

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**EDINA FERREIRA DE CARVALHO**

**PERFIL DE DISPENSAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA USO RACIONAL DE  
PSICOTRÓPICOS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**EDINA FERREIRA DE CARVALHO**

**PERFIL DE DISPENSAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA USO RACIONAL DE  
PSICOTRÓPICOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientador: José Luis Guedes dos Santos**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado, **PERFIL DE DISPENSAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA USO RACIONAL DE PSICOTRÓPICOS**, de autoria da aluna EDINA FERREIRA DE CARVALHO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos**  
Orientador da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e aos seres humanos iluminados que servem de fonte de inspiração para a busca do conhecimento e crescimento que dão sentido à vida.

Agradeço a Farmacêutica Janaina de Álen Rodrigues pela disponibilidade e apoio para a realização deste trabalho.

“Construção de sentido nada mais é do que o processo de fazer escolhas e colocar-se diante dos fatos de forma inteligente – atuante e não passiva, informada e não arrastada pelo senso comum e pela fala sem substância.”

**Jornalista Cláudia Laitano**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>22</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

## LISTA DE SIGLAS

Sistema Nervoso Central (SNC)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)  
Práticas Integrativas Complementares (PIC)  
Projeto Terapêutico Singular (PTS)  
Atenção Primária (AP)  
Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)  
Estratégia de Saúde da Família (ESF)  
Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS)  
Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i)  
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)  
Centro de Especialidades Médicas (CEM)  
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)  
Centro Terapêutico de Renascer em Cristo (CETERC)  
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Leste (CISEL)  
Consórcio Intermunicipal do Médio Piracicaba (CISMEP)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Antidepressivo Tricíclico (ADT)  
Inibidor Seletivo de Recapitação de Serotonina (ISRS)  
Evento Adverso (EV)  
Reação Adversa a Medicamento (RAM)  
Erro de Medicação (EM)  
Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)  
Eletroconvulsoterapia (ECT)  
Ministério da Saúde (MS)  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)  
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara (SMS-SB)  
Rede de Atenção à Saúde (RAS)  
Programação Pactuada Integrada (PPI)  
Uso Racional de Medicamentos (URM)

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Lista de antidepressivos dispensados no período entre 2008 a 2013.	22
Tabela 2. Lista de sedativos/ ansiolíticos dispensados no período entre 2008 a 2013.	23

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO – 01: Lista de medicamentos controlados “B1”	32
ANEXO – 02: Lista de medicamentos controlados “B2”	35
ANEXO – 03: Lista de medicamentos controlados “C1”	36
ANEXO – 04: Lista de medicamentos controlados “C2”	43
ANEXO - 05: Lista de medicamentos controlados “C4”	44
ANEXO – 06: Lista de medicamentos controlados “C5”	45

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, o acometimento é de 121 milhões de pessoas por depressão, das quais menos de 25% possuem acesso a tratamentos efetivos. Ela prevê também que há uma elevação dos quadros de depressão no mundo, com projeção de ser a segunda causa de incapacidade em 2020. Esse fator, associado ao modelo assistencial biomédico e hospitalocêntrico, em que a terapêutica medicamentosa exerce papéis simbólicos e sociais, ponderando o surgimento de novas drogas, influências mercadológicas e ao envelhecimento populacional, tem favorecido para a elevação e utilização irracional dos medicamentos psicotrópicos, onerando os cofres públicos e trazendo danos à saúde da população. O objetivo deste estudo é avaliar, o padrão de utilização dos sedativos classificados como benzodiazepínicos; Clonazepam 2mg, Clonazepam gotas, e Diazepam 10mg e os Antidepressivos; Amitriptilina 25mg, Nortriptilina 25mg, Imipramina 25mg e Fluoxetina 20mg em usuários atendidos pela farmácia do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Santa Bárbara e propor estratégias para o uso racional de medicamentos. Os critérios de elegibilidade dos fármacos citados foram a dispensação regular pelo Sistema Público de Saúde, mediante apresentação de prescrição médica dos serviços de assistência à saúde da rede pública e privada do Município nos últimos 6 anos. Os documentos comprobatórios dos dados analisados encontram-se nos livros de registro de medicamentos controlados na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde. Os psicofármacos, drogas com princípios psicoativos que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), são capazes de produzir a farmacodependência e reações adversas graves. Com base nos resultados, pretende-se elaborar um plano de intervenção para alinhamento das ações de saúde. A parceria dos profissionais de saúde comprometidos com os usuários, a implantação de estratégias eficientes, construção de redes e práticas de intervenção não medicamentosas são importantes para o Sistema Público de Saúde e para a população.

**Palavras-chave:** Enfermagem Psiquiátrica, Assistência em Saúde Mental, Psicotrópicos, Cuidados de Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário mundial abarca transformações científica, sociais e culturais de forma ampla trazendo consigo novas necessidades que impulsionam o alinhamento assistencial. Em meio a essas demandas crescentes estão um grande contingente de portadores de algum tipo de transtorno mental, que apresenta como impacto os anos de vida perdidos por incapacidades que são superiores ao câncer e às doenças cardiovasculares, levando ao aumento de consumo de substâncias psicoativas nos últimos anos, com início cada vez mais precoce.

A OMS estima que no mundo, o acometimento é de 121 milhões de pessoas por depressão, das quais menos de 25% possuem acesso a tratamentos efetivos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

Em 2003, na cidade de São Paulo, estudos revelaram uma prevalência estimada de 12,6% de depressão em adultos, sendo que no sexo feminino ela apresentou-se duas vezes maior em comparação ao sexo masculino (BRATS, 2012).

Projeções da OMS apontam que a depressão será a segunda maior causa de incapacidades em 2020 (BRATS, 2012). Com a finalidade de assistir essa população e estruturar a Assistência Básica de Saúde, o MS implantou em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) propondo também o reordenamento do modelo biomédico tradicional e reorganizando os demais níveis assistenciais (OPAS, 2011). Com o processo de Reforma psiquiátrica e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial contribui para evitar a psiquiatrização, uso irracional de fármacos e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana (BRASIL, 2007).

Surgem então, novas instrumentalizações, políticas públicas de saúde e redes assistenciais de saúde como; o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a introdução dos Consultórios de rua, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Grupos terapêuticos, matriciamento, as Práticas Integrativas Complementares (PIC) e incorporação de novas categorias de profissionais para assistir ao usuário do SUS, de forma integral, e principalmente focar na prevenção e promoção de

saúde. Mas, na população brasileira, onde o ato médico encontra-se em pauta, às práticas medicamentosas ainda assumem papel terapêutico importante.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de forma inadequada. Mais de 50% da população administram incorretamente os medicamentos e mais de 50% dos países não desenvolvem políticas que promovam o uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2012a).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o uso incorreto está associado à polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por protocolos, automedicação e o arsenal de medicamentos disponibilizados pelo comércio farmacêutico que favorecem o uso abusivo, insuficiente ou inadequado dos mesmos lesando a população e desperdiçando os recursos públicos. (WANNMACHER, 2012a).

Denomina-se uso racional de medicamentos a conduta em que o usuário recebe a droga apropriada, com posologia correta, por tempo adequado, garantindo benefício terapêutico e segurança. A terapia medicamentosa salva vidas, promove saúde prevenindo epidemias e doenças (WANNMACHER, 2012b). Uma boa gestão de medicamentos acarreta benefícios individuais, institucionais e nacionais. (WANNMACHER, 2012a).

Esse estudo justifica-se pela importância de conhecer a realidade do Município, que essas informações possam embasar a implantação e desenvolvimento de projetos de sensibilização dos profissionais e da população para o uso racional de medicamentos, bem como, valorizar as práticas não medicamentosas e estimular a melhoria na qualidade de vida. Conhecendo as projeções da OMS de elevação e o poder incapacitante da depressão, os investimentos na saúde, com profissionais, estrutura física, logística, insumos e fármacos que são de grande escala no município. A possibilidade de uma atuação mais eficaz da equipe de saúde destaca a relevância do estudo.

Neste contexto, o objetivo é analisar o que a literatura discute em relação ao uso racional de psicotrópicos, conhecer o perfil de consumos de psicotrópicos na rede pública de saúde do município de Santa Bárbara. Com as informações produzidas, pretende-se definir se realmente houve elevação no consumo dos fármacos, analisar as variáveis e correlacionar com a assistência à saúde no período estudado, organizar e melhorar a qualidade dos serviços assistenciais de saúde, avaliar e elencar propostas para aprimorar a gestão de medicamentos na atenção primária, combinando educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e

garantia de acesso às drogas apropriadas ao quadro clínico, porém são necessários estratégias de ações conjuntas, na qualificação dos serviços farmacêuticos, para aperfeiçoamento e gerenciamento da Assistência Farmacêutica, planejamento das ações, monitoramento e avaliação. Valorizar e implantar tratamentos e ações não medicamentosas, atuar nas vulnerabilidades no sentido de restabelecer e proteger a população dos fatores que podem cursar impactos negativos e desequilíbrio emocional.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **Conceitos: psicotrópicos, ansiolíticos e antidepressivos**

Drogas são substâncias ou matéria-prima que tem a finalidade medicamentosa ou sanitária, ao passo que medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (ANVISA, 2009).

Drogas psicotrópicas são substâncias psicoativas que atuam no Sistema Nervoso Central sendo capazes de produzir alterações e dependência. A utilização de psicotrópicos tem sido relacionada às causas de intoxicação e a abusos, principalmente os da classe de sedativos, hipnóticos e antipsicóticos, EUA (MATTA; MIRANDA; CASTRO 2011).

Ansiolíticos - Sedativos: esse grupo é representado pelos benzodiazepínicos, que são fármacos com propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivante, miorelaxantes e adjuvantes anestésicos. Está entre um dos medicamentos mais prescritos no mundo, às vezes com indicação inadequada, acarretando a medicalização de problemas familiares, social, e profissional. Quando bem indicado, mostram-se eficazes, com rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança, porém com muitas desvantagens (MINAS GERAIS, 2007). Os benzodiazepínicos mais empregados na clínica são: Diazepam, Clordiazepóxido, Lorazepam, Bromazepam, Clonazepam, Alprazolam. Outros benzodiazepínicos menos prescritos na clínica são: Nitrazepam, Flurazepam, Flunitrazepam e Midazolam conforme (CORDIOLI, 2005). O uso prolongado de benzodiazepínicos pode levar a redução da atenção - memória de fixação - desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (WANDERLEY, CAVALCANTI, SANTOS, 2013) (MINAS GERAIS, 2007).

Antidepressivos: são drogas estimuladoras do humor usadas no tratamento de distúrbios afetivos e outras afecções relacionadas. Os antidepressivos podem ser entendidos como um grupo de substâncias usadas no tratamento da depressão (LOPES, GRIGOLETO, 2011). São subdivididos em tricíclicos; Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina, Maprotilina, e Doxepina. O outro grupo pertence à classe dos INRS; Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram e Fluvoxamina.

Inibidores da monoaminoxidase (MAO) que compreende a Fenelzina, Tranilcipromina e a Moclobemida.

Além dessas, já foram lançadas novas substâncias com distintos mecanismos de ação utilizados no tratamento da depressão, e em outros transtornos mentais: Amineptina, Bupropiona, Milnaciprano, Mirtazapina, Nefazodona, Reboxetina, Tianeptina, Trazodona e Venlafaxina.

O que determina a diferença entre essas drogas é o perfil de efeitos colaterais. Os antidepressivos de ponta são mais seletivos, bloqueando apenas receptores específicos, por isso são mais bem tolerados pelo usuário (CORDIOLI, 2005).

Depressão: está associada à alteração do humor e psicomotora, agitação, desinteresse pelas atividades cotidianas, dificuldade de concentração e raciocínio, fadiga e perda de energia. A autoestima declina ocorrendo sentimentos de culpa e incapacidade. A depressão pode ser secundária a doenças já existentes, particularmente neurodegenerativas, como esclerose múltipla, degeneração macular e dor crônica. (BRATS 2012) (MINAS GERAIS, 2007).

Outra explicação biológica para a depressão é a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipofise adrenal, que eleva liberação de cortisol. Alteração de ritmo circadiano, privação de luz, redução de estrógenos na menopausa, envolvimento de citosinas e nutrientes essenciais como; vitamina B12 e A, Ácido fólico magnésio e cobre. Determinantes psicológicos como: traços de personalidade negativos, baixa autoestima e cognitivo, bem como problemas sociais, com; pobreza, isolamento social, dinâmica familiar, negligência e abuso infantil levam ao desenvolvimento de estados depressivos.

A depressão maior leva a morbidade, absenteísmo, baixo desempenho escolar e laboral com ônus econômico pela elevação de gastos com consulta, medicamentos e hospitalizações e até risco de suicídios. (WANNMACHER, L. 2012)<sup>b</sup>. Alguns usuários deprimidos desenvolvem a somatização processo pelo qual o indivíduo consciente ou inconscientemente produz sintomas corporais para fins psicológicos ou para obter ganhos pessoais (DALGALARRONDO, 2008). O processo de somatização é uma forma de expressão de sofrimento quando a pessoa não consegue manifestar os sentimentos e emoções (DALGALARRONDO, 2008).

## **Diagnóstico**

O diagnóstico da depressão é frequentemente realizado a partir de critérios contidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, elaborado pela Sociedade

Americana de Psiquiatria, e que está em sua 4ª edição (DSM-IV)2. Para que a depressão maior seja diagnosticada é necessário que pelo menos cinco sintomas, a seguir relacionados, estejam presentes diariamente por, no mínimo, duas semanas consecutivas, ou, ao menos, os itens (a) ou (b): a) humor deprimido na maioria do dia; b) desinteresse e desprazer pela maioria das atividades cotidianas; (c) significativos ganho ou perda de peso ou aumento ou perda de apetite; (d) insônia ou excesso de sono; (e) agitação ou lentidão psicomotora; (f) fadiga ou perda de energia; (g) sentimentos de desvalia ou excessiva e inapropriada culpa; (h) dificuldade de concentração mental; (i) pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida recorrente, tentativa de suicídio perpetrada ou planejada. Avalia-se ainda se é leve, moderada ou grave; se há ou não aspectos psicóticos (características catatônicas, melancólicas ou atípicas); se há risco de suicídio; se há ansiedade concomitante e se teve início no pós-parto. (BRATS 2012)

É importante a realização precoce do diagnóstico para evitar peregrinação e sobrecarregar os serviços de saúde, evitar a cronificação do quadro depressivo e evitar prejuízos físicos e psicológicos, bem como ônus para o sistema de saúde, porém o excesso de diagnósticos pode elevar consumo de psicofármacos, especialmente os antidepressivos e os benzodiazepínicos. (VIDAL, YAÑEZ, CHAVES, *et, al* 2013). Um dos desafios do diagnóstico está entre um corpo teórico que permita compreender o adoecimento mental e o alcance diagnóstico e terapêutico; considerando o sofrimento psíquico, a subjetividade, a dignidade e a autonomia do usuário (NETO, FREITAS, PEREIRA, 2012) (DESVIAT; MORENO, 2012).

Dentre as teorias possíveis que a depressão, é um distúrbio na função neurotransmissora fundamenta-se o uso dos antidepressivos. Que atua favorecendo a disponibilização das monoaminas, principais substâncias envolvidas na neurotransmissão: serotonina, noradrenalina e dopamina na fenda sináptica (BRATS, 2012) (WANNMACHER, L. 2012)<sup>b</sup>. Experiência positiva com um antidepressivo em casos anteriores de depressão deve ser eleita à primeira droga de escolha em novo episódio depressivo. (MINAS GERAIS, 2007).

A introdução dos antidepressivos tricíclicos deve ser com pequenas doses incrementando-as gradualmente até atingir a dose terapêutica do antidepressivo de escolha. O organismo demora um período de latência para resposta ao antidepressivo, só atinge o efeito ótimo após seis semanas. A descontinuação deverá ser lenta e gradual, para evitar sintomas de retirada, caracterizada por tontura, cefaleia, parestesias, náuseas ansiedade e irritabilidade. Os ISRS não apresenta síndrome de retirada (WANNMACHER, L. 2012)<sup>b</sup>.

## **Reação Adversa a Medicamento (RAM)**

Reação Adversa a Medicamento (RAM) é caracterizada por qualquer evento nocivo e não intencional que ocorre com o uso de medicamentos com finalidade terapêutica, profilática ou diagnóstica em doses normalmente recomendadas (ANVISA 2008).

Erro de Medicação (EM) é um evento evitável que leva ao uso inadequado de medicamento e sua ocorrência está relacionado a vários fatores, humanos, técnicos e administrativos.

Segundo a ANVISA, Evento Adverso (EV) é qualquer ocorrência médica desfavorável, em função de um tratamento medicamentoso, mesmo sem relação causal com o tratamento. É considerado EA; as RAM, interação medicamentosa, inefetividade terapêutica, intoxicações medicamentosa, uso abusivo, erro de medicação, óbitos, risco de morte, hospitalizações, incapacidades, anomalias congênitas, fômites para transmissão de agentes infecciosos, (OMS, 2005). (AMORIM, 2013) (Minas Gerais, 2012)

Os efeitos adversos são as causas mais comuns para o abandono da terapia. Os antidepressivos possuem distintos mecanismos de ação que propiciam diferença nos efeitos adversos interferindo na adesão ao tratamento e no fator econômico (BRATS, 2012). Um dos fatores que favorecem às RAMs é o constante desenvolvimento das indústrias farmacêuticas, que perpetraram cada vez mais influência sobre os reguladores de medicamentos para acelerar o tempo de revisão para a liberação dos novos fármacos. Então eles são registrados e autorizados para a comercialização, sem avaliação adequada dos parâmetros de segurança (OMS, 2005). Cabe Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF) que dispõem sobre a prescrição e normatizam a dispensação de medicamentos, no Brasil, atuarem com rigor (MATTA; MIRANDA; CASTRO 2011).

Outros tratamentos são empregados para o tratamento da depressão, como a eletroconvulsoterapia (ECT) que consiste na indução de convulsões por impulsos elétricos. É uma intervenção aguda e emergencial usada para tratar a depressão grave com risco de suicídio, mas também é indicada para pacientes com outros transtornos psiquiátricos e médicos. A técnica promove alterações no SNC que aumenta a recaptção de neurotransmissores de monoaminas, principalmente DA e 5-HT, e promove a transmissão de monoaminas por dessensibilizar os autorreceptores adrenérgicos pré-sinápticos.

A eficácia e a segurança da ECT estão bem fundamentadas, no entanto, é uma técnica controversa e estigmatizada por causa da desinformação e de percepções antiquadas sobre como o tratamento é realizado. Um estudo de metanálise avaliou a eficácia do ECT sobre sintomas depressivos, função cognitiva e mortalidade, bem como sua segurança e comprovou que a ECT constitui o tratamento mais adequado devido à latência prolongada dos antidepressivos.

No Brasil, o estigma da técnica está relacionado ao Movimento Antimanicomial, que critica a hospitalização de pacientes com transtornos mentais e o uso punitivo da técnica antes da reforma psiquiátrica. (FIRMINO, ABREU, PERINI, *et al* 2012).

A psicoterapia é um tratamento interpessoal baseado em princípios psicológicos. É uma terapia individualizada, que busca ajudar o paciente com um transtorno psiquiátrico, problema ou circunstância adversa. É utilizada tanto como um tratamento primário como adjuvante à farmacoterapia no tratamento da depressão.

Há muitas psicoterapias baseadas em evidência: psicoterapia cognitiva e comportamental; psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia interpessoal e entrevista motivacional. As três primeiras são indicadas para o tratamento da depressão.

### **Práticas integrativas**

A prática integrativa que utiliza de plantas medicinais vem sendo estimulada no mundo e está em expansão incluindo a criação da farmácia viva (MS, 2008). No Brasil, recentemente, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), que tende a ampliar o acesso dos usuários a novas técnicas de tratamento, como: plantas medicinais, fitoterápicos, entre outros, com segurança, eficácia e qualidade (MS, 2006). Mas a técnica é controversa, pois pode haver erros de diagnóstico, identificação incorreta de espécies de plantas, superdosagem, inefetividade terapêutica e reações adversas (MINAS GERAIS, 2013<sup>a</sup>). Não estão bem estabelecidas as interações medicamentosas e interferências com a prática e os tratamentos convencionais. (CAPASSO *et al.*, 2000). No Brasil, as pesquisas para avaliar o uso seguro das plantas medicinal e fitoterápico são incipientes, igualmente o controle da comercialização pelos órgãos oficiais em feiras livres, mercados públicos ou lojas de produtos naturais. Pode ainda ocorrer efeitos adversos devido à contaminação por agrotóxicos, metais pesados e microrganismos (MINAS GERAIS, 2013<sup>a</sup>). O sistema precisa se organizar para

avaliar os benefícios e riscos do produto, para assegurar que esse mantenha a qualidade, segurança e eficácia compatíveis com seu uso racional (ANVISA, 2009) (BALBINO, DIAS 2010). Outras práticas integrativas estão em ascensão como a Medicina Tradicional Chinesa nas ações de saúde pública como; a acupuntura, medicina antroposófica e atividades corporais com benefícios para a saúde (MINAS GERAIS, 2013<sup>b</sup>).

### **Farmacovigilância**

Com a Farmacovigilância pode ser gerados, o conhecimento da situação real em relação ao uso racional de medicamentos em uma determinada comunidade, detecção de reações adversas mais frequentes e mais graves em uma região, comparação com a legislação nacional e condução de medidas internacionais, intervenção no sistema de cuidados através dos agentes de saúde, estudos farmacoeconômicos para determinar o custo social, número de leitos hospitalar ocupado decorrente de reações adversas a medicamentos, determinação de incapacidade e perda de tempo envolvido pelos profissionais de laboratório, além do custo direto do tratamento necessário. Ainda, determinação das reações adversas a medicamentos advindas de drogas prescritas e também da automedicação, venda livre e medicamentos tradicionais caseiros e folclóricos. (AMORIM, 2013)

### 3 MÉTODO

Este estudo apresenta uma análise diagnóstica associada a um plano de intervenção, com base na experiência e trajetória profissional da especializanda.

Santa Bárbara é uma cidade histórica, 305 anos, conta com um riquíssimo memorial histórico descritivo e acervo histórico. Conserva sua beleza e encantos naturais. Desenvolve com investimentos crescentes na recuperação do seu patrimônio histórico e valorização de suas raízes, oferecendo opções de entretenimento, folclore, artes, religiosidade e desperta a potencialidade do ecoturismo.

A economia do município é baseada em extrativismo mineral e vegetal, em atividades agrícolas, na produção e a comercialização do mel, no comércio e na prestação de serviços. Faz parte do quadrilátero ferrífero e do “Ciclo do Ouro”, participando, decisivamente, do desenvolvimento da Região e de Minas Gerais. O município de Santa Bárbara possui uma extensão territorial de 684,060 km<sup>2</sup> e conforme dados do IBGE 2013 possui uma população de 29.595 habitantes.

Santa Bárbara conta com um hospital regional, Nossa Senhora das Mercês, o Centro de Especialidades Médicas (CEM), com: Pediatra, Cardiologista, Ginecologista, Ortopedista, Cirurgiã geral e Fonoaudióloga que realiza avaliação otoacústica; um Centro de Especialidades Odontológico (CEO); um CAPS I, nove equipes de ESF com mais uma equipe em fase de implantação; uma equipe de NASF. Comunidade Terapêutica Renascer em Cristo (CETERC), para recuperação de dependentes químicos; Associação Vida Nova para acolhimento e acompanhamento de dependentes químicos e familiares. Conta também com prestadores de serviços locais para reabilitação, realização de exames laboratoriais e de radiodiagnósticos, consórcios para realização de exames de radiodiagnóstico e consulta especializada em Itabira, atendimentos de consultas especializadas em Itabira, através da Programação Pactuada Integrada (PPI) o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Leste (CISEL), em Itabira, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEP), em João Monlevade, o Centro Viva

Vida e HIPERDIA em Itabira e atendimentos nos hospitais e clínicas na macro regional de Belo Horizonte.

O estudo foi realizado na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara onde a distribuição de psicotrópicos é centralizada, atendendo receitas aviadas pela rede pública e privado. O estudo tem como proposta conhecer o perfil de distribuição dos principais antidepressivos e benzodiazepínicos da rede. A escolha dos medicamentos a serem analisados foi realizada com base em uma reunião com a farmacêutica da SMS. Na ocasião, foi explicada a mesma qual era a intenção do trabalho e questionado a possibilidade de disponibilização dos dados. Acordada possibilidade de disponibilização dos dados, foi elaborado um ofício ao gestor municipal de saúde, solicitando autorização para captação dos dados. A farmacêutica se dispôs a auxiliar, facilitando o acesso ao livro de medicamentos psicotrópicos da Farmácia. A alimentação do livro citado é exigência da Vigilância Sanitária e o mesmo é atualizado periodicamente. Juntamente com a farmacêutica, foi decidido que os fármacos analisados seriam aqueles pertencentes à listagem da Farmácia Básica, que é a mesma para todo o estado de Minas Gerais. Visando, dessa forma, minimizar diferenças nos resultados que poderiam ser obtidas pelo desabastecimento da droga durante o período de 2008 a 2013, pois o envio de medicamentos via Farmácia Básica obedece a certa periodicidade. Para obter um melhor padrão de análise dos antidepressivos, foi proposto o estudo de fármacos de classes diferentes, portanto, escolhido quatro tipos de antidepressivos, sendo três Antidepressivos Tricíclicos (ADT); Imipramina 25mg, Amitriptilina 25mg e Nortriptilina 25mg e um antidepressivo da classe dos Inibidores Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS) a Fluoxetina 20mg. Entre os Sedativos, ansiolíticos selecionados para a análise estão: Diazepam 10mg, Clonazepam 2mg, Clonazepam gotas.

É importante ressaltar que os benzodiazepínicos e antidepressivos disponibilizados pela SMS-SB no período do estudo não foram apenas: Clonazepam, Diazepam, Bromazepam, Imipramina, Nortriptilina, Amitriptilina, Fluoxetina, mas uma gama de sedativos e antidepressivos novos, que não se encontrava na rede pública do município em 2008 e que teve uma introdução crescente.

Inicialmente foi realizado um estudo descritivo, exploratório de publicações realizadas no período de 2000 até a presente data, principalmente das bases de dados do Scielo e publicações oficiais que contemplam o tema, em idioma português, utilizando para as buscas as palavras-

chave: Psicotrópicos, Dispensação de medicamentos, Prescrições de medicamentos, Estratégia de intervenção.

Na sequência foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e observacional referentes às retiradas de benzodiazepínicos e antidepressivos junto à farmácia da SMS, com os dados coletados nos livros de Medicamentos controlados, em que os medicamentos registrados estão sujeitos a controle especial (listas B<sup>1</sup>, B<sup>2</sup>, C<sup>1</sup>, C<sup>2</sup>, C<sup>4</sup> e C<sup>5</sup> ( Portaria N° 344/98). Foi realizada a compilação dos dados, analisados, e realizados os registros utilizando os recursos do Word e Excel.

Por se tratar de uma pesquisa em que envolve apenas dados registrados no livro de dispensação de medicamentos em que não menciona o nome do usuário não foi necessário encaminhar o projeto para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O produto tecnológico adquirido ao final do trabalho compreende intervenções que contemplam o cuidado focando no uso racional das drogas psicotrópicas de educação, pois envolve um processo de trabalho que abrange toda equipe de saúde e administrativo relacionado à gestão de medicamentos em todo serviço público municipal.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

Vários fatores contribuem para a falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre os fatores relacionados estão; à equipe, o sistema de saúde, a ineficácia na dispensação dos medicamentos e o excesso de trabalho dos profissionais de saúde. Entre as consequências da não adesão podemos citar a redução do benefício clínico, acarretando complicações da doença, diminuição da qualidade de vida dos pacientes e dissipação dos recursos à saúde (FUNED, 2010)

**Tabela 1. Lista de antidepressivos dispensados no período entre 2008 a 2013**

<b>Lista de Antidepressivos</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nortriptilina 25 mg	6.518	14.575	14.604	16.198	25.675	19.155
Amitriptilina 25 mg	88.557	91148	100.370	94305	75.640	86.650
Fluoxetina 20mg	152.891	120.829	173.937	202.428	217.466	177.741
Imipramina 25mg	24.688	31.350	21.765	33.645	41.525	43.136
<b>Total</b>	<b>272.654</b>	<b>257.905</b>	<b>310.676</b>	<b>346.576</b>	<b>360.306</b>	<b>326.682</b>

**Fonte: Livro de medicamento controlado da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara**

Pode-se observar que no ano inicial, 2008 e no ano final 2013, não sendo considerado o intervalo, somente Amitriptilina não teve seu consumo elevado, sendo observada uma redução de 2,25%.

Em contrapartida, o consumo de Nortriptilina 25mg e Imipramina 25mg teve uma elevação de 93,88% e 74,72%, respectivamente, considerando 2008 o ano inicial e 2013 o ano final.

A elevação no consumo de Imipramina 25mg a partir de 2011 pode ser analisada através do aumento no acesso, principalmente do público infante juvenil ao serviço de psiquiatria infantil no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) na cidade de Itabira. O aumento da oferta de atendimento e encaminhamento incidiu com a implantação do NASF, modalidade I, que propiciou a introdução de mais dois psicólogos na rede em 2011. Iniciaram as atividades com intuito de atender de forma individual as demandas reprimidas, e assim permaneceu até 2013, mudando o perfil de atendimento e começando as atividades conforme a ideologia preconizada em 2014.

Em números absolutos, fluoxetina é o medicamento controlado de maior demanda de dispensação na rede, tendo seu pico de consumo em 2012, quando a elevação de 42,23% quando comparado ao ano de 2008. Estudos constataram que a Fluoxetina, fármaco da classe dos ISRS, não difere dos antidepressivos tricíclicos quanto à eficácia, mas por serem mais bem tolerados e pelo maior perfil de segurança constitui a primeira linha de tratamento. Observado na análise como o antidepressivo com maior distribuição.

Em 2013, foi observada uma redução significativa no consumo, fato que pode ser explicado pelo aumento da disponibilidade do fármaco Paroxetina e, principalmente, a Sertralina na rede. O Venlafaxina também passou a ser dispensada, mas apenas em casos excepcionais em que a adaptação não foi possível com as outras drogas disponibilizadas, mas também já com um aumento no consumo. Outra hipótese a ser considerada é a mudança de gestão com troca de profissionais e reorganização dos processos de dispensação de medicação. Carência do profissional - psiquiatra - na rede no período, hoje com três profissionais e em 2013 permaneceu um período com apenas um profissional.

Considerando o total de dispensação dos antidepressivos dispensados/ano, em relação a 2008, em 2013 foi observada elevação de 19,82% de consumo.

**Tabela 2 – Lista de sedativos dispensados no período entre 2008 a 2013.**

<b>Lista de Sedativos e Hipnóticos</b>						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Clonazepam 2mg	57.437	93.776	97.512	102.502	93.280	91.108
Diazepam 10mg	105.660	97.993	96.744	89.528	79.926	86.565

Clonazepam gotas	1.799	1.280	2.052	1.582	1.652	2.552
<b>Total</b>	<b>164.876</b>	<b>193.049</b>	<b>196.308</b>	<b>193.612</b>	<b>174.858</b>	<b>180.225</b>

**Fonte:** Livro de medicamento controlado da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara

Podemos observar que o consumo de Clonazepam 2mg entre o ano inicial, 2008 e no ano final 2013, houve um aumento de 58,6% no padrão de dispensação da droga. Ao passo que o Diazepam 10mg teve uma redução de 82% de consumo.

Em de 2008, considerando população de 29.595 habitantes, foi liberado 3,5 comprimidos de Diazepam habitantes/ano.

Considerando a população de 29.595 habitantes, foi liberado em 2013 um total de 6,0 comprimidos de sedativos habitantes/ano.

O Clonazepam gotas apresentou no período uma elevação de 41,8 % no consumo. Uma observação que pode ser feita é que houve a substituição do Diazepam pelo Clonazepam.

Outra hipótese para a redução no uso do Diazepam foi a introdução de algumas drogas novas como, Clobazan, Alprazolam, Mirtazapina, entre outros, na rede. De uma forma geral é considerável a elevação do consumo dos medicamentos.

Em número absoluto houve elevação de 9,3% no nível de consumo de sedativos em relação a 2008 e 2013.

É considerável a elevação na oferta de serviços de saúde neste período em que o Município conta com 100% de cobertura de ESF e um serviço de Saúde Mental (credenciado como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em fevereiro de 2014) e implantação do NASF em outubro de 2010 com ampliação na carta de profissionais em novembro de 2013.

Estudos indicam que fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais, possam ter associação com o consumo de antidepressivos. A elevação do consumo de psicofármaco está relacionada à ampliação do acesso ao serviço de saúde, consequentemente houve elevação do diagnóstico de doenças depressivas na população (GARCIAS, PINHEIRO, GARCIAS, 2006). Essa acréscimo no consumo também pode ser justificada pela introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (RODRIGUES *et al.*, 2006).

Estudos corroboram que a maior prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e utilização de psicofármacos, bem como, maior utilização dos serviços de saúde é realizado pelas

mulheres (FIRMINO *et al.*, 2011) (RODRIGUES *et al.*, 2006) Foi observado uma tendência de uso de psicotrópicos ao envelhecer. (LIMA *et al.*, 2013). O processo de envelhecimento acarreta alterações no padrão de quantidade e qualidade do sono, causando impacto negativo na sua qualidade de vida. Essas modificações na característica de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, imunológico, desempenho, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação (FAVARO, 2009).

A proposta de uso racional de medicamentos psicotrópicos deve ser prática importante na rotina dos profissionais da equipe de saúde, numa vigilância contínua para que, a partir da prescrição médica, usuários sejam orientados de forma clara, objetiva para uma administração segura (LOPES, GRIGOLETO, 2011). Uma das dificuldades encontradas é que as farmácias constituem apenas o elo final do processo de atendimento, sendo a atividade de orientação aos usuários praticamente impossibilitada diante desta realidade (ARAÚJO *et al.*, 2008). Assim, cabe ao farmacêutico reorganizar sua assistência posicionando como profissional de saúde, dando nova magnitude à dispensação e orientação dos usuários, procurando participar ativamente da equipe de saúde, que deve trabalhar de forma integrada (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Podemos considerar alguns avanços da SMS do município no sentido de melhorar o serviço de assistência farmacêutica, entre elas estão a contratação de mais farmacêutico a informatização da dispensação de medicamentos, que nos permite tanto os auxiliares de farmácia quanto a equipe de ESF acompanhar se os usuários estão fazendo uso regular da medicação prescrita, o controle para evitar que o usuário fique com um estoque muito grande de medicamento controlado no domicílio, com liberação mensal quando não há restrição médica específica para a dispensação.

Outro passo importante foi o credenciamento do CAPS I, e contratação de mais psiquiatras, no total, três profissionais para atendimento e matriciamento, o que favorece a definição de diagnóstico, que evita a medicalização.

Importante também destacar o esforço da gestão na contratação de profissionais com o propósito de trabalhar a prevenção como; mudança de hábitos de vida, introduzindo a atividade física, grupos terapêuticos que favorecem a socialização, entre outros.

### **Estratégia para uso racional de medicamentos**

- Reunir com a equipe multiprofissional de saúde, preferencialmente em presença do gestor de municipal de saúde, e apresentar os dados obtidos durante a realização do presente trabalho;
- Envolver a equipe na definição de metas para redução da medicalização no município;
- Traçar perfil epidemiológico dos pacientes em uso de medicação psicotrópica;
- Envolver a equipe multidisciplinar na abordagem e manejo dos pacientes portadores de transtorno mental;
- Fazer busca ativa dos usuários que não retornam às consultas psiquiátricas ou para buscar medicação de uso contínuo;
- Promover empoderamento das famílias e colocá-las como núcleo de transformação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- Implantar projetos para sensibilizar os profissionais de saúde e comunidade para a importância do uso racional da medicação;
- Levantar dados que identifiquem as razões pelas quais as práticas inapropriadas estão ocorrendo para melhor selecionar e direcionar a intervenção;
- Nortear para o uso racional do medicamento evitando situações inesperadas e de risco. Sendo o profissional farmacêutico capacitado para orientar, educar e dar instruções aos usuários sobre todos os aspectos relacionados aos medicamentos; por isso, sua atuação deve fazer parte de todo o processo de assistência à saúde;
- Atentar para que as prescrições sejam adequadas, o que compreende a escolha correta da droga, indicação apropriada, inexistência de contraindicação e menor probabilidade de eventos adversos, dispensação correta associada a informações sobre os medicamentos prescritos, seguimento dos efeitos desejados e de eventos adversos;
- Dispensar medicamento, exclusivamente mediante receita de profissional habilitado;
- Definir que o tratamento da depressão não seja orientado apenas pela utilização de antidepressivos. Os psicofármacos constituem apenas uma parcela do tratamento e as alternativas devem ser consideradas pela equipe multiprofissional para o manejo adequado do paciente. É importante salientar que farmacoterapia não vai facilitar as relações interpessoais ou resolver os conflitos dos pacientes. Quando o antidepressivo for realmente necessário, a avaliação cuidadosa do paciente e a escolha do medicamento com

base no seu perfil de eficácia, segurança e custo devem ser considerados, contribuindo para seu uso racional;

- Assumir uma postura de respeito e disponibilidade para a escuta atenta, deixando a pessoa falar, configura-se atitude respeitosa diante do paciente e seu sofrimento. Com relação às crenças e valores, não relativizá-los, sem julgar, influenciar ou direcionar o processo terapêutico.
- Ofertar de um ambiente tranquilo e privativo para a conversa, garantindo o sigilo da mesma. Estabelecer comunicação culturalmente sensível, compreensível conforme o nível social, escolaridade e capacidade intelectual da pessoa.
- Manter contato visual com a pessoa, sempre que possível. Estimular atividades de socialização e de autonomia que promovam o autocuidado, as atividades de vida diária e maior contratualidade na vida da pessoa.
- Implantar projeto terapêutico na intervenção de cuidados mais complexos, em parceria com o serviço de saúde mental, NASF e AB de saúde “e equipe interdisciplinar”. Essa ação conjunta de todos profissionais, a corresponsabilidade do usuário é importante no processo de assistência ao portador de transtornos mentais.
- Estabelecer parceria intersetorial, utilizar instrumentos que favoreçam a socialização e melhoria da qualidade de vida, bem como, acompanhamento terapêutico é valioso para ampliar projetos e valorizar singularidade do indivíduo.
- Favorecer o provimento de informações, o que pode ser feito a partir da interação cotidiana, treinamentos, seminários e distribuição de material escrito. A preparação dos eventos e materiais pode e deve ser realizada pela equipe multiprofissional. As informações devem ser precisas, bem elaborada técnica e cientificamente, com linguagem adequada ao público alvo; deve também ser atrativa, além de ter um modo eficiente e contínuo de distribuição.
- Habilitar os prescritores e equipe de saúde, através de educação formal, educação continuada, visitas supervisionadas ou com grupos de leitura, seminários, centros de estudo.
- Implantação da Farmácia de Minas, onde o farmacêutico permanecerá em período integral, projeto em fase de construção do espaço, que vem com uma proposta inovadora na assistência farmacêutica.

Todo plano de ação elaborado interfere diretamente, no sentido de reorganizar a Assistência Farmacêutica. Com a implantação dessas estratégias para melhorar a dispensação de medicamentos, vislumbra-se uma assistência de qualidade e conscientização dos usuários e profissionais para o uso racional de medicamentos. Essas intervenções deverão ser introduzidas a curto e médio prazo com avaliações periódicas, e replanejadas sempre que necessário.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de busca dos dados para a realização do trabalho proporcionou maior interação com o serviço de Assistência Farmacêutica e em decorrência disso, novos olhares para a questão da medicalização da saúde. Na relação diária com os usuários do serviço de saúde, trabalha-se para atender as necessidades adjacentes, pois quando o mesmo está desprovido de medicação e/ou de uma prescrição do fármaco de uso, a equipe de saúde se mobiliza para atender essa demanda. Muitas vezes, essas circunstâncias ocupam lugar do planejamento.

Quando os dados de consumo de medicamentos são apresentados em tabela, observa-se que o crescimento da utilização são estarrecedores. Com a implantação de núcleos voltados para o acolhimento e escuta do paciente, no caso CAPS e NASF talvez pudessem ser esperados uma redução da medicalização, porém vários trabalhos comprovam que com o aumento da oferta de serviços de saúde, há elevação no número de diagnósticos de portadores de sofrimentos mentais, com conseqüente, aumento no consumo de medicação. No município de Santa Bárbara não foi diferente.

É perceptível a nova mudança no sistema de saúde, com ampliação da rede de assistência a saúde, introdução de novos profissionais, focando principalmente, na promoção à saúde e melhoria no setor logístico. Quanto ao setor farmacêutico, um dos vieses possível para amenizar o problema é a reestruturação da gestão e assistência farmacêutica, bem como, comprometimento dos profissionais de saúde. A implantação e seguimento de normas de prescrição, acompanhamento e compartilhamento de casos entre equipes de Saúde Mental e AB são estratégias que precisam ser adotadas. É importante que implante metodologia educativa aos usuários de medicamentos e, principalmente, que disponibilize informações atualizadas aos profissionais da área da saúde, prescritores e dispensadores, sobre os medicamentos e seus efeitos adversos e também sobre temas tais como: risco da automedicação, interrupção, troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica, com base na Política Nacional de

Medicamentos. Portanto, o desdobramento do processo de construção do TCC é o alinhamento das ações e formação de parcerias para futuros projetos envolvendo a Saúde Mental, AB e AF objetivando a melhoria contínua da assistência aos cidadãos em níveis individuais e coletivos.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M.A.L. A farmacovigilância e sua importância no monitoramento das reações adversas a medicamentos, Farmacêutica e Bioquímica (Universidade Paulista – UNIP), Especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica pelo Centro Universitário Uninter. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.4 n.2 | jul/dez 2013.

ARAÚJO, A.L.A; et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008.

BALBINO, E.E; DIAS, M.F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Dez. 2010.

BRASIL. Diretrizes assistenciais para a saúde mental na Saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, 1998. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Regulamentação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (Psicoativos e Outros). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Portarias/Portaria344-98>>. Acesso em: 27 abr 2014.

BRATS, **Antidepressivos no transtorno depressivo maior em adultos**, Ano VI nº 18 | Março de 2012.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <[http://xa.yimg.com/kq/groups/19633676/205730663/nome/psicofarmacos\\_cordioli.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/19633676/205730663/nome/psicofarmacos_cordioli.pdf)>. Acesso em: 03 de fevereiro 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 440p.

FAVARO, V. F. **Peculiaridades da psiquiatria no idoso**, São Paulo, abr, 2009. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1834/peculiaridades\\_da\\_psiquiatria\\_no\\_idoso.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1834/peculiaridades_da_psiquiatria_no_idoso.htm). Acesso em: 03 mai 2014.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17 n°1, 2012.

FUNED, A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2010.

GARCIAS, C. M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1565- 1571, 2008.

LIMA, D. S. et al. Depressão e antidepressivos: temas geradores para discussão de conceitos químicos no nível médio de ensino. **Revista Brasileira de Ensino e C&T**. v.6, n.3, set-dez 2013. ISSN - 1982-873X

LOPES, L.M.B; GRIGOLETO, A. R. L. **Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde**. São Paulo, 2011.

MATTA. S. R; MIRANDA E. S.; CASTRO. C. G. S O. Prescrição e dispensação de medicamentos psicoativos nos instrumentos normativos da regulação sanitária brasileira: implicações para o uso racional de medicamentos; **Revista Brasileira de Farmácia**, Nº 92, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. 2. ed. Belo Horizonte, 2007.2.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e Complementares. Unidade 2: Medicina Tradicional Chinesa: Acupuntura/Outras Terapêuticas**. Belo Horizonte, Minas Gerais, mar 2013<sup>a</sup>.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e Complementares. Unidade 1: Homeopatia**. Belo Horizonte, Minas Gerais, março, 2013<sup>b</sup>.

MINISTERIO DA SAÚDE, Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS.**Revista Brasileira Saúde da Família**, ano IX, Ed. Especial, maio 2008.

NETTO, M. Q.N; FREITAS, O; PEREIRA, R, L.R.L. **Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP**. Departamento de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP, Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada Brasil, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RODRIGUES. M. A. P; FACCHINI, L. A. LIMA, M. S. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública. v.40 n.1. São Paulo, jan/fev.2006.

VIDAL, C. E.L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013, v.21. p, 13, p, 64/457.

WANDERLEY, T.C; CAVALCANTI, A. L; SANTOS, S. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013.

WANNMACHER, L. **Condutas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde**. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados, Brasília, 2012<sup>a</sup>.

WANNMACHER, L. **Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais**. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados, Brasília, 2012 b.

## APÊNDICES E ANEXOS

### Anexo 01

1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.

#### LISTA - B1

#### LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

(Sujeitas a Notificação de Receita "B")

1. ALOBARBITAL
2. ALPRAZOLAM
3. AMO BARBITAL
4. APROBARBITAL
5. BARBEXACLONA
6. BARBITAL
7. BROMAZEPAM
8. BROTIZOLAM
9. BUTALBITAL
10. BUTO BARBITAL
11. CAMAZEPAM
12. CETAZOLAM
13. CICLOBARBITAL
14. CLOBAZAM
15. CLONAZEPAM
16. CLORAZEPAM
17. CLORAZEPATO
18. CLORDIAZEPÓXIDO
19. CLOTIAZEPAM

20. CLOXAZOLAM
21. DELORAZEPAM
22. DIAZEPAM
23. ESTAZOLAM
24. ETCLORVINOL
25. ETINAMATO
26. FENDIMETRAZINA
27. FENOBARBITAL
28. FLUDIAZEPAM
29. FLUNITRAZEPAM
30. FLURAZEPAM
31. GLUTETIMIDA
32. HALAZEPAM
33. HALOXAZOLAM
34. LEFETAMINA
35. LOFLAZEPATO ETILA
36. LOPRAZOLAM
37. LORAZEPAM
38. LORMETAZEPAM
39. MEDAZEPAM
40. MEPROBAMATO
41. MESOCARBO
42. METIL FENOBARBITAL (PROMINAL)
43. METIPRILONA
44. MIDAZOLAM
45. N-ETILANFETAMINA
46. NIMETAZEPAM
47. NITRAZEPAM
48. NORCANFANO (FENCANFAMINA)
49. NORDAZEPAM
50. OXAZEPAM

51. OXAZOLAM
52. PEMOLINA
53. PENTAZONINA
54. PENTOBARBITAL
55. PINAZEPAM
56. PIPRADOL
57. PIROVARELONA
58. PRAZEPAM
59. PROLINTANO
60. PROPILEXEDRINA
61. SECBUTABARBITAL
62. SECOBARBITAL
63. TEMAZEPAM
64. TETRAZEPAM
65. TIAMILAL
66. TIOPENTAL
67. TRIAZOLAM
68. TRIEXIFENIDIL
69. VINILBITAL
70. ZOLPIDEM
71. ZOPICLONA

ADENDO:

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.
- 2) Os medicamentos que contenham FENOBARBITAL, PROMINAL, BARBITAL e BARBEXACLONA, ficam sujeitos a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

## **Anexo 02**

### **LISTA - B2**

#### **LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS**

(Sujeitas a Notificação de Receita "B")

1. AMINOREX
2. ANFEPRAMONA (DIETILPROPIONA)
3. FEMPROPOREX
4. FENDIMETRAZINA
5. FENTERMINA
6. MAZINDOL
7. MEFENOREX

#### **ADENDO:**

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.

## Anexo 03

### LISTA - C1

### LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL

(Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

1. ACEPROMAZINA
2. ÁCIDO VALPRÓICO
3. AMANTADINA
4. AMINEPTINA
5. AMISSULPRIDA
6. AMITRIPTILINA
7. AMOXAPINA
8. AZACICLONOL
9. BECLAMIDA
10. BENACTIZINA
11. BENFLUOREX
12. BENZOCTAMINA
13. BENZOQUINAMIDA
14. BIPERIDENO
15. BUSPIRONA
16. BUTAPERAZINA
17. BUTRIPTILINA
18. CAPTODIAMINA
19. CARBAMAZEPINA
20. CAROXAZONA
21. CETAMINA
22. CICLARBAMATO
23. CICLEXEDRINA
24. CICLOPENTOLATO

25. CITALOPRAM
26. CLOMACRANO
27. CLOMETIAZOL
28. CLOMIPRAMINA
29. CLOREXADOL
30. CLORPROMAZINA
31. CLORPROTIXENO
32. CLOTIAPINA
33. CLOZAPINA
34. DEANOL
35. DESFLURANO
36. DESIPRAMINA
37. DEXETIMIDA
38. DEXFENFLURAMINA
39. DEXTROMETORFANO
40. DIBENZEPINA
41. DIMETRACRINA
42. DISOPIRAMIDA
43. DISSULFIRAM
44. DIVALPROATO DE SÓDIO
45. DIXIRAZINA
46. DOXEPINA
47. DROPERIDOL
48. EMILCAMATO
49. ENFLURANO
50. ETOMIDATO
51. ETOSSUXIMIDA
52. ECTILURÉIA
53. FACETOPERANO (LEVOFACETOPERANO)
54. FENAGLICODOL
55. FENELZINA

56. FENFLURAMINA
57. FENITOINA
58. FENILPROPANOLAMINA
59. FENIPRAZINA
60. FEMPROBAMATO
61. FLUFENAZINA
62. FLUMAZENIL
63. FLUOXETINA
64. FLUPENTIXOL
65. FLUVOXAMINA
66. HALOPERIDOL
67. HALOTANO
68. HIDRATO DE CLORAL
69. HIDROCLORBEZETILAMINA
70. HIDROXIDIONA
71. HOMOFENAZINA
72. IMICLOPRAZINA
73. IMIPRAMINA
74. IMIPRAMINÓXIDO
75. IPROCLOLORIZIDA
76. ISOCARBOXAZIDA
77. ISOFLURANO
78. ISOPROPIL-CROTONIL-URÉIA
79. LAMOTRIGINA
80. LEVODOPA
81. LEVOMEPRMAZINA
82. LINDANO
83. LISURIDA
84. LITIO
85. LOPERAMIDA
86. LOXAPINA

87. MAPROTILINA
88. MECLOFENOXATO
89. MEFENOXALONA
90. MEFEXAMIDA
91. MEPAZINA
92. MESORIDAZINA
93. METILPENTINOL
94. METISERGIDA
95. METIXENO
96. METOPROMAZINA
97. METOXIFLURANO
98. MIANSERINA
99. MINACIPRAN
100. MINAPRINA
101. MIRTAZAPINA
102. MISOPROSTOL
103. MOCLOBEMIDA
104. MOPERONA
105. NALOXONA
106. NALTREXONA
107. NEFAZODONA
108. NIALAMIDA
109. NOMIFENSINA
110. NORTRIPTILINA
111. NOXPTILINA
112. OLANZAPINA
113. OPIPRAMOL
114. ORLISTAT
115. OXCARBAZEPINA
116. OXIFENAMATO
117. OXIPERTINA

118. PAROXETINA
119. PENFLURIDOL
120. PERFENAZINA
121. PERGOLIDA
122. PERICIAZINA (PROPERICIAZIDA)
123. PIMOZIDA
124. PIPAMPERONA
125. PIPOTIAZINA
126. PRAMIPEXOL
127. PRIMIDONA
128. PROCLORPERAZINA
129. PROMAZINA
130. PROPANIDINA
131. PROPIOMAZINA
132. PROPOFOL
133. PROTIPENDIL
134. PROTRIPTILINA
135. PROXIMETACAINA
136. RISPERIDONA
137. ROPINIROL
138. SELEGILINA
139. SERTRALINA
140. SEVOLFURANO
141. SIBUTRAMINA
142. SILDENAFILA
143. SULPIRIDA
144. TACRINA
145. TALCAPONA
146. TETRACAÍNA
147. TIANEPTINA
148. TIAPRIDA

- 149. TIOPROPERAZINA
- 150. TIORIDAZINA
- 151. TIOTIXENO
- 152. TOPIRAMATO
- 153. TRANILCIPROMINA
- 154. TRAZODONA
- 155. TRICLOFÓS
- 156. TRICLORETIENO
- 157. TRIFLUOPERAZINA
- 158. TRIFLUPERIDOL
- 159. TRIMIPRAMINA
- 160. VALPROATO SÓDICO
- 161. VENLAFAXINA
- 162. VERALIPRIDA
- 163. VIGABATRINA
- 164. ZIPRAZIDONA
- 165. ZUCLOPENTIXOL

ADENDO:

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.
- 2) Ficam suspensas, temporariamente, as atividades mencionadas no artigo 2º da Portaria SVS/MS n.º 344/98, relacionadas as substâncias FENFLURAMINA E DEXFENFLURAMINA e seus sais, bem como os medicamentos que as contenham, até que os trabalhos de pesquisa em desenvolvimento no país e no exterior, sobre efeitos colaterais indesejáveis, sejam ultimados;
- 3) Os medicamentos a base da substância LOPERAMIDA ficam sujeitos a **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM A RETENÇÃO DE RECEITA**;
- 4) Fica proibido a comercialização e manipulação de todos os medicamentos que contenham LOPERAMIDA ou em associações, nas formas farmacêuticas líquidas ou em xarope para uso pediátrico (Portaria SVS/MS n.º 106 de 14 de setembro de 1994 - DOU 19/9/94);

- 5) Só será permitida a compra e uso do medicamento contendo a substância MISOPROSTOL em estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados junto a Autoridade Sanitária para este fim;
- 6) Os medicamentos a base da substância FENILPROPANOLAMINA, ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM A RETENÇÃO DE RECEITA.
- 7) Os medicamentos de uso tópico odontológico a base da substância TETRACAÍNA, quando não associada a qualquer outro princípio ativo, ficam as VENDAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 8) Os medicamentos a base da substância DEXTROMETORFANO, ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM A RETENÇÃO DE RECEITA;
- 9) Excetuam-se das disposições legais deste Regulamento Técnico os produtos a base das substâncias Lindano e Tricloroetileno quando, comprovadamente, forem utilizadas para outros fins que não os de efeito à área de saúde, e portanto não estão sujeitos ao controle e fiscalização do Ministério da Saúde.

## **Anexo 04**

### **LISTA - C2**

#### **LISTA DE SUBSTÂNCIAS RETINÓICAS**

(Sujeitas a Notificação de Receita Especial)

1. ACITRETINA
2. ADAPALENO
3. ISOTRETINOÍNA
4. TRETINOÍNA

#### **ADENDO:**

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima;
- 2) Os medicamentos de uso tópico contendo as substâncias desta lista ficam sujeitos a **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM A RETENÇÃO DE RECEITA.**

## Anexo 05

### LISTA - C4

LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANTI-RETROVIRAIS (Sujeitas a Receituário do Programa da DST/AIDS ou Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

1. DELAVIDINA
2. DIDANOSINA (ddI)
3. EFAVIRENZ
4. ESTAVUDINA (d4T)
5. INDINAVIR
6. LAMIVUDINA (3TC)
7. NELFINAVIR
8. NEVIRAPINA
9. RITONAVIR
10. SAQUINAVIR
11. ZALCITABINA (ddC)
12. ZIDOVUDINA (AZT)

### ADENDO:

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima;
- 2) Os medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais acima elencadas, devem ser prescritos em receituário próprio estabelecido pelo Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde, para dispensação nas farmácias hospitalares/ambulatoriais do Sistema Público de Saúde; 3) os medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais acima elencadas, quando dispensados em farmácias e drogarias, ficam sujeitos a venda sob Receita de Controle Especial em 2 (duas) vias.

## **Anexo 06**

### LISTA - C5

#### LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANABOLIZANTES

(Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

1. DIIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)
2. ESTANOZOLOL
3. FLUOXIMESTERONA OU FLUOXIMETILTESTOSTERONA
4. MESTEROLONA
5. METANDRIOL
6. METILTESTOSTERONA
7. NANDROLONA
8. OXIMETOLONA

#### ADENDO:

- 1) Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.