UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLAVIO HIROSHI SHIRAMA

**Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por
pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral**

Ribeirão Preto

2012

FLAVIO HIROSHI SHIRAMA

**Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por
pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral**

Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

Shirama, Flavio Hiroshi.

Estudo de prevalência e caracterização do consumo de
psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e
cirúrgica de um hospital geral. Ribeirão Preto, 2012.

83p.:il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Área de concentração:

Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Miasso, Adriana Inocenti

1. Psicotrópicos
2. Pacientes internados
3. Gerenciamento de segurança

SHIRAMA, Flavio Hiroshi

Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em:/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha esposa Flavia, dedico este trabalho com amor, admiração e gratidão por sua presença, carinho e apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, que incentivaram a minha caminhada pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Adriana Inocenti Miasso, pela atenção, apoio e compreensão durante o processo de definição e orientação

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade de realizar o curso de Mestrado

Aos membros da Banca de Qualificação, Professor Dr. Luiz Jorge Pedrão e Professora Dr^a Nathalie de Lourdes de Souza Dewulf, pela contribuição prestada na elaboração desta dissertação

Aos funcionários da Biblioteca Central da USP – Ribeirão Preto, Gabriel e Cristina, pela revisão das Referências Bibliográficas

“Quando você quer alguma coisa, todo o universo conspira para que você realize o seu desejo”

Paulo Coelho

RESUMO

Shirama, F.H. **Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral.** 2012. 83f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

Atualmente os psicofármacos têm apresentado altas prevalências de consumo pela população. Visando fornecer subsídios para formulação de estratégias de gerenciamento de segurança no uso destes fármacos, o presente estudo teve como objetivos: identificar, entre pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral, a prevalência do uso de psicofármacos e, analisar a relação do uso destes fármacos com as variáveis demográficas, socioeconômicas e farmacoterapêuticas, com o histórico de saúde e com o resultado da aplicação do instrumento SRQ-20. Foi realizado estudo de corte transversal, com desenho correlacional descritivo e abordagem quantitativa, com 93 pacientes das clínicas em estudo. Para coleta dos dados utilizou-se a entrevista norteadada por um questionário envolvendo as variáveis em estudo e pelo instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*), para a detecção de transtornos mentais comuns. Em seguida, foi verificado o prontuário destes pacientes, buscando a presença de prescrição de psicofármacos. Para avaliar a influência das variáveis independentes sobre o consumo de psicofármacos, foram investigadas associações estatísticas usando o teste Qui-quadrado. Para estimar a Razão de prevalência foi utilizado o modelo de regressão log-binomial simples e múltiplo. O ajuste do modelo foi feito através do procedimento PROC GENMOD do software SAS versão 9.0. Observou-se a prevalência de 38,71% de usuários de psicofármacos, evidenciando a associação do uso de psicofármacos com as variáveis sexo, custeio da internação, religião e resultado positivo no SRQ-20. Os benzodiazepínicos foram os psicofármacos mais consumidos pela amostra (64%), seguidos pelos antidepressivos (32%). As indicações dos benzodiazepínicos relatadas pelos pacientes foram: “para dormir” (54%), para “depressão” (14%), e para “ansiedade” (7%). A principal indicação dos antidepressivos foi a “depressão” (50%). Identificou-se que 25% e 22% dos pacientes estavam consumindo, respectivamente, benzodiazepínicos e antidepressivos, sem ter o conhecimento deste fato. Verificou-se que 70% das prescrições de psicofármacos foram realizadas por médicos não-psiquiatras, sendo os benzodiazepínicos a classe mais prescrita pelos não-psiquiatras e os antidepressivos os mais prescritos pelos psiquiatras. Dentre os pacientes em uso de psicofármacos, 59% realizavam apenas tratamento farmacológico, 27,8% possuíam diagnóstico de transtorno mental, 36,1% obtiveram resultado positivo e 36,1% obtiveram resultado negativo no SRQ-20. Foi identificada a automedicação em 5% dos pacientes. Espera-se que a presente pesquisa contribua para despertar a preocupação necessária relacionada ao tema, para a melhoria das informações que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde quanto ao tratamento com psicofármacos bem como para implementação de estratégias direcionadas ao uso racional destes medicamentos.

Palavras chave: psicotrópicos, pacientes internados, gerenciamento de segurança

ABSTRACT

Shirama, F.H. **Prevalence and characterization of psychotropic drug use by patients hospitalized in medical and surgical clinics of a general hospital.** 2012. 83f. Dissertation (MSc) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

Currently, psychotropic drugs have shown high prevalence rates of consumption by the population. Aiming to provide subsidies for formulation of strategies of security management in the use of these drugs, this study aimed to identify, among patients hospitalized in medical and surgical clinics of a general hospital, the prevalence of psychotropic use and analyze the relationship between the use of these drugs and the demographic, socioeconomic and pharmacotherapeutics variables, with the health history and the result of applying the SRQ-20. A cross sectional study with descriptive correlational design and quantitative approach was performed with 93 patients in the clinics. For data collection, an interview guided by a questionnaire involving the study variables and by the SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) was used for the detection of common mental disorders. Then, the records of these patients were checked, looking for the presence of psychotropic prescription. To evaluate the influence of independent variables on the consumption of psychotropic drugs, statistical associations were investigated using Chi-square test. To estimate the prevalence ratio was used the simple and multiple log-binomial regression models. The model fit was achieved using the PROC GENMOD procedure of SAS software version 9.0. It was observed the prevalence of 38.71% of psychotropic drug users, showing the association between the use of psychiatric drugs and sex, cost of hospitalization, religion and positive result on the SRQ-20. Benzodiazepines were the most consumed psychotropic drugs by the individuals of the sample (64%), followed by antidepressants (32%). The indications of benzodiazepines reported by patients were: "to sleep" (54%), for "depression" (14%), and "anxiety" (7%). The main indication of antidepressants was "depression" (50%). It was found that 25% and 22% of the patients were taking, respectively, benzodiazepines and antidepressants, without having knowledge of this fact. It was found that 70% of prescriptions of psychotropic drugs were performed by physicians non-psychiatrists, and the most prescribed by non-psychiatrists were benzodiazepines and the most prescribed by psychiatrists were antidepressants. Among the patients using psychotropic drugs, 59% performed only pharmacological treatment, 27.8% had a diagnosis of mental disorder, 36.1% had positive outcome, and 36.1% had negative outcome in the SRQ-20. Self-medication was identified in 5% of patients. It is expected that this research contributes to arouse the concern related to this theme required for the improvement of information that should be considered by health professionals regarding treatment with psychotropic drugs and to implement strategies aimed at the rational use of medicines.

Keywords: psychotropic drugs, inpatient, management of security

RESUMEN

Shirama, F.H. **Estudio de prevalencia y caracterización del consumo de psicofármacos por los pacientes internados clínicas médica y quirúrgica de un hospital general.** 2012. 83p. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

Actualmente, los psicofármacos han presentado altas tasas de consumo por la población. Visando fornecer subsidios para la formulación de estrategias de gestión de la seguridad en el uso de estos fármacos, este estudio objetivó identificar, entre los pacientes internados en clínicas médica y quirúrgica de un hospital general, la prevalencia del uso de psicofármacos y analizar la relación entre el uso de estos fármacos con las variables demográficas, socioeconómicas y farmacoterapéuticas, con el histórico de salud y con el resultado de la aplicación del instrumento SRQ-20. Se realizó un estudio transversal con un diseño correlacional y el enfoque cuantitativo, con 93 pacientes de las clínicas estudiadas. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista guiada por un cuestionario envolviendo las variables estudiadas y por el instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) para la detección de trastornos mentales comunes. En seguida, fue verificado los registros médicos de estos pacientes, en busca de la presencia de prescripción de psicofármacos. Para evaluar la influencia de las variables independientes en el consumo de psicofármacos, fueron investigadas las asociaciones estadísticas mediante el teste Qui-quadrado. Para estimar el índice de prevalencia fue utilizado el modelo de regresión log-binomial simple y múltiplo. El ajuste del modelo fue hecho por medio del procedimiento PROC GENMOD del software SAS versión 9.0. Hubo una prevalencia de 38,71% de usuarios de psicofármacos, evidenciando la asociación del uso de psicofármacos con las variables sexo, costo de internación, religión y el resultado positivo en el SRQ-20. Las benzodiazepinas son los psicofármacos más consumidos por los individuos de la muestra (64%), seguidos por los antidepresivos (32%). Las indicaciones de las benzodiazepinas reportadas por los pacientes fueron: "para dormir" (54%), "depresión" (14%), y "ansiedad" (7%). La principal indicación de los antidepresivos fue "depresión" (50%). Se encontró que el 25% y 22% de los pacientes estaban tomando, respectivamente, benzodiazepinas y antidepresivos, sin tener conocimiento de este hecho. Se verificó que el 70% de las prescripciones de psicofármacos fueron realizadas por médicos no psiquiatras, siendo benzodiazepinas las más recetadas por los no psiquiatras y antidepresivos los más recetados por los psiquiatras. Entre los pacientes que consumen psicofármacos, el 59% realizaban sólo tratamiento farmacológico, el 27,8% tenían un diagnóstico de trastorno mental, el 36,1% obtuvieron resultado positivo y el 36,1% obtuvieron resultado negativo en el SRQ-20. La automedicación ha sido identificada en 5% de los pacientes. Se espera que esta investigación contribuya para despertar la preocupación necesaria relacionada al tema, para la mejora de las informaciones que deben ser consideradas por los profesionales de la salud con relación al tratamiento con psicofármacos bien como para la implementación de estrategias direccionadas a la utilización racional de estos medicamentos.

Palabras clave: psicotrópicos, pacientes internados, gestión de la seguridad

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o resultado no instrumento SRQ-20	36
Gráfico 2 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o sexo	37
Gráfico 3 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o custeio da internação	39
Gráfico 4 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a religião.....	41
Gráfico 5 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a idade.....	43
Gráfico 6 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o local de internação	44
Gráfico 7 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a escolaridade	44
Gráfico 8 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a situação conjugal.....	45
Gráfico 9 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a situação de trabalho	46
Gráfico 10 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a renda	47
Gráfico 11 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo e doenças crônicas	48

Gráfico 12 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o uso contínuo de outros medicamentos.....	48
Gráfico 13 – Distribuição dos psicofármacos utilizados pelos pacientes, de acordo com sua classificação	51
Gráfico 14 – Distribuição dos benzodiazepínicos utilizados pelos pacientes, de acordo com a indicação para o uso.....	52
Gráfico 15 – Distribuição dos antidepressivos utilizados pelos pacientes, de acordo com a indicação para o uso	54
Gráfico 16 – Distribuição dos psicofármacos prescritos para os pacientes, de acordo com a especialidade do médico prescritor.....	56
Gráfico 17 – Distribuição das classes de psicofármacos prescritos para os pacientes, de acordo com a especialidade do médico prescritor.....	57
Gráfico 18 – Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de psicofármacos com ou sem prescrição médica	58
Gráfico 19 – Distribuição dos pacientes de acordo com a realização de tratamento farmacológico e não farmacológico	59
Gráfico 20 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de uso dos psicofármacos.....	61
Gráfico 21 – Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de psicofármacos, diagnóstico de transtorno mental e resultado do SRQ-20 ...	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo.....	33
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o resultado do instrumento SRQ-20	37
Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o sexo	38
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com sexo e instrumento SRQ-20.....	39
Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o custeio da internação.....	40
Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e a religião	41
Tabela 7 – Modelo sociodemográfico ajustado por sexo, idade, estado civil, situação de trabalho e renda	49
Tabela 8 – Modelo ajustado por setor de internação e custeio de internação.....	50
Tabela 9 – Modelo ajustado por sexo e religião	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Revisão da literatura	17
2 OBJETIVOS.....	25
3 MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 Tipo de estudo.....	27
3.2 Local do estudo	27
3.3 Sujeitos do estudo.....	28
3.4 Aspectos éticos	28
3.5 Coleta dos dados	29
3.5.1 Procedimento para coleta dos dados	29
3.5.2 Instrumentos para coleta de dados	30
3.5.2.1 Questionário sobre dados demográficos, socioeconômicos, farmacoterapêuticos e sobre o histórico de saúde.....	30
3.5.2.2 Instrumento SRQ-20.....	30
3.5.2.3 Instrumento diretivo para coleta de dados em prontuário.....	31
3.6 Análise dos dados	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	33
4.2 O consumo de psicofármacos e fatores relacionados.....	35
4.3 Características do consumo de psicofármacos e aspectos relacionados à prescrição destes medicamentos	51
5 CONCLUSÕES	64
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS	76
APÊNDICES	79

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os psicofármacos, também denominados medicamentos psicotrópicos, psicoativos ou psicoterapêuticos são substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC). Os principais medicamentos utilizados na psicofarmacologia atualmente são os antipsicóticos ou neurolépticos, usados principalmente para controlar as psicoses e tendências agressivas; os ansiolíticos e hipnóticos usados principalmente para transtornos de ansiedade e do sono; os antidepressivos e os estabilizadores de humor, usados para tratar transtornos de humor como a depressão e o transtorno bipolar. Atualmente os antidepressivos também são usados para tratar transtornos de ansiedade (OLIVEIRA; SENA, 2006).

Em todas as civilizações, substâncias naturais foram utilizadas pelo homem para afetar sua existência. Eram julgadas estimulantes, sedativas, extasiantes ou inebriantes. A *Odisséia* já citava uma mistura de ervas contra a melancolia. Platão descreveu o *phármakon*, substância capaz de alterar a identidade do sujeito a ponto de torná-la estranha ao que lhe é mais familiar, a própria memória (GELLIS, 2000). Paracelsus, no século XVI, utilizava a cânfora para curar pessoas “lunáticas” (RIGONATTI, 2004). Inúmeras outras substâncias foram e ainda têm sido utilizadas para aplacar a fome, retardar a fadiga, aproximar-se dos outros, alijar o sofrimento moral e, sobretudo, para atingir o prazer (GELLIS, 2000). O uso destas drogas, no entanto, só se intensificou no século XX, após a fundação da psicofarmacologia moderna, com os trabalhos de Emil Kraepelin (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994).

A psicofarmacologia moderna iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial, no final da década de 40, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos. Ocorreu em 1949 o primeiro relato de tratamento da mania com lítio, realizado por Cade. Em 1952, foram descritos os efeitos antipsicóticos da clorpromazina, por Delay e Deniker. Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957). A iproniazida, inibidora da monoamina oxidase (IMAO), foi introduzida no tratamento da depressão após os estudos iniciais de Crane e Kline, em 1956 e 1958, respectivamente. Também em 1958 surge a imipramina, que foi o primeiro de uma série de antidepressivos tricíclicos. Assim, até o final da década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em

transtornos psiquiátricos: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imipramina), antidepressivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e antimaniacos (lítio). Desde então, houve uma considerável ampliação do arsenal terapêutico, tanto com a expansão do número de compostos dentro do mesmo grupo farmacológico, como com o surgimento de drogas com perfil de ação diferente das originais (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Estudo realizado nos Estados Unidos por Mark (2010) objetivou analisar os diagnósticos para os quais os psicofármacos estavam sendo prescritos. Do número total de medicamentos antidepressivos, 92,7% foram prescritos para transtornos psiquiátricos. Os mais comuns (65,3%) foram os transtornos do humor seguidos por transtornos de ansiedade (18,4%). Do número total de drogas ansiolíticas, 67,5% foram prescritas para problemas psiquiátricos, sendo os transtornos de ansiedade os mais comuns (39,6%), seguidos por transtornos de humor (18,9%). Quase um terço destes medicamentos foram prescritos para condições não-psiquiátricas ou do tipo não especificado. Do número total de antipsicóticos, 98,9% foram prescritos para transtornos psiquiátricos. Os diagnósticos mais comuns foram transtornos de humor (39,0%), seguidos por esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, compreendendo 34,5%. Aproximadamente 7,4% das menções de drogas antipsicóticas foram para o delírio, demência, amnésia ou outros distúrbios cognitivos. Distúrbios como déficit de atenção foram os diagnósticos em 5,7% do total de drogas antipsicóticas. Os transtornos de ansiedade foram os diagnósticos em 5,5% dos usuários de antipsicóticos e os transtornos diagnosticados na infância e adolescência (autismo, por exemplo) 2,3%.

Esses medicamentos representam, nos Estados Unidos, uma economia de mais de 40 bilhões de dólares, desde 1970 (sendo 13 bilhões nos custos de tratamento e 27 bilhões em custos indiretos). Sem os tratamentos modernos, pacientes psiquiátricos passavam um quarto da sua vida adulta no hospital e metade dela incapacitados (STUART; LARAIA, 2001).

Em contrapartida, existe a grande prevalência mundial do consumo de psicofármacos pela população em geral. O crescimento do uso de psicotrópicos tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Indiscutivelmente, os psicofármacos são uma importante ferramenta no tratamento daqueles que têm indicação clara do seu uso. No entanto, a utilização destes deve ser constantemente monitorada, atentando às situações de uso indiscriminado e inadequado dessas substâncias, visando fornecer subsídios para a formulação de estratégias de gerenciamento de segurança.

1.1 Revisão da literatura

Desordens mentais são altamente prevalentes na prática médica e existem estudos que demonstraram que, frequentemente, não são diagnosticadas e tratadas. No entanto, existe o fato inequívoco do grande consumo mundial de psicotrópicos, particularmente os benzodiazepínicos (SEBASTIÃO, 2005).

Para comprovar a alta prevalência mundial e o aumento do consumo de psicofármacos, algumas pesquisas são destacadas a seguir.

Visando examinar as tendências e as prevalências da prescrição de psicofármacos entre os adultos norte-americanos não institucionalizados, estudo realizado por PAULOSE-RAM et al. (2007) encontrou o aumento de consumo de 6,1% em 1988-1994 para 11,1% em 1999-2002.

Na Dinamarca, de 1991 a 1993, foi estudado o uso de antidepressivos, obtendo como resultado um aumento na prevalência anual de consumo de 1,6% para 2% (ROSHOLM et al., 1997).

No Reino Unido, 3,5% da população acima de 15 anos utilizou psicofármacos no período de um ano e os clínicos gerais foram os principais prescritores (acima de 80%) (OHAYON et al., 1998).

Na Espanha, Alonso et al. (1998) verificaram que o uso de antidepressivos aumentou de 2,7 Doses Diárias Definidas (DDD)/1000 habitantes/dia em 1985, para 9,3 DDD/1000 habitantes/dia em 1994, que significou o aumento de 247%. Outro estudo demonstrou que 12,5% dos adultos das Ilhas Canárias consumiram tranqüilizantes (LUJÁN et al., 1999).

Na França, estudo indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos, identificou que 21% dos entrevistados haviam tomado pelo menos um medicamento psicotrópico durante o ano (GASQUET et al., 2005). Também na França, pesquisa

realizada nos anos de 2004 e 2005 estimou as frequências nacionais de prescrição de tratamento com psicotrópicos em crianças e adolescentes. A prevalência de prescrição foi de 2,2% para crianças e adolescentes entre os três e dezoito anos de idade. Em comparação com outros países europeus e com países norte-americanos, a frequência de prescrição dos referidos fármacos na França é semelhante a do Reino Unido (cerca de 2,0%), Holanda (2,9%) e Alemanha (2,0%). É maior do que na Itália (0,3%) e menor que nos Estados Unidos (6,7%). O estudo evidenciou também ampla ocorrência da automedicação com psicofármacos (ACQUAVIVA et al., 2009).

Na Bélgica, em pesquisa realizada indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos, 19% dos entrevistados relataram que tinham usado qualquer psicofármaco nos últimos 12 meses (BRUFFAERTS. et al., 2005)

Em pesquisa realizada com moradores de asilos da Áustria, com uma amostra composta por indivíduos com idade média de 81 anos, a prevalência média de residentes com pelo menos uma medicação psicotrópica foi de 74,6%. Um total de 45,9% apresentou pelo menos uma prescrição de um medicamento antipsicótico. Dois terços de todos os medicamentos antipsicóticos eram prescritos para uso apenas ao deitar. Antidepressivos foram prescritos em 36,8%, ansiolíticos em 22,2% e hipnóticos em 13,3% dos residentes (MANN et al., 2009).

Estudo conduzido em um ambulatório associado a um hospital de ensino em Karachi, Paquistão, com pacientes adultos que visitaram este serviço para consulta por qualquer motivo, identificou que acima de 40% dos sujeitos do estudo tomavam drogas psicoativas sem prescrição médica e que 78% dos mesmos as estavam tomando por mais de seis meses. Mais de 85% estavam usando estes medicamentos para indução do sono e 59% para relaxamento (ALI; KHUWAJA; ZAFAR, 2009).

Tais dados sobre o consumo de psicofármacos em outros países convergem com o que se observa no Brasil, e considerando a preocupação acerca da temática, diversas pesquisas já foram realizadas.

Na cidade de São Paulo, estudo detectou que, durante um ano, 10,2% dos habitantes consumiram psicotrópicos, sendo os tranquilizantes os mais frequentes (MARI et al., 1993).

No Rio de Janeiro, pesquisa demonstrou que o consumo de psicofármacos entre idosos foi de 6,1% (MONSEGUI et al., 1999). Um ano mais tarde, outro estudo

realizado no Rio de Janeiro mostrou que o uso de benzodiazepínicos entre mulheres idosas foi de 21,3% (HUF et al., 2000).

Em Pelotas – RS, a prevalência de consumo de psicofármacos por indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos nas duas semanas anteriores à entrevista foi de 11,9%, sendo o uso maior em mulheres (15,1% vs 7,9%) e idosos. Os psicofármacos mais consumidos foram os benzodiazepínicos (7,6%) (LIMA; SOARES; MARI, 1999). Rodrigues, Facchini e Lima (2006) realizaram estudo nesta mesma cidade, com indivíduos de 15 anos ou mais, para determinar as modificações nos padrões de consumo de psicofármacos. Foi identificada a prevalência de consumo de psicofármacos de 9,9% (também nas duas semanas anteriores à entrevista) corroborando a alta prevalência anteriormente identificada, sendo ainda os benzodiazepínicos os mais frequentes. O maior consumo de psicofármacos associou-se significativamente a ser do sexo feminino, ao aumento da idade, ao diagnóstico médico de hipertensão e à utilização de serviços médicos. Segundo os próprios autores, a queda de prevalência de consumo de psicofármacos contrasta com o restante da literatura mundial, que sugere aumento do uso de psicofármacos nas décadas mais recentes.

Em um levantamento com idosos de Minas Gerais, Chaimowics, Ferreira e Miguel (2000) demonstraram que 9,3% desta população utilizaram benzodiazepínicos de meia-vida longa, 4,4% utilizaram anticonvulsivantes (principalmente barbitúricos) e 2,5% utilizaram antidepressivos tricíclicos.

Em pesquisa conduzida na cidade de Botucatu – SP, foram realizadas entrevistas domiciliares com sujeitos de 15 anos ou mais de idade, entre 2001 e 2002. Na amostra, 13,3% referiram ter usado ao menos um psicotrópico nos três dias anteriores à pesquisa, destacando-se os antidepressivos (5,0%) e os benzodiazepínicos (3,1%). Na análise multivariável, sexo feminino e presença de transtorno mental comum mantiveram-se associados ao uso de benzodiazepínicos. A renda per capita mostrou-se associada ao uso de psicofármacos, conforme aumento da renda. Observou-se também uma associação com faixa etária: quanto maior a idade, maior o risco de o sujeito ter feito uso de psicotrópicos (LIMA et al., 2008).

O fenômeno da *medicalização* está muito presente nos dias de hoje e ocupa um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004). Para Ferraza et al. (2010), o processo de *medicalizar*,

neologismo de significado diferente do ato de medicar, compreende fazer de algo ou alguém objeto do saber, da prática, ou da tutela médica que, na atualidade, apresenta o crescente processo de prescrição de psicofármacos como uma de suas principais manifestações.

O uso de medicamentos tem um grande impacto na sociedade por constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância econômica. Além disso, existe o fato das consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição medicamentosa, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta. Há ainda, a crença de que, se existe um problema, ele deve ser abolido da forma mais rápida e o medicamento ocupa o lugar da concretização dessa possibilidade, passando a estar vinculado ao bem-estar, à saúde ou mesmo à felicidade. Todos os bens e serviços de saúde passaram a ser considerados mercadorias que devem gerar lucro. O que resultou do incremento da medicalização foi a intensificação da dependência (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

As pessoas pretendem, cada vez com maior frequência, resolver seus problemas - sejam ou não susceptíveis de serem classificados como "problemas médicos" - recorrendo aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Isto não somente levou a uma hipervalorização do papel da Medicina e de seu instrumental tecnológico, mas provocou, igualmente, progressivo aumento da perda da capacidade das pessoas na conquista de alternativas para a resolução de problemas amiúde vinculados a fatores de ordem extramédica (BARROS, 1995, p. 32).

Cooptados para o uso de calmantes os usuários abortam suas chances de, ouvindo seus próprios sinais orgânicos e emocionais, descobrirem outras formas de lidar com as perturbações de "nervos" e seus determinantes (ROZEMBERG, 1994).

Dessa forma, deixa-se de ter uma visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando numa crença de que não parece ser possível enfrentar a doença sem a presença do arsenal terapêutico médico-industrial (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

A idéia hegemônica nas sociedades de consumo é a de que ter saúde é "consumir saúde". Assim, não é difícil compreender que a idéia de cura está reduzida, "comprimida" em comprimidos (ROZEMBERG, 1994).

Além da alta prevalência de consumo de psicofármacos prescritos, existem outras questões preocupantes.

No ano de 2001, Galduróz et al. (2005) pesquisaram a prevalência do uso ilícito de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos, além de esteróides anabolizantes. Este estudo foi feito nas 107 maiores cidades do Brasil, nas quais a população é superior a 200.000 habitantes. Foram entrevistados indivíduos com idades entre 12 e 65 anos. O uso na vida de benzodiazepínicos foi de 3,3%, os estimulantes tiveram 1,5%, os anticolinérgicos 1,1% e os barbitúricos 0,5% de uso na vida.

Em Campinas, estudo para determinar a prevalência do uso pesado de drogas (o uso de drogas em 20 dias ou mais nos 30 dias que antecederam a pesquisa) por estudantes de ensino fundamental e médio, identificou as seguintes prevalências: álcool (11,9%); tabaco (11,7%); maconha (4,4%); solventes (1,8%); cocaína (1,4%); medicamentos psicotrópicos (1,1%) e ecstasy (0,7%) (SOLDERA; DALGALARRONDO; CORRÊA FILHO, 2004).

Objetivando investigar a prevalência de uso não-médico de medicamentos psicoativos em escolares da 5ª série do ensino fundamental à 3ª série do ensino médio, em Passo Fundo/RS, Dal Pizzol, Branco e Carvalho (2006) identificaram que 7,7% consumiram ansiolíticos alguma vez na vida, 6,4% consumiram anfetamínicos, 2,2%, anabolizantes e 1,1%, barbitúricos.

Em pesquisa realizada na Noruega por Amundsen et al. (2010), cujo objetivo foi investigar o uso de psicofármacos concomitantemente ao uso de drogas antiobesidade (orlistat, sibutramina e rimonabanto), foi identificado que um em cada quatro pacientes em uso de medicamentos antiobesidade usaram pelo menos em uma ocasião uma droga psicotrópica concomitantemente. As drogas psicotrópicas mais utilizadas foram os ansiolíticos/hipnóticos/sedativos (17,7%) e antidepressivos (14,7%). Uma porcentagem significativamente maior de mulheres usou ansiolíticos/hipnóticos/sedativos (18,8% vs 14,0%), antidepressivos (16,1% vs 9,5%) e antipsicóticos (4,0% vs 2,9%) concomitantemente com medicamentos antiobesidade quando comparadas aos homens.

Os dados relacionados ao consumo de psicofármacos chamam atenção e, desta forma, são necessários estudos cada vez mais aprofundados sobre a temática, visando a monitoração do emprego dos mesmos, alertando sobre possíveis incorreções de utilização, prescrição indiscriminada, a ocorrência da automedicação e o uso não-médico destas substâncias.

Os estudos citados acerca dos psicofármacos proporcionam dados sobre prevalência, variáveis sexo e idade, diagnóstico médico, médico prescritor (especialidade), classe de medicamento, tempo de uso, renda, presença de comorbidades, automedicação e uso não-médico, populações restritas (ex.: asilo) e em geral, utilização de serviços de saúde e uso concomitante com outros medicamentos específicos. Não foi encontrado estudo que abordasse o consumo de psicofármacos associando-o ao tratamento não farmacológico para o problema para o qual foi indicado o psicofármaco. Os estudos identificados abordaram a temática dando ênfase apenas a algumas destas variáveis. O presente estudo visa avaliar uma gama maior de variáveis utilizando-se de uma mesma amostra, proporcionando uma visão mais ampla do assunto. Dentre tais variáveis, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Transtornos Mentais Comuns, um conceito que inclui depressão não-psicótica, transtornos ansiosos e transtornos somatoformes, é uma categoria abrangente de diagnóstico amplamente utilizado em estudos epidemiológicos (COELHO et al., 2009). A categoria TMC, criada por Goldberg e Huxley (1992), inclui sintomas como queixas somáticas, insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração e esquecimento. Anteriormente, estes transtornos eram denominados transtornos psiquiátricos menores (TPM) (GONCALVES; KAPCZINSKI, 2008).

No estudo de Lima, Soares e Mari (1999), com indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos em Pelotas/RS, foi identificada a prevalência de TMC de 22,7%.

Também em Pelotas/RS, estudo com pessoas com idade entre 20 e 69 anos detectou a prevalência de TMC de 28,5%. A ocorrência foi maior nas pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos e do sexo feminino (COSTA et al., 2002).

Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2006), buscando avaliar as características dos TMC em usuários do Programa de Saúde da Família (PSF), entrevistaram moradores de uma cidade do interior de Minas Gerais que habitavam um bairro da periferia da cidade, caracterizado por baixo nível socioeconômico. Obteve-se um índice global elevado (37,8%) de pessoas com perfil sintomático indicativo de TMC.

Estudo realizado em Belo Horizonte/MG estimou a prevalência de TMC em professores do ensino fundamental da rede municipal de ensino de Belo Horizonte/MG e investigou a associação com as características do trabalho docente.

A prevalência de transtornos mentais foi de 50,3%. Com relação ao comportamento e alguns indicadores de saúde, os resultados indicaram a associação positiva entre TMC e o uso de medicamentos para alterações de sono. Os resultados mostraram também uma associação forte e com gradiente de intensidade positivo entre a prevalência de TMC e todas as variáveis relacionadas à experiência de violência na escola, à percepção negativa sobre o trabalho e às condições do ambiente físico na escola (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Dentre profissionais de enfermagem de um hospital federal localizado no Município do Rio de Janeiro, a prevalência de TMC encontrada foi de 23,6%. As maiores prevalências foram observadas no sexo feminino, entre os mais jovens, de maior escolaridade e sem filhos. Em relação às variáveis laborais, as maiores prevalências observadas foram para profissionais com turno misto, alta carga horária e esforço físico acima da média encontrada (SILVA, 2008).

Para avaliar a prevalência dos TMC e verificar sua associação com determinadas enfermidades crônicas em Pelotas/RS, Coelho (2009) entrevistou adultos com 40 anos ou mais. Os TMC apresentaram uma prevalência de 30,2%, estando associados à baixa escolaridade e classe social, e à faixa etária de 46-65 anos. Todas as doenças crônicas pesquisadas mostraram-se associadas aos TMC.

Conforme o trabalho de LIMA et al. (2008), já exposto anteriormente, o percentual de sujeitos com TMC em uso de psicofármacos foi de 27,1%, enquanto que entre os sujeitos sem TMC foi de 9,7%.

Visto que é alto o consumo de psicofármacos entre indivíduos com TMC, que a prevalência desses transtornos é significativa e que há carência de pesquisas a esse respeito em pacientes hospitalizados em clínicas não psiquiátricas, tornam-se importantes estudos que investiguem e correlacionem tais dados.

Objetivos

2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

- Identificar, entre pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral, a prevalência e as características do uso de psicofármacos.
- Analisar a relação do uso de psicofármacos com as variáveis demográficas, socioeconômicas e farmacoterapêuticas, com o histórico de saúde e com o resultado da aplicação do instrumento SRQ-20.

Materiais e Métodos

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de corte transversal, com desenho correlacional descritivo e abordagem quantitativa. Para Polit, Beck e Hungler (2004), a finalidade do estudo descritivo é observar, descrever e classificar aspectos de um fenômeno (uma situação), explorando as dimensões, a maneira pela qual é manifestado e outros fatores com os quais se relaciona. De acordo com Sousa (2007), o desenho correlacional descritivo descreve variáveis e as relações que ocorrem naturalmente entre as mesmas. Tal opção metodológica decorreu das características do objeto em estudo e dos objetivos pretendidos. O estudo é transversal, pois o fenômeno de interesse será analisado medindo cada variável apenas uma vez, ou seja, em um único instante no tempo.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Geral de natureza filantrópica, de grande porte, localizado no interior do estado de São Paulo. Atende a pacientes da cidade onde está situado, assim como aqueles de cidades da sua região. Presta assistência a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conveniados ou particulares.

Os setores eleitos para a seleção dos sujeitos foram as três alas de clínica médica e a clínica cirúrgica. Das três alas de clínica médica (com total de 84 leitos) duas estão destinadas a pacientes SUS (56 leitos). A terceira ala de clínica médica, que atende a pacientes particulares e conveniados, possui 28. A clínica cirúrgica, que conta com 28 leitos, atende a pacientes SUS, conveniados ou particulares.

Na prática da enfermagem, é observado um grande percentual de pacientes que fazem uso de psicofármacos em serviços não-psiquiátricos. Assim surgiu o interesse em conhecer as características do consumo destas substâncias por estes

indivíduos, visando fornecer revelações sobre o que pode estar levando a este panorama, bem como informações relevantes à problemática. É este o motivo pelo qual a pesquisa foi realizada entre pacientes das clínicas citadas.

3.3 Sujeitos do estudo

A amostra foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam internados nas clínicas médica e cirúrgica do referido local de estudo na ocasião da coleta dos dados, que possuíam capacidade de se comunicar verbalmente e que aceitaram participar da pesquisa, manifestando essa concordância através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 Aspectos éticos

Anteriormente à coleta de dados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) mais próximo ao local de estudo. Somente após a autorização da pesquisa por este órgão (Anexo A), foi iniciada a coleta de dados.

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao anonimato e sigilo das informações e a liberdade em interromper a participação na pesquisa quando houvesse necessidade, sem que isso lhes acarretasse dano pessoal. Foram ainda esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, também, que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de um trabalho científico, com posterior publicação. Foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

3.5 Coleta dos dados

3.5.1 Procedimento para coleta dos dados

Todos os leitos das três alas de clínica médica e da ala de clínica cirúrgica foram visitados. Os pacientes que estavam ocupando estes leitos e que satisfizeram os critérios de inclusão do estudo foram convidados a participar. Quando o leito visitado estava vago, nova visita era realizada por ocasião de sua ocupação. Quando o ocupante de algum leito se recusava a participar, este leito não voltava a ser visitado.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista norteadora por um questionário estruturado com perguntas acerca de variáveis demográficas, socioeconômicas e farmacoterapêuticas e sobre o histórico de saúde do paciente. Também foi aplicado o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) para a detecção de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados pelo próprio pesquisador.

Posteriormente, foram verificados os prontuários dos pacientes entrevistados. A prescrição medicamentosa foi verificada, visando à identificação de psicofármacos prescritos que o paciente desconhecesse estar recebendo. Foi ainda investigado no prontuário o motivo da internação e se a prescrição de psicofármacos foi realizada por médico psiquiatra ou não-psiquiatra. Instrumento diretivo foi preenchido nesta etapa visando à coleta de todos os dados necessários, minimizando falhas.

As informações acima detalhadas foram obtidas no período de janeiro a outubro do ano 2011.

3.5.2 Instrumentos para coleta de dados

3.5.2.1 Questionário sobre dados demográficos, socioeconômicos, farmacoterapêuticos e sobre o histórico de saúde.

Este questionário foi composto pelas Partes 1 e 2, descritas a seguir:

Parte 1 – Variáveis demográficas, socioeconômicas e de histórico de saúde

Esta parte do roteiro teve como finalidade coletar dados para caracterizar a amostra e para posterior correlação com o consumo de psicofármacos. Foi composto pelas seguintes questões: data de nascimento/idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho/ocupação, renda mensal individual e familiar; número de moradores da sua casa; motivo da internação; presença de outras enfermidades e uso contínuo de medicamentos (não-psicotrópicos) (Apêndice B).

Parte 2 – Variáveis farmacoterapêuticas

Teve como finalidade identificar a prevalência de uso de psicofármacos no momento da entrevista. Determinou também as variáveis relacionadas aos psicofármacos. Foi composto pelos seguintes questionamentos: a) uso de psicofármacos atualmente; b) o tempo de uso; c) a especialidade do médico prescritor ou se ocorreu uso sem prescrição e d) se realizava tratamento não farmacológico para o problema causador do uso do psicofármaco (Apêndice B).

3.5.2.2 Instrumento SRQ-20

O SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens, desenvolvido por Harding et al. (1980). A versão brasileira do SRQ (SRQ-20 - versão com as 20 questões para rastreamento de transtornos mentais comuns) foi validada no início da década de 1980 por Mari e Williams (1986). Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) avaliaram o

desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico e concluíram o estudo recomendando tal instrumento para ser utilizado na atividade clínica por qualquer dos profissionais que dele necessite, visto que não prescinde de um aplicador clínico e que seu treinamento pode ser feito de forma individual e autônoma, e apresenta custo muito reduzido. Além disso, configura-se uma valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica, tão necessários no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Considera-se caso positivo quando o entrevistado responde “Sim” em oito ou mais questões (Anexo B).

3.5.2.3 Instrumento diretivo para coleta de dados em prontuário

Visando à coleta de todos os dados necessários e para minimizar falhas, foi desenvolvido este instrumento para a coleta de dados no prontuário do paciente. Foi composto pelas seguintes informações: a) diagnóstico médico; b) existência de psicofármacos prescritos; c) indicação da prescrição; d) especialidade do médico prescritor (Apêndice III).

3.6 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada abordagem quantitativa. Após a coleta, os dados foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel.

Para avaliar a influência das variáveis independentes sobre o consumo de psicofármacos, foram investigadas associações estatísticas usando o teste Qui-quadrado, sendo a hipótese de associação aceita quando p encontrado foi menor que 0,05.

Para estimar o risco relativo (ou Razão de prevalência) foi utilizado o modelo de regressão log-binomial simples e múltiplo (Skov et al., 1998), dado que a resposta era binária (uso de Psicofármacos = Sim ou Não). O ajuste do modelo foi feito por meio do procedimento PROC GENMOD do software SAS versão 9.0.

Em seguida, os dados foram organizados e apresentados em gráficos e tabelas, buscando alcançar os objetivos propostos.

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo 93 pacientes internados em clínica médica e cirúrgica de um hospital geral. A caracterização dos participantes do estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo.

Variáveis	Categorias	Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	54	58,06
	Masculino	39	41,94
Idade	Até 30 anos	21	22,58
	31 a 50	33	35,48
	51 ou mais	39	41,94
Setor de internação	Clínica médica	68	73,12
	Clínica cirúrgica	25	26,88
Custeio da internação	Não SUS	18	19,35
	SUS	75	80,65
Escolaridade	Analfabeto/Ensino fundamental	44	47,31
	Ensino médio/Ensino superior	49	52,69
Estado civil	Sem companheiro	46	49,46
	Com companheiro	47	50,54
Religião	Católica	60	64,52
	Evangélica/Outras	33	35,48
Situação de trabalho	Inativo	55	59,14
	Ativo	38	40,86
Renda	Até 1 salário	40	43,01
	De 1 a 3 salários	41	44,09
	Acima de 3 salários	12	12,9
Possui enfermidades crônicas	Sim	47	50,54
	Não	46	49,46
Uso contínuo de outros medicamentos	Sim	44	47,31
	Não	49	52,69

A Tabela 1 revela que a maioria dos participantes do estudo (n=54; 58,06%) era do sexo feminino. A maior presença das mulheres na amostra está relacionada com a maior frequência da internação destas no período de coleta de dados no hospital em questão. Esta maior presença de internação de pacientes do sexo feminino está de acordo com o trabalho de Pinheiro et al. (2002) que identificou no intervalo de um ano, maior porcentagem de internação hospitalar de mulheres (8,7%) do que dos homens (5,1%), mesmo após exclusão de internação para partos. Este aspecto pode estar relacionado à maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres (PINHEIRO et al. 2002). Estes dados refletem a porcentagem de sujeitos do sexo feminino no presente estudo, conforme a metodologia apresentada.

Também foram mais frequentes na pesquisa, os pacientes com idade igual ou superior a 51 anos (n=39; 41,94%). Esta porcentagem pode ser decorrente da maior ocorrência de doenças crônicas em pacientes com idades mais elevadas. Em relação ao local de internação, aqueles internados em clínica médica apresentaram maior porcentagem (n=68; 73,12%), devido ao número total de pacientes convidados para participar do estudo ser maior na clínica médica do que na clínica cirúrgica. Os internados pelo SUS também foram maioria (n=75; 80,65%), bem como aqueles com renda mensal de até três salários mínimos (n=81; 87,1%). Estas características podem influenciar a maior internação de indivíduos, visto que a menor capacidade econômica pode impossibilitar o pagamento de um plano de saúde particular, dificultando a realização de medidas preventivas, bem como de promoção de saúde. Verificou-se, também, maior frequência de pacientes com escolaridade até o ensino fundamental (n=44; 47,31%).

Constatou-se, ainda, que a maioria dos pacientes era católica (n=60; 64,62%), o que está de acordo com a própria característica religiosa do Brasil. Aqueles com situação de trabalho inativa (aposentados, pensionistas, afastados, desempregados), perfizeram maior porcentagem (59,14%). Este dado pode ser explicado pela maior presença de indivíduos com idades mais elevadas (no caso de aposentados) e pela própria presença de alguma enfermidade (no caso de afastados).

4.2 O consumo de psicofármacos e fatores relacionados

Identificou-se nesse estudo que 36 (38,71%) pacientes estavam em uso de psicofármacos. A porcentagem encontrada é alta, visto que não se trata de um setor de psiquiatria e vistos os dados de prevalência de consumo pela população em geral descritos na literatura (LIMA; SOARES; MARI, 1999; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; LIMA et al., 2008). Esse grande consumo de psicofármacos deve ser acompanhado com cuidado, pois pode trazer repercussões negativas à saúde individual e coletiva. Especialmente entre pacientes internados, que estão recebendo outros medicamentos concomitantemente, existe o risco elevado da ocorrência de interações medicamentosas (MIYASAKA; ATALLAH, 2003; CAMPIGOTTO et al., 2007; CASSIANI, 2010). Levando-se em conta que os psicofármacos atuam em áreas vitais do sistema nervoso central (SNC), não é difícil a ocorrência de eventos que tenham um resultado grave. Outro fato a ser considerado é a possibilidade de efeitos colaterais que tais medicamentos podem apresentar, assim como a dependência do uso, causando problemas de saúde adicionais ao indivíduo.

Foram investigadas associações estatísticas (teste Qui-quadrado) entre o uso de psicofármacos (variável dependente) e as variáveis (independentes) sexo, idade, setor de internação, custeio da internação, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho, renda, presença de enfermidades crônicas, uso contínuo de outros medicamentos e instrumento SRQ-20. A hipótese de associação foi aceita quando o resultado de p foi menor que 0,05. Inicialmente, cada variável independente foi testada isoladamente com a variável dependente, não levando em consideração os fatores confundidores. Serão apresentadas, na sequência, as variáveis que apresentaram associação com o consumo de psicofármacos.

No presente estudo, 28 (33,73%) pacientes foram positivos no SRQ-20. Este resultado é semelhante aos já citados na literatura. Também em concordância com a literatura, foi identificada maior prevalência do consumo de psicofármacos entre pacientes que apresentaram resultado positivo no instrumento SRQ-20 do que entre aqueles que tiveram resultado negativo (LIMA et al., 2008; GASPARINI, BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006) (Gráfico 1). É indiscutível a importância dos psicofármacos para o tratamento de transtornos mentais diagnosticados, com adequação e com a

correta prescrição de tais medicamentos. A preocupação está no uso apenas sintomático dos psicofármacos e na ausência dos diagnósticos certos destas enfermidades, acarretando o insucesso na terapêutica proposta e danos ao indivíduo.

Gráfico 1 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o resultado no instrumento SRQ-20.

A equipe de enfermagem, por estar em maior contato com pacientes internados, deve estar atenta à presença da sintomatologia relativa aos transtornos mentais para que, atuando dentro da equipe de saúde, colabore para que o paciente tenha um plano terapêutico implementado adequado, não somente medicamentoso, mas global, voltado a tais problemas de saúde de forma precoce e adequada, dado que isso pode afetar o prognóstico dos problemas clínicos associados. O referido plano terapêutico deve pautar-se no princípio de que a enfermagem atua de forma holística, ou seja, presta assistência ao indivíduo de acordo com as suas necessidades, não somente psicológicas, neste caso, como também culturais, sociais e espirituais, além das fisiológicas, sabendo-se da complexidade existente no processo saúde e doença.

A Tabela 2 revela que houve associação entre o consumo de psicofármacos e apresentar resultado positivo no teste SRQ-20. Contudo, para que este uso de medicamentos seja adequado à necessidade, os profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Esta problemática será discutida mais adiante, com a apresentação das características do

consumo de psicofármacos e dos aspectos relacionados à prescrição destes medicamentos.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o resultado do instrumento SRQ-20.

SRQ-20	Uso de psicofármacos				Total		P-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Positivo	15	53,6	13	46,4	28	100	0,03
Negativo	42	76,4	13	23,6	55	100	

Verificou-se que mais da metade das mulheres entrevistadas (51,9%) estava em uso de psicofármacos. Comparativamente, apenas 20,5% dos homens utilizavam estes medicamentos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o sexo.

Corroborando a literatura (LIMA; SOARES; MARI, 1999; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; LIMA et al., 2008), nesse estudo o sexo feminino apresentou associação com o uso de psicofármacos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o sexo.

Sexo	Uso de psicofármacos				Total		P-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Feminino	26	48,1	28	51,9	54	100	<0,01
Masculino	31	79,5	08	20,5	39	100	

Fato a ser considerado é que no presente estudo foi identificada a associação do sexo feminino com o resultado positivo no teste SRQ-20 (para detecção de transtornos mentais comuns - TMC) (Tabela 4). Ressalta-se que em outros trabalhos também foi identificada a associação entre TMC e sexo feminino (COSTA et al., 2002). A presença de um TMC, dependendo do transtorno específico e do sofrimento gerado pela sua sintomatologia, possui indicação inicial de terapêutica medicamentosa, o que pode contribuir para este panorama.

Algumas teorias têm sido há anos cogitadas como explicativas para a associação de sexo feminino e de indicadores de condições socioeconômicas desfavoráveis com TMC. A teoria dos eventos de vida produtores de estresse refere-se ao impacto sócio-biológico dos eventos estressores nos indivíduos aumentando suas chances de manifestarem sintomas de TMC. A teoria dos papéis sociais propõe que situações de desequilíbrio entre dominação e subordinação econômica, política e social agiriam como precipitantes de TMC. A teoria do suporte social afirma que o suporte social age como fator protetor para transtornos mentais comuns, pois minimizaria os efeitos dos estressores de vida e significaria relacionamentos provedores de apoio promovendo bem-estar (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Soma-se a isso o fato de que as mulheres utilizam serviços de saúde de forma regular com maior frequência do que os homens (PINHEIRO et al., 2002). Tal aspecto pode, em parte, explicar o maior consumo apresentado por essa clientela.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com sexo e instrumento SRQ-20.

Sexo	SRQ-20				Total		P-valor
	Positivo		Negativo				
	N	%	N	%	N	%	
Feminino	22	47,8	24	52,2	46	100	<0,01
Masculino	6	16,2	31	83,8	37	100	

Os pacientes não-SUS foram aqueles que tiveram a internação custeada por convênios ou que pagaram pela internação (particulares) (19,4%). Nesse estudo verificou-se maior consumo de psicofármacos entre os pacientes com hospitalização não custeada pelo SUS (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o custeio da internação.

A Tabela 5 apresenta a relação entre o consumo de psicofármacos e o custeio da internação, demonstrando a associação entre o consumo dos referidos medicamentos e a internação não custeada pelo SUS.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e o custeio da internação.

Custeio da internação	Uso de psicofármacos				Total		P-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Não SUS	06	33,3	12	66,7	18	100	<0,01
SUS	51	68,0	24	32,0	75	100	

Estudo de Rodrigues, Facchini e Lima (2006) descreve o uso significativamente maior de psicofármacos entre os indivíduos que consultaram o médico nos últimos três meses anteriores à entrevista, em comparação com aqueles que não o fizeram. Nesse contexto, considerando que o acesso aos serviços de saúde é facilitado para aqueles que possuem convênios ou que têm condições financeiras para realizar tratamentos particulares, os dados encontrados no presente trabalho assemelham-se ao citado estudo. De acordo com Neri e Soares (2002), o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde no Brasil é o indivíduo possuir plano de saúde, enquanto que o motivo doença tem importância secundária. O consumo dos serviços de saúde no Brasil estaria mais relacionado com o acesso aos serviços do que à necessidade de cuidados médicos, ou seja, estaria mais relacionado às características de oferta dos serviços de saúde do que às características de demanda.

Em relação à religião, os católicos predominaram entre a amostra (64,51%; n=60), seguidos pelos indivíduos evangélicos (26,88%; n=25), espíritas (2,15%; n=2) e por aqueles que referiram não seguir qualquer religião (6,45%; n=6).

Devido ao pequeno número de indivíduos que disseram ser espíritas e de indivíduos que relataram não ter religião, a amostra foi dividida em dois grupos, um de católicos e outro com os não católicos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a religião.

Foi identificada, no presente estudo, associação entre o consumo de psicofármacos e ser não católico. Não se detectou, na literatura, outro estudo que tenha evidenciado este resultado estatístico. Verifica-se, assim, que embora esta seja uma variável relevante a ser considerada quando se aborda o consumo de psicofármacos, a mesma ainda não tem recebido a devida importância dos pesquisadores sobre a temática. Na Tabela 6 consta o teste de associação entre o consumo de psicofármacos e a religião.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o consumo de psicofármacos e a religião.

Religião	Uso de psicofármacos				Total		P-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Católica	43	71,7	17	28,3	60	100	<0,01
Evangélica/Outras	14	42,4	19	57,6	33	100	

As variáveis idade, setor de internação, escolaridade, estado civil, situação de trabalho, renda, presença de doenças crônicas e uso de outros medicamentos não associaram-se ao consumo de psicofármacos. Seguem abaixo os dados, acompanhados pelos gráficos, relacionados a estas variáveis.

Como revela o Gráfico 5 a porcentagem de pacientes que consumiam psicofármacos aumentou de acordo com a progressão da idade, sendo maior o consumo entre indivíduos com idade igual ou superior a 51 anos. Contudo, a associação não foi detectada na presente pesquisa ($p=0,08$). Na literatura, foram encontradas pesquisas que detectaram a associação estatística entre pacientes idosos e consumo de psicofármacos (LIMA; SOARES; MARI, 1999; RODRIGUES, FACCHINI E LIMA, 2006; LIMA et. al., 2008). Destaca-se, a esse respeito, o estudo de Coelho et al. (2009) que detectou a associação entre os TMC e as doenças crônicas. O fato de que os idosos são mais acometidos por doenças crônicas, pode então ajudar a elucidar o maior consumo de psicofármacos por este grupo. Estes indivíduos, possuindo doenças crônicas, estariam mais propensos aos TMC, o que levaria ao maior consumo de psicofármacos. Seguindo essa linha de raciocínio, emerge a preocupação acerca da polifarmácia. Uma das formas consideradas de polifarmácia é a presença de cinco ou mais fármacos em associação. Os medicamentos mais consumidos incluem anti-hipertensivos, analgésicos, antiinflamatórios, sedativos e preparações gastrintestinais. Idosos na faixa de 65 a 69 anos consomem em média 13,6 medicamentos prescritos por ano, enquanto aqueles entre 80 a 84 anos podem alcançar 18,2 medicamentos/ano (BRASIL, 2008).

Trata-se de um problema de saúde pública, visto que estudo prospectivo realizado por Veehof et al. (2000), na Holanda, com acompanhamento de quatro anos, mostrou que a polifarmácia ocorreu em 42% dos idosos. Ainda de acordo com este estudo, a presença de hipertensão arterial e fibrilação atrial estão associadas ao aumento significativo de fármacos utilizados. Em outro estudo realizado na Itália, Onder et al. (2002) identificaram que efeitos adversos foram responsáveis por 3,4% (964/28.411) das internações e 4% (40/964) dos pacientes foram a óbito. Para cada medicamento utilizado pelo idoso, existe um aumento de 65% de chance de internação por complicações medicamentosas. Algumas sinergias são prejudiciais, como as que envolvem álcool e outros depressores do sistema nervoso central (sedativos, antidepressivos, opióides, etc.). Essa interação determina anormalidades cognitivas, traumatismos e outros comprometimentos (BRASIL, 2008). Associam-se a estes dados, a presença das características peculiares dos idosos, tais como dificuldades cognitivas, esquecimento de prescrições, alterações perceptivas

(visuais, por exemplo), dificuldades para ler a bula ou mesmo a própria prescrição ou medicamento.

Trabalho realizado por Chyka (2000) revelou que 25% dos indivíduos com idade acima de 80 anos apresentaram doenças iatrogênicas, muitas associadas a classes específicas de medicamentos, incluindo os psicotrópicos. Dessa forma, é de extrema importância a assistência consistente e constante do enfermeiro a esses pacientes, em qualquer ambiente de atenção, desde o hospitalar até o domiciliar. O enfermeiro deve, inclusive, auxiliar o paciente no planejamento do aprazamento da prescrição com o objetivo de evitar ou minimizar as interações medicamentosas bem como utilizar o momento da internação para a adequada orientação do paciente acerca da terapia medicamentosa prescrita, visando seu uso seguro no domicílio.

Gráfico 5 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a idade.

Considerando o local de internação, foi encontrado maior consumo de psicofármacos entre pacientes internados em clínica médica (Gráfico 6). Apesar da grande diferença na proporção de uso destes medicamentos entre os pacientes das clínicas médica e cirúrgica, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as referidas variáveis ($p=0,08$).

Deve-se ressaltar que, na presente pesquisa, a maioria dos pacientes (60,3%) internados em clínica médica possuía doenças crônicas (41 dos 68 pacientes). Dentre os internados em clínica cirúrgica, somente 24% (6 dos 25 entrevistados) possuíam doenças crônicas. Tal informação pode justificar, em parte, o maior consumo de psicofármacos

entre os pacientes da clínica médica. Além disso, 52,9% dos pacientes da clínica médica (n=36) tinham idade superior ou igual a 51 anos, enquanto que na clínica cirúrgica somente 12% (n=3) estavam dentro desta faixa etária.

Gráfico 6 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o local de internação.

Nesse estudo não houve associação estatisticamente significativa entre consumo de psicofármacos e escolaridade ($p=0,21$). Verificou-se, todavia, que a porcentagem de consumo de psicofármacos foi maior (45,4%) entre os analfabetos e aqueles com escolaridade até o ensino fundamental (completo ou incompleto), conforme revela o Gráfico 7.

Gráfico 7 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a escolaridade.

Rodrigues, Facchini e Lima (2006) identificaram uma redução no consumo de psicofármacos entre os indivíduos com maior escolaridade, quando comparados com o grupo sem escolaridade. Gonçalves e Kapczinski (2008) detectaram a associação entre a baixa escolaridade e os TMC. Dessa forma, o resultado encontrado pode estar relacionado à maior possibilidade de ocorrência dos TMC entre os indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade.

Na amostra, segundo a situação conjugal, os indivíduos foram divididos em dois grupos: com companheiro e sem companheiro. Dentre aqueles com companheiro estavam os casados e os amasiados. Já o grupo “sem companheiro” incluiu os solteiros, os separados/divorciados e os viúvos (Gráfico 8). Não houve associação estatística entre o consumo de psicofármacos e estado conjugal ($p=0,35$). Verificou-se, todavia, que o maior consumo de psicofármacos ocorreu entre os pacientes que não possuíam um companheiro. Destaca-se que estudo que investigou o padrão de consumo de psicofármacos no sul do Brasil, constatou o maior consumo dos referidos fármacos em indivíduos com companheiro (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), apontado para a necessidade de realização de outros estudos que considerem tais variáveis.

Gráfico 8 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a situação conjugal.

De acordo com a situação de trabalho, a amostra foi composta por indivíduos ativos (que trabalhavam, formal ou informalmente) e inativos (desempregados, afastados, aposentados, pensionistas, do lar). Embora o teste qui-

quadrado não tenha revelado associação estatisticamente significativa entre as variáveis consumo de psicofármacos e situação de trabalho ($p=0,11$), verificou-se maior uso dos referidos medicamentos entre pacientes inativos (Gráfico 9). Gonçalves e Kapczinski (2008) identificaram maiores chances de pessoas desempregadas, aposentadas por invalidez ou em benefício-saúde e de dona-de-casa apresentarem TMC, quando comparadas aos trabalhadores em atividade. Ressalta-se ainda que a maioria dos pacientes inativos era aposentada. Os indivíduos aposentados, em sua maioria, possuíam idade acima de 51 anos, que, conforme já descrito e discutido anteriormente, apresentaram maior consumo de psicofármacos.

Gráfico 9 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a situação de trabalho.

O Gráfico 10 apresenta o consumo de psicofármacos de acordo com a renda mensal e revela que não houve associação estatisticamente significativa ($p=0,15$) entre as referidas variáveis. Observa-se, todavia, que os pacientes com renda mensal de até um salário mínimo apresentaram maior consumo (50%) dos referidos medicamentos.

Gráfico 10 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com a renda.

O estudo de Costa et al (2002) revelou maior ocorrência de TMC nas pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas e de menor renda. Lima et. al (2008), em estudo populacional, identificaram que a menor renda associou-se à presença de TMC, mas não ao uso de psicofármacos. No referido estudo, renda per capita mostrou-se associada ao uso de psicofármacos, conforme aumento da renda. Segundo estes autores, a associação entre TMC e menor renda, e a associação entre uso de psicofármacos e maior renda, reforça a hipótese da existência de iniquidades no acesso à assistência médica na população estudada. Ressalta-se, todavia, que no presente estudo os indivíduos entrevistados já estavam dentro de um serviço de saúde, tendo maior possibilidade de acesso às terapêuticas disponíveis. Este dado poderia explicar, em parte, o maior consumo de psicofármacos encontrado, ou seja, o fato de o maior consumo ser entre os indivíduos com menor renda pode estar relacionado à presença TMC.

As variáveis relacionadas ao histórico de saúde estudadas foram a presença de doenças crônicas (excetuados os transtornos mentais) e o uso contínuo de medicamentos não-psicotrópicos.

Foi encontrada na literatura uma associação das doenças crônicas aos TMC (COELHO et al., 2009). No presente estudo, estes indivíduos que possuíam doenças crônicas apresentaram maior consumo de psicofármacos do que aqueles que não as possuíam (Gráfico 11). Apesar deste consumo maior, não foi estabelecida uma associação estatística entre estas variáveis ($p=0,23$).

Gráfico 11 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo e doenças crônicas.

O consumo de psicofármacos também foi maior entre aqueles indivíduos que utilizavam medicamentos não-psicotrópicos de forma contínua (Gráfico 12). Isto pode ser devido a própria presença de doenças crônicas que demandam a utilização contínua de medicação (as doenças crônicas que, de acordo com a literatura, estão associadas à maior presença de TMC) (COELHO et al., 2009). Contudo, a maior proporção de uso neste grupo, não se traduziu em resultado estatisticamente significativo ($p=0,40$).

Gráfico 12 – Prevalência de consumo de psicofármacos pelos sujeitos do estudo, de acordo com o uso contínuo de outros medicamentos.

Os dados encontrados não levaram em consideração os fatores confundidores da amostra. Dessa forma, em seguida ao teste de associação Qui-quadrado, foi estimada a Razão de Prevalência (RP) das variáveis em questão. Foi utilizado modelo de regressão log-binomial múltiplo. A análise ajustada foi realizada para o controle das características existentes nas variáveis que pudessem influenciar a associação estatística. Modelo contendo as variáveis sociodemográficas foi ajustado por sexo, idade, estado civil, situação de trabalho e renda. Apenas a variável sexo manteve a associação estatisticamente significativa (Tabela 7). Desse modo, o sexo feminino apresentou associação com o consumo de psicofármacos, independentemente das características sociodemográficas pertinentes.

Tabela 7 – Modelo sociodemográfico ajustado por sexo, idade, estado civil, situação de trabalho e renda.

Variáveis	RP Ajustado	IC 95% do RP Ajustado		P-valor Ajustado
		LI	LS	
Sexo (Feminino vs Masculino)	2,94	1,12	7,69	0,03
Idade (31 a 50 vs Até 30 anos)	4,33	1,03	18,23	0,05
Idade (51 ou mais vs Até 30 anos)	3,55	0,91	13,92	0,07
Estado Civil (Sem companheiro vs Com companheiro)	1,40	0,71	2,76	0,34
Situação de trabalho (Inativo vs Ativo)	1,41	0,52	3,82	0,50
Renda (Até 1 salário vs Acima de 3 salários)	0,77	0,20	2,95	0,70
Renda (De 1 a 3 salários vs Acima de 3 salários)	0,80	0,27	2,31	0,67

Em modelo de análise estatística contendo variáveis relacionadas à internação, ajustado por setor de internação e custeio de internação, evidenciou-se a maior chance do uso de psicofármacos por pacientes com custeio da internação não pago pelo SUS. Esta variável, que já havia demonstrado associação à análise simples, manteve-se desta forma quando da introdução de outras variáveis (fatores confundidores). Desse modo, aqueles pacientes que arcaram com o custo da

internação e aqueles que internaram por meio de convênios, apresentaram maior chance de usar psicofármacos, quando comparados a pacientes internados pelo SUS. Este fato pode estar relacionado à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde por aqueles pacientes conveniados ou particulares (Tabela 8).

Tabela 8 – Modelo ajustado por setor de internação e custeio de internação.

Variáveis	RP Ajustado	IC 95% do RP Ajustado		P-valor Ajustado
		LI	LS	
Setor de Internação (Clínica médica vs Clínica Cirúrgica)	2,09	0,72	6,06	0,18
Custeio da Internação (Não SUS vs SUS)	2,50	1,53	4,09	<0,01

A Tabela 9 apresenta o resultado da análise estatística ajustada por sexo e religião. A Razão de Prevalência, em análise bruta, demonstrou associação do uso de psicofármacos com a religião. Em análise ajustada, a RP permanece apresentando este resultado. Desse modo, indivíduos católicos, apresentam menor chance de usar psicofármacos do que aqueles que seguem outras religiões ou que não têm uma religião.

Não foi encontrada na literatura a análise correlacional entre o consumo de psicofármacos e a religião. Este é um dado que exige melhor investigação por meio de novos estudos.

Tabela 9 – Modelo ajustado por sexo e religião

Variáveis	RP Ajustado	IC 95% do RP Ajustado		P-valor Ajustado
		LI	LS	
Sexo (Feminino vs Masculino)	2,60	1,20	5,63	0,02
Religião (Evangélica/Outras vs Católica)	2,47	1,36	4,49	<0,01

Após terem sido realizados os testes estatísticos citados, seguem descrições de aspectos relacionados à população que apresentou o consumo de psicofármacos, assim como à prescrição destes medicamentos.

4.3 Características do consumo de psicofármacos e aspectos relacionados à prescrição destes medicamentos

Nesse estudo, os benzodiazepínicos (BDZs) foram os psicofármacos mais consumidos pela amostra (n=28), seguidos pelos antidepressivos (n=14) e pelos antipsicóticos (n=2) (Gráfico 13). A prevalência do consumo de BDZs está de acordo com literatura pesquisada (LIMA; SOARES; MARI, 1999; RODRIGUES, FACCHINI; LIMA, 2006; HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; CRUZ et al., 2007).

Gráfico 13 – Distribuição dos psicofármacos utilizados pelos pacientes, de acordo com sua classificação.

Dos 36 pacientes que utilizavam psicofármacos, oito (n=8) receberam associação de mais de uma classe dos referidos medicamentos. Deste número, sete (n=7) utilizavam a associação de benzodiazepínicos com antidepressivos e um (n=1) utilizava a associação de antipsicótico com antidepressivo. Ressalta-se que além

desses medicamentos, outros fármacos eram utilizados pelos pacientes, com riscos de interação medicamentosa.

A indicação da prescrição dos psicofármacos também foi objeto de estudo nesta pesquisa. Para expor os resultados obtidos, foi feita uma divisão, de acordo com o tipo de psicofármaco.

Em relação aos benzodiazepínicos, a principal indicação, relatada pelos pacientes, foi “para dormir” (54%). Destaca-se que em 25% dos pacientes, não foi identificada a indicação do psicofármaco, pois havia prescrição do medicamento em prontuário e o paciente não sabia estar utilizando-o (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Distribuição dos benzodiazepínicos utilizados pelos pacientes, de acordo com a indicação para o uso.

A literatura recomenda, preferencialmente, intervenções que não a prescrição de BDZs para o tratamento ou alívio sintomático de estados ansiosos e de insônia. Indicam-se medicamentos não pertencentes à classe dos BDZs, bem como intervenções psicoterápicas ou a combinação de ambos (LARANJEIRA; CASTRO, 1999). Sabe-se, ainda, que há várias outras estratégias não farmacológicas que podem ser implementadas pelos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, para promover o sono, favorecendo o uso racional de medicamentos. Citam-se como estratégias: utilização de técnicas de relaxamento, estimular o paciente a tomar banho morno antes de dormir e a evitar cochilos durante o dia, evitar cafeína, entre outras.

Os benzodiazepínicos, por ocasionarem sonolência e diminuição dos reflexos, têm potencial para provocar quedas com consequente redução da autonomia e qualidade de vida do paciente, sobrecarga de cuidado para os familiares bem como custos para o Sistema de Saúde Pública (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007). No estudo de Grad (1995) observou-se associação entre o uso de BZD e fraturas e quedas em uma população idosa de 169 voluntários. No caso dos idosos, deve-se considerar que há uma diminuição normal no tempo de sono com o progredir da idade (HULSE, 2002). Desse modo, para esses pacientes, os efeitos colaterais podem ser mais expressivos do que as causas para as quais os benzodiazepínicos foram indicados (como a indicação para a insônia) (VOYER; PRÉVILLE; BOYER, 2003).

Desse modo, durante a hospitalização, o paciente e familiar (acompanhante) devem ser orientados sobre os referidos efeitos dos benzodiazepínicos e sobre as estratégias para prevenção de quedas. Destaca-se que pacientes hospitalizados nem sempre possuem acompanhantes, de modo contínuo. Nesse sentido, deve-se ressaltar a importância do preparo da equipe de enfermagem na prevenção da ocorrência de lesões por estes pacientes.

Merece destaque, ainda, o fato de que há pacientes em uso de benzodiazepínicos, durante períodos de internação, que recebem prescrição para uso após a alta hospitalar. A literatura revela que aproximadamente dois terços de todas as prescrições hipnóticas vão para o uso crônico, sendo que os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas para essa finalidade (POYARES et al., 2005). Tal aspecto é relevante considerando o risco de tolerância e dependência destes medicamentos. Quando isso ocorre, o paciente passa a adotar várias estratégias para a aquisição dos benzodiazepínicos, como a aquisição de receita junto a médicos amigos ou familiares, solicitação de receita a médicos diferentes, apresentação de queixas e simulação de doenças (ORLANDI; NOTO, 2005). O estudo de Orlandi e Noto (2005) sugere, ainda, que o usuário indevido seja, na verdade um paciente desinformado, que mantém o uso crônico do BDZ legitimado pela falta de preparo do médico. O estudo descreveu a prescrição médica como fator de grande importância na manutenção do uso crônico de BDZs, sugerindo uma atitude médica indevida. O enfermeiro deve estar atento ao uso indevido dos benzodiazepínicos, promovendo adequada informação aos pacientes.

O Gráfico 15 revela que para 50% (n=7) dos pacientes, os antidepressivos foram indicados para “depressão”. Neste caso, os pacientes possuíam um diagnóstico médico (Depressão). Destaca-se que em 22% (n=3) dos pacientes, não foi identificada a indicação do consumo do referido psicofármaco, pois este dado não pôde ser encontrado em prontuário e o paciente não tinha o conhecimento do consumo do medicamento. Assim como para “ansiedade”, o uso “para dormir” foi relatado por 14% dos pacientes (n=2).

Gráfico 15 – Distribuição dos antidepressivos utilizados pelos pacientes, de acordo com a indicação para o uso.

O uso de antidepressivos, a exemplo dos benzodiazepínicos, pode trazer riscos à saúde dos indivíduos que os utilizam, tanto relacionados aos efeitos colaterais como às interações medicamentosas, principalmente quando não há uma prescrição criteriosa.

Miyasaka e Atallah (2003) estudaram o risco de interações medicamentosas com antidepressivos em um hospital público. Dentre os pacientes internados nas enfermarias gerais (não psiquiátricas), 25,3% usavam medicações com risco de interação com antidepressivos. Dentre os pacientes da enfermaria de psiquiatria, 20,6% apresentavam risco de interação. Em geral, 21,3% estavam em risco de interação medicamentosa.

Estudo envolvendo 151 receituários médicos de pacientes adultos, contendo fármacos antidepressivos e associados, revelou que os antidepressivos tricíclicos (ADT) e associados apresentaram um total de oito episódios de interações, sendo

quatro de grau moderado. Em relação aos antidepressivos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS) e associados, o risco de ocorrência foi de dezesseis casos; sendo dez de severidade moderada (CAMPIGOTTO et al., 2007).

Pesquisa realizada em Minas Gerais estudou interações entre antidepressivos e medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, os quais são utilizados com frequência em unidades de clínica médica, como é o caso da presente pesquisa. Foi identificado que dentre os pacientes em tratamento com antidepressivos, 23,4% estavam expostos a interações que ocorrem por mecanismos farmacocinéticos, 61,7% estavam expostos a interações por mecanismos farmacodinâmicos de sinergismo e 15,9% pelas duas formas simultaneamente (COELHO; BRUM, 2009).

Embora não tenha sido objetivo deste estudo investigar interações medicamentosas, este é um aspecto importante que deve ser considerado pelos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam em clínica médica, devido à frequente polifarmacoterapia empregada para os pacientes, incluindo o uso de psicofármacos como os benzodiazepínicos e antidepressivos, conforme evidenciado na presente pesquisa.

Dos dois pacientes que utilizavam antipsicóticos, um relatou que a indicação era "depressão" e o segundo relatou utilizar o medicamento para "depressão e ansiedade". O fato de os antipsicóticos terem como principal indicação a depressão ou ansiedade sinaliza para a prescrição inadequada destes fármacos ou para a falta de conhecimento dos pacientes.

Conforme citado, o presente trabalho identificou que 25% e 22% dos pacientes estavam consumindo, respectivamente, benzodiazepínicos e antidepressivos, sem ter o conhecimento deste fato. Em todos estes casos, a introdução destes medicamentos foi realizada durante a internação. Trata-se de uma porcentagem muito alta, tendo em vista a importância da participação do paciente no processo de decisão da escolha da terapêutica adequada. Isso revela a preocupante e inadequada interação entre profissionais de saúde e pacientes, demonstrando a falta de orientação prestada àqueles que dela necessitam. É necessária uma revisão da estrutura de formação dos profissionais prescritores, bem como a conscientização dos profissionais de saúde que já atuam junto aos indivíduos, visando à proteção dos direitos dos pacientes, pautados nos princípios da bioética.

Esta prática inadequada também foi descrita em estudo com usuários crônicos de diazepam, o qual revelou que 55.5% dos entrevistados afirmaram não ter recebido orientações de seus médicos sobre os efeitos do medicamento (RIBEIRO et al., 2007). Outra pesquisa com pacientes internados em uso de benzodiazepínicos também identificou que apenas 2% dos mesmos consideraram suficientes as informações providas pelo prescritor, enquanto 66% negaram ter recebido qualquer informação (LENHART; BUYSSE, 2001).

Em relação ao médico prescritor, foi identificado que a maioria das prescrições (70%) de psicofármacos foi realizada por médicos não-psiquiatras (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Distribuição dos psicofármacos prescritos para os pacientes, de acordo com a especialidade do médico prescritor.

Outros estudos revelam que os médicos de clínica geral ou especialistas em outras áreas, que não a psiquiatria, são os principais responsáveis pela prescrição de benzodiazepínicos (SRISURAPANONT et al., 2005; SOBRECASES et al., 1997; ALMEIDA, et al., 1994). Esta realidade leva ao questionamento sobre quais critérios são adotados para prescrição de psicofármacos, incluindo os benzodiazepínicos, e se os riscos associados à sua utilização são considerados de forma adequada no momento da decisão médica. Desse modo, a preocupação acerca destes dados está, também, relacionada com as falhas de diagnósticos por médicos não especialistas, conforme a literatura indica (FLEK et al, 2003). Outro aspecto a ser

considerado é que os médicos muitas vezes receitam a medicação a pedido do paciente (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), não levando em consideração sua real necessidade. Destaca-se, também, a indústria farmacêutica, que por meio de diversas estratégias, tem exercido grande influência na prescrição médica (GREENLAND, 2009).

Os medicamentos mais prescritos pelos psiquiatras foram os antidepressivos (n=6), seguidos dos benzodiazepínicos (n=5). Já os médicos não-psiquiatras prescreveram com maior frequência os benzodiazepínicos (n=23) seguidos pelos antidepressivos (n=8) (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Distribuição das classes de psicofármacos prescritos para os pacientes, de acordo com a especialidade do médico prescritor.

A maior prescrição dos benzodiazepínicos pelos médicos não-psiquiatras pode estar relacionada com a dificuldade destes no diagnóstico de transtornos mentais, como a depressão. Este transtorno, citado como exemplo, pode apresentar dentre vários outros sintomas, a insônia e a irritabilidade, acarretando maior prescrição dos ansiolíticos para tais problemas. Isto levaria a um tratamento apenas sintomático dos casos, retardando o tratamento correto e a recuperação do paciente. Além disso, estes medicamentos podem ocasionar a dependência, que é uma das características dos benzodiazepínicos.

Ainda, sintomas como fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, e outros, podem ser decorrentes tanto de patologia orgânica quanto mental, confundindo o diagnóstico. Outra dificuldade é que em hospital geral

torna-se difícil diferenciar "casos psiquiátricos", notadamente quando se combinam, além do sofrimento psíquico, doenças físicas e problemas sociais (BOTEGA et al., 1995).

De acordo com Lima (2008), no Brasil, a capacitação em saúde mental ocorre majoritariamente em serviços especializados, como hospitais psiquiátricos, e não em serviços comunitários. Dessa forma, durante a formação, os alunos têm maior contato com portadores de transtornos mentais graves e não com TMC, mais prevalentes e associados a piores condições socioeconômicas. É neste sentido que se encontra a dificuldade em diagnosticar e tratar adequadamente os transtornos mentais, especialmente os mais prevalentes.

Soma-se a isso, o fato da existência de preconceito, por parte de alguns pacientes, em consultar um médico psiquiatra, visto que muitos associam este especialista somente ao tratamento da "loucura". Nesse sentido, buscam outro profissional para auxílio nas questões de sintomas emocionais.

Foi pesquisada também a ocorrência do uso destes medicamentos sem a prescrição médica. Do total de pacientes, verificou-se que dois (n=2; 5%) relataram a referida prática (Gráfico 18). Mesmo com orientações oferecidas sobre os riscos de automedicação à população e com as limitações da venda dos psicofármacos impostas pelo governo, verifica-se que este fato ainda ocorre.

Gráfico 18 – Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de psicofármacos com ou sem prescrição médica.

A automedicação pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido. Certamente a qualidade da oferta de medicamentos e a eficiência do trabalho das várias instâncias que controlam este mercado também exercem papel de grande relevância nos riscos implícitos na automedicação (ARRAIS, 1997).

Para evitar que essa prática continue, é necessário que a fiscalização seja mais vigorosa e realmente efetiva. Além disso, é importante a conscientização daqueles que fazem parte do mercado farmacêutico.

Foi investigada, também, a realização de tratamento não farmacológico concomitante ao uso dos psicofármacos. Observou-se que a maioria dos pacientes deste estudo não realizava qualquer modalidade terapêutica, além da farmacológica (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Distribuição dos pacientes de acordo com a realização de tratamento farmacológico e não farmacológico.

A já citada *medicalização* da saúde está enraizada na população, o que dificulta cada vez mais a possibilidade do enfrentamento dos problemas cotidianos relativos à contemporaneidade. Aumentou-se a necessidade de produtividade do ser humano e, conseqüentemente, houve incremento da sobrecarga psíquica e emocional, sem, contudo, ter-se uma conscientização dos seus limites e a real avaliação das suas prioridades de valor. A auto-avaliação das necessidades próprias do indivíduo está trocada pela necessidade do *status* social e econômico que lhe é

imposto. Assim, busca-se no sistema de capitalismo dominante, a manutenção desta produtividade através da compra da saúde, com o uso dos produtos denominados medicamentos. É deixado de lado o aspecto mais amplo relacionado às etiologias dos transtornos mentais, impedindo assim, em muitos casos, a provisão da verdadeira necessidade terapêutica dos indivíduos.

Outros fatores que podem influenciar a não realização de tratamento não-farmacológico incluem a dificuldade de acesso a referidas modalidades terapêuticas nos serviços de saúde (NERI; SOARES, 2002) ou até mesmo o preconceito por parte dos pacientes em seguir estes tratamentos.

Para minimizar os problemas relacionados a este fato, o enfermeiro, enquanto prestador de assistência a estes pacientes pode realizar suporte aos fatores psicobiológicos, sociais e culturais, visando a melhoria dos resultados alcançados na terapêutica destes indivíduos. Uma técnica a ser considerada é o Toque Terapêutico, que promove melhoria da ansiedade, dos distúrbios do humor e da qualidade do sono, entre outros benefícios (MARTA et al., 2010; VASQUES; SANTOS; CARVALHO, 2011). Outras modalidades que o enfermeiro pode utilizar são a Música, a Atividade Motora, o Acompanhamento Terapêutico e loga. O enfermeiro, se apresentar condições para tal (formação ou treinamento específicos), pode integrar mais de uma modalidade terapêutica (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Em relação ao tempo de uso dos psicofármacos, observou-se que o número de pacientes decresceu relativamente ao aumento do número de anos de uso (Gráfico 20). Somente no intervalo de 2 a 5 anos houve uma elevação na linha do gráfico, porém isso se explica por este intervalo ser maior do que o intervalo até um ano, incluindo maior número de indivíduos.

Com a já citada expansão do consumo destes medicamentos, a tendência é que essa relação se mantenha. Desse modo, cada vez mais pacientes iniciarão o consumo, o que fará com que a população daqueles que têm menos tempo de uso seja maior do que a população daqueles com maior tempo de uso. Tal aspecto é relevante, principalmente ao se considerar que os medicamentos mais prescritos para os pacientes, nesta pesquisa, foram os benzodiazepínicos. No que diz respeito a estes medicamentos o uso prolongado, em períodos superiores que quatro a seis semanas, como mencionado, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (ORLANDI; NOTO, 2005).

Gráfico 20 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de uso dos psicofármacos.

Dentre a amostra, foi identificado que todos os pacientes (100%; $n=10$) que possuíam um diagnóstico médico de transtorno mental consumiam psicofármacos. Entre os pacientes que não tinham um diagnóstico de transtorno mental que apresentaram resultado positivo no SRQ-20, 46,4% deles ($n=13$) consumiam estes medicamentos. Entre aqueles que não possuíam diagnóstico de transtorno mental e que tiveram resultado negativo no SRQ-20, 26,6% ($n=13$) utilizavam psicofármacos (Gráfico 21). Estes dados demonstram que realmente podem estar ocorrendo falhas no diagnóstico de transtornos mentais, vista a alta porcentagem de indivíduos detectados no SRQ-20 que utilizavam psicofármacos sem terem sido diagnosticados, podendo estar recebendo um tratamento sintomático. Os dados revelam ainda que a utilização de psicofármacos possa estar sendo realizada de forma imprudente ou desnecessária, de acordo com a identificação da utilização de tais fármacos por pacientes sem diagnóstico e com resultado negativo no SRQ-20.

A literatura tem mostrado que de fato há falhas no diagnóstico de transtornos mentais e com isso, prescrição indevida de medicamentos, principalmente de psicofármacos (CARLINI; NAPPO, 2003).

Gráfico 21 – Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de psicofármacos, diagnóstico de transtorno mental e resultado do SRQ-20.

Os dados sobre as características do consumo e da prescrição dos psicofármacos trouxeram importantes informações, revelando que há indivíduos que poderiam estar utilizando tais medicamentos sem criteriosa indicação, com riscos para vivenciar iatrogenias decorrentes do seu uso inadequado.

Conclusões

5 CONCLUSÕES

Esse estudo identificou, entre pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral, a prevalência do uso de psicofármacos e analisou variáveis relacionadas ao seu consumo. A partir dos resultados, concluiu-se que:

- foi alta a prevalência do uso de psicofármacos entre os pacientes entrevistados (38,71%);
- as variáveis idade, setor de internação, escolaridade, estado civil, situação de trabalho, renda, presença de doenças crônicas e uso de outros medicamentos não associaram-se ao uso de psicofármacos;
- houve associação estatisticamente significativa entre o uso de psicofármacos e as variáveis sexo, custeio da internação, religião e resultado positivo no SRQ-20;
- os benzodiazepínicos foram os psicofármacos mais consumidos pela amostra (64%), seguidos pelos antidepressivos (32%);
- as indicações dos benzodiazepínicos relatadas pelos pacientes foram: “para dormir” (54%), para “depressão” (14%), e para “ansiedade” (7%);
- a principal indicação dos antidepressivos foi a “depressão” (50%), seguida por “ansiedade” (14%) e uso “para dormir” (14%);
- dos dois pacientes que utilizavam antipsicóticos, um relatou que a indicação era “depressão” e o segundo relatou utilizar o medicamento para “depressão e ansiedade”;
- 25% e 22% dos pacientes estavam consumindo, respectivamente, benzodiazepínicos e antidepressivos, sem ter o conhecimento deste fato.
- a grande maioria das prescrições de psicofármacos (70%) foram realizadas por médicos não-psiquiatras, sendo os benzodiazepínicos a classe mais prescrita pelos não-psiquiatras e os antidepressivos os mais prescritos pelos psiquiatras;
- dentre os pacientes em uso de psicofármacos, 59% realizavam apenas tratamento farmacológico;
- 36,1% dos usuários de psicofármacos não tinham um diagnóstico de transtorno mental e apresentaram resultado positivo no SRQ-20. Estas pessoas estavam

utilizando os medicamentos de forma sintomática. Por outro lado, a mesma porcentagem (36,1%) dos usuários não possuía diagnóstico de transtorno mental e apresentaram resultado negativo no SRQ-20. Estes últimos poderiam estar fazendo o uso de medicamentos sem indicação criteriosa;

- a prática da automedicação foi mencionada por 5% dos pacientes, indicando tanto falhas no sistema de saúde, quanto falta de conscientização e mesmo de informação pela população sobre os riscos a que está sujeita, praticando tal ato.

Os indivíduos que participaram deste estudo possuíam problemas de saúde diversos, visto que estavam internados em clínicas médica e cirúrgica. A elevada prevalência de uso de psicofármacos por essa clientela aponta para a necessidade de os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, estarem atentos às variáveis identificadas nesse estudo que apresentaram associação ao referido consumo, bem como às variáveis descritas em outras pesquisas, as quais foram apresentadas.

Há, também, necessidade de importante mudança no ensino de psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem e medicina bem como nas atitudes dos médicos e enfermeiros frente aos TMC. Tais profissionais devem ser treinados para identificar e lidar com os problemas psicossociais comumente encontrados na prática clínica, incluindo os TMC, de modo a promover o uso racional de psicofármacos e a implementação de estratégias não farmacológicas que propiciem o manejo dos referidos transtornos, em parceria com os demais membros da equipe multidisciplinar.

Destaca-se que nenhuma estratégia, farmacológica ou não farmacológica, será eficiente se o paciente não estiver envolvido em seu processo de escolha. Ainda, considerando que a desinformação do paciente pode ser fator contribuinte para o uso inadequado de medicamentos, incluindo os psicofármacos, os profissionais de saúde, devem orientá-lo sobre todos os aspectos de sua terapêutica, estimulando-o a sempre questionar na presença de dúvidas, de modo a atuar como parceiro no tratamento. Para tanto, é fundamental que os referidos profissionais priorizem as necessidades e singularidades de cada paciente.

Espera-se que a presente pesquisa contribua para despertar a preocupação necessária relacionada ao tema em estudo, para a melhoria das informações que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde quanto ao tratamento com psicofármacos bem como para implementação de estratégias direcionadas ao uso racional destes medicamentos.

Referências

REFERÊNCIAS

ACQUAVIVA, E. et al. Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data. **BMC Psychiatry**, London, v. 9, p. 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/bmcp psychiatry/9>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

ALI, N. S.; KHUWAJA, A. K.; ZAFAR, A. M. Characteristics of patients using psychoactive drugs in Karachi, Pakistan. **Pharmacy World & Science**, Dordrecht, v. 31, n. 3, p. 369-372, 2009.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-16, 1994.

ALONSO, M. P. et al. Evolution of antidepressive drug consumption in Spain. The impact of selective serotonin re-uptake inhibitors. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 110, n. 14, p. 557-558, 1998.

AMUNDSEN, M. O. et al. Use of psychotropic drugs and analgesics among users of antiobesity drugs: a population based study. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Chichester, v. 19, n. 3, p. 273-279, 2010.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRAO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2012.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos, atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**: Rename 2006. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/paginacartilha/docs/farmacosi.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRUFFAERTS, R et al. Psychotropic drug use in the Belgian non-institutionalized population. **Revue Médicale Liege**, Liege, v. 60, n. 3, p. 181-188, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18922237>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CAMPIGOTTO, K. F. et al. Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 1-5, 2008.

CARLINI, E. L. A.; NAPPO S. A. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 200-205, 2003.

CARLINI, E. A.; MASUR, J. Sale of drugs without medical prescription in pharmacies of the city of São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 32, n. 5/6, p. 75-78, 1986.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2010.

CASSIANI, S. H. B. **Hospitais e medicamentos**: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

CHAIMOWICS, F.; FERREIRA, T. D.; MIGUEL, D. F. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

CHYKA, P. A. How many deaths occur annually from adverse drug reaction in the United States? **American Journal of Medicine**, Tucson, v. 109, n. 2, p. 122-130, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10967153>>. Acesso em: 20 set. 2010.

COELHO, F. M. C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

COELHO, P. V.; BRUM, C. A. Interactions between antidepressants and antihypertensive and glucose lowering drugs among patients in the HIPERDIA Program, Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2010.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 27, n. 3, p. 259-267, 2006.

DAL PIZZOL, T. S.; BRANCO, M. M. N.; CARVALHO, R. M. A. Non-medical use of psychoactive medicines among elementary and high school students in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 109-115, 2006.

FERRAZZA, D. A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2012.

FICHTER, M. M. Psychotropic drug use in representative community sample. The Upper Bavarian study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 80, n. 1, p. 68-77, 1989.

FLEK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

GALDUROZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, out. 2005. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

GASQUET, I. et al. Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000: epidemiological study. **Encephale**, Paris, v. 31, n. 2, p. 195-206. mar-apr. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15959446>>. Acesso em 20 fev. 2012.

GELLIS, A. Diagnósticos e psicotrópicos - uma resposta pela psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2010.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GONCALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2012.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia- mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2010.

GRAD, R. M. Benzodiazepines for insomnia in community-dwelling elderly: a review of benefit and risk. **Journal of Family Practice**, New York, v. 41, n. 1, p. 473-481, 1995.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, London, v. 10, p. 231-241, 1980.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, 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, 2000.

HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais entre os idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 34-41, 2002. Suplemento L.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999. p. 187-198.

LENHART, S. E.; BUYSSE, D. J. Treatment of insomnia in hospitalized patients. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 35, n. 11, p. 49-57, 2001.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2010.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 134-140, 1999.

LUJÁN, L. M. B. Consumo de medicamentos em una población canária. **Atención Farmacéutica**, Barcelona, v. 1, n. 6, p. 569-574, 1999.

MANN, E. et al. Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 9, n. 18, maio 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/18>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

MARI, J. J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. **Psychological Medicine**, London, v. 23, n. 2, p. 467-474, 1993.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARK, T. L. For what diagnoses are psychotropic medications being prescribed? A nationally representative survey of physicians. **CNS Drugs**, v. 24, n. 4, p. 319-326, 2010.

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Revista da escola de enfermagem - USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2012.

MIYASAKA, L. S.; ATALLAH, A. N. Risk of drug interaction: combination of antidepressants and other drugs. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2010.

MONSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.

OHAYON, M. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 51, n. 3, p. 273-283, 1998.

OLIVEIRA, I. R.; SENA, E. P. **Manual de psicofarmacologia clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ONDER, G. et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). **Journal of the American Geriatric Society**, New York, v. 50, n. 12, p. 1962-1986, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=12473007&indexSearch=UI&lang=p>>. Acesso em: 20 out. 2011.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 896-902, set./out. 2005. Número especial.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2012.

PAULOSE-RAM, R. et al. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. **Pharmacoepidemiology Drug and Safety**, Chichester, v. 16, n. 5, p. 560-570, mai. 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.1367/abstract>>. Acesso em 20 fev. 2012.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POYARES, D. et al. Hipnoindutores e insônia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p. 2-7, 2005. Suplemento 1.

RIBEIRO, C. S. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 125, n. 5, p. 270-274, 2007.

RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 210-212, 2004.

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**, São Paulo, v. 40, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun. 2010.

ROSHOLM, J. U. et al. Changes in pattern of antidepressant use upon the introduction of the new antidepressants. A depression database study. **European Journal of Clinical Pharmacology**, Berlin, v. 52, n. 3, p. 205-209, 1997.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, ago. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jul. 2010.

SAS Institute Inc. **SAS/STAT® User's Guide**. Version 9.0. Cary: SAS Institute Inc., 1999.

SEBASTIÃO, E. C. O. **Intervenção farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP)**. 2005. 159 f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, J. L. L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a32.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

SKOV, T. et al. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. **International Journal of Epidemiology**, v. 27, n. 1, p. 91-95, 1998.

SOBRECASES, B. S. et al. Sociodemographic characteristics of female habitual benzodiazepine consumers in the catchment area of a health care center. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, Stockholm, v. 3, n. 1, 176-179, 1997.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; FILHO, H. R. C. Use of psychotropics drugs among students: prevalence and associated social factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C.. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2010.

SRISURAPANONT, M. et al. Benzodiazepine prescribing behavior and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. **BMC Family Practice**, London, v. 6, n. 27, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/27>>. Acesso em: 20 maio 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VASQUES, C. I.; SANTOS, D. S.; CARVALHO, E. C. Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2012.

VEEHOF, L. J. G. et al. The development of polypharmacy. A longitudinal study. **Family Practice**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 261-267, 2000. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/3/261.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 out. 2011.

VOYER, P. M. M.; PRÉVILLE, M.; BOYER, R. Factors in duration of anxiolytic, sedative, and hypnotic drug use in the elderly. **Canadian Journal of Nursing Research**, Montreal, v. 35, n. 4, p. 126-149, 2003.

YANMEI, W. An epidemiological survey on use and abuse of antianxiety drugs among Beijing residents. **Chinese Medical Journal**, Beijing, v. 109, n. 10, p. 801-806, 1996.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP

Para: Flavio Hiroshi Shirama

De: Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 19/11/2010

Projeto de Pesquisa: **396/2010**

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou em reunião de 18/11/2010 o projeto de pesquisa **396/2010 “O consumo de psicofármacos por pacientes médico-cirúrgicos internados em hospital geral”** e decidiu que o mesmo encontra-se **Aprovado**.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP, relatórios semestral e final, bem como possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo a fim de se fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

ANEXO B – INSTRUMENTO SRQ-20

Nome: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Setor de internação: _____

INSTRUMENTO SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20) PARA DETECÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

1	<i>Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?</i>	Sim()	Não()
2	<i>Assusta-se com facilidade?</i>	Sim()	Não()
3	<i>Sente-se triste ultimamente?</i>	Sim()	Não()
4	<i>Você chora mais do que de costume?</i>	Sim()	Não()
5	<i>Tem dores de cabeça frequentemente?</i>	Sim()	Não()
6	<i>Você dorme mal?</i>	Sim()	Não()
7	<i>Você sente desconforto estomacal?</i>	Sim()	Não()
8	<i>Você tem má digestão?</i>	Sim()	Não()
9	<i>Você tem falta de apetite?</i>	Sim()	Não()
10	<i>Tem tremores nas mãos?</i>	Sim()	Não()
11	<i>Você cansa-se com facilidade?</i>	Sim()	Não()
12	<i>Tem dificuldade em tomar decisão?</i>	Sim()	Não()
13	<i>Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?</i>	Sim()	Não()
14	<i>O seu trabalho traz sofrimento?</i>	Sim()	Não()
15	<i>Sente-se cansado todo o tempo?</i>	Sim()	Não()
16	<i>Tem dificuldade de pensar claramente?</i>	Sim()	Não()
17	<i>Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?</i>	Sim()	Não()
18	<i>Tem perdido o interesse pelas coisas?</i>	Sim()	Não()
19	<i>Tem pensado em dar fim à sua vida?</i>	Sim()	Não()
20	<i>Sente-se inútil em sua vida?</i>	Sim()	Não()
Total		Sim	Não

Resultado:

- **Positivo ()**
- **Negativo ()**

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCARECIDO

ESCLARECIMENTO

Eu, Flavio Hiroshi Shirama, pesquisador da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (Universidade de São Paulo), sob orientação da prof^{ra} Adriana Inocenti Miasso, pretendo desenvolver um projeto de pesquisa intitulado “Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral”. Este estudo tem como objetivos identificar o número de pessoas que utilizam medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central e identificar dados relacionados ao consumo desses medicamentos pelas pessoas que os utilizam. Acredito que os resultados desse projeto possam fornecer dados para a implantação de estratégias que visam a segurança dos pacientes que utilizam esse tipo de remédio, assim como a prescrição médica e o consumo conscientes. Por isso, convido você a participar desse projeto de pesquisa que será desenvolvido nas clínicas médica e cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Barretos. Para o desenvolvimento da pesquisa, inicialmente irei realizar uma entrevista com você com o objetivo de coletar informações sobre dados pessoais e sobre o uso de medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central e realizarei um questionário que identifica sintomas de transtornos mentais, como sintomas depressivos, por exemplo. Em seguida, irei verificar o seu prontuário para identificar os medicamentos que você está usando.

Se você concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer no meu trabalho em nenhum momento, pois somente eu e minha orientadora teremos acesso aos seus dados pessoais. Informo ainda que você não correrá riscos físicos e sociais e que seu tratamento neste hospital não será afetado. Você não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar. Sua participação na pesquisa é espontânea e você poderá desistir de participar do estudo quando você quiser, de acordo com a sua vontade, sem nenhuma penalização. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que você tiver. Se você aceitar participar vou pedir que assine uma folha como essa que diz que você aceita participar do projeto de pesquisa e vou dar uma cópia para você guardar.

Gostaria de deixar claro que as fichas das entrevistas e com seus dados de prontuário serão guardadas sob nossa responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento

Eu (paciente)

Entendi e ouvi do pesquisador o que eles vão fazer no projeto de pesquisa: "Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral" e eu **ACEITO** participar dessa pesquisa. Eu entendi que posso interromper ou parar a minha participação no estudo a qualquer hora em que eu quiser, sem precisar explicar o porquê e que isso não vai atrapalhar o meu tratamento nesta instituição e nem me causar nenhuma penalização. Sei que meu nome não vai aparecer no trabalho final, que não vou ter gastos e que não vou receber dinheiro para participar do estudo.

Barretos,.....de de 20.....

Assinatura

e

nº Documento de identificação

Em qualquer caso de dúvida você pode entrar em contato conosco pelo telefone: (16) 3602- 3418
Contato do Comitê de Ética da Fundação Pio XII-Hospital de Câncer de Barretos (Dr. Renato José Affonso Júnior) – Tel.
(17) 3321-6600 – Ramal 6894

Flavio Hiroshi Shirama (CPF 312.587.338-03)

APÊNDICE B – PARTE 1: QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, CULTURAIS E DE HISTÓRICO DE SAÚDE

Nome: _____

Data da coleta: ____/____/____ Setor: _____

1) Qual a sua data de nascimento?: ____/____/____

2) Qual a sua idade? _____ anos

3) Sexo:

1. Masculino ()
2. Feminino ()

4) Qual a sua escolaridade?

1. Analfabeto ()
2. Ensino fundamental incompleto ()
3. Ensino fundamental completo ()
4. Ensino médio incompleto ()
5. Ensino médio completo ()
6. Ensino superior incompleto ()
7. Ensino superior completo
8. Sabe ler e escrever ()

5) Qual o seu estado civil?

1. Solteiro()
2. Casado()
3. Viúvo()
4. Amasiado()
5. Divorciado()

6) Você tem alguma religião?

1. Não tem ()
2. Católica ()
3. Evangélica ()
4. Espírita ()
5. Afro-brasileira ()
6. Outra ()

7) Qual a sua situação de trabalho/ocupação?

1. Desempregado ()
2. Faz trabalhos eventuais (“bicos”) ()
3. Trabalho regular (informal) ()
4. Trabalho regular (registrado) ()
5. Afastado do trabalho ()
6. Aposentado INSS ()
7. Outra ()

8) Qual a sua renda mensal?

1. Não tem renda()
2. Até um salário mínimo(R\$545,00) ()
3. Acima de um salário até três salários mínimos (R\$546,00 a R\$1635,00) ()
4. Acima de três e até cinco salários mínimos (R\$1636,00 a R\$2725,00) ()
5. Acima de cinco até dez salários (R\$2726,00 a R\$5450,00) ()
6. Acima de dez salários (R\$5451,00) ()

9) Qual a renda mensal total da sua família?

1. Não tem renda()
2. Até um salário mínimo(R\$545,00) ()
3. Acima de um salário até três salários mínimos (R\$546,00 a R\$1635,00) ()
4. Acima de três e até cinco salários mínimos (R\$1636,00 a R\$2725,00) ()
5. Acima de cinco até dez salários (R\$2726,00 a R\$5450,00) ()
6. Acima de dez salários (R\$5451,00) ()

10) Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você?

1. Mora sozinho ()
2. Duas pessoas ()
3. Três pessoas ()
4. Quatro pessoas ()
5. Cinco pessoas ()
6. Outro ().....

11) Qual o motivo da sua internação?

12) Possui outras enfermidades?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

13) Faz uso contínuo de medicamentos? (que não os psicofármacos) Quais?

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
-

APÊNDICE B - PARTE 2: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOBRE O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

OBS: Antes de realizar as perguntas o paciente será informado sobre o que são e quais são os medicamentos psicotrópicos.

1) Atualmente, você faz uso de psicofármacos?

1. Sim ()
2. Não ()

(Se a resposta for sim, anotar informações solicitadas no quadro abaixo)

<div>Dados complementares</div> <i>Qual (is) Medicamento(s)?</i> (Anotar abaixo)	<i>Qual a Indicação de uso/ diagnóstico médico?</i>	<i>Há quanto tempo faz uso?</i>	<i>Qual a especialidade do médico que lhe prescreveu? (se houve prescrição)</i>	<i>Faz uso sem prescrição médica? (auto medicação)</i>	<i>Realiza acompanhamento/ tratamento não farmacológico? Qual?</i>

3) Você faz ou já fez uso de psicofármacos como substância de abuso? Ou seja, já tomou esse tipo de medicamento sem a finalidade de tratamento ou para algum sintoma que estivesse sentindo? (questionar mesmo que esteja atualmente usando com finalidade terapêutica)

1. Sim ()
 - a. Qual (is) medicamento (s)?

2. Não ()

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DIRETIVO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

Nome: _____ Setor _____

Data coleta: ____/____/____ Diagnóstico médico: _____

1. Existem psicofármacos prescritos? Qual medicamento?

Nº	Nome	Dose	Horário

2. Motivo, na avaliação médica, da introdução do psicofármaco

Nº	Nome	Motivo

3. Qual a especialidade do médico prescritor?