

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**SAVANA SCHEFFER ROBALO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Porto Alegre  
2009**

**SAVANA SCHEFFER ROBALO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para obtenção do  
título de enfermeiro.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt

**Porto Alegre  
2009**

## AGRADECIMENTOS

Obrigado é uma palavra muito simples para demonstrar o imenso sentimento de gratidão àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos e fazem a diferença na minha vida. Os meus sinceros agradecimentos a:

**Deus** que sempre iluminou meus passos.

**Meus pais** pelo amor incondicional e por serem os verdadeiros mestres da minha vida.

**Meus irmãos** que, em diferentes momentos, me ajudaram a prosseguir e me mostraram que vale a pena lutar pelos meus objetivos.

**Minhas amigas Cássia e Jéssica** que me animaram diversas vezes quando o caminho tornou-se árduo e que me mostraram o quão bom é ter amigos!

**Meu noivo** porque mesmo longe se fez tão presente. Por ser a inspiração que me impulsionou a seguir a diante.

**Minha colega Gabriela Soares** pelo auxílio durante a coleta de dados deste trabalho e pela amizade.

**Minha amiga e agora colega Graciele** pelo apoio, carinho, risadas compartilhadas, as infinitas conversas. Pela disposição para explicar, mesmo nos finais de semana, aqueles conteúdos que eu não entendia!

**Minha orientadora Elizeth Heldt**, além de agradecer quero registrar minha admiração por ser uma profissional competente, excelente professora e enfermeira, com quem foi um prazer trabalhar. Agradeço por sua sabedoria e conhecimento passados de forma tão coerente.

**Equipe do Centro de Atenção Psicossocial** pelo companheirismo e paciência durante o estágio. Ressalto minha admiração, gratidão e carinho pela enfermeira **Vera Delgado** que me ensinou muito da prática da enfermagem em saúde mental.

**Finalmente aos pacientes**, aqueles que confiaram em meus cuidados, que me devotaram seus sorrisos, que me auxiliaram a ver a vida de uma forma diferente e a enfermagem como um elo de ajuda e conforto.

A todos vocês, muito obrigada!

## RESUMO

O presente trabalho pretende identificar o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos que buscam atendimento em atenção primária para subsidiar ações de saúde mental em atenção básica. Trata-se de um estudo observacional, descritivo epidemiológico realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os dados sociodemográficos e clínicos (diagnósticos e medicações) foram coletados de 253 prontuários de pacientes que faziam uso de psicofármacos no período de abril e maio de 2009. Foi observado o predomínio do sexo feminino em 70% (n=177), com uma média de idade de 54,2 ( $\pm$ 17,9) anos. Entre os transtornos mentais e as doenças clínicas de maior ocorrência foi encontrada, respectivamente: depressão em 33,6%(n=85) e a hipertensão arterial sistêmica em 41,9% (n=106). Coerente com o diagnóstico de maior ocorrência, os psicofármacos mais prescritos foram os antidepressivos, sendo os inibidores da recaptação de serotonina em 43,9% (n=111) e os tricíclicos em 36,4% (n=92). Foi encontrada associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre o diagnóstico de depressão e uso de antidepressivo; Transtorno de Humor Bipolar e estabilizador de humor. As características dos usuários de psicofármacos em atenção básica encontrada neste estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem como a indicação das medicações para os respectivos transtornos mentais. A proposta final é implementar um programa para o desburocratizar e pessoalizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando os recursos já existentes, como o acolhimento e a equipe interdisciplinar, mantendo os princípios da integralidade e da formação do vínculo com a atenção básica.

Descritores: Saúde mental. Atenção primária. Unidade básica de saúde. Psicofármacos.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC	Antidepressivo tricíclico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SNC	Sistema nervoso central
THB	Transtorno de humor bipolar
TDHA	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TP	Transtorno de pânico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Freqüência dos diagnósticos registrados nos prontuários dos usuários de psicofármacos em atenção primária	20
<b>Tabela 2</b>	Classificação e freqüência dos psicofármacos receitados em atenção primária	21
<b>Tabela 3</b>	Associação entre os psicofármacos prescritos e os diagnósticos de transtorno mental registrados em prontuários	22

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>09</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>10</b>
<b>3.1 O uso de psicofármacos</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Saúde mental na atenção primária</b>	<b>14</b>
<b>4 MÉTODO</b>	<b>17</b>
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO A – Termo de compromisso para utilização de dados</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Pesquisa – Escola de Enfermagem</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa HCPA</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A lei da Reforma Psiquiátrica de 6 de abril de 2001 articula os direitos e proteção de indivíduos com transtornos mentais bem como redireciona o modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001). O objetivo principal dessa lei é que os portadores de transtorno mental tenham um melhor atendimento nos serviços de saúde e que este seja preferencialmente em serviços comunitários. Desta forma, ela visa a desinstitucionalização acabando assim com a exclusão social a qual esses indivíduos eram submetidos (TONINI; KANTORSKI, 2007).

Desde 2002, a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul propõe uma rede de serviços, composta pela atenção básica em saúde mental que tenha como referência – Unidade Básica de Saúde (UBS) – para o desenvolvimento de ações para a promoção da prevenção, do tratamento e da reabilitação (BRASIL, 2002). A atenção básica em saúde mental trata de ações desenvolvidas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), em caráter contínuo e personalizado, com ênfase na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, servindo de porta de entrada ao sistema de saúde para o usuário de saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Atualmente, os problemas de saúde mental compõem uma demanda para a saúde coletiva devido à alta prevalência e impacto psicossocial (CAIXETA; MORENO, 2008). Em atenção primária, os pacientes deprimidos, por exemplo, são freqüentadores assíduos, com a prevalência de 5 a 10% de todos os usuários atendidos (FLECK et al., 2002; ARANTES, 2007). Sabe-se que a população usuária de serviços de atenção primária pode buscar medicações em UBS, através das receitas prescritas previamente por um médico. Com frequência, várias dessas medicações, segundo a Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), precisam de receitas especiais, como os psicofármacos que são os antidepressivos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, antiepiléticos, antipsicóticos, ansiolíticos e neurolépticos.

Em geral, é no acolhimento das UBS que o usuário, de posse de uma via da receita previamente prescrita de medicação controlada, solicita a renovação por mais 30 dias dos mesmos medicamentos. Isto é, o usuário mantém o tratamento, porém



sem ser reavaliado sistematicamente. De acordo com Cordioli e colaboradores (2005), essas medicações podem causar vários efeitos adversos e sistêmicos pelo seu uso contínuo, sendo necessário realizar exames periódicos de controle, a saber: hemograma, monitoramento de níveis séricos de medicações em uso (lítio, anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos), avaliação da função renal (creatinina sérica e eletrólitos) e hepática (enzimas), função da tireóide (T4 e TSH) e eletrocardiograma para pacientes com mais de 50 anos (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004).

Atualmente, não podemos afirmar se renovação de receita de medicações é suficiente para o atendimento da saúde mental na atenção básica, uma vez que para tanto precisam ser realizados estudos de avaliação do funcionamento dos serviços hoje oferecidos. Portanto, faz-se necessária uma avaliação do perfil dos usuários de psicofármacos em atenção primária a fim de se elaborar ações que promovam o autocuidado e a autonomia, prevenindo complicações sistêmicas provocadas pelo uso contínuo destas medicações especiais.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo desse projeto é identificar o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos para subsidiar ações de saúde mental em atenção primária.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura deste trabalho é dividida em dois assuntos concernentes com o tema abordado: o uso de psicofármacos e saúde mental na atenção primária.

#### **3.1 O uso de psicofármacos**

Nas últimas décadas, a utilização de psicofármacos tem ascendido em vários países ocidentais e também em alguns países orientais. Esse crescimento é devido ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à entrada de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (FACCHINI; LIMA; RODRIGUES, 2006).

Os psicofármacos, também chamados de psicotrópicos (psique = mente, topos = alteração) modificam de forma seletiva o Sistema Nervoso Central (SNC) e são classificadas em: antipsicóticos (neurolépticos), ansiolíticos e sedativos, antidepressivos e estimulantes psicomotores. Dentro deste grupo, três apresentam grande relevância em nível de controle de vendas em estabelecimento farmacêutico: os antidepressivos, os ansiolíticos (benzodiazepínicos), e os estimulantes psicomotores (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Os psicofármacos podem causar uma variedade de efeitos adversos. Os pacientes sob terapia antidepressiva, por exemplo, precisam de monitorização contínua por várias semanas. As falhas terapêuticas se devem principalmente a dosagem inadequada, duração insuficiente de tratamento e falta de adesão ao mesmo (SADOCK; SADOCK, 2002). Segundo Vasconcelos et al (2002), os psicofármacos são necessários e seguros, mas podem ocasionar dependência física e/ ou psíquica. A dependência psíquica favorece o aumento da busca compulsiva do fármaco, surgindo a adição, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais, prejudicando o seu funcionamento.

Entre os medicamentos mais usados em todo o mundo estão os benzodiazepínicos, existindo estimativas de que entre 1 e 3% da população ocidental já os tenha consumido de forma regular por mais de um ano (HUF; LOPES; ROSENFELD, 2000). No Brasil, o predomínio do consumo destes fármacos é elevado. De acordo com

Andrade, Andrade e Santos (2004), um em cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, geralmente feita por clínico geral.

Além dos efeitos ansiolíticos, os benzodiazepínicos são capazes de produzir sedação, relaxamento muscular (em altas doses), amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante. Assim, eles são indicados no tratamento de ansiedade e insônia, estado de mal epilético e epilepsia mioclônica, bem como em pré-anestesia e síndrome de abstinência ao álcool. A duração do tratamento com benzodiazepínico deve limitar-se ao menor período possível, ou seja, uma a duas semanas em ansiedade relacionada a crises agudas específicas, ou três a quatro semanas em pacientes com ansiedade generalizada que requerem terapia por tempo mais prolongado, quando então se opta por outros medicamentos ou terapias não farmacológicas (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004). As reações adversas dos benzodiazepínicos compreendem sonolência, tontura e déficit cognitivo (SADOCK; SADOCK, 2002).

Os antidepressivos constituem o tratamento de escolha nos episódios de depressão maior, ocorrendo resposta em 50,1% (proporção média) dos pacientes em comparação com cerca de 29,7% (proporção média) de respostas positivas a placebo. A escolha dos antidepressivos não se baseia apenas em eficácia, mas em outros critérios que envolvem segurança, tolerabilidade, toxicidade em superdosagem, resposta prévia do paciente ou de um familiar a determinado agente e custo (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004).

Entre os medicamentos antidepressivos, os que têm sido utilizados com maior frequência são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) por serem mais seguros e bem tolerados. Atualmente, a fluoxetina é o antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo, existindo sinais de que possa promover perda de peso durante vários meses após o início da terapia. Isto poderia ser um dos fatores propulsores deste consumo elevado (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Segundo Andrade, Andrade e Santos (2004), os antidepressivos tricíclicos (ATC) impedem a captação de aminas pelas terminações nervosas e nos indivíduos não deprimidos causam sedação, descoordenação motora e confusão. Esses efeitos também são observados no início do tratamento em pacientes deprimidos. Por ter um maior surgimento de efeitos indesejáveis do que os ISRS, o tratamento com ATC tem

maior ocorrência de abandono. Sua associação com o álcool e com fármacos hipertensivos é potencialmente perigosa, podendo ser fatal (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004). Entre os efeitos adversos mais comuns nos ATC estão os efeitos anticolinérgicos (boca seca, midríase, cicloplegia, retenção urinária, diminuição da motilidade gastrintestinal, taquicardia e em altas doses delírios), hipotensão postural e ganho de peso (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Os sais de lítio têm aprovação para o tratamento de transtorno de humor bipolar (THB) no Brasil e nos Estados Unidos. Inicialmente classificado como um anti-psicótico, o lítio (administrado em forma de Carbonato de Lítio) é hoje utilizado por seus efeitos reguladores de humor, anti-maníaco e, secundariamente, anti-depressivo, uma vez que sua eficácia para a depressão unipolar ainda não foi bem estabelecida (SADOCK; SADOCK, 2002). Em níveis séricos mais elevados, os íons de lítio são considerados potencialmente de risco e requerem atenção clínica imediata. Entre os principais sintomas de intoxicação por lítio, lista-se náusea, tontura, enjoos, diarreia e tremores nas mãos. Esses sintomas podem, entretanto, aparecer na faixa terapêutica preconizada no tratamento do transtorno bipolar. Salienta-se, ainda, que a administração prolongada de lítio pode causar efeitos à tireóide (hipotireoidismo) e aos rins (diabetes *insipitus*), exigindo monitoração periódica por meio de exames de sangue (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004).

O uso de estimulantes psicomotores, formados pela anfetamina e seus derivados, estão, atualmente, entre os mais relevantes problemas de saúde. Os estimulantes desempenham acentuado efeito sobre a função mental e o comportamento, causando excitação e euforia, diminuição de fadiga, aumento na atividade motora, dilatação na pupila, aumento do número de batimentos cardíacos e da pressão arterial (RANG; DALE; RITTER, 2001). O autoconsumo dessa categoria terapêutica é relevante, considerando-se os graves efeitos colaterais que ela pode causar, bem como o seu vínculo com importantes problemas sociais, tais como acidentes de trânsito e violência. O seu uso contínuo e em doses exageradas pode levar à degeneração de células cerebrais ocasionando lesões irreversíveis (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

As psicoses não são os distúrbios mentais mais freqüentes, mas têm importante impacto social, pois indivíduos acometidos perdem a capacidade de interação social produtiva, passando a necessitar de cuidados especializados e contínuos. Os antipsicóticos revertem várias manifestações psicóticas, independentemente de classificação nosológica específica e presença de substrato orgânico. Isto lhes confere primazia absoluta entre as demais formas de tratamento que são consideradas complementares e utilizadas após o controle da fase aguda com antipsicóticos. Os medicamentos antipsicóticos modificaram acentuadamente a evolução da doença mental grave, propiciando mudanças radicais em seu manejo, que passou a ser predominantemente domiciliar (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004).

Os antipsicóticos também são utilizados no tratamento do THB, em agitação psicomotora (como tranqüilizantes) e em alguns casos como antieméticos, pois têm a capacidade de bloquear estímulos da zona quimiorreceptora do vômito (FERREIRA; FUCHS; WANNMACHER, 2004).

Os efeitos adversos causados pelos antipsicóticos são divididos em efeitos neurológicos, anticolinérgicos, cardiovasculares, endócrinos, oculares, hematológicos e hepáticos. Entre os efeitos neurológicos podemos citar acatisia, parkinsonismo, síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia. Os efeitos cardiovasculares são constituídos por hipotensão arterial, hipotensão postural e, mais raramente, arritmias cardíacas. Entre os efeitos oculares estão pigmentação de córnea, cristalino e retina e glaucoma. Os efeitos hematológicos são agranulocitose e leucopenia, o principal efeito adverso hepático é icterícia colestática. Os efeitos endócrinos são compostos por galactorréia, amenorréia, ginecomastia, ganho de peso e disfunção sexual (SADOCK; SADOCK, 2002).

Os psicofármacos necessitam de uma receita especial para que possam ser vendidas e dispensadas. No Brasil, há uma legislação que aprova o regulamento técnico sobre as substâncias e medicamentos que são sujeitos a controle especial que é a Portaria nº 344 de 12 de maio 1998 (BRASIL, 1998). Esta lei define as seguintes listas de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para o uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

A portaria estabelece vários parâmetros para a prescrição e venda de tais produtos e determina também quanto à notificação de receita dos medicamentos A1, A2, A3, B1 e B2. A notificação é um documento que junto com a receita autoriza a dispensação de medicamentos que estão nas listas de substâncias, esta deverá ser preenchida de forma legível e a farmácia poderá aviar ou dispensar somente quando todos os itens da receita e da respectiva notificação de receita estiverem devidamente preenchidos (BRASIL, 1998).

A receita médica, segundo Noto et al (2002), é a representação por escrito da ordem médica, permitindo ao paciente a obtenção do medicamento e muitas vezes lembra-o das instruções para o tratamento. Mesmo considerando a singularidade de representar a vontade de quem prescreve, a receita é um documento legal, desta forma deve obedecer à legislação específica.

### **3.2 Saúde mental na atenção primária**

A atenção primária em saúde tem sido a principal porta de entrada para as pessoas que buscam atendimento à sua saúde, ou seja, é nesse espaço que, primeiramente, eles buscam algum tipo de ajuda. Entre essas pessoas, estão inclusas aquelas em sofrimento psíquico ou portadoras de transtorno mental (FUREGATO; JÚNIOR; SILVA, 2003).

Aproximadamente 20 milhões de pessoas no Brasil demandam por algum tipo de atenção na área de saúde mental. Adiciona-se a isso o sofrimento subjetivo relacionado a outros problemas de saúde como o próprio processo de adoecer, por exemplo, ou devido à situação sócio-econômica, que em nosso país é agravada pela desigualdade. Assim sendo, teremos uma relação de que a saúde mental está inserida na saúde geral, não apenas como uma especialidade, mas para garantir a atenção integral do indivíduo (MARÇAL, 2007).

Segundo Figueiredo e Campos (2009), a atenção básica tem um papel relevante na assistência a certas demandas em saúde mental. O Ministério da Saúde considera que aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a

8% apresentam transtornos causados pelo uso de álcool e drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se (BRASIL, 2003).

Nem sempre o sofrimento psíquico apresenta-se de maneira explícita nos atendimentos de atenção primária, porém, sabe-se que em vários quadros clínicos como diabetes, hipertensão e outros relacionados a fatores psicológicos e sociais como a violência, tem repercussões na vida do usuário e de seus familiares, acarretando-lhes uma sobrecarga psíquica (CAIXETA; MORENO, 2008).

Os transtornos mentais freqüentes, expressão epidemiológica, que tem como característica sintomas como insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas, são os que se apresenta em maior número na comunidade e causam alto custo social e econômico por serem incapacitantes. É uma das causas de dias perdidos de trabalho, o que também faz com que aumente a demanda por serviços de saúde (LUDERMIR; FILHO, 2002).

De acordo com Salles e Barros (2007), o hospital psiquiátrico era, historicamente, o principal lugar de assistência àqueles com dificuldade de conviver na sociedade. Contudo, atualmente, convive-se com vários cenários de assistência e distinguir o que pode ser proposto para cada um, partindo-se da unidade básica até a instituição psiquiátrica, tem sido o grande dilema para os profissionais da saúde e para a organização dos serviços.

Com a reestruturação da atenção primária, por meio da ESF, existem dificuldades de implantação de projetos e ações de saúde mental com vistas para o atendimento aos usuários dos serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado (BÜCHELE et al, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, a ESF proporciona à população brasileira uma cobertura de 46,6% consolidada nos municípios, mas ainda convivemos com a UBS constituída como porta de entrada da atenção primária (Brasil, 2007).

A atenção integral em saúde mental deve indicar um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das muitas dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e variadas esferas de intervenções: assistencial, educativo e de reabilitação (BÜCHELE et al, 2006).



Se não buscarmos expandir a compreensão do cuidado ao portador de sofrimento psíquico ampliando possibilidades e potencialidades do usuário, família, profissionais e comunidade, eles continuarão a confrontar um problema pouco visualizado pelos órgãos governamentais, o que causa uma grande dificuldade para uma população que merece uma outra forma de intervenção e resolubilidade em seu território (CAIXETA; MORENO, 2008).

Segundo Büchele et al (2006), a doença mental é, talvez, a que tem maior exigência de solidariedade, destemor, capacidades de produção de sentimentos de cooperação e de integração social. Os portadores de sofrimento psíquico desejam aquilo que é oferecido a qualquer paciente nas diferentes áreas da saúde, ou seja, uma assistência digna, de qualidade, com resolutividade e de inclusão social.

Logo, pensa-se que a atenção primária deve constituir-se em um espaço de acolhimento e de integralidade de ações, tornando possível à ampliação de uma rede de cuidados que tenha como alvo a promoção da saúde como forma de produção de vida (CAIXETA; MORENO, 2008).

## 4 MÉTODO

Trata-se de estudo observacional e descritivo epidemiológico que, segundo Rouquayrol (2003), consiste em se buscar distribuir a ocorrência do problema segundo as suas distintas características representadas por uma ou mais variável circunstancial. O processo descritivo da epidemiologia estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde pública, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço (ambientais e populacionais) e às pessoas, permitindo o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência, promoção da saúde e do refinamento das hipóteses causais.

O estudo foi desenvolvido na UBS Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A unidade é composta por equipe interdisciplinar de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos, além de professores e acadêmicos da Faculdade de Medicina, da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, a UBS conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e oferece serviços que compreendem o acolhimento, o atendimento em pediatria, em ginecologia, em clínica geral e de odontologia. Também presta serviços de distribuição de medicamentos; aplicação de vacinas, de medicações injetáveis, de nebulização, de verificação de sinais vitais; e de fornecimento de receitas para os usuários cadastrados. Ainda há os Programas Pra-nascer, Pré-crescer, Esperança, Pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos – HiperDia . O horário de atendimento é das 7 às 18 horas.

Para essa pesquisa, foram incluídos os usuários que buscam receitas de psicofármacos na UBS do HCPA nos casos em que as medicações foram prescritas previamente por algum médico e, de posse da cópia da receita, os usuários renovam por mais um mês o uso da medicação controlada. Foram excluídos os casos de medicação considerada não-psicotrópica.

Considerando que a média de fornecimento de receitas em geral nos meses de abril (n= 236) e maio (n= 244) foi de 240, para se conhecer as características dos

usuários de psicofármacos em atenção primária, foi calculado um tamanho amostral mínimo de 200 casos.

Os dados foram coletados dos prontuários de todos os usuários que procuram obter sua receita de psicofármacos através do acolhimento da UBS nos meses de abril e maio de 2009. A solicitação de receita ocorreu de seguinte forma: o profissional do acolhimento anexava ao prontuário do usuário a cópia da receita antiga que fica em local específico e os médicos da UBS diariamente renovavam e registravam no prontuário as receitas. Após, as receitas ficavam em outro local específico para devolução ao usuário em três dias úteis. Para uniformizar a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE).

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS, versão 16.0 e o nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ . As variáveis categóricas estão apresentadas através de freqüências absolutas e relativas, as contínuas através da média e desvio padrão. Para identificar o perfil dos usuários foram utilizados os testes qui-quadrado e teste t de student para verificar a associação entre o uso de medicações e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e as clínicas (diagnóstico psiquiátrico e comorbidades).

As informações foram coletadas pelos pesquisadores de maneira que os sujeitos da pesquisa não pudessem ser identificados diretamente ou por meio de identificadores, conforme o Termo de Compromisso para Utilização de Dados para o manuseio dos prontuários (ANEXO A). O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS e no Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (Anexos B e C, respectivamente). Os dados coletados serão guardados por cinco anos (BRASIL, 2005).

## 5 RESULTADOS

O total da amostra avaliada foi de 253 prontuários de pacientes que buscavam receitas de psicofármacos na UBS. Observa-se o predomínio do sexo feminino (n= 177; 70%), com uma média de idade (desvio padrão) de 54,2 ( $\pm$ 17,9) anos, sendo a idade mínima de três e a máxima de 96 anos.

Quanto à escolaridade, 77(30,4%) dos prontuários não apresentavam informações sobre a escolaridade. Entre os que estavam registrados, um maior número de pessoas tinha o ensino médio (n=61; 24,1%) e fundamental (n=35; 13,8%) completos. Os demais haviam cursado até o ensino fundamental (n=26; 10,3%) e médio incompletos (n=13; 5,1%); 13(5,1%) com ensino superior incompleto e 19(7,5%) com ensino superior completo. Apenas 9 (3,6%) eram analfabetos. Um total de 64(25,3%) da população estudada pertencia ao programa ESF.

Em relação aos transtornos mentais, as patologias neurológicas e as doenças clínicas diagnosticadas na população estudada, observaram-se o predomínio de depressão (n=85; 33,6%), epilepsia (n=14; 5,5%) e hipertensão arterial sistêmica (HAS - n=106; 41,9%), respectivamente (Tabela 1). Também foi encontrado registrado sintoma de doenças como diagnóstico, a saber: ansiedade (n=31; 12,3%), seqüela neurológica (n=8; 3,2%) e demência (n=1; 0,4%).

Devido à prevalência de depressão na amostra estudada, também verificamos a associação desta doença mental com doenças clínicas de maior frequência. Não foi encontrada associação significativa entre depressão e HAS (com comorbidade: n=35 - 41,2% e sem: n=71 - 42,5%; p=0,893); depressão e obesidade (com comorbidade: n= 12 - 14,5% e sem: n=43 - 26,6%; p=0,052); depressão e dislipdemia (com comorbidade: n=16 - 18,8% e sem: n=24 - 14,8%; p=0,366); e depressão e diabetes (com comorbidade: n= 12 - 14,3% e sem: n=23 - 13,7; p=0,519).

Tabela 1 Frequência dos diagnósticos registrados nos prontuários dos usuários de psicofármacos em atenção primária (n=253)

<b>Diagnóstico Médico</b>	<b>n(%)</b>
<b>Transtornos Mentais</b>	
Depressão	85(33,6)
Tabagismo	50(20,9)
Transtorno de Humor Bipolar	19(7,5)
Transtorno de Pânico	13(5,1)
Dependência química: alcoolismo	11(4,3)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5(2,0)
Dependência química: outras drogas	5(2,0)
Esquizofrenia	4(1,6)
Luto Patológico	3(1,2)
Retardo Mental	2(0,8)
Anorexia	1(0,4)
Bulimia	1(0,4)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	1(0,4)
<b>Doenças Neurológicas</b>	
Epilepsia	14(5,5)
Parkinson	5(2,0)
Alzheimer	2(0,8)
<b>Doenças Clínicas</b>	
Hipertensão Arterial Sistêmica	106(41,9)
Obesidade	55(21,7)
Dislipidemia	40(15,8)
Diabetes Mellitus	35 (13,8)
Fibromialgia	10(4,0)

A frequência de psicofármacos receitados no período do estudo está apresentada na Tabela 2. Entre os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), a fluoxetina foi a medicação com maior frequência (n=73; 28,9%). Já o antidepressivo tricíclico mais prescrito foi a amitriptilina (n=80; 31,6%) e o benzodiazepínico foi o clonazepam (n=25; 9,9%). O anticonvulsivante mais utilizado foi carbamazepina (n=22; 8,7%). Entre os antipsicóticos típicos, o haloperidol foi o fármaco mais prescrito (n=11; 4,3%) e o antipsicótico atípico foi a risperidona (n=9; 3,6%).

**Tabela 2** Classificação e frequência dos psicofármacos receitados em atenção primária.

<b>Psicofármacos</b>	<b>n(%)</b>
Antidepressivos	
Inibidores da Recaptção Seletiva de Serotonina*	111(43,9)
Tricíclicos**	92(36,4)
Benzodiazepínicos <sup>#</sup>	63(24,9)
Antipsicóticos	
Típicos <sup>†</sup>	40(15,8)
Atípicos <sup>‡</sup>	14(5,5)
Estabilizador do Humor	
Carbonato de Lítio	13(5,1)
Anticonvulsivantes <sup>¶</sup>	35(13,8)

\* Citalopram; Fluoxetina; Lexapro; Paroxetina; Sertralina e Sibutramina;

\*\* Amitriptilina; Clomipramina; Imipramina e Nortriptilina;

<sup>#</sup> Alprazolam; Bromazepam; Clordiazepóxido; Clonazepam e Diazepam;

<sup>†</sup> Clorpromazina; Haloperidol; Levomepromazina; Sulpirida e Tioridazina;

<sup>‡</sup> Clozapina, Olanzapina Risperidona;

<sup>¶</sup> Ácido Valpróico; Fenitoina; Fenobarbital; Gabapentina; Lamotrigina; Oxcarbamazepina e Topiramato.

A associação entre os diagnósticos registrados nos prontuários e os psicofármacos prescritos encontra-se na Tabela 3. Foi encontrada associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre o diagnóstico de depressão e uso de antidepressivo; Transtorno de Humor Bipolar e uso de antipsicótico típico, estabilizador de humor e anticonvulsivantes e o não-uso de antidepressivos.

**Tabela 3** Associação entre os psicofármacos prescritos e os diagnósticos de transtorno mental registrados em prontuários.

Transtorno Mental	Total n=253	Antidepressivo					Antipsicótico					Anti convulsivante
		ISRS	ATC	BZD	Típico	Atípico	Carbonato de lítio					
Depressão	85(33,6) <i>p-value*</i>	58(68,2) <0,001	33(38,8) 0,679	21(24,7) >0,999	9(10,6) 0,144	5(5,9) >0,999	5(5,9) 0,766	9(10,6) 0,339				
Tabagismo	50(20,9) <i>p-value*</i>	23(43,4) >0,999	20(37,7) 0,874	17(32,1) 0,211	12(22,6) 0,140	7(13,2) 0,013	6(11,3) 0,033	7(13,2) >0,999				
Transtorno de Humor Bipolar	19(7,5) <i>p-value*</i>	3(15,8) 0,014	3(15,8) 0,051	7(36,8) 0,268	11(57,9) <0,001	5(26,3) 0,002	9(47,4) <0,001	6(31,6) 0,032				
Transtorno de Pânico	13(5,1) <i>p-value*</i>	6(46,2) >0,999	6(46,2) 0,558	6(46,2) 0,95	2 (15,4) >0,999	0 --	1(7,7) 0,505	1(7,7) >0,999				
Dependência química: alcoolismo	11(4,3) <i>p-value*</i>	5(45,5) >0,999	3(27,3) 0,751	2(18,2) 0,736	1(9,1) >0,999	1(9,1) 0,472	1(9,1) 0,447	4(36,4) 0,050				
Dependência química: outras drogas	5(2,0) <i>p-value*</i>	2(40,0) >0,999	2(40,0) >0,999	2(40,0) 0,601	2(40,0) 0,179	0 --	0 --	1(20,0) 0,528				
TDAH	5(2,0) <i>p-value*</i>	2(40,0) >0,999	1(20,0) 0,655	0 --	1(20,0) 0,580	0 --	0 --	0 --				
Esquizofrenia	4(1,6) <i>p-value*</i>	1(25,0) 0,633	0 --	0 --	2(50,0) 0,119	3(75,0) <0,001	0 --	0 --				

Nota: ISRS – Inibidor seletivo da recaptção de serotonina; ATC - tricíclico; BZD – Benzodiazepínico; TDHA - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

As variáveis estão apresentadas em números absolutos(n) e percentual (%).

\* Teste Exato de Fischer

**P < 0,05**

## 6 DISCUSSÃO

A população usuária de psicofármacos da UBS é composta, em sua maioria, por mulheres (77%) e a idade em torno dos 50 anos, sendo a depressão o diagnóstico de transtorno mental mais freqüente (33,6%), enquanto que a HAS é a doença clínica de maior ocorrência na amostra estudada (41,9%). Estudos prévios têm demonstrado que são as mulheres que mais procuram os serviços de saúde (ALMEIDA-FILHO et al, 1997; FLECK et al, 2002) e é após os 50 anos que se observa uma maior incidência de doenças cardiovasculares, sendo a HAS a patologia crônica mais frequente em atendimento ambulatorial e a principal causa de morbimortalidade em adultos (AMARAL et al, 2007).

Estudos recentes mostraram correlação positiva significativa de infarto agudo do miocárdio e HAS em pacientes deprimidos quando comparado com pacientes hipertensos não deprimidos (COHEN et al, 2001). Mesmo que no presente estudo não tenha sido encontrada associação significativa entre comorbidade clínica e depressão, cabe salientar a necessidade de manutenção de tratamento adequado para ambas as patologias, considerando a alta prevalência das doenças cardiovasculares em atenção básica e os fatores de risco como a depressão para as complicações mais comuns como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, além da doença renal crônica (BRASIL, 2006).

Coerente com o diagnóstico de maior prevalência na amostra estudada, os antidepressivos são os psicofármacos mais frequentemente prescritos. De acordo com as recomendações dos últimos *guidelines*, os antidepressivos de primeira linha são os ISRS (nível de evidência 1) e os de segunda linha são os tricíclicos, principalmente a amitriptilina, com nível de evidência 2 (RANG; DALE; RITTER, 2001; KENNEDY; LAM; MORRIS, 2003).

O estabilizador de humor carbonato de lítio, os anticonvulsivantes e os antipsicóticos típicos foram as medicações mais prescritas para os portadores de THB. Segundo Cordioli e colaboradores (2005), não são todos os pacientes que respondem ao lítio, a resposta ao lítio geralmente está entre 50 a 70%. Por este motivo, a partir da década de 90, alguns antipsicóticos e os anticonvulsivantes têm sido usados para



tratamento de THB por conterem propriedades estabilizadoras do humor. De acordo com o mais recente *guideline* de tratamento farmacológico permanece como primeira escolha o carbonato de lítio na fase de manutenção para prevenir recaídas, entre os anticonvulsivantes, o valproato e a lamotrigina; e o antipsicótico atípico, a olanzapina (YATHAM et al, 2009). Além disto, como pode ser observado na amostra deste estudo, predomina a polifarmacoterapia, com o menor uso de antidepressivos, no THB, o que está de acordo com as últimas evidências (YATHAM et al, 2009).

Para os portadores de esquizofrenia, os antipsicóticos atípicos foram os psicofármacos mais prescritos na população estudada. Esses medicamentos são considerados como primeira escolha em pacientes que apresentaram, anteriormente, intolerância aos efeitos colaterais com os antipsicóticos típicos (CORDIOLI, 2005).

Os antidepressivos (ISRS e ATC) e benzodiazepínicos foram os psicofármacos mais prescritos e na mesma proporção (46,2%) para Transtorno de Pânico (TP). De acordo com Cordioli e colaboradores (2005), embora os ISRS tenham a mesma eficácia que os ATC, atualmente os ISRS são os psicofármacos de primeira escolha no TP, visto que além de sua eficiência já comprovada, tem um amplo espectro para comorbidades (depressão, fobia social e Transtorno Obsessivo Compulsivo), associado à tolerabilidade dos efeitos colaterais. Já os benzodiazepínicos são fármacos de grande utilidade no tratamento de TP por terem boa eficácia, com início de ação rápido. Porém, por se tratar de um transtorno crônico que requer o uso de medicamento por longo tempo, os benzodiazepínicos não constituem os psicofármacos de primeira escolha para o tratamento de TP devido ao risco de tolerância e dependência.

Na população estudada, a maioria dos usuários com diagnóstico de tabagismo também apresentava comorbidade com outros transtornos mentais. Estudos prévios confirmam que a prevalência do tabagismo entre portadores de transtornos psiquiátricos é maior do que na população geral (MALBERGIER; OLIVEIRA JUNIOR, 2005). O consumo de cigarro interfere de uma forma complexa no humor e a abstinência da nicotina agrava, temporariamente, a ansiedade, o humor e a cognição. Tanto o uso como a abstinência de nicotina interfere nos mais importantes sistemas de neurotransmissão envolvidos nos transtornos mentais (MALBERGIER; OLIVEIRA JUNIOR, 2005). Por exemplo, é possível que a depressão predisponha a recaídas no

uso de tabaco e, conseqüentemente, ao fracasso de uma tentativa de adesão à abstinência. Todavia, a cessação do fumo pode provocar o aparecimento de episódios depressivos com sintomas mais graves (COVEY; GLASSMAN; STETNER, 1997).

Observa-se o predomínio de tabagistas desta amostra em uso de antidepressivos ISRS (43,4%). Entretanto, é provável que este medicamento seja prescrito para o tratamento da depressão. A medicação de primeira linha para o tabagismo é a bupropiona e a reposição de nicotina (FIORE et al, 2000). Nesta amostra houve três casos de usuários de bupropiona, todos com diagnóstico de depressão, e entre eles apenas um era tabagista.

Outro aspecto importante a ser considerado é o impacto dos sintomas das doenças mentais na qualidade de vida. Em estudo recente desenvolvido nesta mesma UBS com usuários que aguardavam consulta e não apresentavam diagnóstico de transtorno mental, foi encontrada alta prevalência de sintomas depressivos (46% da amostra). Os dados também comprovaram o impacto negativo que a intensidade dos sintomas depressivos provocam na qualidade de vida destes usuários (CORSO et al, 2009), confirmando achados prévios sobre indicadores subjetivos de bem-estar em indivíduos que buscam serviços de cuidados primários de saúde no Brasil (FLECK et al, 2002).

## 7 CONCLUSÃO

As características dos usuários de psicofármacos em atenção básica encontrada neste estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem como a indicação das medicações para os respectivos transtornos mentais. Evidentemente por se tratar de um estudo de dados secundários (análise de prontuários) e, também, por não ter avaliado o estado de saúde atual dos usuários, não podemos afirmar a eficácia do tratamento e a adesão aos psicofármacos.

Contudo, considerando a cronicidade dos transtornos mentais cuja estabilização está relacionada com a adesão aos psicofármacos, cabe ressaltar a importância da formação de vínculo para a manutenção da relação terapêutica e da continuidade do acompanhamento. Isto é, um vínculo firme e estável entre profissional e usuário é um valioso instrumento de trabalho e a continuidade fortalece a confiança entre ambas as partes (BRASIL, 2003). Logo, o cuidado em saúde mental na atenção básica como parte de uma rede implica em responsabilização nem burocratizada, nem impessoal para a condução da proposta terapêutica referenciada pelos níveis secundários (ambulatórios especializados) ou terciários (hospitais de referência) de atenção em saúde (BÜCHELE et al, 2006).

Para tanto e de acordo com o perfil dos usuários, pode se propor primeiramente à continuidade deste estudo através de um projeto de seguimento desta amostra e observar os desfechos de saúde ao longo do tempo. Em segundo lugar, criar um programa para o desburocratizar e pessoalizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando os recursos já existentes, como o acolhimento e a equipe interdisciplinar, mantendo os princípios da integralidade e da formação do vínculo com a atenção básica. Em terceiro, implementar um programa de educação permanente em saúde mental para a equipe de ESF com enfoque na integralidade para detecção dos transtornos mentais por todos os profissionais e agentes de saúde; e para o diagnóstico e tratamento realizado por médicos e enfermeiros da UBS, articulados com psiquiatras e enfermeiros especialistas em saúde mental, através de consultoria ou interconsulta.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**. Londres, v. 171, p. 524-529, dezembro, 1997.

AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 161-168, agosto, 2007.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 471-479, outubro, 2004.

ARANTES, D.V. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 261-270, março, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm). Acesso em: 02 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 10 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm) Acesso em: 20 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em: 30 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Evolução da implantação das equipes de Saúde da Família e repasse de recursos financeiros (1998-2007)**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> Acesso em: 2 jun 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)> Acesso em: 20 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. **Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)> Acesso em: 27 mar. 2009.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7308/5240>> Acesso em: 30 maio 2009.

CAIXETA, C.C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.10 n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>> Acesso em 28 mar. 2009.

COHEN, H.W. et al. History of treatment for depression: risk factor for myocardial infarction in Hypertensive patients. **Psychosomatic Medicine**, McLean, v. 63, n.2, p. 203-209, março-abril, 2001.

CORDIOLI, A.V. Col. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 695p.

CORSO, A.N. et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.

COVEY, L.S.; GLASSMAN, A.H.; STETNER, F. Major depression following smoking cessation. **The American Journal of Psychiatry**. Arlington, v. 154, 1997. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/2/263>> Acesso em: 01 nov. 2009.

FACCHINI, L.A.; LIMA, M.S.; RODRIGUES, M.A.P. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 104-114, fevereiro, 2006.

FERREIRA, M.B.C.; FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1074p.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2009.

IORE, M.C. et al. Treating Tobacco Use and Dependence. **Clinical Practice Guideline**. 2000. Disponível em:  
<[http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)> Acesso em: 01 nov. 2009.

FLECK, M.P.A.; et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, agosto, 2002.

FUREGATO, A.R.F.; JÚNIOR, M.L.C; SILVA, M.C.F. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-13, janeiro-fevereiro, 2003.

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

KENNEDY, S.H., LAM, R.W., MORRIS, B. Canadian Psychiatric Association and the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.49, p. 489-491, 2003.

LUDERMIR, A.B.; FILHO, D.A.M. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, abril, 2002.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JUNIOR, H.P. Dependência do tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 276-282, setembro-outubro, 2005.

MARÇAL, C.R.M. **A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico?** Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP. 2007. 25 f. Monografia (Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007.

NOTO, A.R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, n. 2, p. 68-73, junho, 2002.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 703p.

RIO GRANDE DO SUL. Guia de Saúde Mental. Porto Alegre: Secretaria de Saúde 2002.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Médsi, 2003. 708p.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 376p.

SALLES, M.M; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 1, p 73-81, junho, 2007.

TONINI, N.S.; KANTORSKI, L.P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 126-132, julho, 2007.

VASCONCELOS, S.M.M. et al. Motivação, vias neuronais e drogas de abuso. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 29, n. 3, p. 130-134, abril, 2002.

YATHAM, L.N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update. **Bipolar Disorder**, v. 11, p. 225–255, 2009.





**ANEXO A – Termo de compromisso para utilização de dados**



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

**Título do Projeto**

<b>Perfil Epidemiológico de Usuários de Psicofármacos em Atenção Primária</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>  <b>09-324</b>
---	--

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 17 de agosto de 2009.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
Elizeth Heldt	
Savana Scheffer Robalo	

**ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Pesquisa – Escola de Enfermagem**

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO


Projeto: Nº TCC 03/09  
Versão 07/2009

Pesquisadores: Savana Scheffer Robalo; Elizeth Heldt

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE MEDICAÇÃO ESPECIAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 14 de Julho de 2009.

  
\_\_\_\_\_  
Profª Dra Maria da Graça Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ

## ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa HCPA

### HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 09-324

**Versão do Projeto:** 17/08/2009

**Pesquisadores:**

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT  
SAVANA SCHEFFER ROBALO

**Título:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 24 de agosto de 2009.

  
Profª Nading Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA