADT	Antidepressivos Tricíclicos
BDZ	Benzodiazepínico
BZD	Benzodiazepínico
CAPS	Centro Atendimento Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10º edição
DDD	Dose Diária Definida
DNV	Doença Neurovegetativo
DRS-IV	Departamento Regional de Saúde de Bauru
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAS	Posto de Atendimento à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SEAD	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivos Específicos	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de Pesquisa	21
4.2	Local e Sujeitos da Pesquisa	21
4.3	Amostra	22
4.4	Coleta de Dados e Processamentos Prévios à Análise Estatística	22
4.5	Medicamentos Psicotrópicos Disponíveis na RENAME	24
4.6	Aspectos Éticos.....	26
4.7	Processamento dos Dados.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6	CONCLUSÕES	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES	51
	ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado democrática e de bem-estar, amplia o acesso ao cuidado à saúde. Com o SUS, vem ocorrendo uma progressiva expansão da cobertura da população brasileira em programas de atenção à saúde, ao mesmo tempo que se manteve a hegemonia do modelo biomédico na maioria dos programas ofertados. (TESSER et al, 2010)

O mesmo autor refere que a medicalização social é um processo socio-cultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida relacionados ao processo saúde-doença.

Segundo Zorzanelli et al (2014), a medicalização refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Utiliza-se a prescrição de medicamentos como a única forma de tratamento possível para situações da vida cotidiana, entendidas então como transtornos psíquicos.

Esse fenômeno está mais associado ao campo da saúde mental. As prescrições abusivas de medicamentos são observadas frequentemente para sofrimentos psíquicos que na maioria das vezes estão ligadas a problemas sociais e econômicos. Por tanto o que se encontra hoje nos serviços que atendem pacientes com problemas de transtornos mentais são terapêuticas reduzidas a psicotrópicos e falta de comunicação entre profissionais e pacientes do serviço de saúde. (SANTOS, 2009)

A questão do inegável abuso que hoje se verifica no consumo de medicamentos psicotrópicos é um sério problema a ser refletido. É fato que, além da automedicação, existe a prescrição excessiva, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos, por parte dos médicos. (PELEGRINE, 2003)

Nos tempos atuais a propaganda, a disponibilidade ou a pressão da vida moderna são algumas das razões pelas quais as pessoas usam drogas psicoativas no cotidiano. A publicidade traz, ao consumidor, promessas de felicidade e de satisfação absolutas. Nas imagens veiculadas, há sempre um sorriso estampado nos

rostos, de plastificada beleza, que vende a proposta de viver um prazer contagiante. (WEIL, 2004)

Dentre as medicações psicotrópicas os benzodiazepínicos (BZD) são os mais consumidos no mundo todo. A prevalência do consumo destes fármacos também são elevadas no Brasil sendo que um a cada dez adultos recebem prescrição de BZD. Existem estimativas de que entre 1 e 3 % de toda população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. Em 2001, no mundo, foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos. (CEBRID, 2003)

Os medicamentos que pertencem à classe dos benzodiazepínicos estão presentes na prática médica há mais ou menos 40 anos. O primeiro composto do grupo dos benzodiazepínicos, o clordiazepóxido, foi criado por acidente em 1961. Foi recebido com imediata aceitação como alternativa segura aos barbitúricos e outros sedativos usados no tratamento da ansiedade por causar menor risco de depressão respiratória e do sistema nervoso central, e menor potencial para instalar a tolerância e a dependência. (RANG, 1997)

Os benzodiazepínicos foram muito usados nas prescrições para transtornos de ansiedade nos anos 70, como uma opção segura e de baixa toxicidade. Porém, no final desta década começava a ser detectado o uso nocivo e risco de dependência entre os usuários desta medicação. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação a esta medicação que passou à restrição do uso a partir da década de 80. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3% em 1990. (ORLANDI e NOTO, 2005)

Os medicamentos psicotrópicos são modificadores seletivos do sistema nervoso central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em: ansiolíticos e sedativos, antipsicóticos (neuroléptico), antidepressivos, estimulantes psicomotores, psicomiméticos e potencializadores da cognição. (RANG, 2001)

Entre estas, três categorias exibem maior controle de venda em estabelecimentos farmacêuticos que são os ansiolíticos (benzodiazepínicos), os antidepressivos e os estimulantes psicomotores. (RANG, 2001)

Os principais efeitos farmacológicos dos benzodiazepínicos são: redução da ansiedade e da agressão, sedação e indução do sono, redução do tônus muscular e

coordenação e ação anticonvulsivante. Dependendo do benzodiazepínico, algumas destas propriedades podem prevalecer sobre as demais. (RANG, 2007)

Entre os principais efeitos colaterais dos benzodiazepínicos pode-se ressaltar: a diminuição da atividade psicomotora, o prejuízo da memória, tontura, zumbidos e reação paradoxal (agressividade, excitação e desinibição), além do risco de desenvolver a tolerância e dependência, já mencionados anteriormente (NASTASY, 2002; RANG, 2007).

Os Antidepressivos Tricíclicos (ADT) bloqueiam a recaptação de neurotransmissores principalmente noradrenalina e serotonina e em menor proporção dopamina. Nos indivíduos não deprimidos causam sedação, confusão e descoordenação motora, efeitos estes também observados no início do tratamento em paciente com depressão. Os ADT bloqueiam receptores beta-adrenérgicos, histaminérgicos, colinérgicos muscarínicos, serotoninérgicos e dopaminérgicos estando associados aos efeitos colaterais observados: boca seca, visão embaçada, glaucoma, disfunção sexual (redução do libido), constipação, hipotensão postural, taquicardia, retenção urinária, vertigem, ganho de peso e sonolência. (DELUCIA et al, 2007)

Para Auchewski et al (2004) o consumo crescente de psicotrópicos pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza a humanidade nas últimas décadas. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o estresse, a introdução de novas drogas no mercado e a pressão da propaganda crescente por parte da indústria farmacêutica e/ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos, podem ter contribuído para o aumento da procura por esse tipo de medicação.

No que se refere as indicações na prática médica, existe uma concordância de que os benzodiazepínicos devem ser usados no tratamento da ansiedade por um tempo curto, não devendo passar de dois a quatro meses, exceto em casos diferenciados. (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2003; LIMA, 2001)

Porém o que se vê na prática é o uso contínuo deste tipo de medicação que vai além de uma finalidade específica, e por um tempo indeterminado, em que o medicamento passa a ser um instrumento de apoio na vida de muitos pacientes. Isso acontece devido ao medicamento, ao eliminar os sintomas da ansiedade, passar a ser visto como a maneira mais fácil e prática de resolver os problemas do cotidiano. (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2003)

As drogas psicoativas são frequentemente associadas a transtornos relacionados a uso crônico dessas substâncias. A dependência, pode ser dividida em dois tipos: dependência psicológica, na qual o usuário se sente compelido a usar a droga apesar das consequências físicas ou sociais, e dependência física, em que o usuário tem de usar a droga para evitar as consequências da síndrome de abstinência. Nem todas as drogas provocam dependência física, mas qualquer atividade que estimula o sistema de recompensa dopaminérgico do cérebro — normalmente qualquer atividade prazerosa pode levar à dependência psicológica (SIEGEL, 2005).

Segundo o caderno de Atenção Básica nº 34 (2013), uma reflexão muito importante na hora de prescrever um medicamento é considerar que efeitos colaterais podem ser desejáveis ou indesejáveis. A sonolência de um neuroléptico pode ser desejada para alguém com insônia e extremamente desagradável para outra pessoa mais sensível. A inapetência causada por alguns antidepressivos pode ser excelente para alguém que passou a comer mais por ansiedade, mas pode representar risco de morte para outro que perdeu o apetite desde o início dos sintomas. Devido a isso, o raciocínio clínico subjacente à prescrição deve ser feito com cautela e precisão para um tratamento realmente eficaz.

Como ocorre com qualquer outra prescrição, é importante que o profissional tente usar sempre as doses mínimas necessárias e lembre-se de sempre propor reduções graduais das medicações. (BRASIL, 2013 b)

Ferraza (2010) diz que um dos grandes problemas encontrados no tratamento dos pacientes de saúde mental é a medicalização indiscriminada dos pacientes. Em seu estudo, investigou a procedência das prescrições médicas para saber se provinham de prescrição psiquiátrica. O estudo concluiu que, apenas 38% dos usuários previamente medicados receberam sua prescrição psicofarmacológica de médicos psiquiatras. A maioria, (62%) dos casos da amostra, recebeu a prescrição de psicofarmacos de outras especialidades médicas, dentre as quais 30% de clínicos gerais, 20% de neurologistas, 5% de ginecologistas e 7% de outras especialidades.

A alta frequência de prescrições de psicofarmacos por não psiquiatras também foi constatada por: Andrade, Andrade e Santos (2004); e Falcão et al (2007).

Mesmo que as medicações psiquiátricas possam ser utilizadas por outras especialidades, a prática generalista de prescrição de psicofarmacos tem sido associada, pela literatura especializada, ao incremento da medicalização da população em detrimento de atendimentos mais atentos às condições particulares da pessoa sob sofrimento psíquico. Diante de qualquer angústia, tristeza ou desconforto psíquico, os clínicos passaram a prescrever, os psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) sobre os quais, há uma expectativa mágica (BIRMAN, 2000; ROUDINESCO, 2002). A escuta da queixa, da história, anseios e medos dos pacientes foi sendo progressivamente descartada. Enfim, por essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, sem nenhum tipo de critério. (BIRMAN, 2000)

Segundo Câmara (2008), médicos de qualquer especialidade podem prescrever medicação psicotrópica, que compreende diversas classes de medicamentos psicoativos que visam controlar a ansiedade e aliviar a dor emocional ou melhorar o convívio social. No entanto, é de grande importância que as equipes da Atenção Básica possam ter uma expectativa realista de que tipo de problema de saúde mental pode ou não responder a uma determinada medicação. Para sintomas psicóticos (alucinações auditivas, vozes de comando, delírios de perseguição), agitação duradoura, sintomas prolongados de tristeza e desvalia, e ansiedade incapacitante as medicações costumam apresentar respostas satisfatórias.

Por outro lado, em situações onde o contexto familiar, laboral ou interpessoal é um componente importante dos fatores desencadeantes, pode ser inútil depositar grandes expectativas em torno de uma ou outra medicação. Sendo assim, é importante levar em consideração ambas as dimensões: definir um ou alguns problemas-alvo para a medicação e também fazer caber a prescrição dentro de um projeto terapêutico que agregue outras intervenções. (BRASIL, 2013)

A principal condição para a prescrição de medicamentos é saber que a indicação principal é para o tratamento de uma condição psiquiátrica primária, o que necessita de um diagnóstico preciso devendo estar definido na Classificação Internacional de Doenças - CID 10 ou no Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria - DSM-IV. Variadas condições neurológicas geram incapacidades motora, da linguagem, do senso de percepção ou cognitiva e interferem em testes psicológicos e no exame mental, podendo ser confundidas com alterações psíquicas. (CAMARA, 2008)

Hoje em dia, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser diagnosticado como uma doença, onde o tratamento será a administração de psicofarmacos (AMARANTE, 2007; BARROS, 2008; BIRMAN, 2000; LAMB, 2008). Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que se pode falar da ocorrência de uma generalizada “medicalização do social”. Cada vez mais, os psicofarmacos tornam-se o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, sejam estes a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o vazio, a insegurança, ou até mesmo a ausência de felicidade. (BIRMAN, 2000)

O usuário de psicofarmacos num programa Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos foi tema de estudo de Danese e Furegato (2001), onde relatam que a demora e a falta de resolução do problema do paciente transmite um descrédito e leva à não adesão dos pacientes ao tratamento. Apesar da descrença no serviço, muitos pacientes já se encontram dependentes dos fármacos. Em muitos casos, o paciente conta com esta prática para suportar a carga emocional de sua vida. Esta dificuldade de relacionamento com o serviço de saúde, que serve apenas para medicalizar os problemas do paciente, leva-o a procurar na comunidade um apoio mais eficaz, o que é encontrado na religião. A causa do ingresso no serviço de saúde está relacionada com perdas que, por não terem sido trabalhadas adequadamente, tornaram-se crônicas e estimularam a dependência medicamentosa. A falta de resolubilidade pode estar levando o portador de transtorno mental a refugiar-se na transcendência da religião, tendo esta ocupado o lugar da saúde no papel terapêutico.

Breda (2001), refere que a assistência da equipe de saúde prestada aos portadores de transtornos psíquicos reflete na medicalização dos usuários, justificada na fala de pacientes e trabalhadores de um Programa de Saúde da Família do município de Maceió, onde um agente comunitário relata a grande frequência da indicação de BZD: “é sempre o mesmo medicamento que o doutor passa, sempre o diazepam”. O processo de ouvir o paciente também perde prioridade mediante as burocracias das unidades de saúde segundo o enfermeiro: “Não tenho tempo pra ficar escutando, tô cheia de coisas pra fazer na unidade”.

Toda pessoa tem diversos papéis na sociedade: pai, mãe, filho, profissional, namorado, amante, amigo, irmã, tio, etc, envolvendo diferentes relações de poder e de afeto. Essas relações pessoais podem sofrer alterações, assim como a vida

profissional. Um sofrimento considerável pode surgir se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias dessas esferas e o profissional de Saúde deve estar atento a essas questões, pois, ao ignorá-lo, deixa de abordar uma importante causa de sofrimento. (BRASIL, 2013)

“Sendo assim, podemos entender que o sofrimento é como a vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. Tal modelagem nos permite que a abordagem do sofrimento psíquico – seja ele enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses – possa adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas. Frente a este objeto, as intenções, os objetivos e as metas por trás das ações do profissional de Saúde se modificam. Sendo assim, torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente”. (Brasil, 2013)

Nascimento (2004) destaca as ações de saúde mental a serem assumidas pelas equipes de Promoção à Saúde, ressaltando: o acompanhamento de psicóticos crônicos; a importância da coordenação de grupos de queixas difusas; as visitas domiciliares para atendimentos de crise, em conjunto com o CAPS, e o acompanhamento terapêutico-reabilitador; a prevenção e o combate à dependência de benzodiazepínicos; a efetividade do sistema de referência e contra-referência para identificar precocemente os casos de transtornos mentais; atendimento das emergências psiquiátricas; e aconselhamento psicológico. Lima (2012) diz que a falta de capacitação dos profissionais que atendem na atenção básica contribui para uma abordagem meramente medicamentosa dos problemas dos pacientes em detrimento de abordagens mais complexas.

O sucesso da assistência à saúde mental na atenção primária depende também da existência, ou não, de uma “Rede de Saúde Mental”, compreendida como o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a criação de serviços substitutivos e sua organização em níveis hierarquizados de complexidade capazes de atender à demanda da população. (VECHI, 2004)

Breda e Augusto (2001) referem que para um atendimento completo aos usuários da atenção básica portadores de transtornos psíquicos, cabe aos gestores municipais de saúde preparar seus profissionais para o relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica, e para favorecer e estar aberto às demandas subjetivas de usuários, familiares e profissionais. Devem também construir uma rede

substitutiva eficaz e suficiente, com profissionais envolvidos com o processo de mudança da atenção. O poder público local deve incentivar todo tipo de iniciativa cultural que vise trabalhar os preconceitos com as pessoas doentes e toda atividade de grupos mais sensíveis e disponíveis. Já no contexto político nacional é fundamental a adoção de políticas gerais de desenvolvimento e economia capazes de gerar uma cidadania emancipatória e não tutelada, sobretudo baseadas em princípios de justiça social e ética humanista.

Lima et al (2012) evidenciou em seu estudo que ainda existem lacunas a serem preenchidas entre o modelo de atenção primária em saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde e o que tem sido praticado na saúde pública.

“Por consequência, o que foi preconizado pela reforma psiquiátrica ainda não foi implementado de forma satisfatória na atenção primária brasileira. Tem-se como os principais motivos para este desencontro entre a teoria e a prática da atenção à saúde mental na rede básica a falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica, além de problemas na articulação entre os serviços de atenção básica e suas redes de apoio, o que acaba ocasionando a valorização da assistência especializada e a perpetuação do modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicalizante”. (LIMA et al, 2012 p. 145).

2 JUSTIFICATIVA

Os sofrimentos psíquicos, por suas magnitudes e impactos, têm se constituído como um dos principais problemas de saúde pública. (CAIXETA E MORENO, 2008)

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo (2013), 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental.

Esta alta prevalência dos transtornos mentais exerce considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades, com implicações psíquicas, sociais, econômicas, culturais e políticas. (AMARANTE, 2003)

A política de assistência em saúde mental preconiza um atendimento abrangente, com ações em serviços, equipamentos sociais e na família. No entanto, em muitos serviços as terapêuticas em saúde mental têm sido muito medicalizadoras, com prescrições de psicotrópicos sem indicação precisa ou por tempo prolongado para distúrbios episódicos, o que induz dependência desses medicamentos com um alto custo pessoal e social para os pacientes, e financeiro para o SUS. (GUARIDO, 2007)

O uso indevido de psicotrópicos, definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para o tratamento, tem sido crescente nos últimos anos e se tornado objeto de preocupação na área de saúde pública. Para casos de insônia e/ou ansiedade, é recomendado que a utilização de BZD, por exemplo, não ultrapasse quatro semanas. No entanto, estudos têm mostrado vários casos de uso prolongado, por muitos meses ou até mesmo anos. (SOUZA et al, 2013)

Nesse sentido, o abuso e a dependência de medicamentos psicotrópicos passam a ganhar relevância para a saúde pública.

Por tanto uma avaliação da adequação da prescrição medicamentosa em saúde mental em unidades básicas de saúde será um importante norteador da implantação do modelo assistencial preconizado na política nacional de saúde mental e ponto chave para a prevenção dos casos de dependência desse tipo de medicação.

3 OBJETIVOS

Avaliar a prescrição de medicamentos psicotrópicos aos pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, a partir da revisão de prontuários.

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes que retiraram medicamentos psicotrópicos no ano de 2013, quanto a sexo, idade, diagnóstico e especialidade do médico prescritor;
- Identificar os medicamentos prescritos para o tratamento de transtornos mentais;
- Verificar o tempo de uso das medicações de uso controlado;
- Propor possibilidades de intervenção neste tipo de cuidado para a atenção básica no município.
- Propor um fluxograma de atendimento aos pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal, exploratório- descritivo e retrospectivo do ano de 2003 a 2013.

4.2 Local e Sujeitos da Pesquisa

Caracterização do Município

O município de escolha para realizar a pesquisa possui uma área territorial de 982,2 km², sendo 977,2 km² de área rural e 5 km² de área urbana. Está situada na zona fisiográfica de Botucatu, região administrativa de Bauru, distante da Capital do Estado 221 km, pela Rodovia Presidente Castelo Branco.

O Censo realizado pelo IBGE em 2010 estabeleceu para o município uma população de 18.005 habitantes. Observa-se que a maior concentração da população encontra-se na zona urbana (91%) e 9% na zona rural. O SEAD projetou para o ano de 2011 uma população de 18.273 habitantes. De acordo com o SEAD, a taxa geométrica de crescimento anual da população foi de 1,35% e o índice de envelhecimento de 40,05%. A taxa de natalidade ficou em 16,36% e a taxa de fecundidade em 60,81%. Os dados mostram a maior participação da população idosa em relação a população jovem no município, devido à redução dos índices de natalidade e o aumento da expectativa de vida. O município conta com uma população masculina de 51,10% e feminina de 48,90%. A densidade demográfica é de 19,16 habitantes/Km² dado a grande extensão territorial.

O setor de saúde do município está inserido no Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS IV. Não há Unidades de Saúde da Família no município. A rede básica é composta por duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) “Prof. Dr. Fioravante Alonso di Pieiro” e “Antonieta Siqueira de Almeida”, um Posto de Atendimento à Saúde (PAS) situado no Bairro do Engenheiro Serra e um Pronto Socorro municipal.

As Unidades de saúde do município além do atendimento básico, também contam com algumas especialidades médicas como: urologia, ortopedia, psiquiatria,

neurologia, oftalmologia e cardiologia. O município conta ainda com um hospital de pequeno porte, o Hospital Santa Terezinha e Maternidade Ercília Pieroni que serve de retaguarda básica do SUS para o município.

O estudo foi realizado a partir dos pacientes cadastrados nas UBS do município que realizaram a retirada de medicamentos psicotrópicos na Farmácia Municipal no ano de 2013. Para isso foram utilizados os dados contidos no Sistema de Informações GIL - Gerenciador de Informações Locais, resultando em 2.444 pacientes. Destes, 1.095 eram da Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antonieta Siqueira de Almeida”, selecionada para este estudo, e foram considerados como o universo da pesquisa.

4.3 Amostra

Foi realizado pelo estatístico uma amostra aleatória simples e definida para $p= 10\%$, confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%, resultando em 132 pacientes.

4.4 Coleta de Dados e processamentos prévios à análise estatística

A pesquisa utilizou dados secundários constantes dos registros nos prontuários dos pacientes da amostra na primeira consulta com prescrição de psicotrópicos e nos 10 anos anteriores da última consulta, ou seja, entre 2003 e 2013. Foi registrado o número total de consultas médicas realizadas neste período, mas foram coletados dados dos registros apenas das consultas que tinham prescrição de medicamentos psicotrópicos.

Os dados foram registrados manualmente em uma planilha de coleta elaborada para esta pesquisa (Apêndice A). Os dados dessa planilha foram digitados em planilha EXCEL, após algumas codificações, resultando no “Banco de Dados 1” (Apêndice B).

Este banco contém as seguintes variáveis e respectivas categorias:

- Paciente (Pac): Número de ordem dos pacientes ordenados do 1 ao 132, único dado que os caracteriza no estudo
- Sexo: Feminino (F) e Masculino (M)
- Data de Nascimento (DN): Dia/Mês/Ano

- Idade em anos completos (ID)
- Faixa etária (Fetar): em intervalo de 10 anos, codificada pelo primeiro número da faixa (p, ex, 10 a 19 anos – 1; 20 a 29 anos - 2)
- Número total de consultas por paciente realizadas no período coletado, com ou sem prescrição de psicotrópico. Esta variável foi obtida na coleta de dados diretamente no prontuário (Tncons)
- Número de consultas por paciente com prescrição de psicotrópicos no período coletado. Esta variável foi obtida através da numeração sequencial das consultas que tiveram dados coletados (Conspresc)
- Numeração das consultas de cada paciente em sequência a partir da mais antiga (nº 1) para a mais recente (Ncons)
- Tipo de consulta: refere-se à especialidade do médico que realizou a consulta e prescreveu o medicamento psicotrópico, caracterizado da seguinte maneira: CG- consulta realizada por médico clínico geral, NEU- consulta realizada por médico neurologista, PSI- consulta realizada por médico psiquiatra; OUT- consulta realizada por outras especialidades (cardiologista, ginecologista, ortopedista, etc.) e SR- sem registro do profissional que realizou a consulta
- Diagnósticos do paciente codificados pela Classificação Internacional de Doenças 10º edição (CID 10)
- Número total de diagnósticos por consulta
- Número de outros diagnósticos (não relacionados à saúde mental)
- Medicamentos prescritos segundo princípio ativo
- Código dos medicamentos prescritos segundo quadro “Classificação e codificação dos medicamentos prescritos” (ver item 4.5)
- Número de medicamentos psicotrópicos prescritos em todas as consultas realizadas no período estudado

Após prévia codificação de todas as variáveis e suas categorias obtivemos um banco de dados a partir do “Banco de Dados 1”, que nomeamos como “Consolidado” (Apêndice C).

Este banco contém as seguintes variáveis:

- Número de ordem do paciente: PAC
- Sexo: SEXO
- Idade: ID
- Faixa etária: ETAR
- Número total de consultas: TCONS
- Número de consultas com prescrição de psicotrópicos no período coletado: PRESC
- Médico geral: CG
- Número de consultas por paciente realizadas por psiquiatra – PSI
- Número de consultas por paciente realizadas por neurologista – NEU
- Número de consultas por paciente realizadas por outras especialidades – OUT
- Número de consultas por paciente sem identificação da especialidade médica: SR
- Total de diagnósticos por paciente em todas as consultas: TDIAG
- Total de diagnósticos de saúde mental por paciente em todas as consultas: D-SM
- Total de outros diagnósticos (não saúde mental) por paciente em todas as consultas: D-NSM
- Total de consultas por paciente sem registro de diagnóstico: D-SI
- Número de medicamentos psicotrópicos prescritos em todas as consultas registradas para cada paciente: NMPSI
- Tempo de uso de medicamentos psicotrópicos no período da pesquisa, calculado pelas datas da primeira e última consultas registradas: TUSO

4.5 Medicamentos Psicotrópicos disponíveis na RENAME

Os medicamentos psicotrópicos prescritos foram classificados segundo sua disponibilidade na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, e codificados segundo o quadro abaixo:

Quadro 1 – Classificação e codificação dos medicamentos prescritos

MEDICAMENTO			COD
GRUPO	SUBGRUPO	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	
Ansiolíticos	Derivados Benzodiazepínicos	Diazepam	ANS1
	Derivados da Benzodiazepina (**)	Clobazam	ANS2
Antidepressivos	Inibidores Não Seletivos da Recaptação de Monoaminas	Clomipramina; Amitriptilina; Nortriptilina	DEP1
	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Fluoxetina	DEP2
	Outros Antidepressivos (*)	Bupropiona	DEP3
Antiepilépticos	Derivados da Hidantoína	Fenitoína	EPI1
	Barbitúricos e Derivados	Fenobarbital	EPI2
	Derivados da Carboxiamida	Carbamazepina	EPI3
	Derivados Benzodiazepínicos	Clonazepam	EPI4
	Derivados de Ácidos Graxos	Valproato de Sódio ou Ácido Valpróico	EPI5
Antiepilépticos (**)	Barbitúricos e Derivados	Primidona	EPI6
	Derivados de Ácidos Graxos	Vigabatrina	EPI7
	Derivados da Succinimida	Etossuximida	EPI8
	Outros Antiepilépticos	Gabapentina; Lamotrigina; Topiramato	EPI9
Antipsicóticos	Fenotiazinas com Grupo Dimetilaminopropil	Clorpromazina	PSI1
	Derivados da Butirofenona	Haloperidol	PSI2
	Lítio	Carbonato De Lítio	PSI3
Antipsicóticos (**)	Derivados do Indol	Ziprasidona	PSI4
	Diazepinas, Oxazepinas e Tiazepinas	Clozapina; Olanzapina; Quetiapina	PSI5
	Outros Antipsicóticos	Risperidona	PSI6
Hipnóticos e Sedativos	Derivados Benzodiazepínicos	Midazolam	PSI7
Medicamentos que Não Constam na RENAME			NREN

(*)Anexo II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

(**)Anexo III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Demais: Anexo I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

4.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Medicina de Botucatu-SP, e aprovado em reunião de 02/12/2013, sob o protocolo nº 16959113.6.0000.5411.

4.7 Processamento dos Dados

Para as variáveis (sexo, faixa etária, diagnóstico do paciente, número de consultas, tipo de consulta, número de medicações prescritas, código das medicações e medicações pertencentes à lista Rename), foi realizada análise descritiva, incluindo-se distribuições de frequência, média e medida de variabilidade. A associação entre sexo, faixa etária, diagnóstico, número de consultas, tipo de consulta, com a Rename foi analisada pelo teste Mann-Whitney e a análise da relação entre idade, número de consultas, total de prescrições, diagnósticos de saúde mental, número de medicamento psicotrópico e tempo de uso, utilizou-se a correlação de Spearman.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise descritiva:

No presente estudo foram avaliados 132 pacientes que fizeram uso de medicação de uso controlado sendo todos com 18 anos ou mais. Destes, 68,9% (n=91) são do sexo feminino e 31,06% (n= 41) são do sexo masculino. As faixas etárias com maior frequência foram de 30 a 39 anos (sexo feminino) e 40 a 49 anos (sexo masculino).

Tabela 1 – Frequência dos pacientes que fizeram uso de medicação controlada segundo Faixa Etária, sem distinção de sexo.

Faixa Etária	Frequência	Distribuição Percentual	Porcentagem Acumulada
10 a 19	3	2.3	2.3
20 a 29	19	14.4	16.7
30 a 39	29	22.0	38.6
40 a 49	31	23.5	62.1
50 a 59	22	16.7	78.8
60 a 69	19	14.4	93.2
70 a 79	5	3.8	97.0
80 a 89	4	3.0	100.0
TOTAL	132	100.0	

Tabela 2 – Pacientes que fizeram uso de medicação controlada segundo sexo, idade, total de consultas, total de prescrições, total de diagnósticos, total de diagnóstico de transtornos mentais e número total de medicamento psicotrópico. 2003 a 2013.

SEXO	Idade	Total de consultas	Total de prescrições	Total de diagnósticos	Total de distúrbios mentais	Nº Total Medicamentos Psicotrópicos
Feminino	Mediana	37	42	15	4	2
	Mínimo	18	4	3	0	0
	Máximo	77	124	83	31	16
Masculino	Mediana	47	34	10	4	1
	Mínimo	18	3	3	0	0
	Máximo	80	98	59	25	20
P		0,01	0,01	0,06	0,46	0,72
						0,04

Na associação entre sexo e idade, sexo e total de consultas, sexo e número total de medicamento psicotrópico podemos observar uma diferença significativa entre os sexos. Em relação à idade e ao total de consultas, os homens são mais velhos e o número de consultas e número total de medicamentos é maior entre as mulheres. Para as associações entre sexo e total de prescrições, total de diagnósticos, total de diagnóstico de transtornos mentais, não houve significância estatística.

Os resultados obtidos revelam que com relação ao sexo, que as mulheres fazem uso de medicamentos psicotrópicos com maior frequência que os homens, iniciando o uso uma década mais cedo (faixa etária 30 a 39 anos) e também passam por mais avaliações médicas.

Na literatura encontramos trabalhos que também evidenciaram o maior número de usuários de psicotrópicos entre mulheres (OLIVEIRA, 2000; FERMINO et al, 2012, FERRARI, 2013).

Segundo Oliveira (2000), a mulher aparece como grande consumidora dos serviços e bens de saúde. Albuquerque (2014) em seu estudo realizado em Pernambuco para avaliar a acessibilidade ao serviço de saúde, relata que um dos fatores que preponderam o maior atendimento de mulheres nas unidades básicas e PSF, está no papel do cuidado que a mulher desempenha com a família e o maior acesso às UBS em função do horário de funcionamento.

Porém mesmo com todo o acesso a saúde, as mulheres estão longe de um atendimento adequado para a resolução de seus problemas que fogem dos aspectos físicos e biológicos. Sendo que os sintomas físicos/psíquicos muitas vezes são decorrentes de problemas econômicos, sociais, familiares entre outros. (OLIVEIRA, 2000)

Na pesquisa de Fermino (2012), aproximadamente 75% das prescrições destinavam-se a mulheres e indivíduos adultos com média de idade de 49,7 anos. Julga que esse fato se dá por as mulheres serem mais preocupadas com a saúde e a buscar por serviços de saúde com maior frequência que os homens e a maior prevalência de ansiedade e depressão entre elas.

Em um estudo qualitativo realizado por Souza (2013) com 32 mulheres na faixa etária entre 18 e 60 anos, referiram uso na vida de vários medicamentos psicotrópicos, sendo a principal classe terapêutica, os antidepressivos. O uso na vida de BZD concomitante a outros medicamentos psicotrópicos foi referido pela

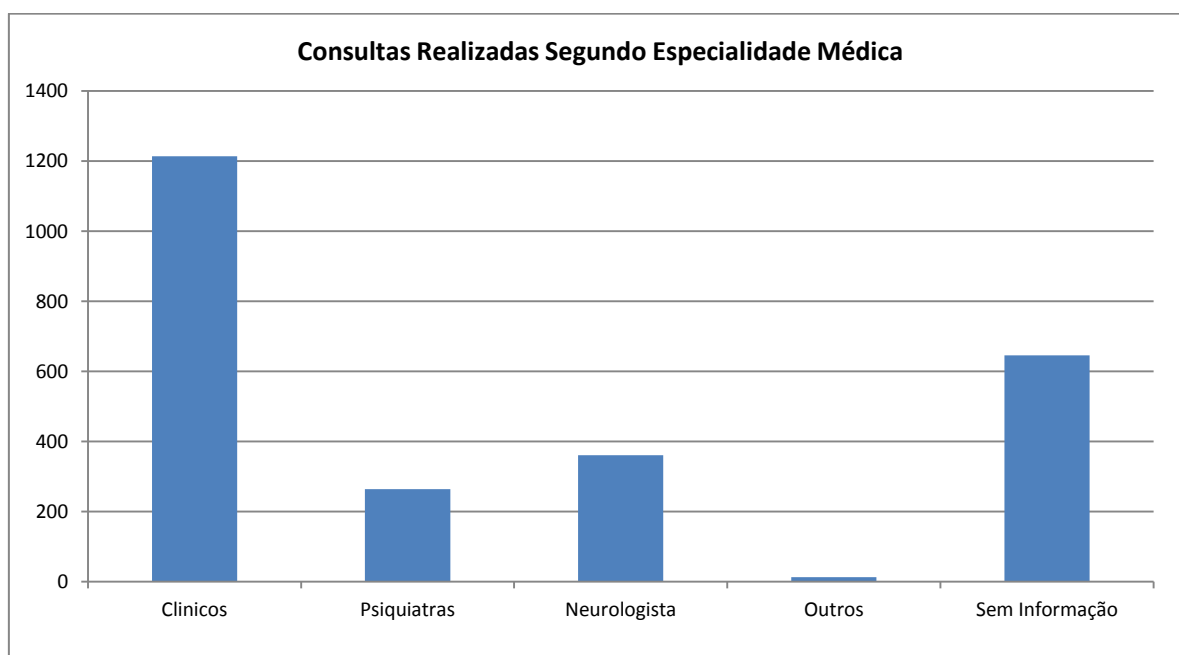
maioria das mulheres. O histórico de uso de BZD variou de 50 dias a 37 anos com média de 7 anos. Os motivos de uso estavam relacionados, predominantemente, à diminuição da ansiedade (por exemplo, sintomas de pânico, situações estressantes, como brigas familiares, problemas relacionados ao trabalho), problemas de insônia ou “fuga dos problemas” (como exemplo, para enfrentar algum momento angustiante na vida, para dormir melhor).

O mesmo autor relata, no que tange ao sexo feminino, a necessidade de estar presente no mercado de trabalho não isenta a mulher de ainda ser a principal responsável pelas tarefas relativas ao lar e à família, ficando mais suscetível a sintomas de ansiedade.

Podemos concluir portanto, que as mulheres fazem uso de medicamento controlado com maior frequência que o sexo masculino, supostamente, devido não a fatores orgânicos mas na sua maioria das vezes por problemas sociais e familiares. Encontram na medicação uma forma de conseguirem dar conta de suas responsabilidades que a sociedade, a família e o mercado de trabalho lhes exige.

No período de tempo determinado para a pesquisa, de 2003 a 2013, encontramos um total geral de consultas aos pacientes da amostra de 6047, sendo que em 2456 havia a prescrição de medicamento de uso controlado, ou seja, em 40,6% das consultas houve prescrição de medicamentos de controle.

Gráfico 1 – Frequência das consultas com prescrição de psicotrópicos segundo especialidade médica. 2003- 2013.



Nas consultas realizadas com indicação de psicotrópicos constatamos que a maior frequência de prescrição são dos clínicos gerais, seguidos de neurologistas e psiquiatras. Para as outras especialidades médicas encontramos prescrições com baixa frequência. Em uma grande parcela das consultas (26,3%) não havia a identificação do médico prescritor, ou seja: sem nome, assinatura, carimbo ou CRM.

Fermino (2012) em um estudo realizado no serviço municipal de saúde em Minas Gerais, evidenciou que 80,1% das prescrições são realizadas por médicos Clínicos Gerais, seguidas pelos cardiologistas 10,9% e neurologistas 4,3. Os médicos psiquiatras foram responsáveis por apenas 0,2% das prescrições.

Acreditava-se que psiquiatras e neurologistas, tivessem um perfil de prescrição de medicamento controlado diferenciado, uma vez que estes devem conhecer mais profundamente as propriedades farmacológicas e os riscos de sua utilização. Porém o médico neurologista e o psiquiatra corresponderam a apenas 2,0% e 2,4% das prescrições, respectivamente. (FERRARI, 2013)

Carvalho e Dimenstein (2003) refere que dois dos oito médicos entrevistados disseram preferir encaminhar para o especialista (psiquiatra) o paciente que procura o serviço pela primeira vez querendo a receita do remédio controlado, julgando que esse profissional tem maior destreza em definir se existe ou não a necessidade do uso do medicamento.

Orlandi e Noto (2005) também observaram a baixa prescrição de psicotrópicos por psiquiatras e neurologistas. Por conhecerem melhor essa classe de medicamentos os especialistas têm restringido sua prescrição.

No entanto, esse pequeno número de prescrições de psiquiatras e neurologistas pode se dar ao fato da escassez desses profissionais na rede pública de saúde. O município onde este estudo foi realizado conta com apenas 1 (um) psiquiatra e 2 (dois) neurologistas na atenção básica com atendimento apenas uma vez por semana, para atender toda a população. A carência destes profissionais faz com que a abordagem dos problemas de transtornos mentais não sejam realizados de forma adequada. Sem ter para quem encaminhar os clínicos gerais, mesmo tendo consciência do uso inadequado dos psicotrópicos acabam restringindo o seu atendimento na simples manutenção da receita sem um acompanhamento mais de perto do paciente que faz uso dessa medicação, prolongando o tratamento sem a real necessidade, fato também descrito por Ferrari (2013).

Segundo Brasil (2013), vale ressaltar a necessidade de desmistificar o nome de “medicamentos psiquiátricos”, o que sugere que somente os psiquiatras sabem prescrevê-los. Os profissionais “não psiquiatras” devem conhecer um pouco mais sobre esses medicamentos pois é fundamental para desfazer mitos e tabus, assumir a responsabilidade sobre a prescrição dos mesmos e evitar referências e contra-referências desnecessárias.

Tabela 3 – Medicamentos mais prescritos aos pacientes da amostra, independente da miligramagem.

Ordem	Medicação	Número de prescrições
1º	Citalopram	365
2º	Alprazolam	312
3º	Fluoxetina	331
4º	Clonazepam	312
5º	Bromazepam	270
6º	Diazepam	280
7º	Fenitoína	258
8º	Cloxacilam	252
9º	Sertralina	250
10º	Carbamazepina	164

A lista de medicação controlada levantada possui 40 medicamentos (em Apêndice D), onde os dez mais prescritos foram: Citalopram, Alprazolam, Fluoxetina, Clonazepam, Bromazepam, Diazepam, Cloxacilam, Sertralina, Fenitoína e Carbamazepina. Destes, seis medicamentos não constam na RENAME, inclusive os dois mais prescritos. O Ministério da Saúde só incorpora medicamentos de lançamento recente à RENAME após avaliação demorada, baseada em vários critérios, dentre os quais a diferença significativa de eficácia em relação aos medicamentos disponíveis e a relação custo/benefício. A aquisição de medicamentos não constantes da RENAME acarreta um alto custo adicional, comprometendo parte significativa das receitas da Saúde. Como a prescrição foi feita em uma UBS e os clínicos gerais são a maioria dos prescritores, os resultados sugerem uma influência importante da propaganda dos laboratórios farmacêuticos.

Segundo Melo et al (2006) os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos com saúde, porém ter acesso a assistência em saúde e a

medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os hábitos inadequados de prescrição, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros.

Observamos que os medicamentos mais prescritos são da classe dos benzodiazepínicos uma substância que causa dependência aos usuários de longa data, e o tempo de uso dos medicamentos teve uma média de 5,18 anos. O número médio de psicotrópicos prescritos foi de 4,21 medicamentos por paciente ao longo do período pesquisado, mostrando que os pacientes usam vários medicamentos ao longo da vida.

Todos os pacientes estudados adquiriram gratuitamente as medicações através de programas do governo: FURP, Saúde Mental, RENAME e lista auxiliar do governo municipal (REMUME).

Para avaliação da qualidade da informação dos diagnósticos presentes em prontuários, realizou-se a divisão dos diagnósticos em quatro subclasses: Distúrbios Mentais, Sinais e Sintomas (relacionados ou não a distúrbios mentais), Outros Diagnósticos (não relacionados a distúrbios mentais) e Sem Informação. Os resultados são demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 4 – Frequência das categorias dos diagnósticos em 1ª consulta dos pacientes com prescrição de psicotrópico.

Ordem	Diagnósticos	Quantidade	Frequência
1º	Distúrbios Mentais	54	40,9%
2º	Sem informações	38	28,8%
3º	Sinais e Sintomas (*)	26	19,7%
4º	Outros Diagnósticos	14	10,6%
TOTAL		132	100,0%

(*) Diagnósticos codificados na CID em sinais e sintomas.

Na primeira consulta dos pacientes 71,2% do total tinham registro de diagnóstico, sendo que apenas 40,9% possuem diagnósticos de distúrbios mentais. A categoria “Sinais e Sintomas” engloba sintomas relacionados com distúrbios mentais e outros sinais e sintomas não relacionados. Medicação baseado neles, mesmo nos relacionados à saúde mental, poucas vezes se justificam, já que não foi possível estabelecer um diagnóstico claro. Portanto, apenas 41%, ou pouco mais,

iniciaram ou mantiveram o tratamento com psicotrópicos com diagnóstico que os justificasse.

Tabela 5 – Associação entre tipo de consulta e diagnósticos codificados na primeira consulta com prescrição de psicotrópico.

CONSULTANTE	Diagnóstico							
	Distúrbio Mental		Sintomas		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clínico Geral	37	62,7	13	22,0	9	15,3	59	62,7
Psiquiatra	4	100,0	0	-	0	-	4	4,3
Neurologista	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	10,6
Outros	10	47,6	8	38,1	3	14,3	21	22,3
TOTAL	54	57,4	26	27,7	14	14,9	94	100,0

Os médicos clínicos gerais são os que mais diagnosticam doenças classificadas como de distúrbios mentais (68,5%), mas há bem mais clínicos gerais que psiquiatras atendendo na UBS. Em segundo lugar com 18,5% vem os médicos de outras especialidades (cardiologista, ginecologista, urologista), seguidos dos psiquiatras com 7,4% de diagnósticos. Os neurologistas são responsáveis por 5,6% dos diagnósticos de distúrbios mentais.

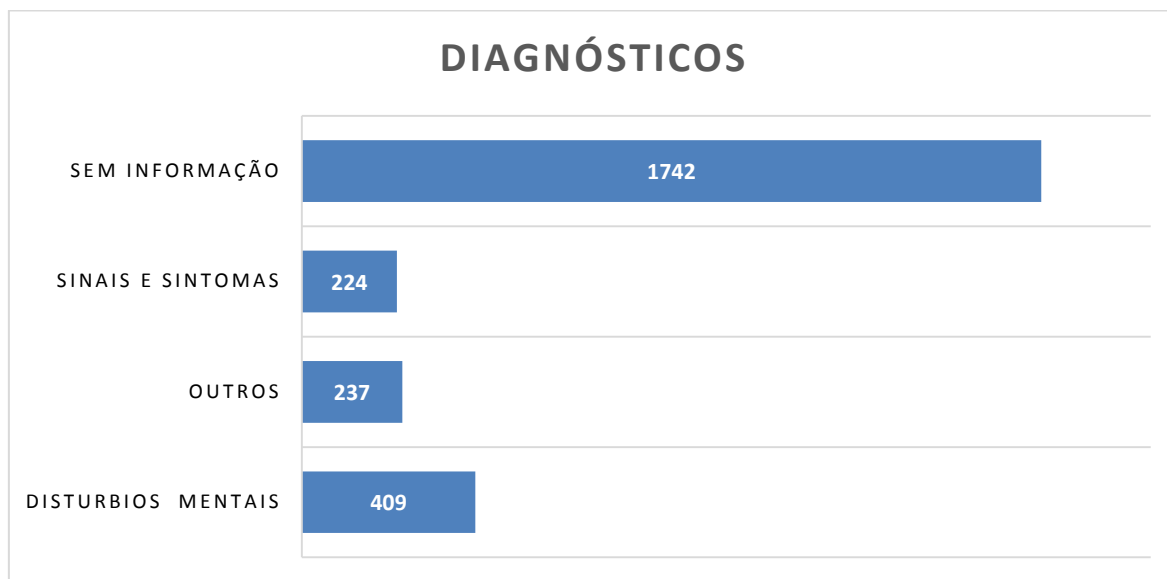
Os clínicos gerais também são os que mais medicam com psicotrópicos baseados em diagnósticos codificados na CID 10 em sinais e sintomas (50,0%), seguidos dos médicos de outras especialidades (30,8%).

Tabela 6 – Frequência das categorias dos diagnósticos em todas as consultas dos pacientes com prescrição de psicotrópico.

Ordem	Diagnósticos	Quantidade	Frequência
1º	Sem informações	1.742	66,7%
2º	Distúrbios Mentais	409	15,7%
3º	Outros Diagnósticos	237	9,1%
4º	Sinais e Sintomas (*)	224	8,6%
TOTAL		2.612	100,0%

(*) Diagnósticos codificados na CID em sinais e sintomas.

Gráfico 2 – Total de diagnósticos dos pacientes que fazem uso de medicamento psicotrópico no período de 2003 a 2013.



No decorrer dos anos entre 2003 a 2013 a quantidade de diagnósticos de distúrbios mentais diminuíram (de 40,9% para 15,65%) e as consultas sem informação aumentam (de 28,8% para 66,69%), o que sugere que os pacientes não tiveram uma reavaliação dos diagnósticos e mantiveram o uso das medicações apenas com renovação de receitas sem nenhum critério.

Tabela 7 – Frequência dos diagnósticos de distúrbios mentais na primeira consulta dos pacientes com prescrição de psicotrópico.

Ordem	Diagnósticos	CID	Frequência
1º	Insônia	F51.0	9,72%
2º	Ansiedade	F41.9	9,02%
3º	Transtorno Neurovegetativo (DNV)	F45.3	7,63%
4º	Depressão	F32.9	6,25%
5º	Dependência de Álcool	F10.2	3,47%

Os diagnósticos de Distúrbios Mentais com maior prevalência foram a Insônia, a Ansiedade, Transtorno Neurovegetativo (DNV) estes diagnósticos pouco precisos, ainda a Depressão e o Alcoolismo.

Em entrevista realizada com médicos no estudo de Orlandi e Noto (2005), descreveram dois perfis predominantes de usuários que buscam medicamento

psicotrópico, um deles composto por idosos que buscam o efeito hipnótico da medicação, e o outro composto predominantemente por mulheres de meia idade que buscam efeito ansiolítico. Relatam ainda que a medicação serve como muleta e algo que passa a falsa impressão de estar resolvendo um problema.

Para Soares (2011) um dos alavancadores do grande número de diagnósticos de Depressão está relacionado a mídia que enaltece e associa esta doença a problemas do dia a dia e sintomas comuns e passageiros que ocorrem com todas as pessoas em algum momento da vida, não sendo necessariamente um caso de Depressão. A mídia divulga experiências de vida de pessoas famosas com a palavra depressão, e em seguida fazem propaganda de novas medicações e tratamentos. Fazendo com que as pessoas se enquadrem neste cenário onde a associação de depressão se faça com sinais e sintomas corriqueiros e juntamente a isto vem a medicação desnecessária.

Outro diagnóstico encontrado foi o Transtorno Neurovegetativo (D VN), que apareceu em 7,63% dos diagnósticos. O D NV é considerado uma disfunção somatoforme com sinais e sintomas semelhantes a várias doenças, o que pode ser um fator de confusão para uma prescrição correta de medicamento. A alta indicação de BDZ para D NV também é resultado encontrado por Fermino, 2012.

Revisões sistemáticas atuais, apontam os BZD no tratamento da insônia e ansiedade, sendo fármacos cujos benefícios são inferiores aos riscos quando utilizados, principalmente por mais de um mês. (CRUZ, 2006)

Lima (2001), relata que existe a indicação de BDZ para o tratamento da insônia, porém não deve ser o único meio para solucionar o problema, necessita-se procurar alívio das causas psiquiátricas ou orgânicas predisponentes ou desencadeantes; isto se consegue com várias técnicas para um sono reparador entre eles estão: eliminar sestas no período diurno, reduzir o consumo de álcool e café principalmente à noite, higiene do sono (banho morno, leitura, horário fixo pra dormir e exercícios físicos regulares).

Em 26 pacientes (19,69%) desta pesquisa não havia nenhum tipo de diagnóstico na primeira consulta com prescrição de psicotrópico, apenas descrições de sinais e sintomas como: irritação, nervosismo, dores pelo corpo, choro fácil, problemas familiares, tristeza entre outros. O que vem de encontro com do que diz Tesser (2006), que refere que as gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões, ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores

ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais etc., passam a ser medicalizados, não havendo uma interpretação e prescrição médica ou de especialista similar. Com essa medicalização social, torna-se visível para todos os que trabalham ou têm contato com a atenção à saúde nos serviços públicos, a crescente e infinita demanda espontânea por atenção médica para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos.

Com isso identificamos a transformação de várias formas de sofrimento de diferentes contextos em patologias mensuráveis através de critérios diagnósticos, fazendo uso de aplicações de terapêuticas como o exemplo dos antidepressivos, apresentados como uma opção terapêutica privilegiada. (SOARES E CAPONI, 2011)

Existe correlação positiva entre o total de consultas com prescrição, o total de diagnósticos de saúde mental e o número de medicamentos psicotrópicos. Quanto mais consultas, maior o número de diagnósticos e maior o número de medicamentos psicotrópicos prescritos.

A correlação positiva também ocorreu entre total de diagnóstico e o número total de psicotrópicos. Ou seja: quanto mais diagnósticos diferentes durante um período, maior é o número de medicamentos que o paciente fez uso.

Correlação positiva também observada entre o tempo de uso com o total de medicamentos prescritos e total de consultas com prescrição. Quanto mais tempo fizer uso de medicamento controlado, maior o número de consultas e maior quantidade de medicamento psicotrópico. Fato que indica a dependência medicamentosa dos pacientes.

Para a variável idade com total de consultas e total de consultas com prescrição, não houve significância estatística.

No que se refere ao fato observado neste estudo sobre uma grande parcela das consultas não haver a identificação do médico prescritor, diagnósticos, e nome das medicações prescritas, nos sugere um não compromisso com os registros e anotações em prontuários de forma inadequada e insuficientes, ou a não qualificação dos profissionais em fazer um diagnóstico preciso ou o abuso na prescrição de medicamentos controlados. O preenchimento precário de anotações em prontuários dificultou a coleta de dados, por falta de informações como: história do paciente, sintomas, CID 10, nome da medicação prescrita. Na grande parte das consultas médica, o único registro existente era: renovação de receita, receita controlada, paciente necessita de receita, ou muitas vezes nem isto.

Com relação a qualidade do preenchimento ineficaz dos prontuários cabe ressaltar que podemos conceituar o prontuário médico como o acervo documental do paciente, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados, assim como todos as informações, exames, procedimentos e quaisquer documentos pertinentes a essa assistência. É instrumento estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. (VASCONCELLOS et al, 2008)

Pelo art. 69 do Código de Ética Médica, a documentação dos atos médicos é parte relevante da prática médica. Em tal documentação deve constar a anamnese, o exame clínico, a prescrição terapêutica, os relatórios de enfermagem e de outros serviços, descrição de cirurgias, ficha anestésica, exames de qualquer natureza, e ainda deve ser minuciosa na descrição das circunstâncias em que os mesmos foram realizados. O prontuário médico pertence ao paciente, sob a guarda e responsabilidade dos médicos e das instituições de saúde. Pode ainda ser um valioso instrumento de: assistência médica (a correta organização, com dados evolutivos cronológicos com fácil manipulação e consulta permite uma visão global do estado clínico do paciente, além de permitir a comunicação entre as diversas equipes de saúde), ensino, pesquisa científica, controle de qualidade, controle de custos. Nele são descritos o horário e dose da medicação, todos os sintomas, reações, procedimentos e cirurgias realizadas, revelando com precisão as condutas tomadas.

Para verificarmos se há indícios de indicação inapropriada de medicamentos, as variáveis “Diagnóstico” e “Medicamento” foram cruzadas, gerando a tabela abaixo.

Tabela 8 – Associação entre diagnósticos e porcentagem de prescrição de medicamentos na primeira consulta

DIAGNÓSTICOS	Consultas (%)	MEDICAMENTOS – Porcentagem de consultas com prescrição		
		Não RENAME	Diazepam	Fluoxetina
Distúrbio Mental	40,9	57,4	29,6	7,4
Sinais e Sintomas	19,7	50,0	23,1	26,9
Outros	10,6	57,1	21,4	7,1
Sem informação	28,8	55,3	13,2	7,9
TOTAL	100,0	55,3	22,7	11,4

(*) Houve consultas com prescrição de mais de um medicamento

As prescrições na primeira consulta de medicamentos psicotrópicos não guardam uma relação clara com os diagnósticos. Esperávamos que a grande maioria dos diagnósticos fosse de distúrbios mentais claramente definidos, mas, se levarmos em conta as consultas sem informação, apenas em 40,9% esses diagnósticos apareceram. Temos uma proporção importante de consultas com diagnósticos codificados em sinais e sintomas com prescrição de psicotrópicos e uma parcela dos pacientes sem nenhum tipo de diagnóstico (28,8%) que faz uso contínuo das medicações por anos.

Como mostra a tabela 4, o diagnóstico foi registrado em 94 das 132 primeiras consultas, correspondendo a 71,2% do total. Nestas, predominou o de distúrbio mental, seguido de sinais e sintomas e outros diagnósticos.

Apenas três classes de medicamento tiveram um número de prescrições significativo, sendo que os demais tiveram quatro ou menos prescrições.

O Diazepam foi o medicamento mais prescrito para os diagnósticos de distúrbio mental na primeira consulta, com 29,6% dos pacientes.

Para o grupo dos “não RENAME” há uma diferença relativamente pequena entre os três tipos de diagnóstico, incluindo a categoria “Sem Informação”, com variação de apenas 7,4% entre eles. O mesmo ocorreu com Diazepam, com variação de 8,2% entre os diagnósticos, mas com variação de 16,4% se incluído “Sem Informação”. Já para a Fluoxetina a variação entre os tipos de diagnóstico foi de 19,8%, com predomínio da prescrição entre os pacientes com sinais e sintomas (26,9% do total de consultas com registro) e apenas 7,4% nos com distúrbio mental.

Concluimos que a alta taxa de prescrição de medicamentos psicotrópicos não incluídos na RENAME independe do tipo de diagnóstico, sugerindo que a conduta dos profissionais sofre grande influência do “marketing” empresarial. O Diazepam foi o medicamento mais prescrito, sem preferência clara por um tipo de diagnóstico, possivelmente por ser um dos primeiros ansiolíticos no mercado. Apenas 26,7% dos pacientes que fizeram uso de fluoxetina tiveram diagnóstico de distúrbio mental e a maior prescrição ocorreu baseada em sinais e sintomas, sugerindo que esse medicamento é o preferido para “tristezas”.

De acordo com a ANVISA, no Brasil no ano de 2009, houve para a fluoxetina uma estimativa de uma dose diária definida (DDD) de 2,62 mg por 1.000 habitantes/dia, sendo Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Paraná e Goiás os cinco maiores consumidores per capita. (ANVISA, 2009)

Segundo Rang (2001), entre os inibidores da captação de serotonina, a Fluoxetina é o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo, tendo indícios que possa atuar na promoção de perda de peso durante e após o início da terapia, fator este que pode ser mais um dos motivos propulsores deste consumo elevado.

Fermino (2012) refere que, em seu estudo, 70% das indicações clínicas de medicamentos psicotrópicos foram consideradas inadequadas. Estas medicações eram indicadas para uso como hipnóticos e ansiolíticos por tempo prolongado, sendo que seu uso deve-se restringir a intervalos menores que seis meses.

O mesmo autor neste estudo, mostra que a indicação do BZD mesmo não sendo um antidepressivo é indicado para casos de depressão, e que 20% das indicações estavam agrupadas na categoria de uso crônico/dependência.

No estudo de Ferrari (2013) da classe dos benzodiazepínicos o fármaco mais prescrito foi o Diazepam (70,4 %), seguido pelo Clonazepam (27,6%) e o Clobazam (1,2%). Mattioni et al (2005) verificaram que 10% da população em estudo faziam uso de benzodiazepínicos, 19,3% já haviam utilizado esse fármaco em algum dia de sua vida, e 58,6% utilizavam a mais de dois anos, e o medicamento mais prescrito foi o Diazepam.

Neste trabalho, dos 132 prontuários estudados, em apenas quatro deles estava descrito que o paciente era dependente de benzodiazepínico ou fazia uso abusivo das medicações controladas. Contudo, não havia nenhuma indicação que o paciente tivesse sido encaminhado a um especialista ou tenha reduzido a

quantidade de medicação. O uso dos medicamentos em todos os casos se manteve no mesmo padrão anterior.

Encontramos que as medicações mais prescritas são as da classe dos benzodiazepínicos, e que o tempo médio de uso das medicações foram de 5,18 anos variando de 1 a 10 anos de uso contínuo, fato este que já indica a dependência medicamentosa mesmo sem ser diagnosticada pelos médicos e ou estar descrita em prontuário.

Apesar da segurança oferecida pelos Benzodiazepínicos, existe a recomendação que outras intervenções sejam realizadas ao invés da prescrição dessas medicações para o tratamento ou alívio de sintomas de estado ansiosos e da insônia. Recomenda-se fármacos não pertencentes à classe dos BZDs, intervenções psicoterápicas ou a combinação de ambos. (ORLANDI E NOTO, 2005)

A dose diária e o tempo de uso contínuo dos benzodiazepínicos são fatores importantes para a instalação de um quadro de dependência (AUCHEWSKI, 2004). O uso de BDZ deve ser por curto intervalo de tempo menor que 4 semanas (RANG et al, 2007). A partir do terceiro mês de uso até 12 meses o risco de dependência aumenta de 10 a 15% e por mais de 12 meses, o risco aumenta entre 25 e 40%. O uso prolongado de benzodiazepínico e seu abuso tem serias consequências para o organismo, induzindo a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras. (AUCHEWSKI, 2004)

Souza (2013) descreve a percepção da dependência relatada por usuárias de BZD observada através de experiência pessoal, por meio de sintomas em períodos de abstinência. Também foi referida a antecipação da falta do medicamento, por exemplo, pelo sentimento de angústia em situações nas quais os comprimidos estavam acabando e ainda não havia sido adquirida receita para nova compra. E muitas relataram não conseguir viver sem a medicação, e mesmo sabendo do risco da dependência preferem correr o risco do que ficarem sem a medicação.

O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico. A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário fica limitado quando a avaliação dos riscos aos quais se submete. A baixa percepção de risco pela população brasileira também é caracterizado na carência de debates sociais sobre esta questão nos meios de comunicação (Orlandi e Noto, 2005).

Para verificarmos a medicação e qual a especialidade médica que mais prescreve estes tipos de psicotrópicos, realizamos a associação entre tipo de consulta e medicamentos codificados.

Tabela 9 – Associação entre tipo de consulta e porcentagem de prescrição de medicamentos na primeira consulta

MÉDICO PRESCRITOR	Consultas (%)	MEDICAMENTOS – Porcentagem de consultas com prescrição		
		Não RENAME	Diazepam	Fluoxetina
Clínico Geral	66,7	51,1	25,0	12,5
Psiquiatra	3,0	50,0	0	0
Neurologista	8,3	90,9	9,1	9,1
Outros	0,8	0	0	0
Sem Registro	21,2	57,1	25,0	10,7
TOTAL	100,0	55,3	22,7	11,4

(*) Houve consultas com prescrição de mais de um medicamento

Ao analisar as associações realizadas na tabela 9 observamos que o maior número de prescrições foi de medicamentos que não fazem parte da lista da RENAME e o Diazepam. O prescritor mais frequente foi o clínico geral, mas cerca de um quinto das prescrições não tinham identificação. Os neurologistas e psiquiatras aparecem com um número muito menor de prescrições, mas sabemos que há poucos profissionais com essas especialidades comparada com os clínicos. A prescrição de fluoxetina correspondeu a metade da de diazepam tendo como principal prescritor o clínico geral. As demais medicações tiveram quatro ou menos prescrições.

Em um estudo realizado por Valentini et al (2004), sobre a opinião de médicos da rede pública de saúde que iriam trabalhar com saúde mental, referiram que a educação recebida na faculdade de medicina não os preparou para realizar diagnósticos de transtornos mentais além de não saberem diferenciar tristeza de depressão, gerando insegurança na prescrição de anti-depressivos.

Costa Junior (2009) diz que a escassez de serviços psiquiátricos na rede pública de saúde e mesmo na privada faz com que ocorra diagnósticos psiquiátricos inadequados e geralmente estão associados a prescrição pouco específica de psicofarmacos. Isso gera no paciente um pré-conceito estabelecido e difícil de

desfazer: a de que seus problemas psíquicos em geral, sofrimentos inespecíficos e até sociais serão resolvidos com o uso exclusivo de psicofarmacos. Este então tende a se agarrar ao medicamento como solução ou como modo de evitar sua dor psicológica e de defrontar com a realidade psíquica, tendendo a não buscar uma solução mais realista para sua situação.

6 CONCLUSÕES

Grande parte da demanda dos pacientes da Unidade Básica de Saúde estudada recebem rotineiramente medicamentos psicotrópicos, porém a maior parte não possui nenhum tipo de diagnóstico que justifique o uso deste tipo de medicação. Os três principais diagnósticos foram: Insônia, Ansiedade e Transtorno neurovegetativo. Os relatórios médicos em prontuários são sumários, em sua maioria, o que pode comprometer a segurança e o cuidado do paciente, além de dificultar a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do médico.

É necessária uma padronização dos registros (anotações e evoluções) médicos e de enfermagem, pois existem inadequações formais quanto à exatidão, brevidade, legibilidade, identificação, terminologias e mesmo falta de informações.

A principal forma de uso indevido observada neste estudo foi a de extrapolação do consumo por períodos extremamente longos e por pacientes sem diagnóstico de distúrbio mental ou que justifique o uso de psicotrópicos, constatou-se que há no município uma grande prescrição de medicação controlada e em sua maioria a prescrição de benzodiazepínicos, aumentando o risco para dependência destas medicações pelo usuário, pois há indicações que a partir da primeira prescrição o paciente passou a fazer uso contínuo.

Futuros trabalhos podem aprofundar o estudo sobre as motivações do uso contínuo de medicamentos controlados.

As observações realizadas indicam a necessidade de algumas ações visando a superação dos problemas encontrados, das quais sugerimos:

- Treinamento profissional para todos envolvidos no cuidado de pacientes com transtornos mentais;
- Diagnósticos mais precisos para os pacientes, para tratamento e acompanhamento;
- Padronização das informações contidas em prontuários, para que se torne uma fonte de informações para a equipe multiprofissional;
- Formalizar um sistema de referência e contra-referência eficaz com outros serviços fora do município, onde haja um retorno das informações sobre o tratamento e diagnósticos realizados,
- Restringir o uso de medicamentos controlados para evitar sua banalização, e ainda contribuir para a economia de gastos desnecessários com o uso

- irrestrito dos mesmos (por exemplo, com a exigência de preenchimento de protocolo onde conste o diagnóstico, tempo previsto de uso e justificativas);
- Implantação de grupos preventivos e grupos terapêuticos;

De acordo com a realidade observada no serviço onde realizou-se o estudo, foi elaborado e propõe-se um fluxograma de atendimento aos pacientes atendidos no município, como facilitador da rotina, entrada e adesão do paciente no serviço (Apêndice E).

Desta forma abre-se espaço para olhar o usuário como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de histórias e construtor de sentimentos e valores. Quanto ao cuidado à saúde, vale ressaltar que deve ser feito por uma equipe multiprofissional envolvida na saúde dos pacientes e não somente pelo médico, podendo assim atender de forma global e diferenciada, melhorando a qualidade da gestão e da saúde dos munícipes que utilizam este serviço.

REFERÊNCIAS

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol. 26, n.1, p. 24- 31, 2004.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 182-194, 2014.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medicamentos psicotrópicos. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+controlados>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Resultados 2009. Brasília; 2009.

AMARAL, M. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 3, p. 288-295, 2000. Disponível em: <[http:// www.scielo.br...fbetext](http://www.scielo.br...fbetext)> . Acesso em: 25 jan. 2015.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: Avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.*, v. 40, p. 471-479, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf>> . Acesso em: 26 jun de 2011.

AMARANTE, P. (Coord). **Arquivos de a saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Ed, 2003.

BARROS, J. A. C. Nuevastendencias de lamedicalización. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 13 supl., p. 579-587, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s0/a07v13s0.pdf>> .Acesso em: 03 maio 2012.

BIRMAM, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficinado trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Saúde mental na atenção básica. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>> . Acesso em 18 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 34. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename**. 8. ed. Brasília; 2013.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica a saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 6, n. 2, p. 471- 480, 2001.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev. Eletrôn. Enferm.*, v. 10, n. 1, p. 179- 188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em 14 maio 2012.

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 Estud. Pesqui. Psicol.*, v. 8, n. 15, p. 37-64, 2003.

CAMARA, F. P. **Quando usar medicação psicotrópica?** Coluna psiquiátrica contemporânea. *Psychiatr. Online Brasil*, v. 13, n. 9, 2008. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano08/cpc0908.php>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS. (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). **O que são drogas psicotrópicas?** Disponível em:<<http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas.htm>>. Acesso em: 16 maio 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS. (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Psicologia. **Haja ansiedade. Haja insônia**. Bol. CEBRID, n. 47, jan/fev/mar. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. 10 ed. São Paulo: Editora Edusp, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução Conselho federal de Medicina nº 1246/88 de 08 de janeiro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Disponível em: <http://www.crmpti.com.br/pdf/código_etica_medica.pdf>. Acesso em: 22 set 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Medicalização**. São Paulo: CREMESP, 2002. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 10 maio 2015.

Comissão de Cuidados à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado de São Paulo. Resolução SS- 17, de 19 fev. 2001. Política de Atenção à Saúde Mental da Infância e adolescência: uma proposta de organização da atenção. São Paulo, 2002.

COSTA JÚNIOR, F. Do clínico geral ao psiquiatra: fronteira ética entre atenção primária e serviços de psiquiatria. *Rev. Bioética*, v. 17, n. 2, p. 161-179, 2009.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 27, n.3, p.259-267, 2006.

DANESE, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F. O uso de psicofármacos no Programa Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 25, n. 58, p. 70- 76, 2001.

DELUCIA, R. et al. *Farmacologia Integrada*. Revinter, Rio de Janeiro, 3 ed., 2007

FALÇÃO, I. M.; MONSANTO, A.; NUNES, B., MARAU, J.; FALÇÃO, J. M. Prescrição de psicofarmacos em medicina geral e familiar: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. **Rev. Port. Clín. Geral**, v. 23, p. 17- 30, 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525183432838518.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2011.

FERRARI, C. K. B. et al. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. *Rev. Ciênc. Farm. Bras. Ampli.* v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013.

FERMINO, K. F. et al. Utilização de Benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 1, p. 157-166, 2012.

FERRAZA, D. A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 20, n. 47, p. 381-390, 2010.

GUARIDO, RENATA. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ. Pesqu.* v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

HECK, M. R. et al. Gestão e Saúde Mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto - Enferm.** v. 17, n. 4, p. 647- 655, 2008.

KIRSCHBAUM, D. O. R.; PAULA, F. K. C. de. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 9, n. 5, p. 77- 82, 2001.

IGNACIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: Um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicol. Soci.*, v. 19, n. 3, p. 88- 95, 2007.

LAMB, I. G. M. **A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do Estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática.** Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

LIMA, D. R. *Terapêutica Clínica.* Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.

LIMA, F. G.; SICILIANE, C. C.; DREHMER, L. B. R. **O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira.** *Com. Ciênc. Saúde*, v. 24, n. 2, p. 143- 148, 2012.

LOPES, L. M. B.; GRIGOLETO, A. R. L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. *Braz. J Health* v. 2, n. 1, p. 1-14, 2011.

MATTIONI, L. T.; et al. Prevalência do uso de Benzodiazepínico em uma população assistida por Programa Saúde da Família. **Contexto Saúde.** V. 5, n. 8, p. 43- 50, 2005.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Cienc. Farmac.*, v. 42, n. 4, p. 475- 485.

NASTASY, H. Et al. Diretriz: Abuso e dependência de Benzodiazepínicos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: <<http://www.viverbem.fmb.unesp.br>>. Acesso em: 05 maio 2013.

NASCIMENTO, A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa de Saúde da Família de Caucaia-CE. *Cogitare Enferm.*, v. 9, n. 1, p. 84- 97, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe>> . Acesso em: 20 maio 2011.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes - chave no município de São Paulo. *Rev. Latino Am. Enferm.*, v. 13, n. 1, p. 896 – 902, 2005.

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

PELEGRIINI; M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. *Psicol. Cienc. Prof.* v.23 n.1. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000100006>. Acesso em: 10 jul 2015.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RIBEIRO, S. R. F.; MARTINS, T. S. F. **Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho.** Psicol. Estud., v. 16, n. 2, p. 241-250, 2011.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** (Tradução V. Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SANTOS, D. V. D. Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada. (Dissertação). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

SIEGEL, R. K. **Intoxication: the universal drive for mind-altering substances.** Rochester: Park Street Press, 2005.

SADALA, M. L. A.; SILVA, F. M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 2, p. 287-294, 2009.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface (Botucatu)** v. 15, n. 37, 2011.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. **Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres.** Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo. Ciênc. Saúde Colet. V. 18, n. 4, p. 1131- 1140, 2013.

TESSER, C. D. **Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde.** Interface (Botucatu), v.10, n.19, p. 61-76, 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. **Projeto viver bem: as anfetaminas.** Disponível em: <<http://www.viverbem,fmb.unesp.br/tranquilizantes ansioliticos.htm>>. Acesso em: 23 out 2013.

WEIL, A. *The Natural Mind: A Revolutionary Approach to the Drug Problem* Boston: Houghton Mifflin, 2004.

VALENTINI, W. et al. Treinamentos de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. 522-528. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nrp/v38n4/21081.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2015.

VASCONCELOS, M. M. et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do

prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p.173-182, 2008.

VECHI, L. G. **Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil**. Estud. Psicol. (Natal), v. 9, n. 3, p. 489- 495, 2004.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciênc. Saúde Colet., v.19, n. 6, p. 1859- 1868, 2014.

APÊNDICES

Apêndice A - Planilha de Coleta de Dados

Nº ordem ____

Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos	PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS
--	------------------------------

Nome _____ Pront. Nº ____

DN ____/____/____

Sexo M ____ F ____

NO	Data ⁽¹⁾	Diagnósticos ⁽²⁾	CID ⁽³⁾	Medicamentos ⁽⁴⁾	COD1 ⁽⁵⁾	Padr ⁽⁶⁾	Espec ⁽⁷⁾
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

⁽¹⁾ Anotar uma a uma todas as consultas a partir da primeira data em que houve prescrição de medicamentos psicotrópicos, até 31/12/2013.

⁽²⁾ Anotar apenas os diagnósticos relacionados à transtornos mentais (anotar também sintomas, como tristeza, nervosismo e similar). Nas consultas onde não houver esses diagnósticos, anotar SR.

⁽³⁾ O Código CID 10 correspondente será anotado posteriormente ao momento da coleta, procurando enquadrar na CID 10 – todos os diagnósticos encontrados.

⁽⁴⁾ Anotar os medicamentos psicotrópicos prescritos como consta na prescrição

⁽⁵⁾ COD1 - Os medicamentos serão codificados segundo o sal básico (código anotado posteriormente à coleta)

⁽⁶⁾ Padronização do medicamento para fornecimento ao cliente (será anotado posteriormente à coleta) – anotar M (padronização municipal), R (RENAME) ou Não (não padronizado)

⁽⁷⁾ Especialidade do médico prescritor – anotar código CG clínico geral, NEU neurologista, PSI psiquiatra, Outr outras especialidades, SR sem registro

Apêndice B

Banco de Dados 1

[illegible]

Apêndice C

Consolidado (em EXCEL)[illegible]

Apêndice D

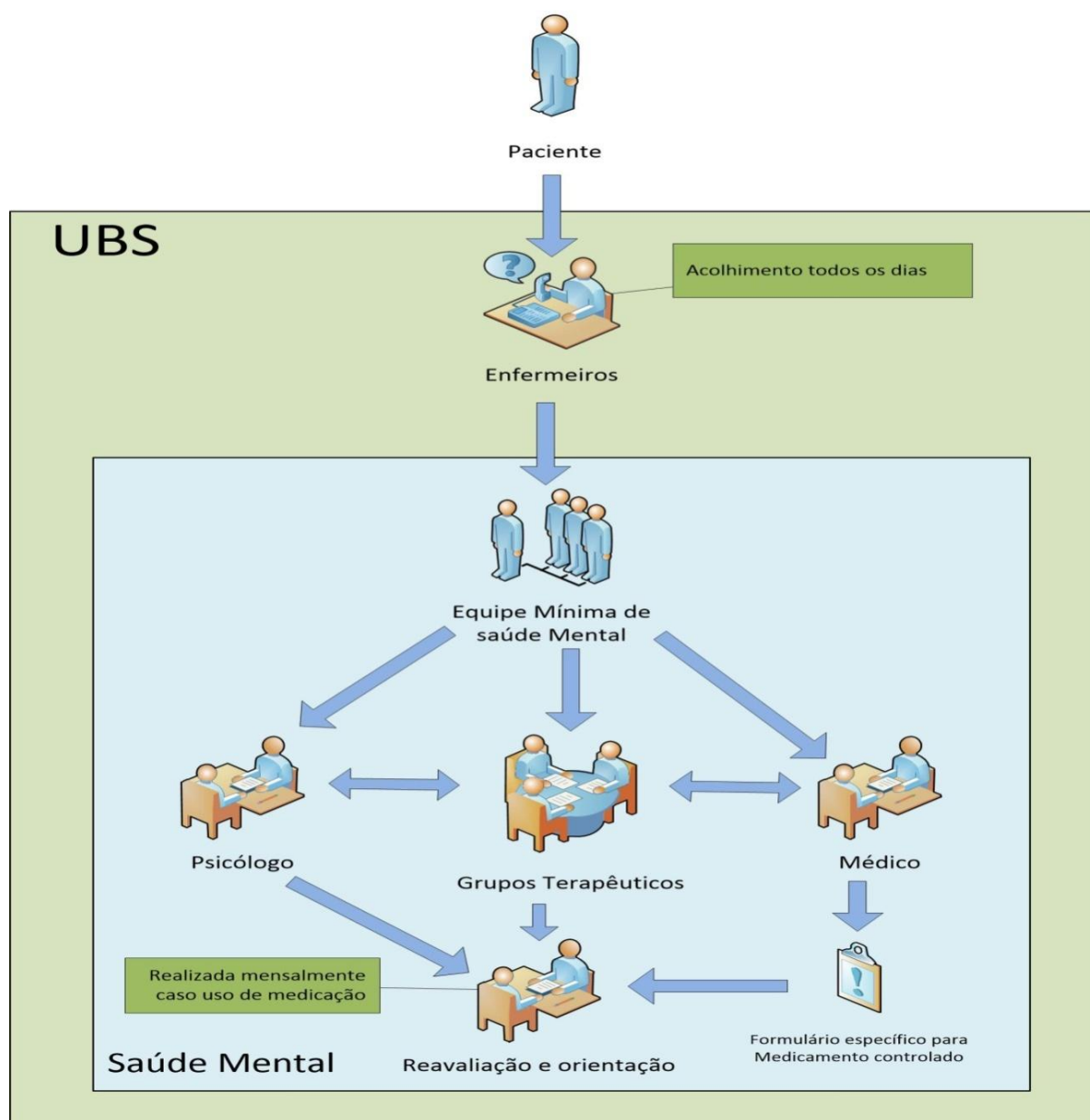
Lista de Medicamentos de uso controlado prescritas aos pacientes no estudo em ordem alfabética.

1- Ácido Valpróico	22 - Levodopa
2 - Alprazolam	23 - Levomepromazina
3 - Amitriptilina	24 - Lorazepam
4 - Biperideno	25 - Mirtazapina
5 - Bupropiona	26 - Naproxifeno
6 - Bromazepam	27 – Nortriptilina
7 - Carbamazepina	28 - Paroxetina
8 - Citalopram	29 - Periciazina
9 - Clobazam	30 - Promipixol
10 - Clomipramina	31 - Prometazina
11 - Clonazepam	32 - Risperidona
12 - Clorpromazina	33 - Rivastigmina
13 - Cloxazolam	34 - Sertralina
14 - Diazepam	35 - Sulpirida
15 - Dissulfiram	36 - Topiramato
16 - Exitalopram	37 - Trazadona
17- Fenitoína	38 - Valproato de Sódio
18 - Fenobarbital	39 - Venlafaxina
19 - Fluoxetina	40- Zolpidem
20 - Gabapentina	
21 - Haloperidol	

Apêndice E

Fluxograma de atendimento Equipe Mínima de Saúde Mental

Fluxograma de atendimento do município



ANEXOS

Anexo 1 – Documento de Aprovação do CEP.

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos pelos pacientes de Unidades Básicas de Saúde de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo.

Pesquisador: Talita Cristina Ferreira Alonso

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 16959113.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 476.646

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Um dos grandes problemas encontrados no tratamento dos pacientes de saúde mental é a medicalização indiscriminada dos pacientes. É alta a frequência de prescrições de psicofármacos por não psiquiatras. Atualmente, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser diagnosticado como uma patologia cujo tratamento será a administração de psicofármacos. Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que se pode falar da ocorrência de uma generalizada "medicalização do social". O objetivo do estudo é o de avaliar a prescrição de medicamentos psicotrópicos aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde do município de Itatinga, a partir da revisão de prontuários. Variáveis que serão coletadas: sexo; idade no diagnóstico da doença psíquica; total de psicotrópicos prescritos na primeira prescrição; tempo de uso de cada psicotrópico prescrito; psicotrópicos prescritos na primeira prescrição; diagnósticos definidos na primeira prescrição; especialidade dos profissionais que prescreveram os psicotrópicos na primeira prescrição; "houve reavaliação do diagnóstico da doença psíquica inicial definida na primeira prescrição"; "se houve reavaliação do diagnóstico, o tempo até a primeira reavaliação" e "houve reavaliação da medicação prescrita na primeira prescrição". Calculado o tamanho amostral de 288 pacientes usando a variável "houve reavaliação do diagnóstico da doença psíquica inicial definida na primeira prescrição". Análise estatística

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.646

descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prescrição de medicamentos psicotrópicos aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde do município de Itatinga, a partir da revisão de prontuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por se tratar de uma pesquisa de coleta secundária de dados em prontuários médicos, não há nenhum tipo de risco para os pacientes que farão parte do estudo.

Benefícios: Avaliação da adequação da prescrição medicamentosa em saúde mental em unidades básicas de saúde será importante para a implantação do modelo assistencial preconizado na política nacional de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo quantitativo, descritivo de todos os pacientes atendidos nas UBS de Itatinga que receberam medicações controladas (com substâncias psicoativas) da farmácia central da Diretoria de Saúde do município no período de julho a dezembro de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitou dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por usar dados secundários (coleta de dados a partir de prontuários médicos das Unidades Básicas de Saúde. Não terá contato com os pacientes e o tamanho amostral é de 288 pacientes. Desta maneira considero adequado a solicitação de dispensa da aplicação do TCLE. Apresentação dos outros documentos obrigatórios de forma adequada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo adequado sem problemas éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 02 de Dezembro de 2013, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.646

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 03 de Dezembro de 2013

**Assinador por: Trajano
Sardenberg (Coordenador)**

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br