

RENATA CASTRO SANTOS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA
ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE
JUSCELINO.**

Corinto - MG
Dezembro/2009

RENATA CASTRO SANTOS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA
ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE
JUSCELINO.**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima

Corinto - MG
Dezembro/2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família Renascer (Zona Urbana), do município de Presidente Juscelino, a Carlos Wilson auxiliar administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e ao Farmacêutico-Bioquímico José de Oliveira Neto, Rede Farmácia de Minas, pelo apoio.

A Silmeiry Angélica Teixeira, tutora do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do pólo de Corinto.

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada será por acaso.”

Autor desconhecido

Resumo

Este trabalho investigou o significado e a função atribuídos ao uso de psicofármacos por pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família Renascer, zona urbana do município de Presidente Juscelino, Minas Gerais. Procurou buscar os principais motivos pelos quais as pessoas iniciaram o uso dos psicofármacos, o sexo predominante, a profissão, o estado civil, renda familiar, a escolaridade, medicamentos mais utilizados, local de aquisição e tempo de uso. A fim de atender os objetivos propostos, foi realizado no período de novembro a dezembro de 2009. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário, cujo preenchimento foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, quando da visita mensal realizada aos indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Os dados do estudo foram apresentados através de gráficos. Constituíram a população do estudo 2.163 pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família Renascer (Zona Urbana), sendo a amostra composta por 95 indivíduos. Concluímos que os usuários são na maioria do sexo feminino, os medicamentos mais utilizados são os benzodiazepínicos, a idade predominante é superior a 61 anos, os aposentados são a maioria, o estado civil predominante é de pessoas casadas, também a baixa escolaridade está em destaque e o maior motivo para o uso do medicamento é agitação e ansiedade.

Abstract

This study investigates the meaning and function attributed to the use of psychotropic drugs for people enrolled in the Family Health Strategy Renascer, the urban area of President Juscelino, Minas Gerais. Search search the main reasons people started the use of medication, the predominant sex, occupation, marital status, family income, schooling, most frequently used medications, purchase location and time of use. In order to meet the objectives proposed, was conducted between November and December 2009. For data collection a questionnaire was elaborated, whose completion was achieved by Community Health Agents, during the visit carried out monthly to individuals enrolled in the Family Health Strategy. The study data were presented by the table and graphs. The discussion was based on literature and reflection on findings. Study participants were 2330 people enrolled in the Family Health Strategy Renaissance (Urban area) and users of psychoactive drugs 95 individuals. We can conclude that users are mostly female, the most widely used drugs are benzodiazepines, the predominant age is over 61 years, retirees are most the prevalent marital status is married too poor education is highlighted and biggest reason for the use of psychotropic drugs is agitation and anxiety.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico-1 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por faixa etária.

Gráfico-2 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por sexo.

Gráfico-3 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por ocupação.

Gráfico-4 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por estado civil.

Gráfico-5 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por renda.

Gráfico-6 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por escolaridade.

Gráfico-7 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por psicofármaco prevalente.

Gráfico-8 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por local de aquisição do psicofármaco.

Gráfico-9 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por frequência de uso do psicofármaco.

Gráfico-10 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por orientação de uso do psicofármaco.

Gráfico-11 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por tempo de uso do psicofármaco.

Gráfico-12 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por motivo de uso.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1-Antipsicóticos	11
2.2-Benzodiazepínicos	12
2.3-Antidepressivos	13
2.4-Os estabilizadores de humor	16
3 - JUSTIFICATIVA	18
4 - OBJETIVOS	19
OBJETIVO GERAL:	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
5-MATERIAIS E MÉTODOS	20
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7- CONCLUSÃO	28
8- REFERÊNCIAS	29
9- APÊNDICE	31

1- INTRODUÇÃO

A cidade de Presidente Juscelino está situada na região central do Estado de Minas Gerais, distante 205 km de Belo Horizonte. Ela ocupa uma área de 696 km² e tem 4.176 habitantes, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A população da zona urbana é de 2.163, sendo que 95 dessas são usuárias de psicofármacos.

Há no município duas Equipes de Estratégia Saúde da Família: uma na zona urbana e outra na zona rural. Juntas cobrem 100% da população. A equipe da zona urbana está composta por uma Enfermeira, uma Médica, uma Técnica de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião-dentista, uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e uma Técnica em Higiene Dental (THD). A equipe da zona rural difere por possuir um ACS a mais.

É consenso, que para um melhor conhecimento sobre os problemas individuais e sociais em consequência do uso de psicofármacos, torna-se indispensável a obtenção de dados epidemiológicos para o adequado planejamento de políticas públicas a respeito (UNODC, 2005).

Os psicofármacos são aqueles que interferem primariamente em funções do sistema nervoso central (SNC). Neste grupo de medicamentos estão incluídos os ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e antiepilépticos (ABREU; ACÚRIO; RESENDE, 2000).

Para Goodman e Gilman (2007), a disponibilidade e a utilização dos fármacos que têm eficácia demonstrável nos transtornos psiquiátricos vêm aumentando desde o final dos anos 1950, ao ponto em que 10 a 15% das prescrições emitidas nos EUA referem-se a fármacos desenvolvidos para alterar os processos mentais, sedar, estimular ou de alguma forma modificar o humor, o pensamento ou o comportamento. O uso apropriado dos agentes psicotrópicos depende de conhecimentos sólidos sobre o diagnóstico diferencial dos transtornos psiquiátricos (American Psychiatric Association, 1994; Sadock e Sadock, 2000). As interpretações mecanicistas da eficácia dos agentes psicotrópicos no SNC estimularam estudos para investigar as causas das doenças mentais (BALDESSARINI, 2000). Os fármacos antipsicóticos, estabilizadores do humor e antidepressivos (usados para tratar as doenças mentais mais graves) tiveram

impacto extraordinário na teoria e prática da psiquiatria, impacto que realmente pode ser considerado revolucionário e que está sendo continuamente inovado.

A utilização de medicamentos no Brasil tem sido considerada exacerbada e indiscriminada. As causas deste padrão de consumo podem ser relacionadas ao pouco controle exercido pelo Estado sobre a produção e comercialização dos medicamentos, à propaganda da indústria farmacêutica, ao baixo nível de renda da população brasileira (frente aos altos custos dos serviços médicos) e à eficiência de muitos medicamentos em relação a determinadas doenças.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1-Antipsicóticos

Os antipsicóticos surgiram no início da década de 50 e trouxeram grandes contribuições ao tratamento dos portadores de sofrimento mental. Apesar de seus efeitos colaterais, por vezes de difícil tolerância, constituem o mais importante recurso psicofarmacológico no tratamento dos quadros mais graves de sofrimento mental, como as psicoses.

Em termos estatísticos, os vários antipsicóticos possuem eficácia similar se usados em doses equivalentes, sendo possível utilizar qualquer um deles no tratamento de episódios psicóticos. Apesar disso, a clínica demonstra claramente que certos pacientes só respondem bem a determinados antipsicóticos, o que precisa ser avaliado de forma individual.

Os primeiros antipsicóticos (chamados típicos ou convencionais) têm eficácia reconhecida no tratamento e no controle de recidiva dos sintomas psicóticos positivos, mas apresentam maiores risco de desenvolvimento de efeitos colaterais extrapiramidais. Eles são classificados em: alta, média e baixa potência. A potência é associada à mínima dose com ação antipsicótica eficaz; portanto, os de alta potência (por exemplo: haloperidol) são usados em dosagem equivalente menor. Antipsicóticos típicos de alta potência tendem a apresentar mais efeitos extrapiramidais, como antipsicóticos típicos de baixa potência tendem a apresentar maior incidência de efeitos anticolinérgicos e sedativos.

Os antipsicóticos atípicos, além de demonstrarem eficácia comparável aos típicos no tratamento de sintomas positivos, têm menor incidência de efeitos colaterais extrapiramidais. Há indícios de melhores resultados no tratamento dos sintomas psicóticos negativos (apatia, afeto embotado, passividade, retraimento emocional e social, dificuldade de abstração, avolição, atenção prejudicada, anedonia). Seu alto custo tem limitado o uso desses medicamentos em saúde pública apenas aos casos com má resposta ao uso de antipsicóticos típicos (MINAS GERAIS, 2007).

Indicações principais

- Esquizofrenia
- Transtornos delirantes persistentes
- Transtornos esquizoafetivos
- Mania aguda
- Coadjuvante de estabilizadores de humor
- Coadjuvante no tratamento de depressões psicóticas
- Sintomas psicóticos secundários ao abuso de substâncias
- Agitação e sintomas psicóticos na demência e em outros transtornos mentais orgânicos (MINAS GERAIS, 2007).

2.2-Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorelaxantes. Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, inúmeras vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública.

São frequentemente prescritos quando os médicos se sentem impotentes diante das queixas e sintomas dos pacientes. Acarretam a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução, enquanto acreditar na potência mágica dos medicamentos.

Quando bem indicados, mostram-se úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança – apresentando, contudo, muitas desvantagens.

O uso continuado usualmente provoca o fenômeno de tolerância, com a necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos.

A dependência química é um fenômeno potencialmente grave e relativamente comum nas unidades básicas de Saúde. Muitas vezes, usuários dependentes experimentam grande dificuldade até mesmo em considerar a necessidade de uma retirada gradual, alegando principalmente exacerbação de insônia e ansiedade.

Quadros mais avançados de dependência podem manifestar síndrome de abstinência igualmente mais grave, lembrando a síndrome de abstinência alcoólica (tremores, agitação, sudorese, *delirium*, etc.). É preciso atuar de forma preventiva, limitando o uso desses psicofármacos às suas verdadeiras indicações. Déficits cognitivos (diminuição de atenção, memória de fixação, etc.) tendem a se instalar como consequência de uso prolongado (MINAS GERAIS, 2007).

Indicações principais

- Ansiedade significativa por ocasião de reação aguda ao estresse; insônia importante.
- Como drogas de segunda escolha nos transtornos ansiosos (transtornos ansiosos podem ser abordáveis apenas pelas intervenções psicoterápicas e outras, não-farmacológicas. Contudo, nos casos em que o tratamento medicamentoso realmente se impõe, os antidepressivos, e não os ansiolíticos, são as drogas de primeira escolha).
- Agitação e ansiedade em crises psicóticas.
- Coadjuvante no tratamento da mania (agitação, insônia, ansiedade).
- Coadjuvante no tratamento das síndromes extrapiramidais (particularmente acatisia).
- Síndrome de abstinência alcoólica (MINAS GERAIS, 2007).

2.3-Antidepressivos

Assim como os benzodiazepínicos, os antidepressivos têm sido prescritos de forma abusiva e indiscriminada, como panacéia universal para os mais diversos problemas pessoais, familiares, sociais, etc, portanto seu uso não se aplica às situações de tristeza, infelicidade ou mal estar que ocorrem em diferentes momentos na vida das pessoas. Esse uso é de indicação relativamente fácil nos transtornos psicóticos de humor (melancolia ou episódios depressivos graves em psicóticos).

No caso de episódios depressivos em pacientes neuróticos, a prescrição pode estar indicada, mas sempre segundo critérios rigorosos: deve limitar-se àquelas situações em que haja alterações importantes do humor ou sentimento vitais (apatia, desânimo, desinteresse, tristeza vital), não passíveis de abordagem por outros métodos (psicoterapias, grupos de orientação e de debate, atividades culturais, etc.), acarretando no momento prejuízos significativos para a vida do paciente.

Embora possam ser usados em outros quadros que não os episódios depressivos, as precauções devem ser as mesmas, por exemplo: a inacessibilidade do sintoma a outras formas de abordagem, seu grau de insuportabilidade para o paciente, os danos efetivos que traz à sua vida no momento.

Como não provocam os efeitos de abstinência física dos benzodiazepínicos, seu uso indevido e por período de tempo indeterminado, aprisiona o paciente na posição de “doente” ou de “deprimido”, com consequências nocivas para sua vida.

Ao optar pela prescrição inicial de antidepressivos, o médico deve estar cômulo de sua responsabilidade, planejando o curso do tratamento como um todo, evitando introduzir por um período de tempo indefinido um fármaco que o próximo médico do paciente terá dificuldade em retirar.

Os antidepressivos não substituem o atendimento e a escuta do paciente, pelo contrário, seu uso só tem sentido quando ajuda a viabilizar esse atendimento e essa escuta. Eles podem ser utilizados com sucesso no tratamento de diversas condições médico-psiquiátricas. A eficácia e a legitimidade clínicas de seu uso estão condicionadas à indicação correta do mesmo.

O perfil de ação dos antidepressivos está circunscrito ao tratamento de quadros anômalos, geralmente não induzindo elevação de humor em indivíduos normais (não são euforizantes).

Até o momento não foi comprovada a superioridade de uma droga sobre as demais quanto à eficácia em eliminar sintomas depressivos.

Os critérios para escolha da melhor indicação envolvem diferenças quanto à ação em outros grupos sintomáticos (ansiedade, sintomas obsessivos, etc.), características químicas (metabolização, excreção, etc.), custo financeiro e, sobretudo, o perfil de efeitos colaterais.

Uma droga eficaz na remissão de um episódio depressivo progressivo deve ser a de primeira escolha em um novo episódio depressivo. Esse mesmo raciocínio pode ser empregado se houver história familiar de boa resposta a determinado fármaco. Para uma resposta adequada é fundamental utilizar dosagens dentro da faixa terapêutica e respeitar tempo mínimo de uso.

Se o paciente apresenta insônia, é interessante optar por utilizar um antidepressivo com perfil mais sedativo ou associar hipnóticos temporariamente. É importante lembrar que insônia é um sintoma comum da síndrome depressiva, tendendo a desaparecer com a progressão do tratamento.

Uma vez consolidada a indicação para uso do antidepressivo e escolhida a melhor droga para o quadro em questão, é preciso indicar e manter o tratamento por um período mínimo de 6 a 8 semanas, tendo em vista o período de latência do efeito antidepressivo. Os primeiros resultados usualmente se observam após 7 a 15 dias de uso – trata-se do período mínimo de observação para concluir se o paciente responde ou não àquele medicamento. Se após 6 a 8 semanas não houve resposta ou foi insatisfatória, deve-se proceder a um aumento de dose até níveis toleráveis para o paciente, sempre dentro dos limites da faixa terapêutica. Completadas novas 6 a 8 semanas e não havendo boa resposta, deve-se fazer uma tentativa com antidepressivo de outra classe e iniciar um novo ensaio clínico.

Pacientes com depressão resistente a tratamento com vários antidepressivos em dose efetiva e tempo suficiente de uso devem ser encaminhados ao médico psiquiatra para outras estratégias.

Indicações principais

Quando os sintomas afetam de forma significativa os diversos aspectos da vida do paciente:

- Transtornos depressivos graves em pacientes psicóticos
- Transtorno depressivo moderado em neuróticos
- Transtorno do pânico
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtornos de ansiedade
- Fobia social

2.4-Os estabilizadores de humor

Os estabilizadores de humor são um grupo de substâncias químicas capazes de atuar nas elevações e nas depressões patológicas do humor, principalmente nos transtornos bipolares.

Atualmente, a tendência ao abuso do diagnóstico de transtorno bipolar leva à prescrição também abusiva de estabilizadores de humor.

O carbonato de lítio foi o primeiro estabilizador descoberto e permanece como droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipomania e de depressão em pacientes bipolares. Seu uso nas intercrises é reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios de elevação do humor; contudo, as evidências de sua efetividade na prevenção de episódios depressivos é menos consistente.

Baseando-se em teorias de que a repetição de episódios maníacos tende a ampliar o risco de novos episódios, inferiu-se uma comparação com episódios convulsivos. A partir daí foram realizados ensaios com anticonvulsivantes (por exemplo: carbamazepina e ácido valpróico) que demonstraram boa eficácia no tratamento do transtorno afetivo bipolar.

Quadros marcados por alterações típicas do humor parecem responder melhor à litioterapia (mania, depressão e intercrise claras); particularmente quando se apresentam nessa ordem.

Quadros caracterizados por episódios mistos ou ciclagem rápida parecem responder melhor ao tratamento com os anticonvulsivantes, particularmente o ácido valpróico.

Histórico clínico, co-morbidades e perfil de efeitos colaterais devem ser a base para a escolha da melhor indicação entre os estabilizadores do humor.

Indicações principais

- Todas as fases do transtorno afetivo bipolar: episódios maníacos, depressivos (associados ou não aos antidepressivos), mistos (principalmente anticonvulsivantes), e na fase de manutenção, como profilaxia de recidiva.

- Como potencializadores de efeito dos antidepressivos (particularmente o lítio)
- Transtornos esquizoafetivos
- Transtornos de descontrole dos impulsos (principalmente os anticonvulsivantes) (MINAS GERAIS, 2007).

3 - JUSTIFICATIVA

Conhecer o real motivo pelo qual algumas pessoas residentes na Zona Urbana do município de Presidente Juscelino e cobertas pela equipe Estratégia Saúde da Família Renascer, estão fazendo o uso de psicofármacos e suas principais características, contribuirá para o desenvolvimento de um trabalho educativo junto à comunidade, propiciando subsídios até então desconhecidos e possibilitando assim, a diminuição do uso de psicofármacos.

4 - OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Levantar dados sobre as principais características dos 95 usuários de psicofármacos cadastrados na Estratégia Saúde da Família Renascer, (situado na zona urbana do município de Presidente Juscelino, Minas Gerais) e do(s) motivo(s) de seu(s) uso(s).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar principais motivos para o uso de psicofármacos.
- Identificar características individuais dos usuários de psicofármacos.
- Verificar principais medicamentos psicofármacos em uso.
- Evidenciar a média de tempo em uso de psicofármacos.
- Levantar a classe social que mais utiliza medicamentos psicofármacos.

5-MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo epidemiológico observacional descritivo que avaliou os motivos de uso e características dos indivíduos que consomem psicofármacos na Estratégia Saúde da Família Renascer.

4.1- População de estudo

A população do estudo foi constituída pelos 2.163 pessoas da Estratégia Saúde da Família Renascer.

4.2-Seleção de Composição da amostra

A amostra foi censitária e constou de 95 indivíduos usuários de psicofármacos cadastrados na Farmácia de Minas – Unidade Presidente Juscelino.

4.3-Instrumento de Coleta de Dados

Foi desenvolvido um questionário com 32 questões (Apêndice).

4.4-Coleta de dados

Foram aplicados questionários pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares.

4.5- Análise dos dados

Os dados foram organizados em gráficos para apresentação dos resultados.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, apresentados nos gráficos abaixo, referem-se à distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, e permitirão a discussão do trabalho.

É possível observar a maior prevalência do uso de psicofármacos nas faixas etárias superiores à 51 anos, fato corroborado por Rodrigues *et al* (2006), de que o maior consumo de psicofármacos associou-se significativamente com o aumento da idade (Graf.1).

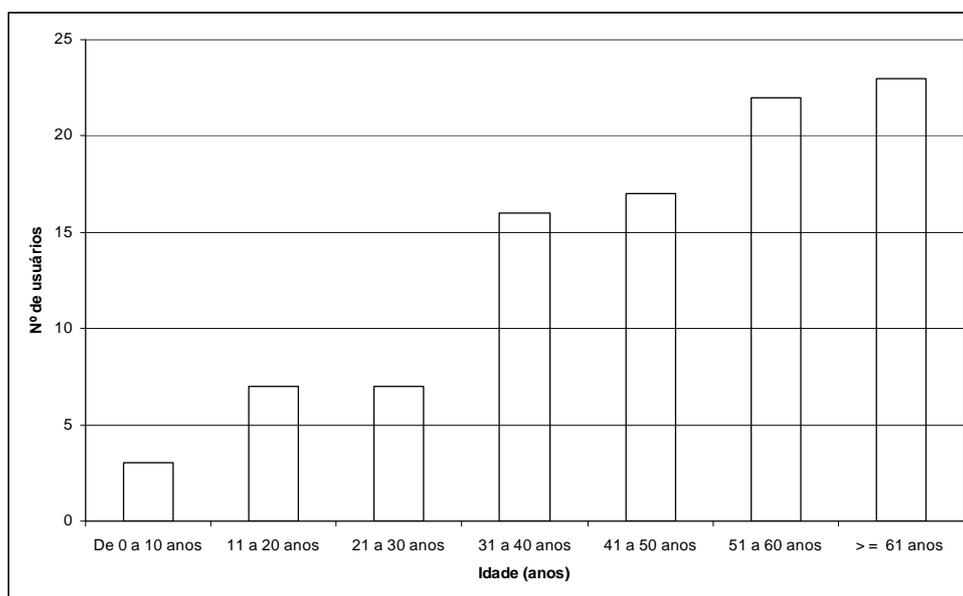


Gráfico-1 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por faixa etária.

Pelo Graf.2, percebe-se que, do total de pacientes usuários de psicofármacos atendidos pela ESF Renascer (95 pessoas), 61 são do sexo feminino. Autores como Nappo *et al* (1998), Carlini *et al* (1999) e Lima *et al* (2008), também observaram um maior uso de psicofármacos pelo sexo feminino.

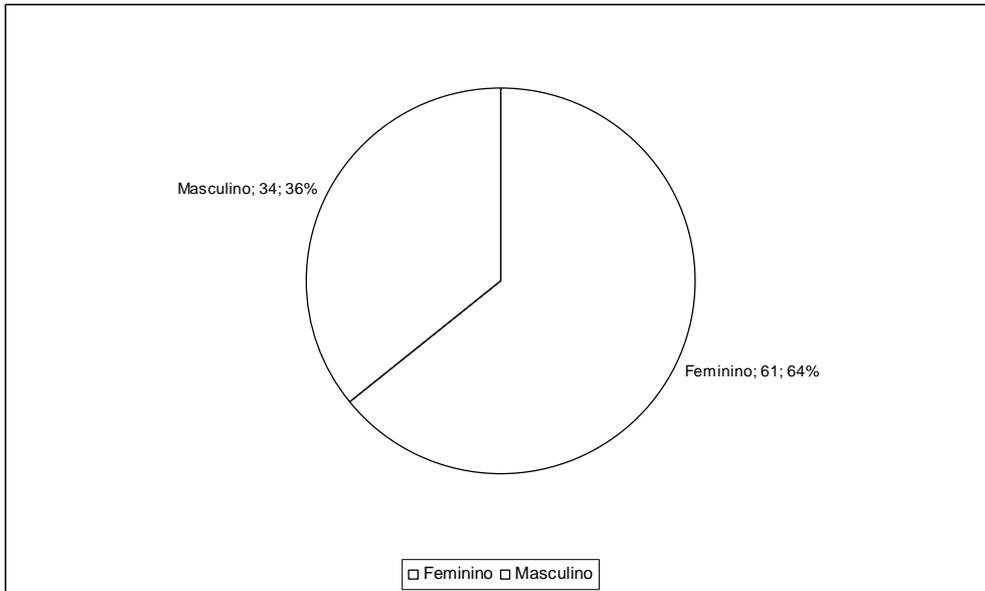


Gráfico-2 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por sexo.

Os dados relativos à ocupação revelam que 34 (35,7%) usuários de psicofármacos são aposentados. As pessoas que desempenham suas atividades no ambiente domiciliar aparecem em segundo lugar com 23 (24,2%) pessoas (Graf.3). No estudo de Hildebrandt *et al* (2009), prevaleceu a profissão de pessoas que desempenham suas atividades domiciliares seguidas pelos aposentados. Em relação aos aposentados, demonstra que estão em uma fase da vida que, em virtude de suas condições, apresentam altos índices de modificações orgânicas, psíquicas o que, às vezes, gera ansiedades, angústia, medo e sofrimento emocional.

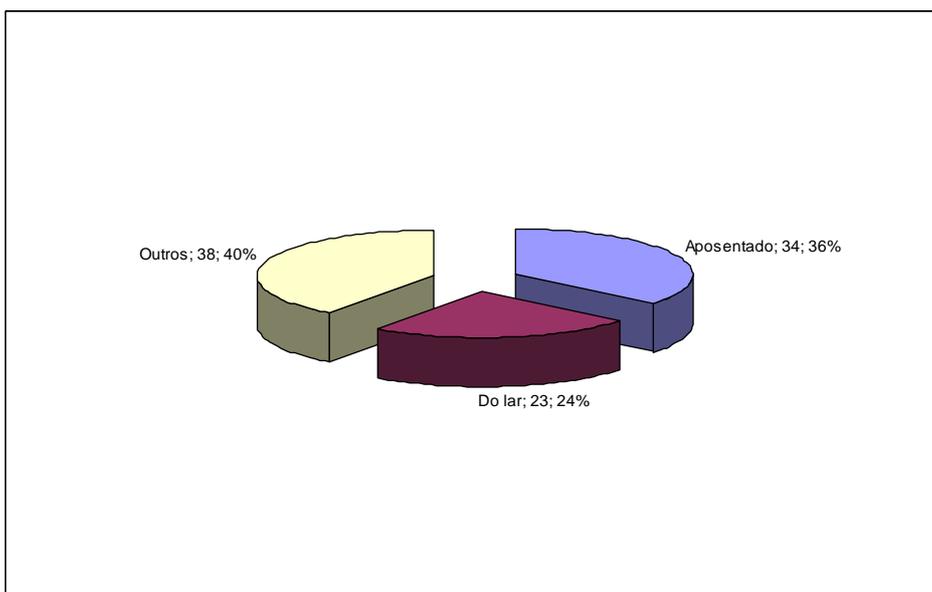


Gráfico-3 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por ocupação.

Em relação ao estado civil, a maioria dos pesquisados é casada, 50 (52,6%) (Graf.4). Também para Rodrigues (2006) e Hildebrandt (acesso 25 de agosto 2009), a maioria dos usuários de psicotrópicos têm companheiro.

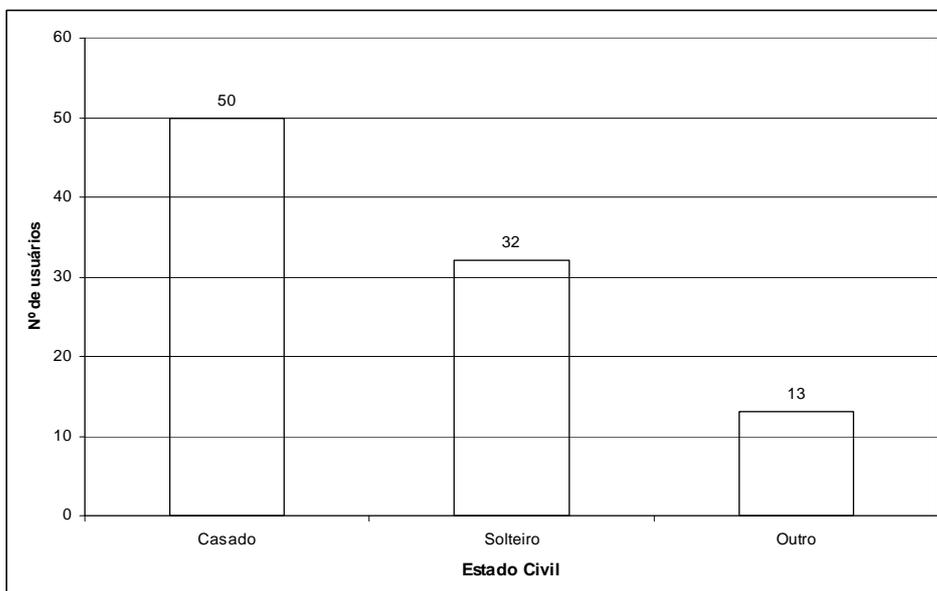


Gráfico-4 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por estado civil.

Quanto à renda familiar, a maior parte dos pesquisados 65 (68,4%) tem renda de 1 a 3 salários mínimos (Graf.5). Esses dados vão ao encontro de Lima *et al* (2008) onde a menor renda associou-se à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicofármacos.

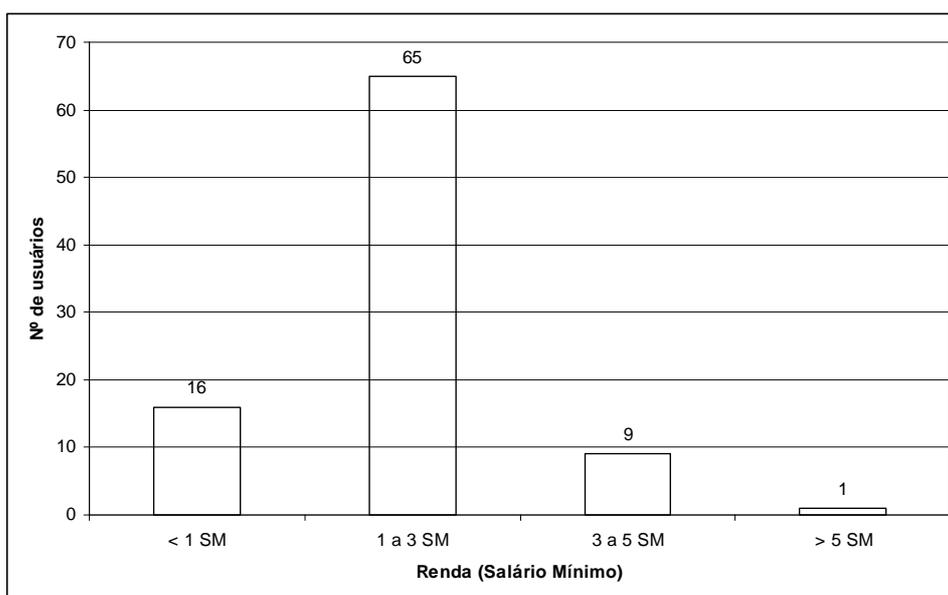


Gráfico-5 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por renda.

Grande parte dos pesquisados (38 (40%)) tem ensino fundamental incompleto (Graf.6). Estes dados traduzem os encontrados por Rodrigues (2006) e Hidelbrandt (2009).

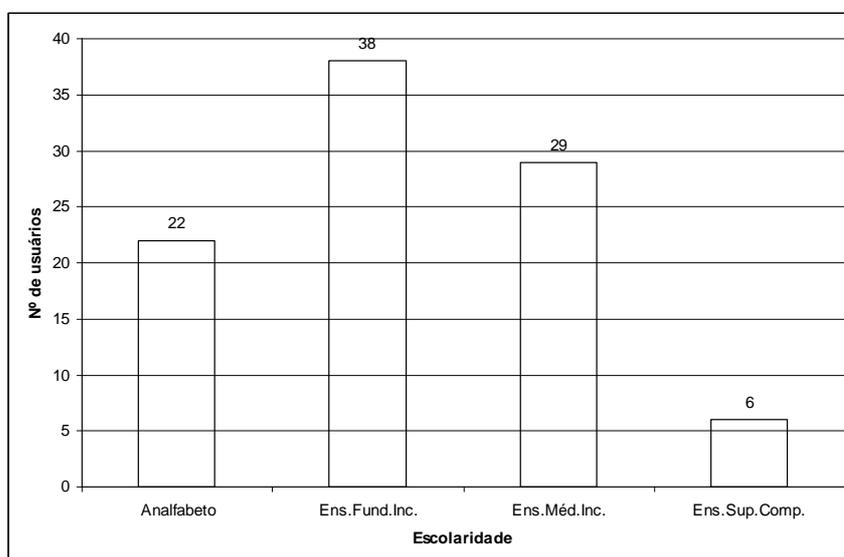


Gráfico-6 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por escolaridade.

A maior parte dos entrevistados faz uso de benzodiazepínicos: 43 (45,2%) (Graf.7). Esses dados não vão de encontro aos de Lima *et al* (2008) em que a maioria dos usuários faz uso de antidepressivos. Já Sougey *et al* (1987) e Holden *et al* (1994), encontraram nos resultados de suas pesquisas o uso de benzodiazepínicos como prevalente.

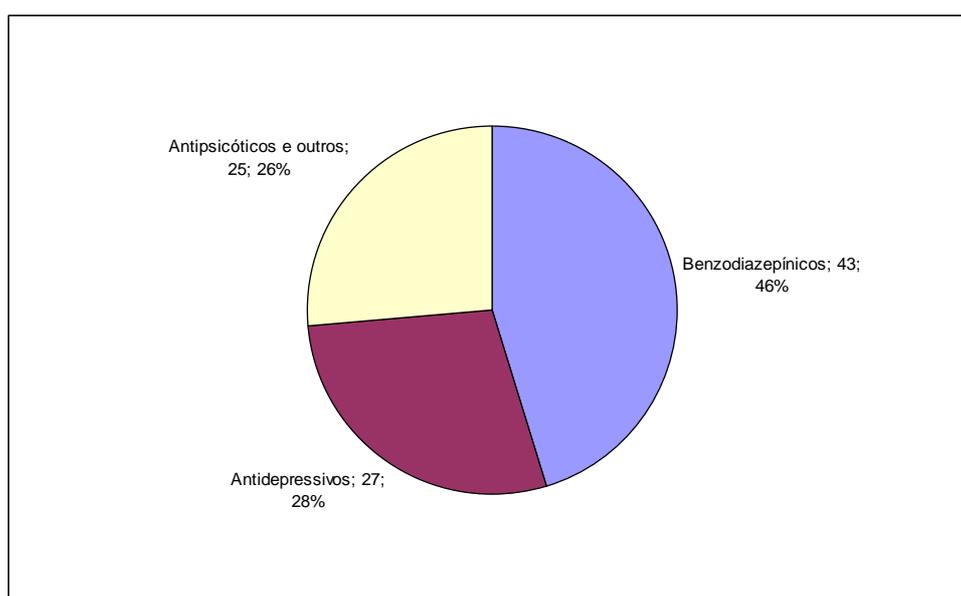


Gráfico-7 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por psicofármaco prevalente.

Em relação à aquisição dos psicofármacos, observou-se que a maioria (77 (81,05%)) dos usuários adquire através do Sistema Único de Saúde (SUS) (Graf.8). Estes dados confirmam os de Rodrigues *et al* (2006), onde predominante foi à aquisição dos medicamentos pelo SUS.

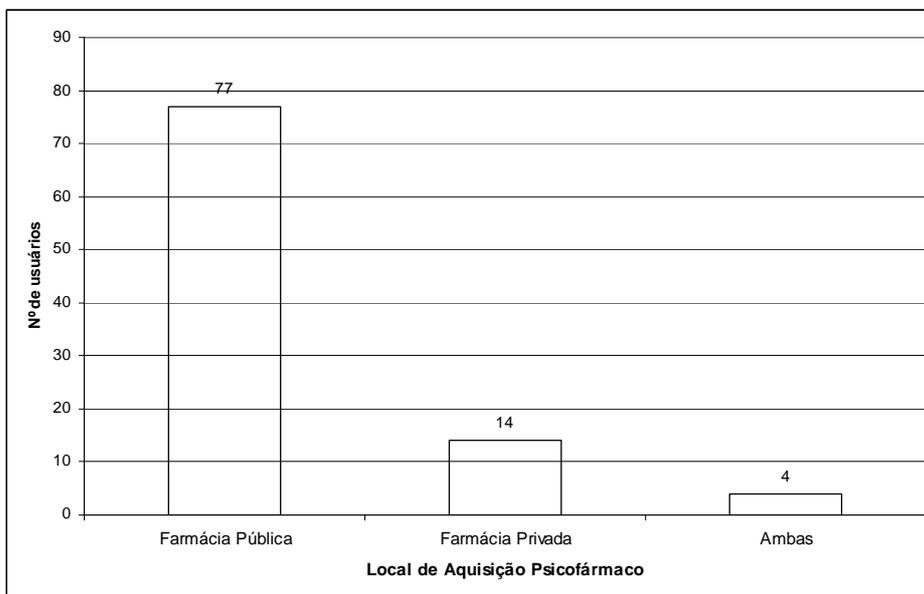


Gráfico-8 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por local de aquisição do psicofármaco.

Quanto ao uso regular dos medicamentos 77 (81,05%) relataram que sim, fazem o uso regular de psicofármaco (Graf.9).

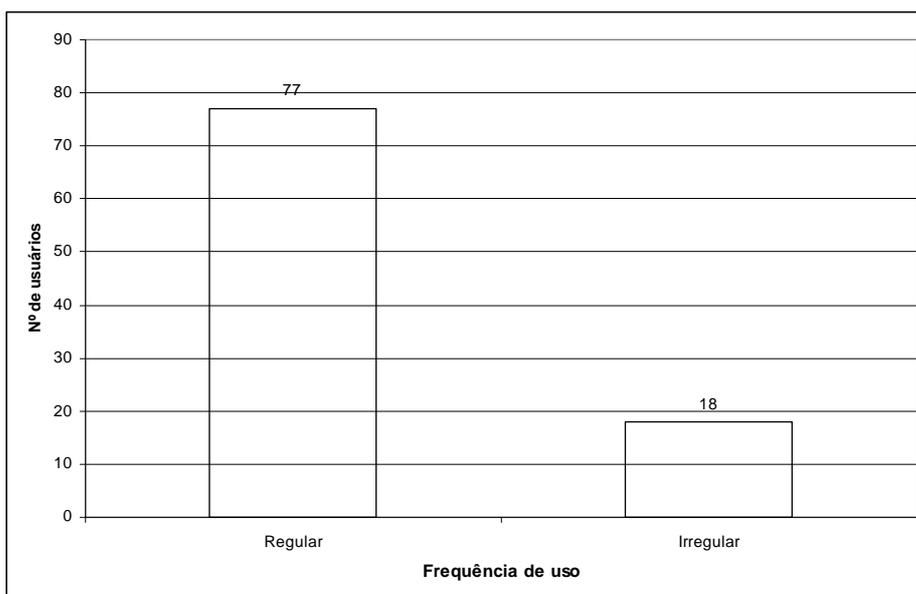


Gráfico-9 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por frequência de uso do psicofármaco.

A maioria dos usuários de psicofármacos, 89 (93,68%) pessoas (Graf.10), começou a usar com indicação médica. Este resultado também foi encontrado por Rodrigues *et al* (2006), em que a maioria das pessoas os usam com prescrição médica.

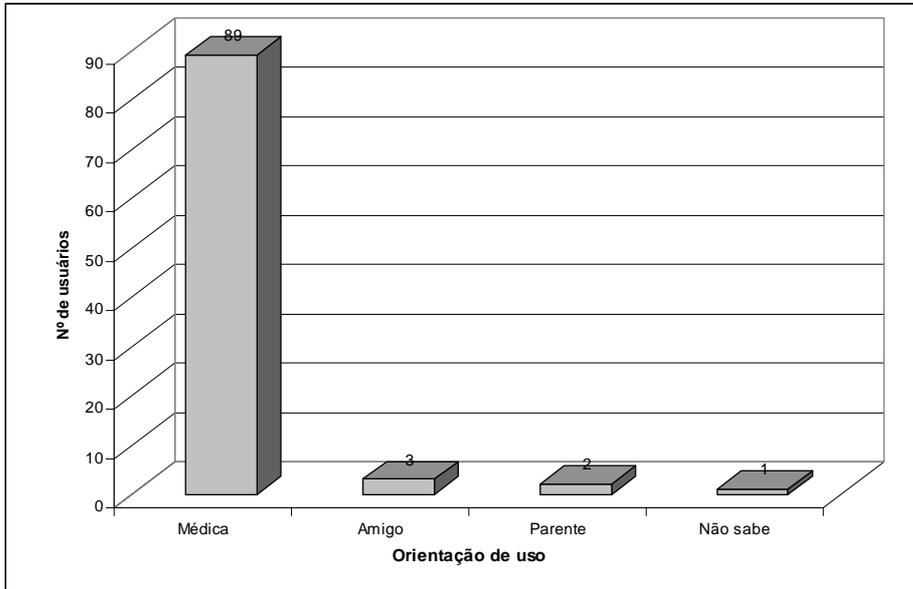


Gráfico-10 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por orientação de uso do psicofármaco.

Grande parte dos usuários iniciou o uso dos psicofármacos há mais de um ano, 29 (30,52%) (Graf.11). A prevalência maior de pessoas fazendo uso de psicofármacos em um curto período de tempo foi corroborado também por Rodrigues *et al* (2006).

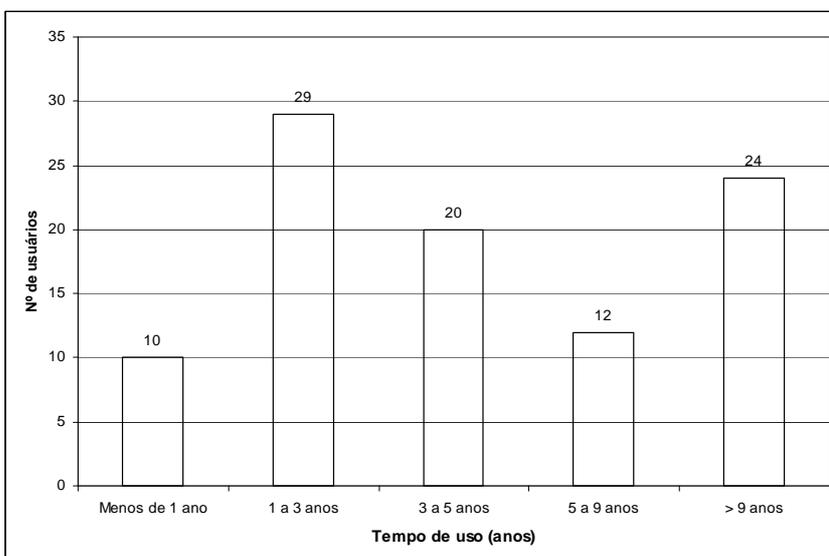


Gráfico-11 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por tempo de uso do psicofármaco.

Após levantamento dos dados, observou-se que 28 (29,47%) pessoas (Graf.12) usam o medicamento por causa de agitação e ansiedade. Para Gal, 1997; Nappo *et al.*, 1998, a causa prevalente para o maior uso de psicofármaco foi igual ao deste estudo: ansiedade e agitação.

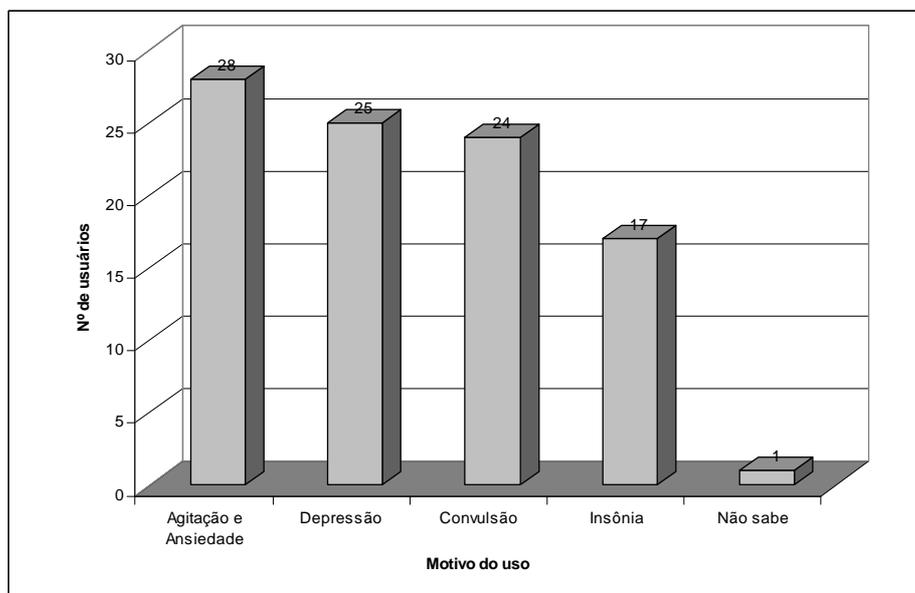


Gráfico-12 Distribuição dos usuários de psicofármacos da E.S.F. Renascer, no município de Presidente Juscelino, MG, no período de outubro a novembro de 2009, por motivo de uso.

7- CONCLUSÃO

Observou-se que há um aumento progressivo do uso de psicofármacos com a idade, sendo este mais comum entre mulheres de baixa escolaridade, e que os mais utilizados são os benzodiazepínicos que são adquiridos pela farmácia do SUS, sendo a ansiedade o principal motivo de uso, a profissão predominante foi aposentados. Acho que estes dados sugerem à necessidade de políticas públicas e ações de promoção de saúde mental direcionada as mulheres, aposentadas e de ações intersetoriais que favoreçam a melhoria nos níveis de instrução da população.

8- REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 10th edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.

ABREU N.H.M., ACÚRIO A.F., RESENDE VLS. **Utilização de Psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v.7, Jan.2000. disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 out. 2009.

BALDESSARINI RJ. **A plea for integrity of the bipolar disorder concept. Bipolar Disord**. 2000 Mar; 2(1): 3-7. between borderline personality disorder and depressive.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual do SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

CARLINI, E.A. *et al* - **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.

EPIDEMIOLOGIC TRENDS IN DRUG ABUSE-ADVANCE REPORT, 2005. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov>>. Acesso em: 20 out. 2009.

GOODMAN & GILMAN: **As Bases Farmacológicas da terapêutica**, [revisão de conteúdo Almir Lourenço da Fonseca].- Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 11.ed . Pag.383. Laurence L. Bruton, John S. Lazo. Keith L. Parker

HOLDEN J.D., HUGHES IM, TREE A. **Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices**. Fam Pract 1994; 11:258-62.

HILDEBRANDT L.M., LEITE M.T., PIOVESAN S.M.S., STUMM L.K.. **Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal de saúde**. Disponível em: <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>. Acesso em: 25 ago. 2009.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte, MG. 2007.

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

SADOCK, BENJAMIN JAMES; SADOCK, VIRGINIA ALCOTT. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SOUGEY, E. B.; CUNHA, M. C. V.; BARRETO, J. A. V.; ACIOLI, M. D. (1987). **Sugestões preventivas da dependência na prescrição de benzodiazepínicos.** **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 36(6): 325-328.

UNODC - United NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2005). World Drug Report, vol. 1 e 2.

9- APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Questionário							
1) Data da entrevista		2) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		3) DN		4) Idade	
5) Tem filho(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quantos?							
6) Qual a sua profissão?		7) Qual sua religião? <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Outra		8) Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Amigado <input type="checkbox"/> Outro			
7) Bairro		<input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Boa Esperança <input type="checkbox"/> Bela Vista <input type="checkbox"/> Tauá <input type="checkbox"/>					
8) Renda Familiar (em salários mínimos)		<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >					
9) Escolaridade		<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> E.F. Incompleto <input type="checkbox"/> E.F. Completo <input type="checkbox"/> E.M. Incompleto <input type="checkbox"/> E.M. Completo <input type="checkbox"/> E.S. Incompleto <input type="checkbox"/> E.S. Completo					
10) Quantas pessoas tem na família?		<input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >					
11) Medicamento em uso		<input type="checkbox"/> Amitriptilina 25 mg cpr <input type="checkbox"/> Biperideno 2 mg cpr <input type="checkbox"/> Carbamazepina 200 mg cpr <input type="checkbox"/> Carbamazepina 20 mg/mL Xe <input type="checkbox"/> Carbonato de Lítio 300 mg cpr <input type="checkbox"/> Clomipramina 25 mg cpr <input type="checkbox"/> Clomipramina 75 mg cpr					
12) Unidade/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
13) Vezes/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
14) Medicamento em uso		Clonazepam 2,5 mg/mL gotas <input type="checkbox"/> Clonazepam 2 mg cpr <input type="checkbox"/> Clorpromazina 100 mg cpr <input type="checkbox"/> Clorpromazina 25 mg cpr <input type="checkbox"/> Diazepam 10 mg cpr <input type="checkbox"/> Diazepam 5 mg cpr <input type="checkbox"/> Fenitoína 100 mg cpr					
15) Comprimidos/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
16) Vezes/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
17) Medicamento em uso		Fenobarbital 100 mg cpr <input type="checkbox"/> Fenobarbital 40 mg/mL <input type="checkbox"/> Fluoxetina 20 mg cáps <input type="checkbox"/> Haloperídon decanoato 50 mg/mL injetável <input type="checkbox"/> Haloperídon 5 mg cpr <input type="checkbox"/> Haloperídon 5 mg/mL injetável <input type="checkbox"/> Haloperídon 2 mg/mL solução oral					
18) Comprimidos/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
19) Vezes/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
20) Medicamento em uso		Imipramina, cloridrato 25 mg cpr <input type="checkbox"/> Nortriptilina 50 mg cáps <input type="checkbox"/> Nortriptilina 25 mg cpr <input type="checkbox"/> Valproato de sódio 57,624 mg/mL xarope <input type="checkbox"/> Valproato de sódio 250 mg cápsula					
21) Comprimidos/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
22) Vezes/dia		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
23) Usa o medicamento diariamente/regularmente?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
24) No horário certo?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
25) Como começou a usar?		<input type="checkbox"/> o.m. <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> vizinho <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/>					
26) Como consegue os medicamentos?		<input type="checkbox"/> farmácia pública <input type="checkbox"/> farmácia privada <input type="checkbox"/> empresa <input type="checkbox"/>					
27) Tem facilidade em conseguir?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
28) Quando começou a usar ? (ano)		<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >					
29) Por que começou a usar?		<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/>					
29) Além de você, quantos familiares usam medicamento controlado?		<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >					
30) Quantas vezes volta ao(à) médico(a) que iniciou a medicação?		<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 a 7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 9 ou >					
31) Por que mantém o uso?							
32) Quais as principais dificuldades em relação ao uso de medicamentos?		<input type="checkbox"/> Esquece de tomar <input type="checkbox"/> Interrompe o to sem o.m. <input type="checkbox"/> substitui sem o.m. <input type="checkbox"/> altera a dosagem sem o.m. <input type="checkbox"/> confunde com outros em uso <input type="checkbox"/> guarda em local inad. <input type="checkbox"/> difícil acesso					
Obrigado(a)!		Entrevistador(a):					