

RAFAEL GOULART

**ESTUDO DO USO DE PSICOFÁRMACOS NA COMUNIDADE
DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2006

RAFAEL GOULART

**ESTUDO DO USO DE PSICOFÁRMACOS NA COMUNIDADE
DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. Tadeu Lemos**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

AGRADECIMENTOS

Quero manifestar meus agradecimentos ao Orientador, Tadeu Lemos, pelos valiosos ensinamentos, à equipe do posto de saúde de Santo Antônio de Lisboa, por sua amizade e dedicação e a todos os familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Desde o surgimento da psicofarmacologia moderna, há cerca de 50 anos, o uso de psicofármacos se disseminou amplamente pelo mundo. Há poucos estudos brasileiros que avaliem a prevalência do uso destas medicações, dados de grande importância para o planejamento de políticas públicas em saúde mental.

Objetivo: Foi realizado um estudo transversal descritivo exploratório, com a finalidade de conhecer o perfil de consumo de psicofármacos dos entrevistados.

Métodos: Foram aplicados 62 questionários, através de visitas domiciliares, a moradores do bairro de Santo Antônio de Lisboa. Correlacionaram-se diversas variáveis demográficas com o uso destas medicações. Investigou-se a percepção subjetiva de melhora das pessoas que utilizaram algum psicofármaco, o tipo de orientação fornecido pelo médico, o impacto destas medicações no relacionamento familiar, a porcentagem de pessoas que fazem tratamento psicológico, entre outras informações.

Resultados: Percebeu-se relação positiva do uso de psicofármacos com o gênero feminino, com as pessoas divorciadas ou desquitadas, com a menor escolaridade e com a atividade de dona de casa. A classe do psicofármaco consumido mais citada pelos entrevistados foi a dos antidepressivos, seguida pelos benzodiazepínicos e anfetamínicos. Dos entrevistados, 27% disseram que algum dos seus familiares faz uso de psicofármaco. Entre aqueles que afirmaram já ter feito uso de psicofármaco, 58% disseram que não foram orientados por seus médicos quanto aos efeitos e riscos destas medicações e 74% relataram que houve melhora do quadro com o uso destes remédios, embora 53% tivessem sentido reações desagradáveis. Quando questionados se alguma pessoa de suas casas faz alguma modalidade de psicoterapia, 8% responderam que sim.

Conclusões: A epidemiologia do uso de psicofármacos em Santo Antônio de Lisboa, em geral, segue os valores de outros estudos. Foi grande o índice de pessoas que disseram não ter obtido orientação por parte dos seus médicos, o que é preocupante. Os entrevistados que foram melhor orientados ao receberem uma prescrição de psicofármaco tiveram maior percepção de melhora do seu quadro e o impacto foi mais positivo na relação com seus familiares. A parcela de famílias em que alguém faz psicoterapia é muito inferior do que se teria indicação.

ABSTRACT

Introduction: Since the beginning of the modern psychopharmacology, 50 years ago, the use of psychotropic drugs has been spread all over the world. There are few Brazilian studies about the prevalence for the use of such drugs, as those data are important for planning new public policies in mental health.

Objective: In order to know the pattern of use of psychotropics an exploratory transversal and descriptive research has been made.

Methods: 62 questionnaires were applied to people in the neighborhood of Santo Antônio de Lisboa. Many demographic variables were correlated to the use of these medications.

The subjective perception of healing on people who used any kind of psychotropic drug, the kind of medical orientation, the impact of those medications on the familiar relationship, the percentage of people who are in psychological treatment, among other information, were investigated.

Results: A positive relation of psychotropic drugs with female people, divorced, with low education and housewives was perceived. The class of the most consumed psychotropic drug cited by the interviewed people was the antidepressant, followed by benzodiazepines and amphetamines. 27% told that at least one of their relatives use psychotropic drugs. Among those people that affirmed they used some kind of psychotropic drug, 58% told they were not oriented by their doctors about the risks and effects of these medications and 74% told they were healed by the use of psychotropics, although 53% of them had collateral effects. 8% answered "yes" when questioned if somebody they live with does any kind of psychotherapy.

Conclusions: The epidemiology of psychotropic consumption in Santo Antônio de Lisboa follows other studies' data. The number of people that said they were not oriented by their doctors was huge, and this is concerning. People who were well-oriented by their doctors healed better than others and the impact on their familiar relationships was improved. The percentage of families in which somebody takes psychotherapy is much lower than it would be indicated.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição por Gênero	26
FIGURA 2 - Distribuição por Faixa etária	26
FIGURA 3 - Distribuição por Grupos étnicos	27
FIGURA 4 - Estado Civil	27
FIGURA 5 - Com quem vive	28
FIGURA 6 - Escolaridade	28
FIGURA 7 - Atividade	29
FIGURA 8 - Religião	29
FIGURA 9 - Classificação Sócio-econômica	30
FIGURA 10 - “Algum familiar seu usa psicofármaco?”	36
FIGURA 11 - Grau de Orientação	37
FIGURA 12 - Percepção subjetiva de melhora ou piora com o tratamento	38
FIGURA 13 – Impacto do psicofármaco no relacionamento familiar	39
FIGURA 14 - “Houve reação desagradável?”	40
FIGURA 15 - Você ou alguém da família faz algum tipo de psicoterapia?	41

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionada ao sexo	30
TABELA 2 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à idade	30
TABELA 3 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado ao grupo étnico.....	31
TABELA 4 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado ao estado civil.....	31
TABELA 5 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado às pessoas com quem se vive.	33
TABELA 6 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à escolaridade.	33
TABELA 7 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à atividade atual.....	34
TABELA 8 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à religião.....	34
TABELA 9 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à classe social.	35
TABELA 10 - Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à classe de psicofármaco.	35
TABELA 11 - Avaliação do tipo de orientação fornecida ao prescrever o psicofármaco.....	37
TABELA 12 - Avaliação da especialidade médica que prescreveu o psicofármaco	38
TABELA 13 - Percepção subjetiva de melhora com o tratamento.	39
TABELA 14 - Avaliação do impacto no relacionamento familiar.....	40
TABELA 15 - Avaliação do impacto no relacionamento familiar, quando utilizado por algum familiar do entrevistado	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
APA	American Psychiatric Association
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos da América
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
IRSS	Inibidores da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
3 OBJETIVO	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Casuística	24
4.2 Critérios de Inclusão	24
4.3 Critérios de Exclusão	24
4.4 Procedimentos	24
4.5 Aspectos Éticos	25
5 RESULTADOS	26
5.1 Análise Demográfica da Amostra	26
5.2 Análise do Uso de Psicofármacos	10
5.3 Prescrição e Orientação	36
5.4 Análise dos efeitos do psicofármaco no indivíduo ou na família	38
5.5 Avaliação da prática de psicoterapia	41
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

NORMAS ADOTADAS.....52
ANEXOS53
ANEXO 1 - Questionário utilizado durante as entrevistas54

1 INTRODUÇÃO

Santo Antônio de Lisboa é um pequeno bairro de Florianópolis, com aproximadamente 3.000 habitantes, situado às margens da Bahia Norte, na região norte da ilha de Santa Catarina. Foi o primeiro núcleo de colonização açoriana da ilha. É habitado há mais de dois séculos por estas famílias, os famosos “manezinhos”.¹ Outro representativo grupo de pessoas que vivem neste local são os imigrantes, provenientes de outras regiões brasileiras e até de outros países, que encontram, no bairro, tranqüilidade e belezas naturais. A principal atividade local é o comércio, além da pesca e do cultivo de ostras e mariscos.²

Apesar de viver neste belo cenário, considerável parcela dos moradores de Santo Antônio apresenta sinais de sofrimento psíquico. Não há dados precisos sobre este fato. Segundo Alves *et al*, a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira está estimada em 20%. Pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) e 19% (São Paulo).³

Os transtornos mentais mais freqüentes na população em geral são os de ansiedade, os depressivos e os psicóticos. Os transtornos de ansiedade são os mais comumente encontrados na atenção primária. É importante saber diferenciá-los da ansiedade fisiológica que, como sintoma isoladamente, de leve a moderada intensidade, apresenta alta prevalência, em torno de 50 a 60%. Constitui-se numa experiência humana universal, que ocorre em resposta a situações de perigo ou ameaças reais, bem como ao estresse e desafios da vida. Passa-se a considerá-la patológica quando se apresenta como uma emoção desagradável ou incômoda, com aumento da intensidade, duração e freqüência, sem estímulo externo apropriado ou proporcional para explicá-la, com prejuízo de desempenho social e profissional da pessoa. Nos EUA, estima-se que no período de um ano, 17% da população apresenta sintomas de ansiedade que poderiam ser caracterizados como um transtorno. Os principais transtornos de ansiedade são os transtornos do pânico, obsessivo-compulsivo, e as fobias. Além destes, há o transtorno de estresse pós-traumático, a reação aguda ao estresse, a ansiedade generalizada e os transtornos de ajustamento com humor ansioso.⁴

Outra condição médica muito comum na atenção primária é a depressão. Este termo tem sido utilizado para denominar duas coisas bem distintas. Uma delas é o sentimento de

tristeza ou infelicidade, analisado por Freud em sua obra “Luto e Melancolia”, que é uma emoção fisiológica decorrente de situações não desejadas, perdas, insucessos, conflitos pessoais. Quando, por exemplo, morre um ente querido, é natural a ocorrência de sentimentos de tristeza, desesperança, visões negativas de si mesmo, da realidade e do futuro. No entanto, são sintomas passageiros, que tendem a desaparecer sem auxílio médico. Segundo Cordioli⁵, a depressão pode ser considerada um transtorno quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais. A depressão foi estimada como a quarta causa de incapacidade nos anos 90 e estima-se que em 2020 será a principal causa nos países em desenvolvimento. Em diversos países, estimou-se que a prevalência de transtornos depressivos em pacientes de cuidados primários é maior que 10%. Na população geral, varia de 3 a 11%. Um estudo multicêntrico demonstrou que no Brasil há grande variação da prevalência de depressão, entre 3% (São Paulo e Brasília) a 10% (Porto Alegre).⁴

São considerados psicóticos os transtornos nos quais a pessoa não consegue diferenciar o que é real e o que é imaginário. Diz-se que há, portanto, uma “perda de contato com a realidade”. É comum pessoas com psicose apresentarem alucinações, como ouvirem vozes, sentirem cheiros, perceberem gostos e outras sensações que não existem. Pode-se também perceber nestes pacientes a presença de delírios, isto é, formação de idéias e crenças estranhas e particulares, como crer que é um novo messias e que irá salvar a humanidade; ou delírios paranóides, como desconfiar exageradamente das pessoas ou pensar que existe um grande complô à sua volta para prejudicá-lo. Outras alterações perceptíveis nas psicoses são as dificuldades em organizar o pensamento. A pessoa pode contar histórias desconexas ou mudar de assunto no meio de uma idéia. Além destas características típicas, pode haver alterações de humor, como perda de interesse pela vida, falta de objetivos; alterações de conduta como agitação e agressividade; afetividade inapropriada como, por exemplo, rir ao falar de coisas muito tristes; alterações do sono e do apetite. Há várias causas para as psicoses, desde o uso de substâncias como álcool e outras drogas, intoxicações, alguns medicamentos, a doenças físicas ou psíquicas.^{4,6,7}

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum.⁷ É caracterizada por apresentar sintomas como alucinações, delírios, processos de pensamentos ilógicos ou incomuns e déficit na expressividade emocional e no funcionamento psicossocial, que alteram a capacidade de trabalho e comprometem as relações interpessoais, por pelo menos 1 mês, segundo a OMS ou por 6 meses, de acordo com a APA.⁴ Acomete cerca de 1% da população. Surge,

normalmente, entre os 15 e os 35 anos. 90% das pessoas em tratamento para esquizofrenia tem de 15 a 55 anos. Não há uma forma única de esquizofrenia. Os sintomas e a evolução do quadro mantêm relação com a classificação na qual se enquadra, podendo ser, de acordo com o DSM-IV, paranóide, desorganizado, catatônico, indiferenciado ou residual. Outros transtornos psicóticos, menos comuns, são: o transtorno esquizofreniforme, cujos sintomas são semelhantes aos da esquizofrenia, mas não duram tempo suficiente para serem classificados como tal; o transtorno esquizoafetivo, onde se associam aos sintomas da esquizofrenia sintomas dos transtornos de humor; o transtorno delirante, semelhante à esquizofrenia, mas como sintoma predominante os delírios; e o transtorno psicótico breve, em que os sintomas, semelhantes aos da esquizofrenia, duram apenas de 1 a 30 dias.⁷

Teixeira realizou um estudo, em 1997, que avaliou a prevalência de transtornos mentais em duas comunidades de Florianópolis. Encontraram-se as seguintes prevalências, no Rio Vermelho e no Saco dos Limões, respectivamente: Esquizofrenias, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes: 0,45% e 0,88%; Transtornos de humor (afetivos): 3,92% e 7,46%; Transtornos Neuróticos Relacionados ao Estresse (transtornos de ansiedade) e Somatoformes: 6,86% e 10,96%. No mesmo estudo, avaliou-se a prevalência destes transtornos na população açoriana, em comparação à não açoriana, não tendo encontrado diferença estatisticamente significativa, apenas uma tendência, para baixo, de os açorianos apresentarem algum transtorno. Chegou-se, ainda, às seguintes conclusões: “o modo de vida urbano no Saco dos Limões não predispõe a um índice mais elevado de transtornos mentais, quando em comparação com o modo de vida “rural” do Rio Vermelho”; o estado civil não apresenta relação com a prevalência de transtornos mentais, tampouco a renda familiar mais baixa, a menor escolaridade, ou a faixa etária mais elevada. Segundo o autor, a escassez de informações nesta área dificulta fortemente o planejamento de políticas públicas de saúde mental em Florianópolis.¹

Um estudo Realizado de junho a setembro de 2003, no posto de saúde de Santo Antônio de Lisboa, avaliou a demanda por atendimentos em saúde mental e a prescrição de psicofármacos. Segundo Sandri, neste curto espaço de tempo, houve necessidade de se fazerem 47 encaminhamentos a profissionais como: psiquiatra, psicólogo, homeopata e acupunturista, por algum sinal de sofrimento psíquico, representando 4% do total de atendimentos. Das consultas em que foram detectados sinais de sofrimento mental, 31% relatavam queixas de ansiedade, 32% de depressão, 6% uso abusivo de álcool, 4% uso crônico de ansiolítico ou antidepressivo e 8% já faziam tratamento para quadro de psicose. Observou-se que os pacientes usuários crônicos de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, em

geral, não faziam ou nunca haviam feito acompanhamento, sendo a medicação a única terapêutica utilizada.²

A equipe do posto de saúde sentia importante dificuldade em lidar com essas questões de saúde mental. Com o objetivo de discutir esses problemas e buscar soluções, criou-se, em 2003, o “Grupo de Saúde Mental”, formado por membros da equipe de saúde, representantes das associações da comunidade, moradores da região, alunos da UFSC, médico psiquiatra, psicóloga e convidados de outras comunidades e associações. Posteriormente, o grupo passou a ser chamado “Conselho de Saúde Mental”, para não ser confundido com um grupo de terapia.^{2,3}

Coordenado pela médica do posto, Dra. Sandra Sandri, o Conselho se reunia quinzenalmente e discutia diversos temas relacionados à saúde mental, principalmente na atenção primária, que envolve os transtornos ansiosos, de humor, as psicoses, o abuso de psicofármacos e a dependência química.^{2,3}

Um dos temas que gerou importante discussão foi o uso de psicofármacos. Estimava-se que a prevalência do seu uso era alta e a equipe de saúde se queixava de dificuldades para lidar com esse fato.³

A partir de um convite da médica do posto de saúde, iniciou-se, em 2004, uma intervenção comunitária nesta temática. Foi, então, idealizado por estudantes de Medicina da UFSC, sob a orientação do Prof. Dr. Tadeu Lemos, um projeto de extensão universitária denominado Uso de Psicofármacos na Comunidade de Santo Antônio de Lisboa: Uma Abordagem Comunitária e Interdisciplinar. Tinha-se como objetivo inicial o desempenho de ações de cunho informativo e preventivo na comunidade, bem como a capacitação de integrantes da equipe de saúde da região acerca de saúde mental, especialmente sobre psicofármacos. Contou-se com o apoio do Conselho de Saúde Mental, somando esforços aos já realizados.³

Inicialmente, trabalhou-se com os agentes comunitários de saúde, que apresentaram muito interesse pelo tema. Levantaram várias dúvidas sobre como lidar com as pessoas usuárias dessas medicações, e com pessoas com problemas como depressão, pouco receptivas a visitas. Foram discutidos temas relativos aos psicofármacos e a alguns transtornos mentais.³

Em seguida, reuniu-se com a médica do posto e com um psiquiatra. Foram discutidas, especialmente, as indicações de psicofármacos em atenção primária, os riscos de dependência destas drogas e a dificuldade em lidar com usuários crônicos destas medicações.³

Pensou-se em criar um grupo específico na comunidade com usuários de psicofármacos, para discutir questões pertinentes ao tema. Porém, devido ao pequeno

interesse por parte dos membros da comunidade e da falta de horário disponível da equipe de saúde para gerenciar mais um grupo, a idéia não se concretizou. Decidiu-se, então, trabalhar o tema com grupos já existentes em Santo Antônio, como os grupos de diabéticos, hipertensos e idosos.³

Houve capacitação com o orientador do projeto sobre alguns temas em saúde mental e sobre o uso de psicofármacos e passou-se a freqüentar as reuniões destes grupos. Discutiram-se questões relacionadas ao uso destes medicamentos, alguns sintomas mentais, traços de personalidade normais que podem ser confundidos com transtornos, e outros temas. Além disso, atuou-se nas atividades próprias de cada grupo, como aferição da pressão arterial ou da glicemia capilar e de atividades recreativas.³

Durante o projeto de extensão, ficou evidente a carência de informações mais precisas sobre o consumo de psicofármacos naquela localidade. Não se sabia se o uso de psicofármacos era exagerado, nem como a população tem acesso a estas drogas. Decidiu-se, então, realizar um levantamento de dados, através de visitas domiciliares, para avaliar o padrão de uso de psicofármacos e das drogas de abuso em Santo Antônio de Lisboa.³

O presente trabalho se propõe a analisar os dados coletados, referentes ao padrão de uso de psicofármacos e compará-los com a literatura. Espera-se que estas informações possam contribuir para o planejamento das ações de saúde na comunidade de Santo Antônio de Lisboa, bem como para a elaboração de políticas públicas de saúde mental para o município de Florianópolis.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Psicofármacos são os medicamentos que atuam no sistema nervoso central (SNC), interferindo com seu funcionamento, com a cognição e o comportamento. São utilizados por diversas especialidades médicas, em especial pela psiquiatria e pela neurologia. Existem vários tipos de medicamentos psicofármacos. Os principais são: os ansiolíticos ou tranquilizantes, usados principalmente para o controle da ansiedade; os anti-depressivos e estabilizadores do humor, para tratar transtornos de humor como a depressão ou a síndrome bipolar; os neurolépticos, usados para controlar as alterações da percepção, tendências agressivas, as ilusões e as alucinações; os anti-epiléticos, que controlam o surgimento das crises convulsivas e outros sintomas da epilepsia; e há ainda os anorexígenos, utilizados para o tratamento de obesidade.^{8,9,10}

Entre os psicofármacos, há substâncias que apresentam importante ação reforçadora e que, por isso, podem causar dependência. Estas substâncias são denominadas psicotrópicos. Engloba, portanto, além de alguns medicamentos psicofármacos, as drogas de abuso, legais ou não, como o álcool, fumo, maconha, cocaína, cola, entre outras.¹⁰

Na história da medicina ocidental, há relatos bastante antigos sobre o uso de substâncias psicoativas para o tratamento de perturbações mentais, como a utilização de cânfora por Paracelsus, no século XVI, para curar pessoas “lunáticas”.¹¹ O uso destas drogas, no entanto, só se intensificou no século XX, após a fundação da psicofarmacologia moderna, com os trabalhos de Emil Kraepelin.¹²

Até o fim da década de 40, o arsenal de psicofármacos ainda era muito reduzido. Limitava-se a drogas hipnótico-sedativas de forte poder depressor do sistema nervoso central, como o brometo de sódio, o amital sódico e o “somnifen” (uma mistura à base de ácidos dietil e dipropenil-barbitúrico). Além destes, se usavam preparados à base de ópio, como o “laudanum” (composto de vermute, ervas e ópio). Por serem muito pouco seletivas, estas drogas causavam intensos efeitos adversos como apatia, embotamento afetivo, sonolência, diminuição da memória e, em altas doses, até parada do centro respiratório e coma.¹³

Os psicofármacos ditos modernos surgiram após a Segunda Guerra Mundial. O primeiro relato do uso do Lítio para tratar mania é de 1949, prescrito por Cade. O uso da clorpromazina, para reduzir sintomas psicóticos, foi descrito primeiramente pelos franceses Jean Delay e Pierre Deniker, em 1952. Em 1954 foi publicado um estudo em Nova Iorque,

por Nathan S. Kline, relatando os efeitos antipsicóticos da reserpina (posteriormente descartada por causar depressão com risco de suicídio, intensa sedação e hipotensão). Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato, que surgiu em 1954, e o clordiazepóxido, de 1957, seguidos por uma ampla gama de benzodiazepínicos. O primeiro anti-depressivo IMAO foi a iproniazida. Usada para tratar tuberculose, percebeu-se que causava melhora no “ânimo” e surtos de euforia. Após estudos de Crane e Kline em 1956 e 1958, respectivamente, passou-se a usá-la para o tratamento de depressão em ambiente hospitalar. O primeiro anti-depressivo tricíclico foi a imipramina, que surgiu das pesquisas por novos anti-histamínicos, em 1958.^{13,14}

Ao fim da década de 50, já havia representantes das principais classes de psicofármacos: anti-depressivos (imipramina e iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido), antipsicóticos (clorpromazina, reserpina e haloperidol) e estabilizadores de humor (lítio).^{13,14}

Desde então, o arsenal destes medicamentos se ampliou. Surgiram várias drogas do mesmo grupo das já existentes, a exemplo dos incontáveis benzodiazepínicos (diazepam, lorazepam, etc) e dos anti-depressivos tricíclicos, como a amitriptilina. Além destas, passou-se a utilizar drogas com perfil de ação diferente das anteriores como, por exemplo, os anti-depressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina: fluoxetina, paroxetina, entre outros; novos ansiolíticos, como a buspirona; e novos antipsicóticos, a exemplo dos “atípicos”. Estas novas drogas não são significativamente mais eficazes que os primeiros psicofármacos e podem custar mais caro. No entanto, estão se tornando mais seletivos, isto é, agem com maior especificidade, interferindo em menos vias neurais. Há, portanto, uma tendência a se diminuírem os efeitos indesejados, garantindo maior aderência ao tratamento e menor necessidade de cuidados adicionais.^{9,13,14}

Em seguida, são descritas as três principais classes de psicofármacos hoje utilizados na medicina:

Antidepressivos, são principalmente utilizados para o tratamento dos transtornos de humor, embora alguns tenham efeito também em transtornos ansiosos, como os inibidores da recaptção de serotonina, que têm sido usados para tratar o Transtorno do Pânico, ou a amitriptilina, antidepressivo tricíclico, que, em baixas doses, é usada para o tratamento da fibromialgia e de outras causas de dor crônica, por diminuir o limiar da dor. Há 3 classes de antidepressivos: os IRSS, os IMAO e os tricíclicos. Em geral, os representantes das três classes têm boa eficácia. Os efeitos colaterais são inúmeros e variam entre os vários medicamentos.^{5,7,10}

Ansiolíticos são as drogas especialmente utilizadas para controlar os sintomas ansiosos. Os principais ansiolíticos são os benzodiazepínicos. Nas últimas décadas, têm cedido lugar aos antidepressivos no tratamento de muitos transtornos de ansiedade, como no caso do transtorno do pânico, supracitado, e no caso do transtorno de ansiedade generalizada. Os ansiolíticos são ainda utilizados na fobia social e no transtorno de ajustamento, quando existem ansiedade ou insônia intensas, por breve período; no tratamento da insônia, por tempo limitado; como coadjuvante no tratamento de diferentes formas de epilepsia; no *delirium tremens*; no tratamento de mania aguda; na anestesia pré-operatória, na sedação para endoscopia; entre outros. Os benzodiazepínicos podem apresentar como efeitos colaterais sedação, fadiga, perda de memória, sonolência, incoordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, com aumento do risco para acidentes de carro ou no trabalho. Quando utilizados em altas doses e por período prolongado, podem causar dependência, especialmente os de meia vida curta.^{5,7,10}

Antipsicóticos ou neurolépticos são os psicofármacos utilizados para tratar os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia ou os transtornos delirantes. Também utilizados em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor; na depressão psicótica em associação com antidepressivos; em episódios psicóticos breves; em psicoses induzidas por drogas; psicoses cerebrais orgânicas; no controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência; e no tratamento do transtorno de Tourette. Podem apresentar vários efeitos colaterais, como os efeitos extrapiramidais (acatisia, distonias e discinesias), endócrinos (galactorréia, amenorréia, desencadeamento do diabetes), hipotensão ortostática, taquicardia, sedação, sonolência, tonturas e ganho de peso, além de constipação intestinal e disfunções sexuais. Em geral, os antipsicóticos ditos atípicos, causam menos efeitos colaterais e são melhor tolerados.^{5,7,10}

Nas últimas três décadas, o uso destas medicações se disseminou amplamente, causando grande impacto na sociedade, com grande relevância sociológica, econômica e sanitária, tendo se tornado uma importante questão de saúde pública.^{14,15,16} De acordo com Rodrigues¹⁶, a utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais e, até mesmo, em alguns países orientais. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

Segundo a OMS, os medicamentos destinados ao tratamento das doenças mentais ocupavam, em 1985, o 9º lugar entre os mais vendidos mundialmente, representando 6,9% das vendas.¹²

Uma das conseqüências quantificáveis deste fenômeno foi a inversão da tendência de crescimento do número de leitos e do período de internação em hospitais psiquiátricos. Por exemplo, o número de pacientes hospitalizados por psicose nos EUA, em 1954, era de 554.000, tendo diminuído para 77.000 em 1993.⁹ A evolução da psicofarmacologia desempenhou, portanto, importante papel na consolidação da Reforma Psiquiátrica, aliada à evolução da psicologia e à luta dos movimentos sociais a favor dos direitos humanos.^{9,12,14}

Infelizmente, estas medicações trouxeram também problemas. Há vários estudos indicando uso nocivo (abuso) e dependência destes remédios.^{2,17,18,19,20} Segundo a OMS, o uso nocivo se define como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, física ou mental.²¹ O uso excessivo é considerado nocivo. “Só no Brasil, em 1986 consumiram-se 500 milhões de doses diárias de tranqüilizantes, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) representava uma quantidade três vezes superior às suas necessidades”⁷ Dependência é caracterizada quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos.²¹

Devido a estas questões, inúmeros países adotaram medidas específicas para regulamentar a produção, distribuição, acesso, prescrição e venda das medicações.¹²

Os EUA são um dos países que mais consomem psicofármacos no mundo. De acordo com Abreu²², nos Estados Unidos, 8 milhões de pessoas apresentam alguma doença mental e, destas, aproximadamente 2 milhões fazem uso de farmacoterapia. Estudos mostram que de 10% a 20% das receitas passadas nos Estados Unidos são de psicofármacos, sendo que o diazepam foi o fármaco mais prescrito nos Estados Unidos em 1978 e 1979. Mais recentemente, é verificada uma mudança no padrão de prescrição de psicofármacos nos Estados Unidos, com maior utilização de antidepressivos.

Estima-se que, em 1997, foram consumidos 42 milhões de comprimidos de metilfenidato, por crianças de 5 a 12 anos, no Canadá, com uma média de 15 comprimidos por criança ao ano. Esta droga tem sido amplamente utilizada para tratar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, inclusive em crianças abaixo de 2 anos, o que é controverso e tem sido muito questionado por vários especialistas.^{23,24}

Um estudo recente, realizado em 6 países europeus, relata que 12% dos entrevistados referiram o uso de algum psicofármaco nos 12 meses antecedentes à entrevista. Os

ansiolíticos foram as drogas mais usadas (9,8%), seguidos pelos anti-depressivos (3,7%). Detectaram-se várias práticas inadequadas no uso destas medicações. Por exemplo, das pessoas que sofrem de algum transtorno mental por 12 meses, apenas 36,2% fizeram uso de psicofármacos. Entre aqueles que apresentavam diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior por ao menos 12 meses, apenas 21,2% fizeram uso de antidepressivos no período. Ao analisar o uso exclusivo de psicofármacos nestes pacientes, a situação foi mais grave: 18,4% utilizavam isoladamente ansiolíticos, enquanto apenas 4,6 usaram exclusivamente antidepressivos, em total discordância com o que sugere a literatura.¹⁵

No Brasil, as investigações epidemiológicas de base populacional ainda são limitadas, especialmente as dedicadas à saúde mental, e são ainda mais raras as que pesquisam o uso de psicofármacos. O pequeno número de informações nesta área obriga o planejamento de saúde a fazer estimativas ou a utilizar dados internacionais, muitas vezes incoerentes com a realidade nacional. Felizmente, o número de estudos dessa natureza tem aumentado nas últimas décadas.^{12,25}

Entre 1976 e 1978 realizou-se um estudo em São Paulo, que avaliou a prevalência do uso de psicofármacos nos 12 meses anteriores ao estudo em 12%. Os mais utilizados foram os ansiolíticos, em sua grande maioria benzodiazepínicos, representando 86% do total de drogas psicoativas consumidas. O consumo foi maior nas mulheres e nas pessoas com mais 44 anos.²²

Entre 1988 e 1989, no estado do Rio de Janeiro, um estudo detectou a prevalência do uso de psicofármacos em 5% dos entrevistados no mês antecedente ao estudo. Os benzodiazepínicos foram os mais utilizados, somando 85% do total. O uso também foi mais comum entre as mulheres e tendeu a crescer de acordo com a idade.¹²

Realizou-se um estudo na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em junho de 1997, que aferiu a prevalência do uso de psicofármacos pelos pacientes atendidos no serviço de odontologia. 10% dos pacientes referiam uso de algum psicofármaco nos 12 meses que antecederam a entrevista. Os ansiolíticos, somando 40% do total, foram os mais utilizados. Encontrou-se relação de maior uso com o sexo feminino e com o aumento da idade.²²

Em 1994, em Pelotas, encontrou-se uma prevalência do uso destes medicamentos de 11,9% nas duas semanas antecedentes ao estudo. Os mais utilizados foram os benzodiazepínicos. Semelhante aos estudos anteriores, a prevalência foi maior entre mulheres e idosos. Em 2003, realizou-se estudo semelhante na mesma comunidade, para avaliar as mudanças na utilização destes medicamentos. Não houve mudanças significativas: do total de

entrevistados 9,9% disseram fazer uso de algum psicofármaco. O uso destas medicações demonstrou-se mais relacionado ao sexo feminino, ao aumento da idade, ao diagnóstico de hipertensão e à maior utilização de serviços de saúde. 8% das pessoas continuavam a usá-los sem receita médica.¹⁶

Alguns estudos brasileiros avaliam o uso abusivo de psicofármacos, como um estudo realizado em Campinas, 1998, que avaliou o uso de psicotrópicos entre estudantes. Encontrou-se uma prevalência de 1,1% do uso não médico de benzodiazepínicos.²⁰ De acordo com Dalpizzol, os anfetamínicos estão, junto dos anabolizantes, entre os medicamentos mais utilizados como drogas de abuso.¹⁹

Segundo o I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID, em 2001, nas 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, a porcentagem de dependentes de benzodiazepínicos foi de 1,1%, o que representa 530.000 pessoas que fazem uso desses medicamentos sem prescrição médica. Estimou-se, também, que 704 mil pessoas fizeram uso na vida de estimulantes, representando 1,5% da população estudada, dados inferiores aos observados no Reino Unido (9%), Chile (5,4%), EUA (6,6%), Dinamarca (4%) e na Espanha (2%) e quase o dobro do observado na França e na Finlândia (0,7%). O uso de barbitúricos sem receita médica foi estimado em menos de 1%. No mesmo estudo, cerca de 40% das pessoas afirmaram ser fácil conseguir benzodiazepínicos. Semelhante porcentagem foi referida em relação à possibilidade de obterem anfetamínicos, subindo para 50% na faixa etária de 25 a 34 anos. Alguns dados foram levantados em relação ao uso de orexígenos (estimulantes do apetite): 4,3% dos entrevistados relataram uso, o que corresponderia a uma população estimada de mais de 2 milhões. Embora estes medicamentos não sejam sujeitos a controle de venda por não serem considerados psicotrópicos, eles podem causar importantes efeitos colaterais como sonolência, sedação, tontura, incoordenação motora e, com doses elevadas, excitação associada a distúrbios sensoriais.²⁶

O uso abusivo destes medicamentos pode ser agravado, no Brasil, pela facilidade de acesso a esses produtos, haja vista o grande número de drogarias e farmácias e as distorções éticas e legais praticadas por muitos estabelecimentos.¹⁷

Em 1999, realizou-se um estudo para analisar a prescrição e dispensação de medicamentos psicofármacos, através de receitas ou notificações retidas em alguns estabelecimentos de dois municípios de São Paulo. Das 108.215 prescrições analisadas, 76.954 eram de benzodiazepínicos, 26.930 de anorexígenos, 3540 de opiáceos e 788 de outras drogas. O benzodiazepínico mais receitado foi o diazepam. Em relação ao gênero, as

mulheres foram quem mais receberam estas medicações. O estudo encontrou vários indícios de práticas inadequadas no sistema de prescrição desses medicamentos e atentou para a necessidade de ampla revisão no sistema de controle destas substâncias no país.¹⁷

Segundo De Lima, o acesso aos psicofármacos e aos serviços de saúde mental, no Brasil, não é equitativo: “o Brasil é marcado por extremas desigualdades na distribuição de riqueza, com os 20% mais ricos possuindo o equivalente a 26 vezes a riqueza dos 20% mais pobres. Estas desigualdades também são vistas no serviço de saúde.”²⁷ No Brasil, com a inclusão de alguns psicofármacos na rede de distribuição do SUS, amenizaram-se estas diferenças.¹⁶ No entanto, em relação ao acesso a profissionais e serviços especializados em saúde mental, as disparidades ainda são muito grandes. Por exemplo, a demanda por consultas com psiquiatras e psicólogos da rede pública de saúde é muito maior do que a oferta.²

3 OBJETIVO

1. Estimar a prevalência e conhecer o perfil de consumo de psicofármacos no bairro de Santo Antônio de Lisboa, através da análise de dados coletados em visitas domiciliares.

2. Analisar e refletir sobre o perfil de consumo de psicofármacos naquela localidade considerando a demanda por atendimentos em saúde mental e a prescrição de psicofármacos no posto de saúde do bairro e comparar os dados com a literatura.

3. Refletir sobre a importância do conhecimento em saúde mental na formação do médico generalista.

4. Contribuir no planejamento das ações de saúde na comunidade de Santo Antônio de Lisboa, bem como na elaboração de políticas públicas de saúde mental no município de Florianópolis.

4 METODOLOGIA

4.1 Casuística

Foi realizado um estudo transversal descritivo exploratório, no bairro de Santo Antônio de Lisboa, na região norte da ilha de Florianópolis, que possui cerca de 3000 habitantes. Foram entrevistadas 62 pessoas, através de visitas domiciliares de agosto a novembro de 2004.

4.2 Critérios de Inclusão

Participaram do estudo as pessoas com mais de 18 anos, que aceitaram participar do estudo.

4.3 Critérios de Exclusão

As pessoas com menos de 18 anos completos e aqueles que não aceitaram participar do estudo, foram excluídos.

4.4 Procedimentos

Elaborou-se um questionário como roteiro da entrevista domiciliar baseado no SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) do *U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service*, traduzido adaptado e validado para as condições brasileiras pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.²⁸

Os questionários foram aplicados por cinco entrevistadores, alunos do projeto de extensão supracitado, previamente capacitados pelo orientador do projeto para a abordagem domiciliar e a realização das entrevistas. Para a seleção das famílias a serem entrevistadas, entrou-se em contato com a secretaria de saúde de Florianópolis, onde se obteve cópia do

mapa de Santo Antonio de Lisboa. Marcou-se no mapa uma linha, que iniciou no seu ponto superior esquerdo e seguiu margeando as ruas sempre à esquerda. Os quarteirões que estavam no meio do mapa, foram marcados no seu ponto superior esquerdo, a partir do qual marcaram-se linhas, sempre à esquerda. Seguindo a linha, aplicava-se a entrevista a uma casa, e pulavam-se 3. No caso de não haver alguém na casa selecionada, escolhia-se a casa seguinte.

O questionário foi aplicado sempre ao primeiro membro da família que atendeu ao entrevistador, desde que fosse maior de idade. Caso fosse menor de idade, o entrevistador pediria para conversar com alguém com mais de 18 anos, e o questionário seria aplicado à pessoa que comparecesse.

Os dados da pesquisa foram digitados na planilha do Microsoft Excel, onde foram analisados com as ferramentas de filtro e classificação.

4.5 Aspectos Éticos

Os dados utilizados fazem parte de amostra coletada para o estudo nacional do CEBRID, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), cujo coordenador em Santa Catarina é o orientador deste trabalho.

5 RESULTADOS

5.1 Análise demográfica da amostra

Das 62 entrevistas realizadas houve uma predominância na amostra do gênero feminino, de 58%, contra 42% do gênero masculino (fig. 1). A maioria dos entrevistados estava na faixa dos 25 aos 64 anos, conforme apresentado na figura 2.

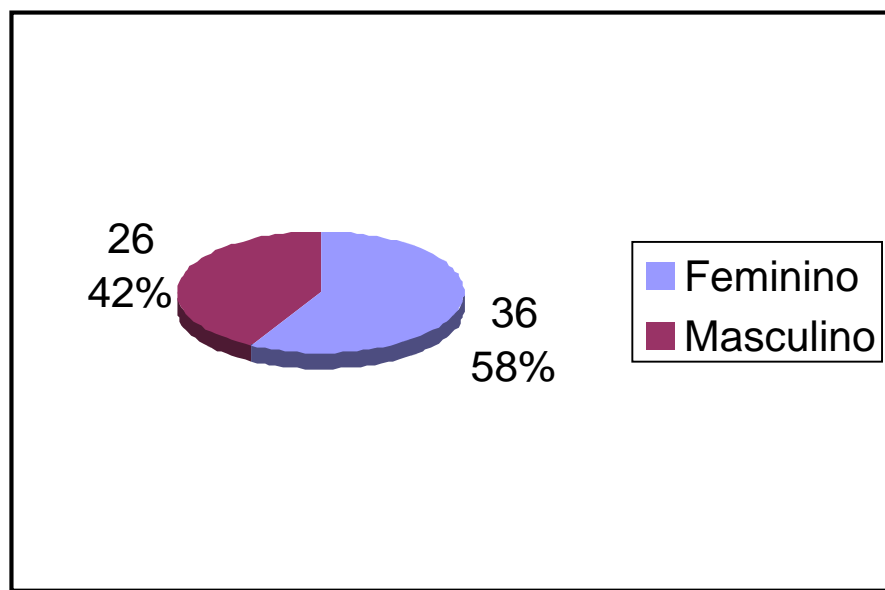


Figura 1 - Distribuição por Gênero

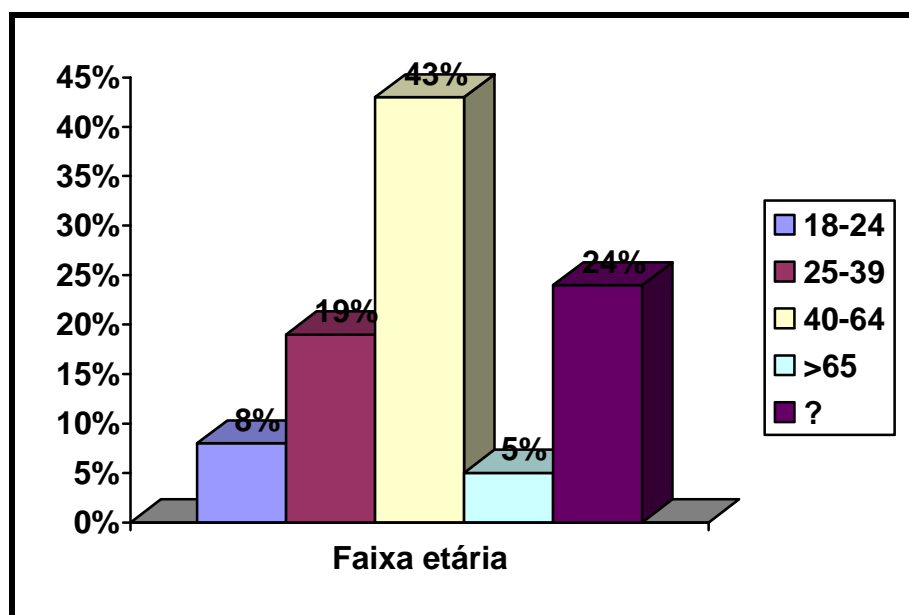


Figura 2 - Distribuição por faixa etária (não se aferiu a idade de 15 entrevistados)

O Grupo étnico predominante foi dos caucasóides, representando 86% da amostra. Quatro entrevistados se definiram como mulatos e outros quatro como negros. Apenas um disse ser índio (fig. 3). A maior parte das pessoas, 62%, relataram ser casadas. Encontrou-se um índice de solteiros de 28%, divorciados 8% e de viúvos 2% (fig. 4).

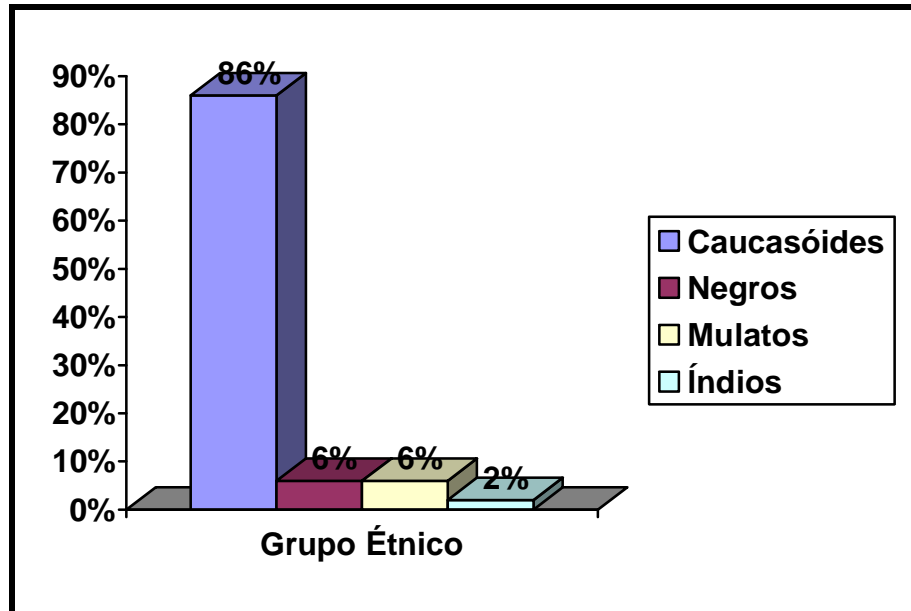


Figura 3 - Distribuição por Grupos étnicos

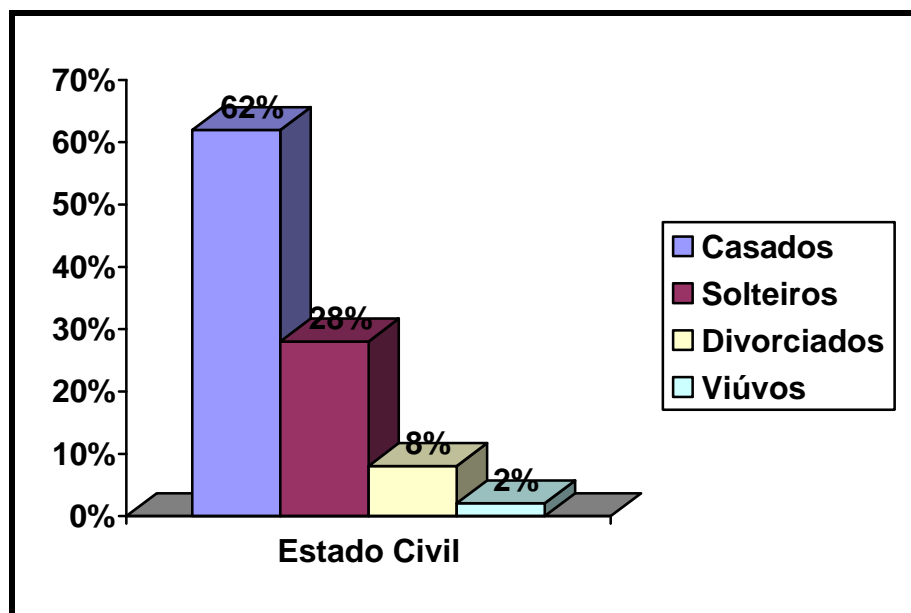


Figura 4 - Estado Civil

A maioria dos entrevistados segue o modelo de vida familiar: 67% afirma viver com familiares e 21% com companheiro ou companheira (fig. 5).

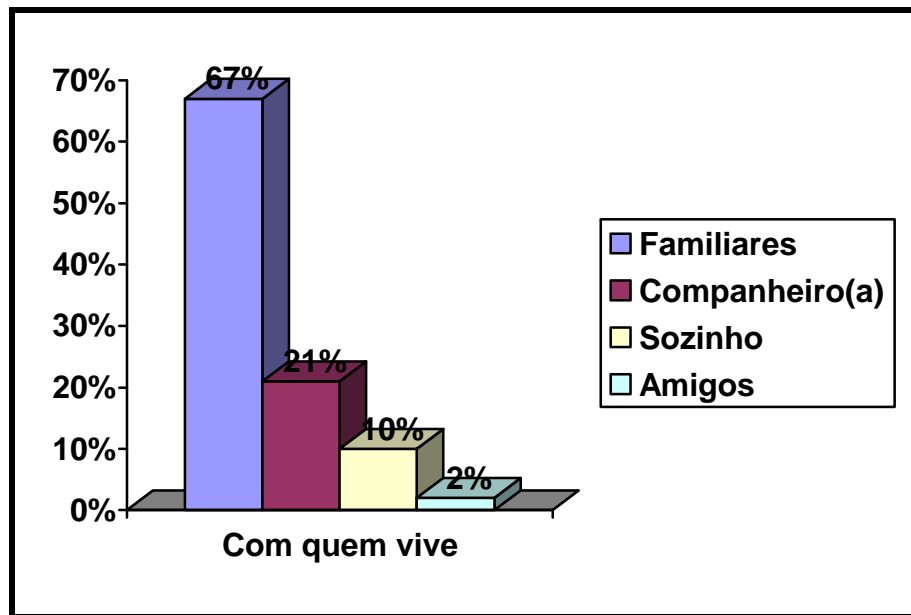


Figura 5 - Com quem vive

Durante a entrevista, usou-se uma classificação da escolaridade de 8 níveis. Para efeitos práticos, e por haver homogeneidade entre níveis próximos, estes foram agrupados em 4 categorias, conforme a figura a seguir. O grupo predominante foi o de analfabetos ou pessoas com primeiro grau incompleto, seguido pelo grupo de pessoas com segundo grau completo ou nível superior incompleto.

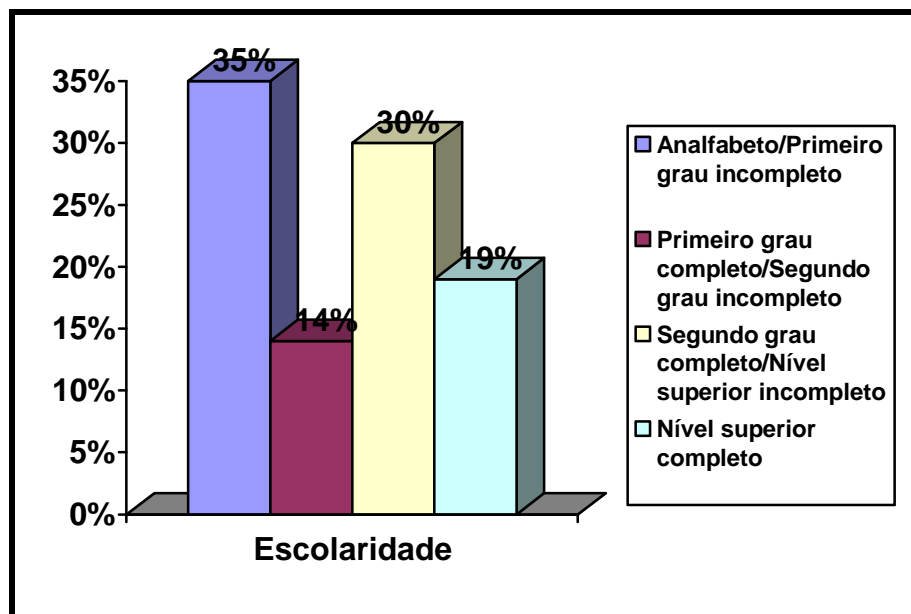


Figura 6 - Escolaridade

As atividades que foram mais citadas pelos entrevistados, apresentadas na figura 7, foram as de prestadores de serviço (30%), do lar (26%) e aposentados (13%).

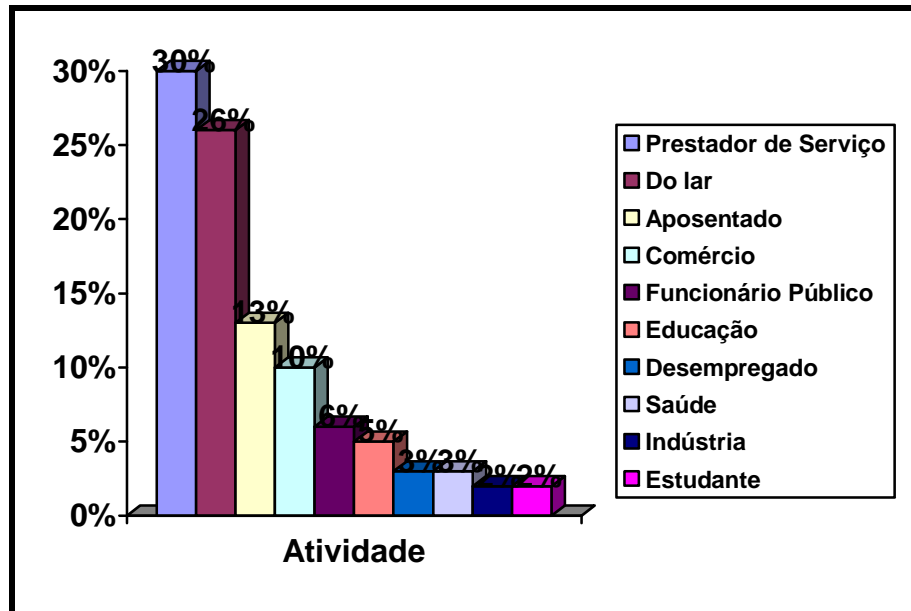


Figura 7 - Atividade

A religião mais referida pelos entrevistados foi a católica, representando 85% do total das entrevistas (fig. 8).

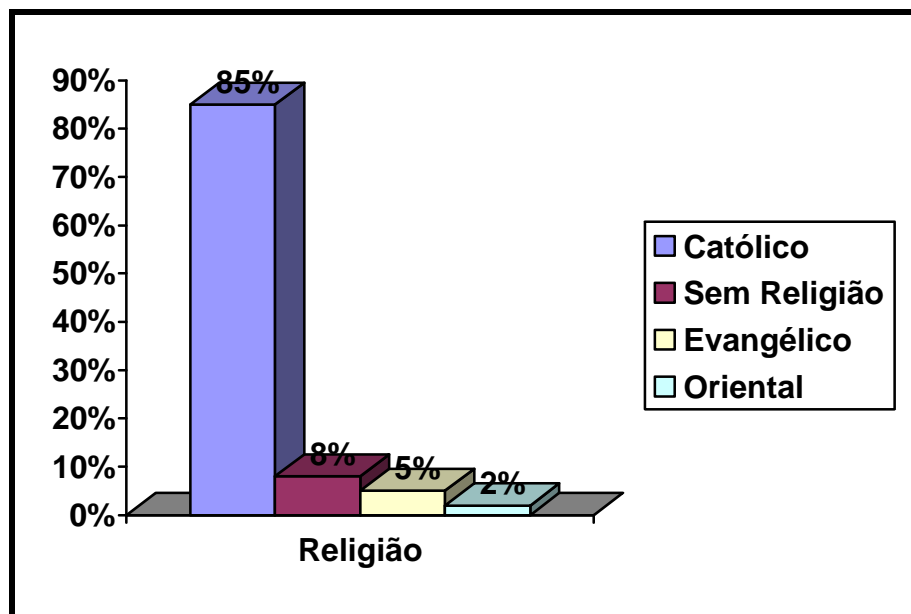


Figura 8 - Religião

Quanto a classificação sócio-econômica, baseada na escala da ABIPEME²⁶, a amostra foi dividida em cinco categorias, em que a letra “a” representa a de mais alto padrão de consumo, e a letra “e”, o mais baixo. Segue abaixo a distribuição dos entrevistados, de acordo com a escala.

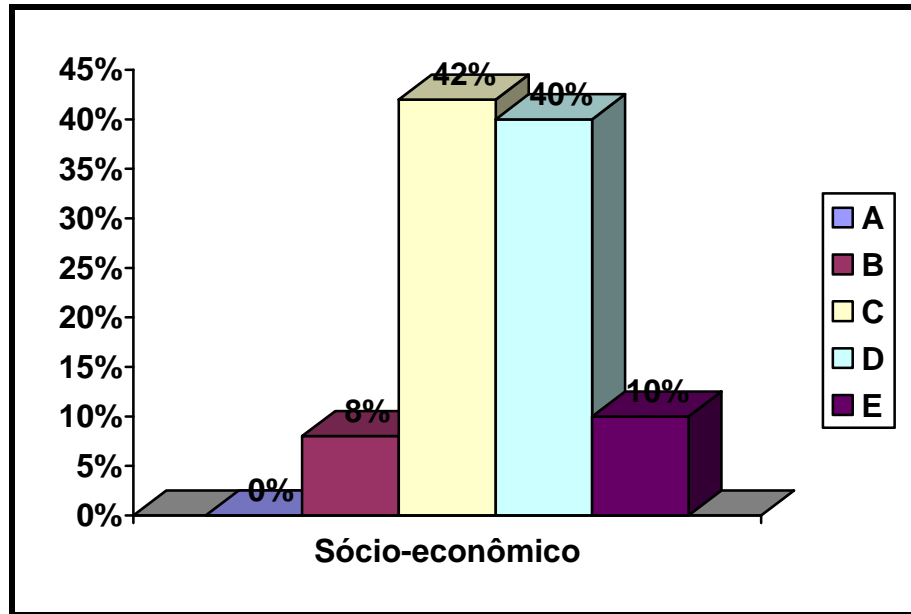


Figura 9 – Classificação Sócio-econômica

5.2 Análise do Uso de Psicofármacos

Dos entrevistados, 30,64% já fizeram uso de psicofármaco em algum momento da vida. 4,84% afirmaram que fazem uso eventual destas medicações. O uso diário foi referido por 9,67%. Entre as mulheres, 38,88% relataram já ter usado algum psicofármaco na vida, enquanto 19,2% dos homens o afirmaram. O uso eventual foi relatado por 2 mulheres (5,55%), contra 1 homem (3,85%). Delas, 16,66% afirmaram fazer, na data da entrevista, uso diário de algum psicofármaco, fato que foi negado por todos os homens entrevistados. (tab. 1)

TABELA 1 Avaliação do uso de psicofármacos relacionada ao sexo.

Uso de Psicofármaco		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Uso na vida *	Sim	5	19,2	14	38,88	19	30,64
	Não	21	80,8	22	1,11	43	69,35
	TOTAL	26	100	36	100	62	100
Faz uso eventual [†]	Sim	1	3,85	2	5,55	3	4,84
	Não	25	96,15	34	95,55	59	95,16
	TOTAL	26	100	36	100	62	100
Faz uso diário	Sim	0	0	6	16,66	6	9,67
	Não	26	100	30	83,33	56	90,32
	TOTAL	26	100	36	100	62	100
Faz Uso [‡]	Sim	1	3,85	8	22,22	9	14,51
	Não	25	96,15	28	77,77	53	85,48
	TOTAL	26	100	36	100	62	100

*O uso na vida se refere à pergunta: “Já usou algum medicamento controlado (destes que precisam de receita especial, retida na farmácia) que tenha sido receitado para você?”.

[†]Uso eventual é aqui compreendido como o uso mensal, mas não semanal.

[‡]A expressão “faz uso” se refere à soma do uso eventual ao diário.

A Tabela 2 representa a distribuição do uso de psicofármacos de acordo com as faixas etárias. O consumo destes medicamentos, na vida, foi maior entre as pessoas de 40 a 64 anos. Já a porcentagem do uso eventual foi maior nos jovens, de 18 a 24 anos.

TABELA 2 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à idade.

Uso de Psicofármaco		Idade (em anos)								Total	
		18-24		25-39		40-64		>65		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Uso na vida	Sim	1	20	2	16,66	12	44,44	1	33,33	16	34,04
	Não	4	80	10	83,33	15	55,55	2	66,66	31	65,95
	TOTAL	5	100	12	100	27	100	3	100	47	100
Faz uso eventual*	Sim	1	20	1	8,33	1	3,70	0	0	3	6,38
	Não	4	80	11	91,66	26	96,29	3	100	44	93,61
	TOTAL	5	100	12	100	27	100	3	100	47	100

*1 a 3x ao mês.

Quando estudado em relação às etnias (tab. 3), o consumo de psicofármacos, tanto o uso na vida, quanto o uso eventual, se mostraram mais elevados entre os entrevistados negros: 75% e 25% respectivamente. Em segundo, pelos caucasóides: 30,18% e 3,77%.

TABELA 3 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado ao grupo étnico.

Uso de Psicofármaco		Grupo Étnico								Total	
		Negros		Mulatos		Caucasóides		Índios		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	3	75	0	0	16	30,18	0	0	19	30,64
	Não	1	25	4	100	37	69,81	1	100	43	69,35
	TOTAL	4	100	4	100	53	100	1	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	1	25	0	0	2	3,77	0	0	3	4,84
	Não	3	75	4	100	51	96,22	1	100	59	95,16
	TOTAL	4	100	4	100	53	00	1	100	62	100

Um viúvo relatou já ter usado um psicofármaco na vida. Exceto por essa classe de estado civil, o grupo que apresentou maior índice de uso de algum psicofármaco foi o dos divorciados/desquitados (40%), seguido pelo dos casados (35%), como apresentado na tabela abaixo.

TABELA 4 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado ao estado civil.

Uso de Psicofármaco		Estado civil								Total	
		Casado		Divorciado/ desquitado		Solteiro		Viúvo		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	14	35%	2	40	2	12,5	1	100	19	30,64
	Não	24	65%	3	60	14	87,5	0	0	43	69,35
	TOTAL	40	100%	5	100	16	100	1	100	62	100

As pessoas que vivem com familiares, ou sozinhas, relataram ter feito uso na vida de algum psicofármaco com mais frequência que os outros entrevistados (33,33%). Já o uso eventual, foi mais freqüente nos que relatam viverem sozinhas (33,33%) (tab. 5).

TABELA 5 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado às pessoas com quem se vive.

Uso de Psicofármaco		Com quem vive								Total	
		Familiares		Sozinho		Companheiro(a)		Colegas/amigos		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Uso na vida	Sim	14	33,33	2	33,33	3	23,07	0	0	19	30,64
	Não	28	66,66	4	66,66	10	76,92	1	100	43	69,35
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	1	2,38	2	33,33	0	0	0	0	3	4,84
	Não	41	97,61	4	66,66	13	100	1	100	59	95,16
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100

A seguir, uma correlação dos níveis de escolaridade dos entrevistados com o uso de psicofármacos. A maior relação apresentada foi entre as pessoas com 1º grau completo: 44% já fizeram uso de algum psicofármaco.

TABELA 6 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à escolaridade.

Uso de Psicofármaco		Escolaridade								Total	
		Analfabeto/1º grau incompleto		1º grau completo		2º grau completo		Nível Superior completo		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Uso na vida	Sim	8	36,36	4	44,44	4	21,05	3	25	19	30,64
	Não	14	63,63	5	55,55	15	78,94	9	75	43	69,35
	TOTAL	22	100	9	100	19	100	12	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	2	9,09	1	11,11	0	0	0	0	3	4,84
	Não	20	90,9	8	88,88	19	100	12	100	59	95,16
	TOTAL	22	100	9	100	19	100	12	100	62	100

Em relação às atividades do entrevistado (tab. 7), os que relataram maior consumo de psicofármacos foram as mulheres do lar: 68,75% já fizeram uso em algum momento da vida e 12,5% das entrevistadas afirmaram fazer uso eventual. Logo após, vêm os funcionários públicos, com 25% de uso na vida e os prestadores de serviço, com 21%.

TABELA 7 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à atividade atual.

Uso de Psicofármaco	Atividade atual												
	Aposentado		Comércio		Do lar		Funcionário público		Prestação de Serviços		Outros		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Uso na vida	Sim	1	12,5	1	16,66	11	68,75	1	25	4	21,05	1	11,11
	Não	7	87,5	5	83,33	5	31,25	3	75	15	78,94	8	88,88
	TOTAL	8	100	6	100	16	100	4	100	19	100	9	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	0	0	0	0	2	12,5	0	0	1	5,26	0	0
	Não	8	100	6	100	14	87,5	4	100	18	94,73	9	100
	TOTAL	8	100	6	100	16	100	4	100	19	100	9	0

Em relação às religiões, o uso de psicofármacos pelos católicos e pelos evangélicos/protestantes foi equivalente: 33,33% de uso na vida. Das cinco pessoas que disseram não ter religião, nenhuma delas relatou uso de psicofármacos.

TABELA 8 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à religião.

Uso de Psicofármaco	Religião												
	Católica		Evangélica/ Protestante		Espíritas		Oriental/ Budismo		Não tem		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Uso na vida	Sim	17	33,33	1	33,33	0	0	1	100	0	0	19	30,64
	Não	33	66,66	2	66,66	3	100	0	0	5	100	43	69,35
	TOTAL	50	100	3	100	3	100	1	100	5	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,84
	Não	47	94	3	100	3	100	1	100	5	100	59	95,16
	TOTAL	50	100	3	100	3	100	1	100	5	100	62	100

Em relação à classe social (tab. 9), a que apresentou maior consumo foi a média, C, com 34%, seguida pela classe E, 33,33%, D, 28% e B, 20%.

TABELA 9 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à classe social.

Uso de Psicofármaco	Classe Social										Total		
	A		B		C		D		E		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Uso na vida	Sim	0	-	1	20	9	34,61	7	28	2	33,33	19	30,64
	Não	0	-	4	80	17	65,38	18	72	4	66,66	43	69,35
	TOTAL	0	-	5	100	26	100	25	100	6	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	0	-	0	0	2	7,69	1	4	2	33,33	3	4,84
	Não	0	-	5	100	24	92,30	24	96	4	66,66	59	95,16
	TOTAL	0	-	5	100	26	100	25	100	6	100	62	100

Em relação às classes de psicofármacos, os que tiveram maior índice de uso na vida foram os antidepressivos, com 11,29%, seguidos pelos benzodiazepínicos: 9,67% e pelos anfetamínicos: 6,45%. Os medicamentos de maior uso eventual foram os benzodiazepínicos, o que foi relatado por 3,22% dos entrevistados. 8,06% dos entrevistados fizeram uso na vida de algum psicofármaco que não sabem classificar, ou não lembram (tab. 10).

TABELA 10 Avaliação do uso de psicofármacos relacionado à classe de psicofármaco.

Uso de Psicofármaco	Classe de Psicofármaco								
	Antidepressivo		Benzodiazepínico		Anfetamínico		Não sabe		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Uso na vida	Sim	7	11,29	6	9,67	4	6,45	5	8,06%
	Não	55	88,70	56	90,32	58	93,54	57	91,93%
	TOTAL	62	100	62	100	62	100	62	100
Faz uso eventual (1 a 3x ao mês)	Sim	1	1,61%	2	3,22	0	0	0	0
	Não	61	98,38%	60	96,77	62	100	62	100
	TOTAL	62	100	62	100	62	100	62	100

Quando questionadas sobre se algum de seus familiares faz uso atualmente de psicofármaco, 17, representando 27% dos entrevistados, responderam positivamente à pergunta, conforme mostra a figura abaixo.

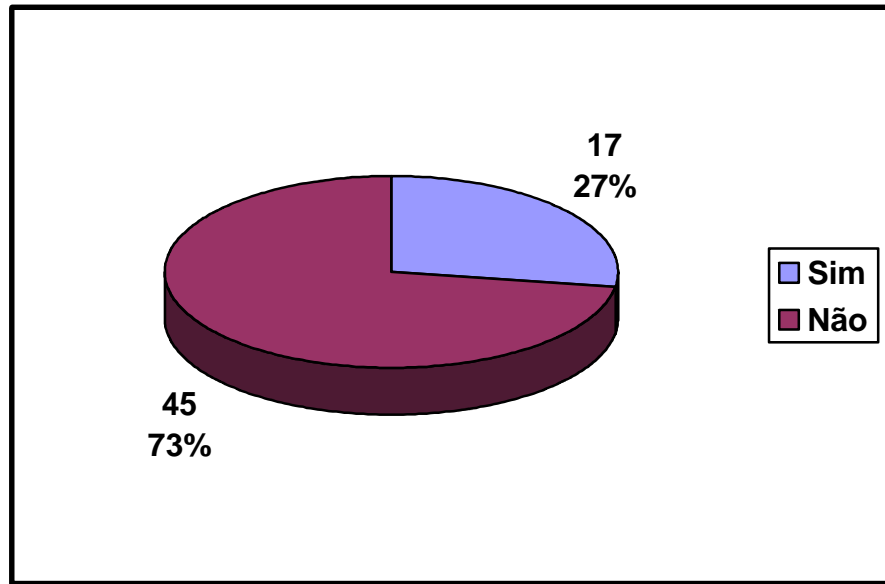


Figura 10 – “Algum familiar seu usa psicofármaco?”

5.3 – Prescrição e orientação

Do total de indivíduos que fizeram uso de psicofármacos em algum momento da vida, 58% relatam ter sido orientados em relação aos riscos ou efeitos terapêuticos das drogas que usaram.

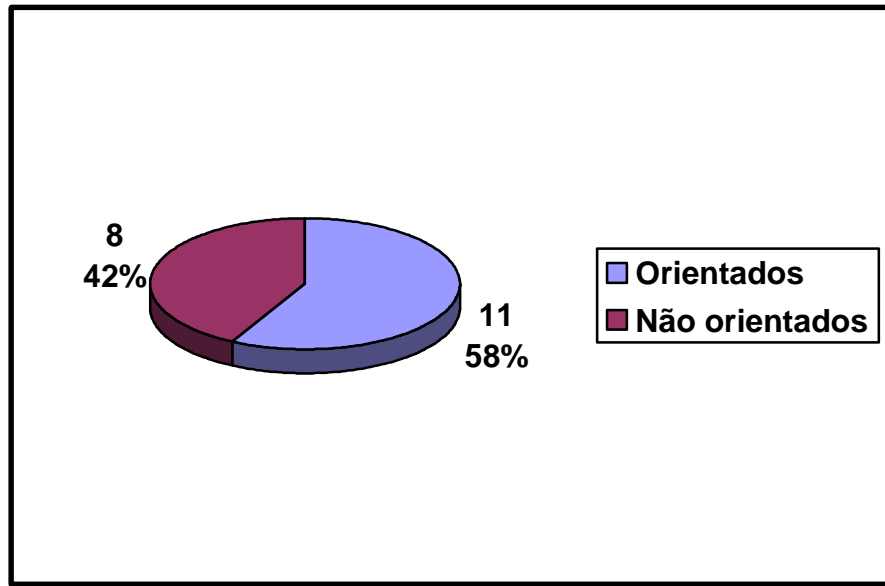


Figura 11 - Grau de Orientação

Quanto ao tipo de orientação fornecida aos entrevistados que fizeram uso de algum psicofármaco (tab. 11), as mais citadas foram as alterações comportamentais, relatadas por 15,78%, seguida dos riscos orgânicos e do risco de dependência, ambos citados por 10,52% dos indivíduos. Somente 5,26% das pessoas disseram que foram orientadas em relação aos efeitos terapêuticos ou em relação ao retorno se necessário.

TABELA 11 Avaliação do tipo de orientação fornecida ao prescrever o psicofármaco.

Uso de Psicofármaco	Tipo de orientação fornecida											
	Efeitos terapêuticos		Riscos Orgânicos		Alterações Comportamentais		Risco de Dependência		Retorno se necessário		Não lembra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	1	5,26	2	10,52	3	15,78	2	10,52	1	5,26	3	15,78
Orientação Não	18	94,73	17	89,47	16	84,21	17	89,47	18	94,73	16	84,21
Total	19	100	19	100	19	100	19	100	19	100	19	100

A especialidade médica mais citada por ter prescrito algum psicofármaco foi a psiquiatria, referida por 5 entrevistados, seguida pela clínica geral, 4, neurologia e endocrinologia, ambas citadas 3 vezes, e, por último, pela cardiologia e pela ginecologia, ambas referidas por apenas 1 indivíduo. Os especialistas que mais forneceram alguma orientação aos seus pacientes foram o cardiologista e o ginecologista (100%), seguidos pelo

neurologista (66,66%), psiquiatra (60%), clínico geral (50%) e, por fim, endocrinologista (33%).

TABELA 12 Avaliação da especialidade médica que prescreveu o psicofármaco.

Uso de Psicofármaco		Especialidade do médico que prescreveu													
		Psiquiatra		Neuro		Endocrino		Clínico Geral		Cardio		Gineco		Não Lembra	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Forneceu alguma Orientação?	Sim	3	60	2	66,66	1	33,33	2	50	1	100	1	100	1	50
	Não	2	40	1	33,33	2	66,66	2	50	0	0	0	0	1	50
	Total	5	100	3	100	3	100	4	100	1	100	1	100	2	100

5.4 Análise dos efeitos do psicofármaco no indivíduo ou na família

Dos entrevistados que fizeram uso de algum psicofármaco, 14 (74%) afirmaram que “houve melhora”, e 5 (26%) negaram (fig. 12).

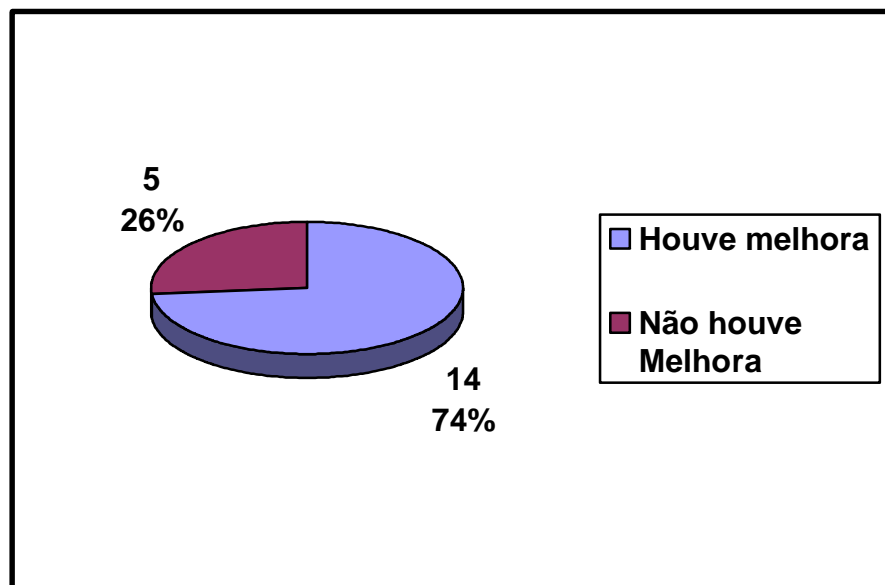


Figura 12 - Percepção subjetiva de melhora ou piora com o tratamento

Quando relacionada ao fato de ter sido orientado, 64,28% relataram que “houve melhora” do quadro, enquanto dos que afirmaram não ter recebido orientação, apenas 35,71% referiram melhora (tab. 13).

TABELA 13 Percepção subjetiva de melhora com o tratamento.

Obteve alguma orientação?	Acha que melhorou?				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sim	9	64,28	2	40	11	57,89
Não	5	35,71	3	60	8	42,10
TOTAL	14	100	5	100	19	100

Das pessoas que fizeram uso na vida de psicofármaco, 53% disseram ter sentido reações desagradáveis (fig.13); 11% afirmaram ter piorado, 21% citaram melhora e 68% não relataram mudança no relacionamento familiar (fig. 14).

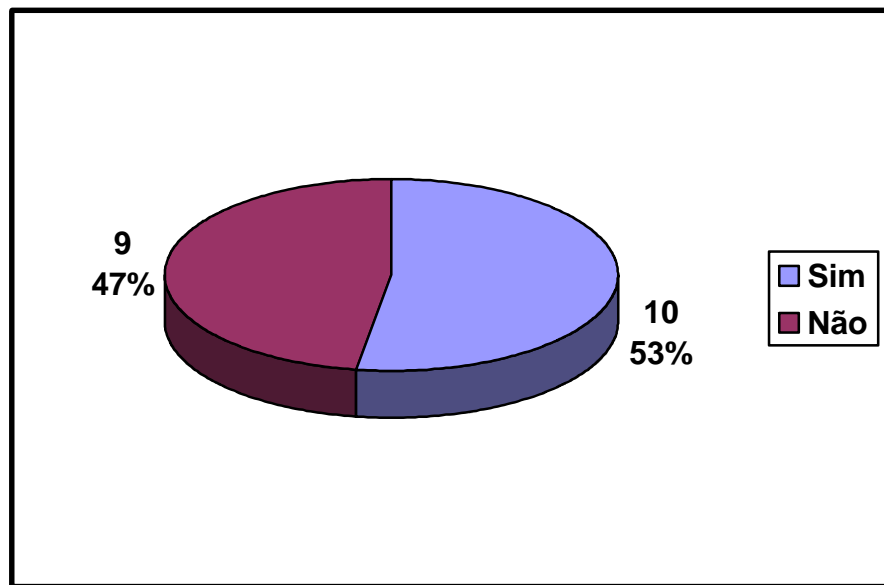


Figura 13 - “Houve reação desagradável?”

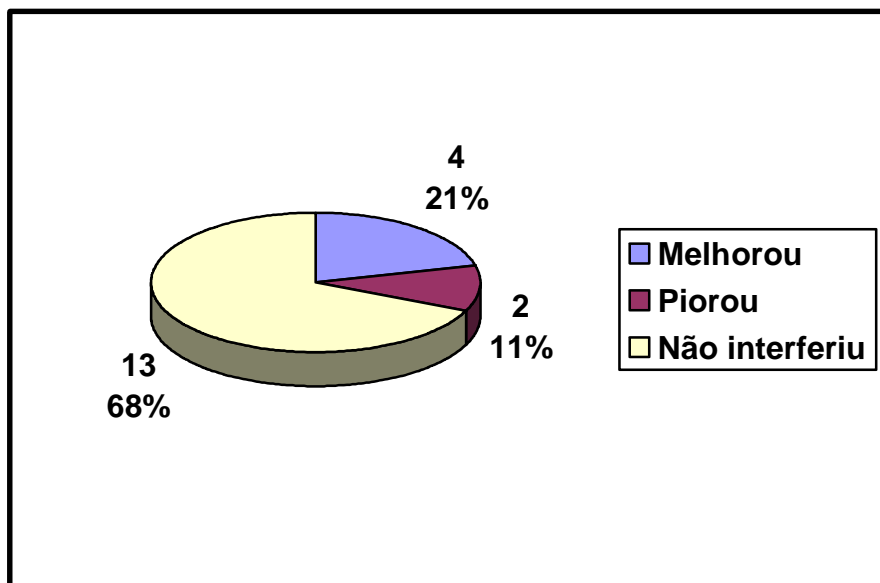


Figura 14 - Impacto do psicofármaco no relacionamento familiar.

Das pessoas que referiram melhora no relacionamento familiar, após algum tratamento para transtornos psíquicos com algum psicofármaco, 75% foram orientados. As duas pessoas que disseram ter piorado seus relacionamentos com a família, durante o uso de psicofármacos, ambas afirmaram não ter recebido orientação do médico sobre os efeitos ou riscos da terapia (tab. 14).

TABELA 14 Avaliação do impacto no relacionamento familiar.

Obteve alguma Orientação?	O fato de usar um psicofármaco interferiu no relacionamento familiar?						Total	
	Sim, melhorou.		Sim, piorou.		Não		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sim	3	75	0	0	8	61,53	11	57,89
Não	1	25	2	100	5	38,46	8	42,10
TOTAL	4	100	2	100	13	100	19	100

Dos entrevistados, cujo algum familiar fazia uso de psicofármaco, 35,29% afirmaram que isto interferiu positivamente no relacionamento familiar. 11,76% disseram tê-lo piorado e 52,94% não atribuíram ao medicamento qualquer interferência (tab. 15).

TABELA 15 Avaliação do impacto no relacionamento familiar, quando utilizado por algum familiar do entrevistado.

O fato de esta pessoa usar um psicofármaco interferiu no relacionamento familiar?						Total	
Sim, melhorou.		Sim, piorou.		Não			
N	%	N	%	N	%	N	%
6	35,29	2	11,76	9	52,94	17	100

5.5 Avaliação da prática de psicoterapia

Quando questionados sobre o fato de alguém na família fazer alguma forma de psicoterapia (figura abaixo), 5 pessoas, 8% da amostra, responderam sim.

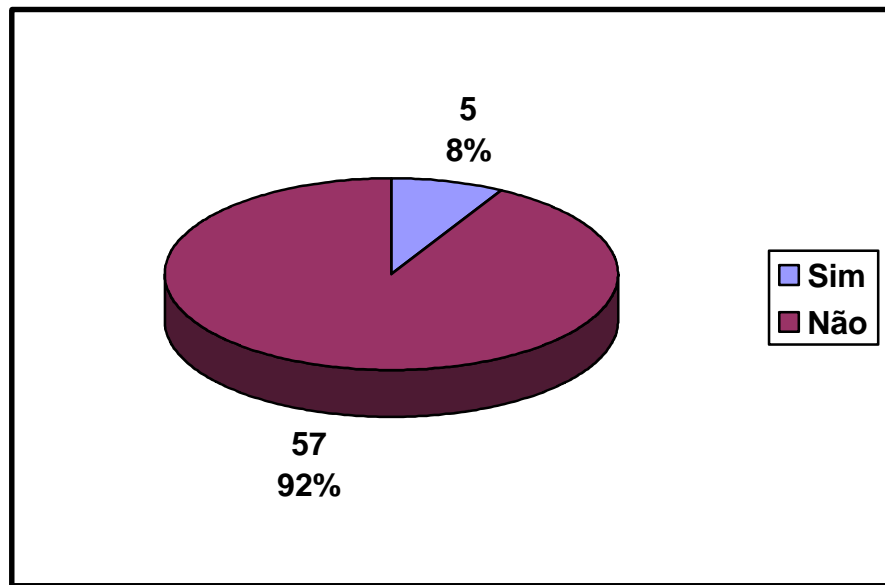


Figura 15 - Você ou alguém da família faz algum tipo de psicoterapia?

6 DISCUSSÃO

Na amostra estudada, o valor encontrado referente ao uso de psicofármacos na vida foi de 30,64%. Dos entrevistados, 6 (9,67%) disseram que fazem uso diário de psicofármaco. No entanto, este dado pode estar super estimado, devido à possibilidade de má interpretação da pergunta. Outra categoria estudada foi o uso eventual, caracterizado como o consumo de uma a três vezes ao mês, todo mês (refere-se à opção “uso mensal”, no questionário. O uso eventual foi relatado por 4,84% dos entrevistados. Não foram encontrados dados em outros estudos que avaliem o “uso na vida”, uso diário, ou eventual destas medicações. A maioria dos estudos se referem ao uso no ano anterior ao estudo, ou ao mês anterior a este. Pode-se obter valor equivalente a “uso no mês anterior ao estudo” somando-se os dados de uso diário e uso eventual(mensal), relatado na Tabela 1 como “faz uso”. Dos entrevistados, 14,51% fazem uso de psicofármaco, dado alto em comparação a outros estudos brasileiros. No Rio de Janeiro, em 1988, encontrou-se uma prevalência de uso no mês anterior ao estudo de 5,2%. Em 1994, em Pelotas, encontrou-se uma prevalência do uso destes medicamentos de 11,9% nas duas semanas antecedentes ao estudo. Provavelmente esta diferença de prevalência é decorrente da alta estimativa do uso diário, supracitada.

As mulheres apresentaram maior prevalência de uso de psicofármacos: 38,88% relataram já ter usado algum psicofármaco na vida, o dobro os homens, 19,2%. O uso eventual também foi maior no sexo feminino: 5,55% contra 3,85%. Esta tendência, de as mulheres consumirem mais psicofármaco que os homens, é um fenômeno presenciado em vários estudos pelo mundo. No ESEMeD¹⁵ (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), detectou-se em 2004 que 16% das mulheres fez uso de ao menos um psicofármaco no ano antecedente ao estudo, enquanto apenas 8,2% dos homens o fizeram. A mesma tendência foi encontrada em outros estudos brasileiros.^{12,16} Este fenômeno tem sido explicado com algumas teorias: as mulheres seriam mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, procurando precocemente ajuda; seriam menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens; as mulheres tem com mais frequência distúrbios psíquicos, além de problemas circulatórios e músculo-esqueléticos, para os quais freqüentemente se prescrevem psicofármacos, em especial os benzodiazepínicos. Outro fator que poderia explicar esse fato é que as mulheres comparecem mais às unidades de saúde, especialmente as

em idade fértil.¹² Este achado se corrobora também quando avalia-se o uso de psicofármacos segundo a atividade profissional, que aponta para uma maior prevalência de uso entre as donas de casa (68,75%).

A Tabela 2 representa a distribuição do uso de psicofármacos de acordo com as faixas etárias. O consumo destes medicamentos, na vida, foi maior entre as pessoas de 40 a 64 anos: 44%, seguidos pela faixa etária acima de 65 anos: 33,33%, jovens de 18 a 24 anos: 20%, próximo aos adultos jovens, de 25 a 39 anos: 16,66%. A amostra de jovens e idosos estudada foi pequena, o que diminui a possibilidade de extrapolação dos dados para a população. Comparando-se o uso de psicofármacos dos entrevistados de 25-39 anos com os de 40-64, parcela mais expressiva da pesquisa, percebeu-se um aumento do consumo de acordo com a idade, em conformidade com outros estudos consultados. Em alguns estudos brasileiros e em alguns estudos regionais italianos, encontrou-se uma tendência para queda no consumo após os 70 anos, o que ainda não foi compreendido.

Dos quatro negros entrevistados, 3 (75%) relataram já ter feito uso na vida de algum psicofármaco, 1 deles afirmou fazer uso eventual. Os quatro mulatos entrevistados, e 1 índio, negaram ter feito uso destas medicações. Entre os caucasóides, 30,18% afirmaram que já fizeram uso na vida e 3,77% fazem uso eventual (tab. 3). Houve predominância de uso entre os negros, mas como foi pequeno o número de entrevistados desta raça, a comparação pode ser prejudicada. Em Pelotas, 1994, o uso de psicofármacos se mostrou maior entre os brancos, fato que Rodrigues relacionou à iniquidade do acesso ao sistema de saúde.¹⁶

Em relação ao estado civil, desprezando-se a única entrevista com um viúvo, o grupo que apresentou maior índice de uso de algum psicofármaco foram os divorciados/desquitados: 40%, seguidos pelos casados: 35% e pelos solteiros: 12,5% (Ver Tabela 4). Os dados coincidem com os resultados obtidos no estudo carioca, onde o uso foi maior entre divorciadas e viúvas, mas contrastam com o estudo realizado com pacientes odontológicos em Minas Gerais, onde o consumo foi maior entre aqueles que apresentavam uma união estável (casados ou amasiados)²². Apesar da referência mineira, há outros relatos na literatura, inclusive internacional²⁹, que associam a perda de um cônjuge a fator de risco para o uso de psicofármacos. É interessante observar que a literatura epidemiológica costuma identificar uma prevalência menor de transtornos mentais entre indivíduos casados. Porém um estudo realizado em três áreas urbanas brasileiras mostrou que as pessoas solteiras apresentavam menor ocorrência de transtornos mentais não-psicóticos, mesmo controlando-se o efeito de outras variáveis, como sexo, idade e escolaridade.³⁰

Quanto à relação entre uso de psicofármacos e a convivência familiar, não houve diferença entre os grupos. Na literatura científica não foram encontrados trabalhos que contemplassem esta relação.

Em relação à escolaridade, o uso na vida e o uso eventual se demonstraram mais freqüentes entre as pessoas com menor escolaridade (tab. 6). Observação semelhante foi feita por Almeida *et al*²¹ e Rodrigues¹⁶. Este achado pode estar relacionado à menor informação e conseqüente avaliação de riscos por parte destes grupos. Além disso há relato de que os transtornos mentais são mais freqüentes entre os indivíduos com menor escolaridade.³¹

Não se encontrou relação entre o uso de psicofármacos e as religiões: cerca de 33,33% dos católicos e dos evangélicos já fizeram uso na vida. Dos 5 que não têm religião, nenhum relatou o uso de algum psicofármaco. Poucos entrevistados (4) afirmaram pertencer a outras religiões, o que dificulta a comparação.

Em relação à classe social, as que apresentaram maior consumo foram as classes C, com 34%, seguida pelas classes E, 33,33%, e D, 28%. Chama atenção o fato de a classe B apresentar o menor índice de consumo. De acordo com a literatura, em trabalhos mais antigos a tendência observada era de se encontrar maior consumo de psicofármacos nas classes mais altas, o que não se observa mais atualmente. Segundo Rodrigues¹⁶, “O importante crescimento do percentual de indivíduos que adquirem o psicofármaco na farmácia do SUS indica que houve mais acesso aos psicofármacos por parte dos indivíduos com menor renda. Esse achado sugere aumento da equidade no acesso a essa medicação. Tal fato contribui para a compreensão da ausência de associação entre consumo de psicofármacos e renda familiar.”

Os psicofármacos mais citados pelos entrevistados foram os antidepressivos: 11,29% das pessoas relataram já tê-los usado. Em segundo lugar, ficaram os benzodiazepínicos, citados por 9,67% das pessoas e, por último, os estimulantes anfetamínicos, 6,45%. Não houve relato de utilização de antipsicóticos ou reguladores do humor, como lítio. Os dados obtidos contrastam em parte com os estudos encontrados: as drogas usualmente mais consumidas têm sido os benzodiazepínicos, seguidos pelos antidepressivos e pelos anfetamínicos. Segundo Rodrigues¹⁶, há uma tendência para o aumento do consumo dos antidepressivos, observada também em outros estudos, que estaria ocorrendo graças ao melhor diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos, observados, por exemplo, com o bom efeito ansiolítico da paroxetina e da fluoxetina (antidepressivos amplamente prescritos).

Quando questionadas sobre se algum de seus familiares faz uso atualmente de psicofármaco, 17 pessoas, representando 27% dos entrevistados, responderam positivamente à pergunta. Portanto, cerca de 1/3 das famílias entrevistadas teriam algum psicofármaco em casa. Não foram encontrados dados em outros estudos sobre o consumo familiar de psicofármacos, entretanto a presença deste tipo de medicamento em casa nos faz refletir sobre a facilidade de aquisição dos mesmos.

Apenas 58% dos indivíduos que fizeram uso na vida de algum psicofármaco afirmaram que obtiveram quaisquer orientações quanto aos efeitos terapêuticos ou riscos por parte do médico que lhes prescreveu o remédio. No entanto, este dado pode estar hiperestimado, já que está mais fortemente condicionado ao viés de memória, haja vista a resposta era aberta. Não se encontraram informações semelhantes em outros estudos.

Quanto ao tipo de orientação fornecida, apenas 5,26% disseram que foram orientados em relação aos efeitos terapêuticos, 10,52% em relação aos riscos orgânicos, 15,78% sobre as alterações comportamentais, 10,52% sobre os riscos de dependência e 5,26% em relação à possibilidade de retorno caso necessário. 15,78% receberam alguma orientação, mas não lembravam qual foi. Ainda que estes dados possam estar diminuídos devido ao viés de memória, são gritantes os baixos índices de orientações que os médicos forneceram aos seus pacientes. Das 6 pessoas que usaram benzodiazepínicos, por exemplo, apenas 2 disseram que foram informadas acerca dos riscos destas medicações gerarem dependência. Pior foi a situação dos 4 que usaram anfetamínicos: nenhum deles foi informado de que estes remédios também podem causar dependência. Segundo dados do CEBRID²⁸, em 2001, nas 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, a porcentagem de dependentes de benzodiazepínicos foi de 1,1%, o que representa 530.000 pessoas que fazem uso desses medicamentos sem prescrição médica. Curiosamente, as 3 pessoas que fazem uso eventual dos medicamentos, sabidamente não terapêutico, obtiveram orientação por parte dos médicos. Provavelmente, “alguma” orientação não é o bastante, fazendo-se necessário fornecer à pessoa todas as informações acerca da medicação de que ela fará uso. Não foram encontrados estudos que fizessem análises semelhantes.

O especialista médico mais citado por ter prescrito algum psicofármaco foi o psiquiatra, referido por 5 entrevistados, seguido pelo clínico geral, 4, neurologista e endocrinologista, ambos citados 3 vezes, e, por último, pelo cardiologista e ginecologista, ambos referidos por apenas um indivíduo. Segundo Almeida *et al*¹², quem mais prescreve psicofármacos hoje são os clínicos gerais. Não foram encontrados outros dados sobre as especialidades que mais prescrevem psicofármacos. Os especialistas que mais foram citados

por fornecer alguma orientação aos seus pacientes foram o cardiologista e o ginecologista (100%), seguidos pelo neurologista (66,66%), psiquiatra (60%), clínico geral (50%) e, por fim, endocrinologista (33%). Devido ao pequeno tamanho da amostra, não se pode afirmar que há uma tendência de uma especialidade fornecer mais orientações que as outras.

Quando questionados sobre se houve ou não melhora do quadro, a grande maioria, 74%, afirmou que sim. É um dado bastante subjetivo, que pode demonstrar o grau de satisfação do indivíduo ao utilizar o medicamento. Quando comparado ao fato de ter sido ou não orientado pelo médico, surgem dados interessantes: daqueles que relataram receber alguma orientação, 64,28% relataram obtiveram melhora. Entre os que negaram o fato de ter sido orientados, apenas 35,71% relataram melhora. Este fenômeno pode se dever ao fato de que os indivíduos melhor orientados apresentem mais adesão ao tratamento e, entre os que fazem o tratamento, há tendência de fazê-lo mais corretamente. Além disso, uma consulta em que se passem todas as devidas informações ao paciente, há tendência de se obter uma melhor relação médico-paciente, melhorando a percepção do indivíduo sobre o seu próprio problema e a percepção deste sobre o tratamento. Daí a importância de que as consultas médicas tenham tempo o bastante para gerar esse elo de ligação entre médico e paciente, e para que aquele possa fornecer a este todas as informações sobre o problema e seu tratamento. Além disso, é imprescindível que o médico tenha ótima formação, conhecendo a fundo os transtornos e remédios com os quais lida. Não se encontraram em outros estudos informações que relacionem o grau de orientação com a percepção subjetiva de melhora do quadro.

Na avaliação da interferência do psicofármaco no relacionamento familiar, 13 pessoas (68%) afirmaram que não houve. Quatro delas (21%) disseram que melhoraram e 2 pessoas (11%) falaram que houve piora. Quando relacionados com o grau de orientação, percebe-se que as 2 pessoas que relataram piora no relacionamento familiar não obtiveram orientação por parte de seus médicos. Das 4 pessoas que relataram melhora, 3 foram orientadas. Mais uma vez, a importância de orientar bem os indivíduos quanto aos efeitos e riscos dos psicofármacos ficou evidente, mostrando interferência até mesmo no relacionamento destas pessoas com as demais. Dados semelhantes não foram encontrados em outros estudos.

Quanto ao impacto no relacionamento familiar, provocado pelo fato de algum familiar seu usar psicofármaco, 52,94% negaram qualquer interferência; 35,29% disseram que houve melhora e 11,76% relataram piora, dados semelhantes à percepção de melhora que o entrevistado teve de si mesmo, comentados no parágrafo anterior.

Apenas 8% dos entrevistados disseram que alguém de suas famílias pratica alguma modalidade de psicoterapia. É um dado muito baixo, levando em conta que em 27% das

famílias alguém faz uso de psicofármaco, além do entrevistado. A literatura médica deixa claro que os psicofármacos não curam os transtornos mentais, apenas ajudam a controlar os sintomas, e a psicoterapia é necessária para auxiliar o indivíduo a entender seu próprio comportamento, pensamentos e emoções. Para todas as indicações de tratamento psicofarmacológico, está indicada também a psicoterapia. Em parte, este baixo índice pode se dever à dificuldade em se marcar uma consulta psicológica pela rede pública: há poucos profissionais para atender milhares de pessoas, e o atendimento psicológico privado é inacessível para a maior parte da população.

Segundo Sandri², para atender uma população estimada em 377.792, a rede pública disponibilizava cerca de 9 psicólogos e 7 psiquiatras, uma média de um profissional em saúde mental para 23.612 pessoas. Com a estratégia do Ministério da Saúde em implementar as equipes de saúde mental para assessorar equipes de saúde da família, esta relação pode aumentar: uma equipe para 9000 pessoas; mas, de acordo com a autora, ainda é insuficiente.

Para que se concretizem, na área de saúde mental, os três princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, são necessárias várias melhorias no sistema. Não somente a contratação de profissionais, mas também a implantação de programas de educação continuada para os clínicos gerais, como sugere Almeida¹². Além disso, é importante aumentar a carga horária e melhorar a qualidade do ensino em saúde mental nos cursos de medicina, de modo a estimular o estudante a encarar o ser humano em a toda sua complexidade, bio-psico-social, como sugere a OMS.

7 CONCLUSÕES

- A prevalência do uso de psicofármacos entre os indivíduos entrevistados no Bairro de Santo Antonio de Lisboa, em Florianópolis (SC), foi de 30,64% para uso na vida; 9,67% para uso diário e 4,84% para uso eventual. 27% disseram que algum dos seus familiares faz uso de psicofármaco.

- Houve predominância de uso no sexo feminino, entre as pessoas divorciadas ou desquitadas, no grupo com menor escolaridade.

- A classe de psicofármaco mais utilizada foi a dos antidepressivos, seguida pelos benzodiazepínicos e anfetamínicos.

- Mais da metade dos entrevistados disseram não ter obtido orientação por parte dos seus médicos. Os entrevistados que foram melhor orientados ao receberem uma prescrição de psicofármaco tiveram maior percepção de melhora do seu quadro e o impacto foi mais positivo na relação com seus familiares.

- A parcela de famílias em que alguém faz psicoterapia é muito inferior do que se teria indicação.

- A epidemiologia do uso de psicofármacos em Santo Antônio de Lisboa, em geral, segue os dados de outros estudos brasileiros e internacionais relatados na literatura científica.

- Uma vez que os psicofármacos são prescritos por profissionais médicos de diferentes especialidades entende-se que devem ser contemplados de forma significativa na formação do estudante de medicina.

- Enfatiza-se a importância da saúde mental ser tratada de forma transversal na formação do estudante de medicina.

- Para melhorar a qualidade e garantir o acesso aos serviços de saúde mental, é necessário que se aumente o número de profissionais nesta área e que se criem mecanismos de educação continuada para o clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teixeira MAA. Estudo de morbidade psiquiátrica em duas localidades da ilha de Santa Catarina (Florianópolis) [tese de doutorado]. São Paulo(SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1997.
2. Sandri, S. Saúde mental na perspectiva da atenção básica em Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis, SC. *Dynamis Revista Tecno-Científica* 2004;12(47):58-66.
3. More A, Geiser D, Oliveira G, Guerini M, Goulart R, Lemos T. Uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa: uma abordagem comunitária e interdisciplinar. *Revista Extensio* [periódico na Internet]. 2005 Maio (2) [acesso em 2006 Maio 1]; 1:[8 páginas]. Disponível em: <http://www.extensio.ufsc.br/20051/Saude-CCB-125-OK-Tadeu%20Lemos.pdf>
4. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre(RS): ed. Artmed; 2004.
5. Cordioli VC. *Psicofármacos nos transtornos mentais*. [acesso em 2006 Maio 2];[55páginas]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf
6. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 1ª ed. Porto Alegre(RS). Ed. Artmed; 2000.
7. Kaplan HI. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre(RS). Ed. Artes Médicas; 1997.
8. Mandlhate, C. Novos conhecimentos, novas esperanças. *Revista Saúde em África* [periódico na Internet]. 2002 Outubro [acesso em 2006 Abril 16]; [14 páginas]. Disponível em: http://www.afro.who.int/mentalhealth/publications/respostas_web_novas_esperancas.pdf
9. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial da saúde*. [livro na Internet]. OMS 2001 [acesso em 2006 abril 20]; [42 páginas]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_po.pdf
10. Rang HP, Dale MM , Ritter, JM. *Farmacologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Ed. Guanabara Koogan; 2001.
11. Rigonatti SP. História dos tratamentos biológicos. *Rev Psiquiatr Clín* 2004;31:210-212.
12. Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VL. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pub*. 1994 Jan/Mar;10(1):5-16.

13. Frota LH. 50 anos do uso de anti-psicóticos. [livro na Internet]. Biblioteca IPUB; [acesso em 15 abril 2006]. Disponível em: <http://www.ipub.ufrj.br/FROTA%20LH%20-%20AP%2050%20ANOS.pdf>
14. Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev Bras Psiquiatr* 1999 Jan/Mar;21(1):64-73.
15. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Psychotropic Drug Utilization in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(420):55-64.
16. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Rev Saúde Pub.* 2006 Jan/Fev;40(1):107-114.
17. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002 Jun;24(2):68-73.
18. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pub.* 2003 Jun;19(3):717-724
19. Dalpizzol TS, Branco MMN, Carvalho RMA Non-medical use of psychoactive medicines among elementary and high school students in Southern Brazil. *Cad Saúde Publ.* 2006 Jan;22(1):109-115.
20. Soldera M, Dalgalarondo P, Filho HRC. Use of psychotropics drugs among students: prevalence and associated social factors. *Rev Saúde Pub.* 2004 Abr;38(2):277-283.
21. Laranjeira R. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo(SP): Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação médica brasileira; 2003.
22. Abreu MHNG, Acurcio FA, Resende VLS. The use of psychotropics by dental patients in Minas Gerais, Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2000 Jan;7(1):17-23.
23. Zwi M, Ramchandani P, Joughin C. Evidence and belief in ADHD : Informed decisions on stimulants must be based on studies with good methodology. *BMJ* 2000;321(7267):975-976.
24. Mind K. The use of psychotropic medication in preschoolers: some recent developments. *Can J Psychiatr* 1998; 43(6):571-5
25. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:225-35.
26. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo(SP): CEBRID; 2002.

27. De Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Beria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 Jun;34(6):316-22.
28. Galduróz JCF, Noto, AR; Nappo AS, Carlini EA. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas – Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID, UNIFESP; 2000.
29. Cafferata GL, Meyers SM. Pathways to psychotropic drugs – Understanding the basic of gender differences. *Medical Care* 1990;28:285-298.
30. Filho NA, Mari JJ, Coutinho ESF, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Rev Assoc Bras Psiquiatr* 1992;14:93-104.
31. Ludermir AB, Filho MDA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução n^o /200 , aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em de de 2006 .

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO UTILIZADO DURANTE AS ENTREVISTAS.

Identificação

- 1) **Sexo:** _____
- 2) **Idade:** _____
- 3) **Grupo Étnico:**
 - Caucasóides
 - Negros
 - Mulatos
 - Asiáticos
 - Índios
- 4) **Estado civil atual referido:**
 - Solteiro(a)
 - Casado(a)
 - Viúvo(a)
 - Desquitado/Divorciado(a)
- 5) **Com quem vive:**
 - Sozinho(a)
 - Companheiro(a)
 - Familiares
 - Colegas/amigos(as)
 - Outros: _____
- 6) **Escolaridade:**
 - Analfabeto/primeiro grau incompleto
 - Primeiro grau completo
 - Segundo grau incompleto
 - Segundo grau completo
 - Superior incompleto
 - Superior completo
 - Pós-graduado
- 7) **Qual é a sua atividade atual?**

- 8) **Religião:**
 - Não tem
 - Católica
 - Espírita
 - Afro-brasileira
 - Judaica
 - Evangélicas/Protestantes
 - Orientais/budismo
 - Outras: _____
- 9) **Na sua casa tem:**
 - a) **Televisão?**
 - Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - b) **Rádio?**
 - Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - c) **Aspirador de pó**
 - Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - d) **Banheiro com água encanada?**
 - Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - e) **Máquina de lavar roupas?**
 - Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - f) **Automóvel?**
 - Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.
 - g) **Empregado(a) trabalho diário?**
 - Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Não.

Psicofármacos

- 1) **Já usou algum medicamento controlado (destes que precisam de receita especial, retida na farmácia) que tenha sido receitado para você?**
 Não.
 Sim. Quais? _____
- 1.1) **O seu médico lhe orientou sobre os efeitos/riscos dessa medicação?**
 Não.
 Sim. Quais são? _____
- 1.2) **Qual a especialidade do médico que lhe receitou esta medicação?**

- 2) **Já usou algum medicamento controlado (destes que precisa de receita especial, retida na farmácia) que NÃO tenha sido receitado para você?**
 Não.
 Sim. Quais? _____
- 2.1) **Como conseguiu adquirir o medicamento acima?**
 Já tinha em casa.
 Ganhou de amigo ou parente.
 Comprou na farmácia.
 Outra forma. Qual? _____
- 2.2) **Porque usou?**
 Sentia-se doente. O que sentia? _____
 Curiosidade.
 Outro motivo. Qual? _____
- 3) **Com que frequência usa esse(s) medicamento(s)?**
 Diariamente.
 Semanalmente.
 Mensalmente. (pelo menos uma vez)
 Eventualmente (não usa todo mês).
 Não usou no último ano.
- 4) **Acha que melhorou?**
 Não.
 Sim.
- 5) **Teve alguma reação desagradável?**
 Não.
 Sim. Qual? _____
- 6) **Usaria novamente?**
 Não.
 Sim.
- 7) **O fato de você usar este tipo de medicação de alguma forma interferiu no seu relacionamento (convívio) familiar?**
 Não.
 Sim. Como? _____
- 8) **Alguém na sua casa usa esse tipo de medicamento?**
 Não.
 Sim. Quem? _____
- 8.1) **Esta pessoa usa o medicamento com receita?**
 Sim, com receita.
 Não, sem receita.
 Não sabe.
- 8.2) **O fato de esta pessoa usar este tipo de medicação de alguma forma interfere no relacionamento (convívio) familiar?**
 Não.
 Sim. Como? _____
- 9) **Você ou alguém da família faz algum outro tipo de tratamento para doença ou transtorno do sistema nervoso (depressão, ansiedade, nervosismo, insônia, etc.)?**
 Não.
 Psicoterapia
 Homeopatia
 Outras terapias. Qual? _____

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pela Resolução /2003 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____