UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

ASSIS DO CARMO PEREIRA JÚNIOR

Interações medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida

RIBEIRÃO PRETO - SP
2019

ASSIS DO CARMO PEREIRA JÚNIOR

Interações Medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida

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

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.
Orientadora: Profª. Drª. Adriana Inocenti Miasso

Apoio: Bolsa de Demanda Social

RIBEIRÃO PRETO - SP
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pereira Júnior, Assis do Carmo

Interações Medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida. Ribeirão Preto, 2019.
148 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

1. Interações de medicamentos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.Transtorno mentais.
4. Psicotrópico. 5.Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PEREIRA JÚNIOR, ASSIS DO CARMO

Interações Medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Entendi que só pode compreender o significado de gratidão aquele que já precisou de ajuda, em algum momento da vida.

No final, o que importa é a família que recebemos, aquela que escolhemos, e nossos amigos verdadeiros.

Por isso, reconheço de minha mãe, a vida; de meu pai, o apoio incondicional, da minha irmã o aprendizado e de meus amigos o companheirismo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Aos **usuários** das Estratégias de Saúde da Família, participantes deste estudo, por terem compartilhado suas condições de saúde, tornando possível sua realização.*

AGRADECIMENTOS

*À **Deus,** por ser presença constante no decorrer da minha caminhada, sem o qual não conseguiria realizar mais essa conquista.*

*Aos meus amados pais, **Marilena e Assis**, por tudo que vocês têm me proporcionado, sempre regado de um amor incondicional, demonstrando ao mesmo tempo um interesse tão expressivo e genuíno na minha felicidade.*

*À minha irmã, **Juliana,** pela generosidade, companheirismo e por incentivar a realização dos meus sonhos, sempre com uma bondade, um carinho e muito amor a disposição.*

*À **Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso,** pela competência , paciência, disponibilidade, orientação e estímulo irrestrito. Agradeço imensamente a oportunidade de crescimento concedida.*

*Ao **Prof. Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho,** que durante toda esse jornada portou-se como um amigo, escutando-me com muita sinceridade, auxiliando-me sempre em direção do melhor caminho.*

*Aos **Membros da Banca Examinadora**, por sua contribuição para o enriquecimento da pesquisa.*

*Aos **amigos e funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que compartilharam do meu interesse pelo conhecimento científico e pela natureza humana.*

*À **todos** aqueles que estiveram ao meu lado nessa jornada de conquista, manifestando incentivo e apoio diário.*

"Necessitamos sempre de ambicionar alguma coisa

que, alcançada, não nos torna sem ambição."

[Carlos Drummond de Andrade]

RESUMO

PEREIRA JÚNIOR, A. C. **Interações Medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida.** 2019. 148p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudo teve como objetivos identificar a frequência de interações medicamentosas (IM) potenciais do tipo fármaco-fármaco em pessoas atendidas em Estratégias de Saúde da Família (ESF) e classificá-las em relação à gravidade, à qualidade de evidências científicas e ao tempo de início; caracterizar em usuários de psicofármacos atendidos nas ESF, a adesão ao tratamento medicamentoso e a ocorrência de IM potenciais; avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes atendidos nas ESF em relação ao Transtorno Mental Comum (TMC), o uso de psicofármacos e as IM; e elaborar um modelo de equações estruturais para identificar as variáveis associadas às IM, TMC, uso de psicofármacos e QV. Trata-se de estudo transversal de caráter correlacional descritivo, realizado em dez ESF de um município mineiro (n=452). Utilizou-se de questionário para coleta de dados demográficos, socieconômicos, farmacoterapêuticos, doenças clínicas e uso de psicofármacos, além de instrumento de rastreamento de TMC (SRQ-20), avaliação da adesão ao medicamento (MAT) e da QV (WHOQOL-*brief*). Uso de psicofármacos, IM, TMC e QV foram consideradas variáveis dependentes. Todavia, quando não ocuparam, na análise, a posição de desfecho, foram consideradas independentes. Para análise univariada foi utilizado o teste Qui-quadrado e para analisar as relações entre o conjunto de variáveis de interesse, utilizou-se Modelo de Equações Estruturais Generalizado. A IM foi prevalente em 66,59% da amostra. Em pacientes que consumiam cinco ou mais medicamentos tal prevalência foi de 85,37%. A prevalência de TMC foi de 24,56% e a de uso de psicofármacos foi de 77,65%, havendo maior frequência de IM potenciais nas prescrições dos usuários dessa classe de medicamentos. Ainda, 31,91% do total de usuários de psicofármacos utilizavam tais medicamentos sem prescrição médica. Houve maior porcentagem de IM potenciais classificadas como graves (47,47%) seguidas pelas moderadas (35,13%). As variáveis associadas à IM foram polifarmácia e renda. O uso de psicofármacos mostrou-se associado ao TMC, renda, diabetes e sexo. Na análise direta, o uso de psicofármaco e TMC influenciaram negativamente os padrões de QV em todos os domínios. A baixa renda foi indicativo de pior padrão de QV nos domínios psicológico, social e meio ambiente. A hipertensão arterial sistêmica e diabetes influenciaram de forma negativa a QV nos domínios psicológico e meio ambiente. Na análise indireta, renda, diabetes e TMC, mediado pelo uso de psicofármaco, influenciaram negativamente a QV em todos os domínios. O sexo, mediado pelo uso de psicofármaco, foi indicativo de pior padrão de QV nos domínios físico, social e meio ambiente. Os resultados apontam para a necessidade de implementação de estratégias direcionadas à segurança do paciente quanto à ocorrência de IM potenciais, prescrição racional de psicofármacos, bem como do rastreamento e intervenção para TMC, visto que este estudo identificou, na amostra investigada, que as referidas variáveis estão associadas à percepção de pior QV.

Palavras chaves: Interações de medicamentos; Atenção Primária à Saúde; Saúde mental; Transtornos mentais; Psicotrópico; Qualidade de vida.

ABSTRACT

PEREIRA JÚNIOR, A. C. **Drug interactions, common mental disorders and use of psychoactive drugs in Primary Health Care: a reflection on the quality of life.** 2019. 148p. Thesis (Doctoral) - Nursing School from Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The purpose of this study was to identify the frequency of drug-drug-drug interactions (DDI) in people treated in Family Health Strategies (FHS) and to classify them in relation to severity, quality of scientific evidence and the time of start; characterize in users of psychopharmaceuticals attended in FHS, adherence to drug treatment and the occurrence of potential DDI; to evaluate the quality of life (QOL) of the patients treated in the FHS in relation to the Common Mental Disorder (CMD), the use of psychotropic drugs and the DDI; and to elaborate a model of structural equations to identify the variables associated with DDI, CMD, use of psychoactive drugs and QOL. This is a cross-sectional descriptive, cross-sectional study, carried out in ten FHS of a city of Minas Gerais (n = 452). A questionnaire was used to collect demographic, socioeconomic, pharmacotherapeutic, clinical and psychopharmacological data, as well as a CMD screening tool (SRQ-20), drug adherence assessment (DDA) and QOL (WHOQOL-brief). The use of psychoactive drugs, DDI, CMD and QOL were considered dependent variables. However, when they did not occupy the position of outcome in the analysis, they were considered independent. For univariate analysis, the Chi-square test was used and to analyze the relations between the set of variables of interest, a Generalized Structural Equation Model was used. IM was prevalent in 66,59% of the sample. In patients who consumed five or more drugs such prevalence was 85,37%. The prevalence of CMD was 24,56% and the use of psychotropic drugs was 77,65%, with a higher frequency of potential MIs in the prescriptions of users of this class of drugs. Still, 31,91% of all users of psychoactive drugs used such drugs without a prescription. There was a higher percentage of potential DDI classified as severe (47,47%) followed by moderate (35,13%). The variables associated with DDI were polypharmacy and income. The use of psychoactive drugs has been associated with CMD, income, diabetes and gender. In the direct analysis, the use of psychotropic drugs and CMD negatively influenced the QOL patterns in all domains. Low income was indicative of a worse QOL pattern in the psychological, social and environmental domains. Systemic arterial hypertension and diabetes had a negative influence on QOL in the psychological and environmental domains. In indirect analysis, income, diabetes and CMD, mediated by the use of psychoactive drugs, negatively influenced QOL in all domains. Sex, mediated by the use of psychoactive drugs, was indicative of a worse QOL pattern in the physical, social and environmental domains. The results point to the need to implement strategies directed to patient safety regarding the occurrence of potential DDI, rational prescription of psychotropic drugs, as well as the screening and intervention for CMD, since this study identified, in the sample investigated, that said variables are associated with the perception of worse QOL.

Keywords: Drug Interactions; Primary Health Care; Mental Health; Mental disorders; Psychotropic; Quality of life.

RESUMEN

PEREIRA JÚNIOR, A. C. **Interacciones Medicamentosas, trastornos mentales comunes y uso de psicofármacos en la Atención Primaria a la Salud: reflejo en la calidad de vida.** 2019. 148p. Tesis (Doctoral) -Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia de interacciones medicamentosas (IM) potencial del tipo fármaco-fármaco en personas atendidas en Estrategias de Salud de la Familia (ESF) y clasificarlas en relación a la gravedad, a la calidad de evidencias científicas y al tiempo de temprana; caracterizar en usuarios de psicofármacos atendidos en las ESF, la adhesión al tratamiento medicamentoso y la ocurrencia de IM potencial; evaluar la calidad de vida (QV) de los pacientes atendidos en las ESF en relación al Trastorno Mental Común (TMC), el uso de psicofármacos y las IM; y elaborar un modelo de ecuaciones estructurales para identificar las variables asociadas a las IM, TMC, uso de psicofármacos y QV. Se trata de un estudio transversal de carácter correlacional descriptivo, realizado en diez ESF de un municipio minero (n = 452). Se utilizó un cuestionario para la recolección de datos demográficos, socieconómicos, farmacoterapéuticos, enfermedades clínicas y uso de psicofármacos, además de instrumento de rastreo de TMC (SRQ-20), evaluación de la adhesión al medicamento (MAT) y de la CV (WHOQOL-brief)). El uso de psicofármacos, IM, TMC y QV fueron considerados variables dependientes. Sin embargo, cuando no ocuparon, en el análisis, la posición de desenlace, se consideraron independientes. Para el análisis univariado se utilizó el test Qui-cuadrado y para analizar las relaciones entre el conjunto de variables de interés, se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales generalizadas. La IM fue predominante en el 66,59% de la muestra. En pacientes que consumían cinco o más medicamentos, esta prevalencia fue del 85,37%. La prevalencia de TMC fue de 24,56% y la de uso de psicofármacos fue del 77,65%, habiendo mayor frecuencia de IM potenciales en las prescripciones de los usuarios de esa clase de medicamentos. El 31,91% del total de usuarios de psicofármacos utilizaban estos medicamentos sin prescripción médica. Hubo un mayor porcentaje de IM potenciales clasificadas como graves (47,47%) seguidas por las moderadas (35,13%). Las variables asociadas a la IM fueron polifarmacia y renta. El uso de psicofármacos se ha asociado con el TMC, la renta, la diabetes y el sexo. En el análisis directo, el uso de psicofármaco y TMC influenciaron negativamente los patrones de QV en todos los dominios. La baja renta fue indicativa de peor patrón de QV en los dominios psicológico, social y medio ambiente. La hipertensión arterial sistémica y la diabetes influenciaron de forma negativa la QV en los ámbitos psicológico y medio ambiente. En el análisis indirecto, renta, diabetes y TMC, mediado por el uso de psicofármaco, influenciaron negativamente la CV en todos los dominios. El sexo, mediado por el uso de psicofármaco, fue indicativo de peor patrón de QV en los campos físico, social y medio ambiente. Los resultados apuntan a la necesidad de implementación de estrategias dirigidas a la seguridad del paciente en cuanto a la ocurrencia de IM potenciales, prescripción racional de psicofármacos, así como del rastreo e intervención para TMC, ya que este estudio identificó, en la muestra investigada, que dichas variables se asocian a la percepción de peor QV.

Palabras claves: Interacciones de Drogas; Atención primaria de Salud; Salud mental; Transtornos mentales; Psicotrópicos; Calidad de Vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF (n=293), segundo diagnósticos médicos referentes ao sistema nervoso. Diamantina/MG, 2018..... 53

Figura 2 Modelo de equações estruturais testado para as possíveis variáveis associadas à interação medicamentosa, transtorno mental comum, uso de psicofármacos e domínios do WHOQOL-*brief* em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 57

Figura 3 Modelo de equações estruturais para as variáveis associadas às interações medicamentosas, transtorno mental comum, uso de psicofármacos e domínios do WHOQOL-*brief* em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estratégias de Saúde da Família selecionadas para o estudo e número de pessoas cadastradas. Diamantina/MG, 2018…… 37

Quadro 2 Tamanho amostral por erro de amostragem e estratos. Diamantina/MG, 2018..... 38

Quadro 3 Grupos anatômicos e terapêuticos, de acordo com o primeiro nível da *Classificação Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC)…… 41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e presença de transtorno mental comum. Diamantina/MG, 2018..... 48

Tabela 2 Distribuição das interações medicamentosas das prescrições dos pacientes atendidos em dez ESF, segundo gravidade, documentação/evidência científica e tempo de início. Diamantina/MG, 2018..... 50

Tabela 3 Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a presença de interações medicamentosas potenciais nas prescrições e polifarmácia. Diamantina/MG, 2018..... 51

Tabela 4 Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF, segundo a classificação farmacológica dos medicamentos prescritos (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 52

Tabela 5 Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo motivações para a procura do serviço de saúde. Diamantina/MG, 2018..... 54

Tabela 6 Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e resultado do SRQ-20. Diamantina/MG, 2018..... 54

Tabela 7 Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e uso de psicofármacos. Diamantina/MG, 2018..... 55

Tabela 8 Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e interação medicamentosa. Diamantina/MG, 2018..... 56

Tabela 9 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis interação medicamentosa e uso de psicofármacos, transtorno mental comum, renda, medicamento contínuo, faixa etária, sexo e *Anatomical Therapeutical Chemical*, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 59

Tabela 10 Coeficiente encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis transtorno mental comum e renda, sexo, ocupação e escolaridade em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina, Minas Gerais, 2018..... 60

Tabela 11 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis uso de psicofármacos e transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sexo, ocupação e escolaridade, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 61

Tabela 12 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio físico do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 62

Tabela 13 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio psicológico do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 63

Tabela 14 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio social do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 64

Tabela 15 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 65

Tabela 16 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio físico do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 66

Tabela 17 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio psicológico do WHOQOL-*brief* e renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 68

Tabela 18 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio social do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 70

Tabela 19 Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018..... 71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária a Saúde
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBAF	Componentes Básicos da Assistência Farmacêutica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GSEM	Modelo de Equações Estruturais Generalizado
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Interação Medicamentosa
IMP	Interações Medicamentosas Potenciais
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
ML	Máxima Verossimilhança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
WHOQOL - *bref*	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO……..**	**17**
1.1	Uso de medicamento: uma realidade necessária……	18
1.2	Interações medicamentosas no contexto das Estratégias de Saúde da Família……..	21
1.3	Transtornos Mentais Comuns nas Estratégias de Saúde da Família……	24
1.4	Interações medicamentosas: influencia do uso de psicofármacos e reflexo na qualidade de vida.....	27
2.	**OBJETIVOS.....**	**33**
3.	**METODOLOGIA.....**	**35**
3.1	Tipo de estudo.....	36
3.2	Local do estudo.....	36
3.3	Sujeitos do estudo.....	37
3.4	Cálculo amostral.....	37
3.5	Variáveis envolvidas no estudo.....	39
3.6	Aspectos éticos.....	39
3.7	Coleta dos dados.....	39
3.7.1	Procedimento para coleta de dados.....	39
3.7.2	Instrumentos para coleta de dados.....	40
3.7.3	Identificação das Interações medicamentosas.....	44
3.7.4	Elaboração do manual de interações medicamentosas do tipo fármaco-fármaco.....	44
3.8	Análise dos dados.....	45
4.	**RESULTADOS.....**	**47**
	Manual de interações medicamentosas potencias.....	73
5.	**DISCUSSÃO.....**	**98**
6.	**CONCLUSÃO.....**	**116**
	REFERENCIAS.....	**119**
	APÊNDICES.....	**137**
	ANEXOS.....	**144**

1 INTRODUÇÃO

1.1 Uso do medicamento: uma realidade necessária

Os avanços da terapêutica medicamentosa têm sido notáveis, desde a década de 1930 e 1940, tendo a terapêutica farmacológica, exponencialmente, influenciado a redução da morbimortalidade ao longo dos anos. Durante esse período, os medicamentos passaram a ser elemento complexo, técnico e simbólico, na sociedade. Além de instrumento de intervenção terapêutica, passou a assumir papel importante na redução do sofrimento humano, produzindo cura, prolongando vidas, retardando o surgimento de complicações associadas a patologias e melhorando o convívio entre as pessoas e suas enfermidades (GUIMARÃES *et al.,* 2017; COSTA *et al.,* 2017a).

No fim dos anos 70, após o lançamento do conceito de medicamentos essenciais e a partir da Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), os medicamentos passaram a constituir um dos elementos fundamentais para alcançar a meta de saúde para todos, representando uma das bases para a formulação de políticas farmacêuticas voltadas à saúde pública (ÁLVARES *et al.,* 2017).

O acesso aos medicamentos é um dos componentes indispensáveis para que a população tenha cobertura universal e equânime de saúde, com resolutividade e qualidade, sendo reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos indicadores relacionados aos avanços na garantia à saúde (COSTA *et al.,* 2017b).

O direito ao acesso aos medicamentos é, particularmente, importante no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), concebida como novo eixo norteador da APS, por se caracterizar como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e ser parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas doenças mais prevalentes na população (NASCIMENTO *et al.,* 2017a).

A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

O trabalho dos profissionais de saúde na ESF é voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros da família, em cada fase de seus ciclos de

vida, sem perder de vista seu contexto familiar e social; igualmente, há disponibilização de equipe multi e interdisciplinar que contribui na promoção do uso racional de medicamentos (GUIBU *et al.,* 2017).

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), até o mês de fevereiro de 2018, o Brasil contava com mais de 40 mil equipes de ESF em funcionamento, com potencial cobertura de, aproximadamente, 64,92% da população (BRASIL, 2018). Dessa forma, garantir o acesso aos medicamentos é de fundamental importância, uma vez que grande parcela da população, sobretudo aquela de menor renda, depende de programas públicos e, em especial, dos medicamentos concedidos pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) do SUS, inseridos na ESF (MELO; BARBOSA, 2018; COSTA *et al.,* 2017a).

Em consonância com essa estrutura do modelo de assistência por meio da ESF, constantemente, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) trabalha a renovação da APS, enquanto estratégia para alcançar a cobertura da saúde universal, em que o acesso aos produtos e às tecnologias de saúde é fundamental (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016). Entretanto, apesar de todos os esforços empregados, parte da população ainda possui dificuldades para esse acesso à saúde, particularmente no tocante aos medicamentos, evidenciando nítida necessidade de revisão naquilo que se refere ao enfoque das políticas e estratégias adotadas, o que torna primordial a priorização dos indivíduos, familiares e comunidade, ao contrário da lógica centrada puramente no produto medicamento (GUIMARÃES *et al.,* 2017).

A prevalência do consumo de medicamentos no Brasil é de 49,1%, com aumento progressivo e influenciado por diversos fatores: socioeconômicos; comportamentais e culturais; estrutura demográfica; características do mercado farmacêutico; aumento da expectativa de vida da população e consequente aumento de doenças crônicas; surgimento e reaparecimento de doenças transmissíveis; aumento da prevalência de transtornos de humor assim como das doenças resultantes da degradação do meio ambiente, da poluição ambiental e das mudanças climáticas (GOMES; SILVA; GALVÃO, 2017).

Somadas a esses fatores destacam-se, ainda, diferentes ações para efetivar as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que, também, influenciam no consumo de medicamentos, com ênfase para a estruturação da assistência farmacêutica, a ampliação do acesso a medicamentos no SUS e do financiamento da assistência

farmacêutica pública, tal como a expansão do recurso financeiro para garantir o acesso universal aos medicamentos (LEITE *et al.,* 2017; SOUZA *et al.,* 2017a).

Os gastos públicos com medicamentos são crescentes e constituem o segundo maior item de despesa do sistema de atenção à saúde, sendo superado somente pela atenção hospitalar. Não obstante, os medicamentos também representam importante item na despesa familiar em saúde, principalmente para as famílias de menor renda (PEREIRA, *et al.,* 2017; REINERT; RIBAS; ZIMMERMANN, 2015).

Dessa forma, é oportuno que o consumo seja feito racionalmente, minimizando, assim, gastos desnecessários e possíveis riscos e efeitos adversos, pois a grande oferta de produtos, o *marketing* da indústria farmacêutica e o quantitativo de medicamentos prescritos são fatores que podem comprometer a qualidade e efetividade de sua utilização (LIMA *et al.,* 2017).

Além disso, a literatura revela que o uso indiscriminado de medicamentos pode ocasionar danos à saúde, manifestando-se em curto, médio ou longo prazo, com risco para o surgimento de processos alérgicos, problemas gástricos, ineficácia do produto, intoxicação e interações medicamentosas (IM) (PIZZOL *et al.,* 2016).

O uso racional de medicamentos, requer utilização adequada para a condição clínica do indivíduo, em doses que atendam às necessidades de saúde individuais e por período adequado. Quando não considerados esses critérios, há possíveis impactos negativos para a saúde, com prejuízos para a segurança do paciente, interferindo na qualidade de vida (QV) e comprometendo a eficácia do tratamento (ARRAIS *et al.,* 2016).

Destaca-se, por conseguinte, a necessidade de prescrições racionais de medicamentos, para alcance da qualidade e segurança na terapêutica medicamentosa, evitando, portanto, a ocorrência de IM. Tal aspeto é relevante na ESF, que apresenta elevado consumo de medicamentos (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015).

Entretanto, estudos mostram que muitos prescritores que atuam na ESF não possuem acessibilidade a informações completas quanto à segurança dos medicamentos; já outros não conhecem os possíveis efeitos nocivos do que prescrevem ou, ainda, não sabem identificar ou prevenir combinações perigosas entre os medicamentos. Por outro lado, alguns pacientes não declaram estar usando outro tipo de medicamento. Há, também, aqueles pacientes acompanhados por vários

profissionais de saúde, sem que haja comunicação entre estes (MELO; SILVA; CASTRO, 2016; MATINIANO *et al.,* 2015).

Com isso, investimentos na acessibilidade sobre informações relacionadas à segurança dos medicamentos na ESF podem minimizar os riscos associados à terapia medicamentosa, interferindo na qualidade da prescrição, auxiliando, pois, no uso racional dos medicamentos, reduzindo o risco de possíveis efeitos adversos, em especial das IM.

1.2 Interações medicamentosas no contexto das Estratégias de Saúde da Família

A IM do tipo fármaco-fármaco caracteriza-se pela alteração da ação de um medicamento, causada pela administração concomitante de outro. Há possibilidade de potencializar os efeitos terapêuticos quando os medicamentos possuem efeitos sinérgicos, do mesmo modo em que, também, é latente a redução da eficácia, quando as drogas guardam efeitos antagônicos. Somado a essas alterações, as IM podem interferir na forma de absorção, de metabolização e/ou da eliminação do medicamento (MOREIRA *et al.,* 2017; OKUNO *et al.,* 2013). O termo Interações Medicamentosas Potenciais refere-se àquelas IM já documentadas na literatura entre medicamentos presentes na prescrição que podem ou não ter ocorrido (ALVIM *et al.,* 2015*)*.

Assim, a IM constitui evento clínico detectável e mensurável, sendo importante ressaltar que muitas interações permanecem imperceptíveis aos profissionais da saúde, tanto por desconhecimento técnico, quanto por falta de zelo aos dados relatados pelos pacientes. A propósito, estima-se que dentre os pacientes usuários de dois medicamentos, 8,0% possuam risco de sofrerem alguma reação adversa; índice este aumentado para 50,0%, quando da administração de cinco medicamentos; e chegando a 100,0%, se utilizados oito medicamentos (MOREIRA *et al.,* 2017; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Em meio aos estudos acerca do tema, não há consenso quanto à caracterização mais adequada para IM, pois, além da particularização como evento adverso, alguns autores tratam-nas como erro de medicação na fase de prescrição ou como falha no monitoramento da terapêutica medicamentosa (SCRIGNOLI; TEIXEIRA; LEAL, 2016; FARAONI *et al.,* 2015).

Nessa direção, diante da crescente oferta de novos medicamentos no mercado, do aumento na prevalência de doenças crônicas que resultam na utilização de vários medicamentos, além da ideia cultural de cura milagrosa imposta à figura do medicamento, é imprescindível que a investigação e o registro na literatura de possíveis IM sejam constantes e atualizadas, potencializando a segurança do paciente e minimizando os riscos de eventos adversos (PINHEIRO; CARVALHO; LUPPI, 2013).

Tais eventos adversos, por sua vez, podem ser atribuídos às condições clínicas dos pacientes e à quantidade e características dos medicamentos, estando os pacientes submetidos à polifarmácia e mais propensos à IM diante do maior consumo de medicamentos (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016; REINERT; RIBAS; ZIMMERMANN, 2015).

A polifarmácia é crescente na prática clínica, principalmente em usuários das ESF, e se relaciona a vários fatores como o aumento da expectativa de vida e o consequente aumento da multimorbidade; também à maior disponibilidade de fármacos no mercado e de linhas-guia que recomendam o uso de associações medicamentosas para o manejo de várias condições de saúde (NASCIMENTO *et al.,* 2017b).

A associação otimizada de fármacos prescritos, segundo a melhor evidência científica disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a QV. Porém, algumas terapias são inadequadas e capazes de ocasionar reações adversas e IM (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016; CARVALHO *et al.,* 2013).

Algumas IM podem ser intencionais, as quais são tratadas como benéficas ou desejadas e podem, também, fazer parte da terapêutica medicamentosa do paciente. Contudo, mesmo as desejadas necessitam rigorosa observação e monitoramento dos efeitos clínicos, levando em consideração que seu desfecho varia de paciente para paciente, podendo ser insignificante, não exigindo medidas especiais, causar danos permanentes, ou, ser potencialmente letal (FERREIRA *et al.,* 2017; MIBIELLI *et al.,* 2014).

As IM são classificadas em Menor, quando a interação pode causar efeitos clínicos restritos, com manifestações que incluem aumento na frequência ou gravidade de efeitos colaterais, mas, em geral, não requerem mudança na terapia medicamentosa. Moderada, quando a interação resulta em exacerbação do quadro

clínico e/ou requer mudanças na terapia medicamentosa; e Maior, quando a interação pode ser crônica e/ou requerer intervenção imediata para minimizar ou prevenir reações adversas graves (CARVALHO; BIELLA; GRACIANI, 2017; ANDRADE *et al.,* 2016).

Os principais fatores de risco para ocorrência de IM tendem a estar relacionados aos pacientes, aos medicamentos e às prescrições. Quanto aos pacientes, sobressaem a idade, patologia, complexidade do quadro clínico e polifarmácia. Em relação aos medicamentos, tem-se o potencial inibidor ou indutor enzimático, bem como a margem e dose terapêutica. E, por fim, entre os fatores concatenados às prescrições, há as prescrições em diversos serviços de saúde (CARVALHO; BIELLA; GRACIANI, 2017; FARAONI *et al.,* 2015).

O risco da interação fármaco-fármaco aumenta de forma proporcional ao número de medicamentos prescritos, sendo que a frequência pode ser superior em prescrição que apresenta polifarmácia. Sendo assim, é importante ter profundo conhecimento dos medicamentos e das interações mais prováveis, tendo em vista à adequada indicação terapêutica (NASCIMENTO *et al.,* 2017b; PRADO, FRANCISCO; BARROS, 2016).

Nessa direção, é imprescindível que os profissionais responsáveis pela prescrição dos medicamentos estejam preparados e atualizados às principais e mais graves IM, uma vez que o aumento da complexidade da prescrição e do tratamento medicamentoso suscetibiliza o indivíduo à IM, a possíveis reações adversas, ao surgimento de comorbidades e, consequentemente, à diminuição da QV (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015; LEÃO; MOURA; MEDEIROS, 2014).

A maior parte das investigações sobre IM foi conduzida em ambientes hospitalares (MOREIRA *et al.,* 2017; SCRIGNOLI; TEIXEIRA; LEAL, 2016; CARVALHO *et al.,* 2013). Não obstante, no Brasil, diante da reformulação do modelo de assistência à saúde implantado com a ESF, é relevante a investigação e o registro das IM potenciais na APS (ALMEIDA FILHO *et al.,* 2015; SARATTO *et al.,* 2015). Tal relevância justifica-se, sobremaneira, pelas particularidades desse nível de assistência, em que é habitual o atendimento de pacientes com manifestação de sinais e sintomas precoces das enfermidades que, muitas vezes, implicam condutas e tratamentos empíricos, com maior propensão à prescrição de medicamentos e, consequentemente, ao risco de IM (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Nesse contexto, é importante destacar, ainda, a inserção das ações de

saúde mental na ESF, que é responsável por atender os problemas de saúde mental mais prevalentes, como os Transtornos Mentais Comuns (TMC), tornando-se responsável pelo acréscimo de novas modalidades terapêuticas, bem como novas classes medicamentosas no modelo de assistência já vigente, fomentando os riscos de possíveis IM (LUCCHESE *et al.,* 2017a; GUIMARÃES *et al.,* 2013).

A implementação do atendimento às pessoas com transtorno mental na assistência prestada pelas ESF torna-se realidade que requer cuidados específicos, à medida que resultados de estudos demonstram que os profissionais que nela atuam, além de encontrarem dificuldade na detecção de TMC, consideram seu conhecimento a respeito de psicofármacos insuficientes, o que inclui o desconhecimento de possíveis IM resultantes das prescrições desses associados a outros medicamentos (FRASE; OYAMA, 2013; LUCCHESE *et al.,* 2014; BORGES *et al.,* 2015).

Logo, é imprescindível que investimentos sejam realizados com o objetivo de promover a disseminação de conhecimentos atualizados no que tange às IM potenciais existentes entre os medicamentos mais utilizados na população assistida pela ESF, haja vista as comorbidades que são tratadas nesse modelo de assistência à saúde, com destaque para o TMC.

1.3 Transtornos Mentais Comuns nas Estratégias de Saúde da Família

Quando há relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária tende a aumentar. Os modelos de assistência empregados pelas ESF são, geralmente, os mais acessíveis e aceitos pelas comunidades e, conforme integram a saúde mental, os transtornos mentais são mais facilmente identificados, tratados e as comorbidades físicas e mentais também são manejadas de forma mais adequadas (SARATTO *et al.,* 2015).

Em estudos de prevalência na população geral da Noruega e Grécia, os transtornos mentais representam aproximadamente 12,0% da carga total de doenças (KNUDSEN *et al.,* 2013; SKAPINAKIS *et al.,* 2013). Associada a essa estimativa está a natureza crônica e incapacitante desses transtornos, despertando a atenção para a importância dos transtornos mentais para a Saúde Pública. Tais aspectos se agravam ao se relacionar o transtorno mental a outras morbidades, como o aumento do risco

para doenças transmissíveis e não transmissíveis, além da contribuição para o risco de lesão não intencional e intencional (PARREIRA *et al.,* 2017; VIDAL *et al.,* 2013).

Dessa forma, os transtornos mentais são seguidos de desdobramentos nas dimensões biológicas, culturais, sociais, econômicas e políticas, com destaque para o TMC, classificado como transtorno mental não psicótico, representando o sofrimento mais prevalente na população mundial. É atribuído às pessoas que sofrem mentalmente e apresentam sintomas depressivos e ansiosos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUCCHESE *et al.,* 2014; ROCHA; WERLANG, 2013). Os pacientes apresentam sintomas de ansiedade e depressão, associados a eventos estressantes da vida, com predomínio de sintomas somáticos em relação aos sintomas psicológicos (MARTINS *et al.,* 2016; XAVIER *et al.,* 2014).

Embora não sejam tão severos como os distúrbios psicóticos, os TMC representam importante problema na saúde pública diante da sua elevada prevalência e dos graves efeitos sobre o bem-estar pessoal, familiar, laboral e na utilização do serviço de saúde (COSTA *et al.,* 2014).

Sabe-se que o TMC é uma das maiores causas de incapacidade funcional e, associado a eventos de vida estressantes e desempenho insatisfatório de papeis sociais, pode acarretar baixa autoestima. Outros fatores pertinentes ao seu aumento são as internações hospitalares, questões interpessoais e de saúde, mudanças de moradia, acesso desigual aos cuidados de saúde, desemprego, condições inadequadas de habitação, ter sido vítima de violência e criminalidade, assim como o uso de tabaco, álcool e sedentarismo (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017; BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

Fatores como escolaridade, prática religiosa, renda familiar, idade e sexo, descritos nas literaturas nacional e internacional, têm apresentado associação com a ocorrência de TMC, bem como com o consumo de medicamentos. Alguns destes fatores não podem ser alterados, como idade e sexo, porém outros são passíveis de modificações, de maneira individual e/ou coletiva, tais como escolaridade, renda, apoio familiar e crença (PARREIRA *et al.,* 2017; COSTA *et al.,* 2014; YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014).

Nessa perspectiva, é oportuno que se identifique a ocorrência de TMC na população, visto que, apesar de não se destacar como causa significativa de mortalidade, é responsável por elevados índices de incapacitação, com prejuízos para

a vida pessoal, além do grande impacto econômico em função das demandas acarretadas nos serviços de saúde e no absenteísmo no trabalho (MEDEIROS *et al.,* 2018).

Estudo realizado na população geral dos Estados Unidos encontrou prevalência de 48,6% de TMC (STEEL *et al.,* 2014); enquanto outros estudos internacionais denotam prevalência de TMC variando entre 32,4%, na Etiópia, e 51,8%, na Dinamarca (SOEGAARD; PEDERSEN, 2012; YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014). Já no Brasil, pesquisas assinalam prevalência de TMC variando de 51,9% a 64,3% (VIDAL *et al.,* 2013; GONÇALVES *et al.,* 2014; SILVA *et al.,* 2018). Ao passo que, as projeções mundiais para 2030, anuncia-se a inclusão dos sintomas somáticos como irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e depressão, característicos de pessoas com TMC, entre as perturbações mais incapacitantes do ser humano (SKAPINAKIS *et al.,* 2013).

O TMC é frequente nos pacientes que recorrem ao serviço de saúde; contudo, ao manifestarem-se por meio de queixas somáticas inespecíficas, estes se apresentam subestimados entre os diagnósticos. A avaliação do TMC na população é de extrema importância para a compreensão da distribuição em diferentes grupos, conforme as diferentes características, bem como para identificação dos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações expressivas para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo possíveis agravos (LUCCHESE *et al.,* 2017b).

Se por um lado o TMC é questão que deve ser ponderada por sua alta prevalência, o subdiagnóstico dificulta seu encaminhamento e cuidados adequados. O diagnóstico precoce e correto deste transtorno é fundamental para evitar prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo e ônus ao sistema de saúde (SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014). Assim, são salientadas as ações da ESF que podem favorecer sua detecção, encaminhamento e tratamento, se consideradas suas características de acessibilidade e cobertura. Portanto, é substancial a articulação da saúde mental com as ações já desenvolvidas pelas equipes da ESF (MIASSO *et al.,* 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta a relevância que a APS, conduzida pelas ESF, tem para desenvolver ações de promoção da saúde mental e destaca o rastreamento, encaminhamento e monitoramento de pessoas com transtornos mentais (KASPPER; SCHERMANN, 2014).

A incompreensão sobre a expressão de sofrimento em pessoas com TMC está relacionada à dificuldade da equipe e dos serviços de saúde de reconhecerem pessoas nessas circunstâncias, visto que as queixas inespecíficas, comuns a esse transtorno, não são identificadas de imediato pelos profissionais, devido à maior valorização para queixas físicas, legitimadas pelo modelo biomédico. A descrição de pacientes como poliqueixosos, problemáticos e histéricos, comumente utilizada, compromete a prática clínica frente a essa condição de saúde (SILVA *et al.,* 2017; GUEDES; CAVALCANTE NETO, 2015).

A ESF, então, constitui espaço fértil para oferta de ações de saúde mental em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde proximidade para conhecer a história de vida das pessoas atendidas no serviço.

O redirecionamento do modelo de assistência com a inserção das ações de saúde mental nas ESF surge como tática adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como ênfase no território e na desinstitucionalização da psiquiatria, fazendo da ESF o primeiro nível de cuidado da saúde mental. Consequentemente, os profissionais da atenção básica passam a ter papel primordial no tratamento e cuidado das pessoas com TMC (SARATTO *et al.,* 2015).

Ressalta-se, também, a importância dos profissionais atuantes na APS, quanto ao monitoramento e aconselhamento dos pacientes, no que se refere ao risco elevado de ocorrência de IM, mediante o quantitativo de medicamentos utilizados, incluindo o uso indiscriminado de psicofármacos, grupo de medicamentos que, normalmente, é prescrito às pessoas com resultado positivo para TMC (LEWER *et al.,* 2015; KASPPER; SCHERMANN, 2014).

Assim, considerando a alta prevalência de TMC na atenção primária, o consumo indiscriminado de psicofármacos, bem como as IM potenciais, a equipe multiprofissional presente na ESF deve constituir fator predisponente para a promoção da saúde e segurança do paciente, minimizando os riscos de IM e contribuindo para melhor QV.

1.4 Interações medicamentosas: influência do uso de psicofármacos e reflexos na qualidade de vida

O uso de psicofármacos constitui uma das principais formas de tratamento

e controle de algumas condições crônicas de saúde, como os transtornos mentais. Entretanto, o seu consumo indiscriminado pode resultar em graves riscos à saúde da população, quando não considerados todos os aspectos envolvidos no seu consumo, dentre eles o uso abusivo, intoxicação, dependência química, polifarmácia e IM (OKPATATU; TAWANI, 2017; BALEN *et al.,* 2017).

Os psicofármacos são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central, classificados como ansiolíticos, sedativos, potencializadores da cognição, antipsicóticos, antidepressivos, estimulantes psicomotores e psicomiméticos (BOGER *et al.,* 2017). Apresentam capacidade de influenciar o comportamento, o humor e a cognição, atuando sobre a função psicológica e alterando o estado mental (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

A possibilidade de desenvolver dependência sempre deve ser considerada, fundamentalmente na vigência de fatores de risco, tais como uso inadequado, poliusuários de drogas, tentativa de alívio de estresse ou transtorno psiquiátrico e distúrbios do sono. É comum observar overdose de psicofármacos entre as tentativas de suicídio, associada ou não a outras substâncias (MOURA *et al.,* 2016).

Dessa forma, o diagnóstico adequado, o tratamento e a correta determinação do tempo de uso são fundamentais e, por isso mesmo, esses medicamentos devem ser indicados e prescritos, unicamente, por profissionais capacitados, com o intuito de evitar possíveis complicações decorrentes do consumo simultâneo com outras medicações, prejudicando, assim, a segurança do paciente (BALEN *et al.,* 2017).

O consumo de psicofármacos tem sido objeto de estudos, mediante aos impactos sociais, econômicos e, principalmente, às implicações na saúde da população. As consequências, considerando a saúde e a segurança do paciente, são de grande importância, exigindo atitudes de toda natureza para minimizar os riscos do uso inadequado (ABI-ACKEL *et al.,* 2017).

O aumento do quantitativo de prescrições e o possível abuso, com indicações duvidosas, e durante período indefinido, assim como sua utilização cada vez maior em associações, são problemas importantes na saúde mental, devido aos riscos a curto, médio e longo prazo. Esses riscos são potencializados, quando se considera que os usuários podem apresentar outras patologias e fazerem uso de outras classes medicamentosas, com maior suscetibilidade à intoxicação e IM (COSTA *et al.,* 2017c; SHIRAMA; MIASSO, 2013).

Há registros de crescimento da utilização dos psicofármacos nas últimas décadas, em vários países, causando impactos na sociedade, com significativa relevância sociológica, econômica e sanitária, tendo se tornado importante questão de saúde pública. Tal fato pode ser 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 dos psicofármacos já existentes, levando a um uso crônico, com risco para graves consequências à saúde do paciente, com ênfase para as IM (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

Estudo conduzido por Prado, Francisco e Barros (2017) identificou prevalência de 6,8% referente ao uso de psicofármacos, índice inferior à prevalência de 25,8% verificada no estudo realizado por Borges *et al.,* (2015). Ambos os estudos destacam os antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, entre os mais presentes naquelas pessoas identificadas com TMC ou com outros problemas emocionais.

Dessa forma, uso descomedido de psicofármacos define a necessidade de intervenção, visto que o uso inadequado está associado a inúmeros efeitos adversos, incluindo sedação, amnésia, deterioração cognitiva e ataxia, ocasionando piora da QV do paciente (ROCHA; WERLANG, 2013).

Seus efeitos, quando administrados concomitantemente, podem não ser os mesmos previstos quando empregados isoladamente, colocando em risco a saúde do paciente, além de influenciar no aparecimento de efeitos colaterais que podem interferir na adesão ao tratamento. Tal aspecto é preocupante para os pacientes com resultado positivo para TMC, tendo em vista que o elevado quantitativo de medicamentos consumidos aumenta o risco de efeitos colaterais associados à piora na QV e funcionalidade, com maior risco de suicídio e aumento do consumo de serviços de saúde (MOURA *et al.,* 2016; SCHENKEL *et al.,* 2015).

O desenvolvimento da psiquiatria e seu consequente refinamento diagnóstico transformaram a administração concomitante de psicofármacos em uma constante no tratamento dos transtornos mentais. O êxito no tratamento dos diversos transtornos, especialmente quando resistentes à abordagem com um único medicamento, também justifica a polifarmácia. Outro fator considerável na prática medicamentosa atual é a mudança do foco do tratamento por tempo limitado, como ocorre na doença aguda, para o tratamento prolongado de doenças crônicas, hoje mais prevalentes na população e que requer, muitas vezes, o uso de mais de um

medicamento simultaneamente, potencializando o risco para ocorrência de IM (MOREIRA *et al.,* 2016*;* LOPES; YAPHE; RIBAS, 2014).

Desse modo, o manejo para essa nova realidade no tratamento dos transtornos mentais ganha, enquanto importantes aliadas, as equipes das ESF, que atuam como recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como o TMC e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Com isso, atualmente, as ESF são fundamentais na função de evitar práticas que levem à psiquiatrização, intoxicação medicamentosa, uso irracional de medicamentos e às IM (OLIVEIRA *et al.,* 2017; LUCCHESE *et al.,* 2014).

Embora sejam indiscutíveis os benefícios dos psicofármacos como modalidade terapêutica, bem como da atuação das equipes de ESF no acompanhamento e na orientação das pessoas que os utilizam, é oportuno o investimento na disseminação de conhecimentos atualizados, naquilo que concerne às IM potenciais entre os psicofármacos e medicamentos de outras classes medicamentosas, tendo em vista que os prescritores passam a ter o papel de analisar, avaliar e reavaliar a conduta. Por vezes, mantém-se a prescrição justamente porque os prescritores não estão preparados para identificar IM potenciais (BALEN *et al.,* 2017; PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

Tais aspectos apontam para a importância da educação permanente das equipes da ESF, visando à atenção e à sensibilização dos profissionais para prescrição e orientação voltadas para o uso racional de psicofármacos com finalidade de redução do uso abusivo, das intoxicações, das possíveis IM, das dependências física e psíquica (LEONARDO *et al.,* 2017; BEZERRA *et al.,* 2016).

Logo, as discussões sobre o uso consciente de medicamentos psicofármacos devem fazer parte da rotina dos profissionais da equipe de saúde num processo de vigilância contínua para que, a partir da prescrição segura, instruções sejam fornecidas aos usuários quanto aos riscos de IM, de forma clara e efetiva, visando, entre outros aspectos, melhor QV dos usuários.

Diante dos efeitos negativos das IM, como intoxicação, potencialização ou redução da ação do medicamento, entre outros, elas se destacam entre as variáveis que mais afetam o prognóstico do paciente, refletindo na manutenção da QV (SANTOS; BOING, 2018).

Nessa direção, destaca-se que a QV é tema relevante de vários estudos na APS (MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; MIASSO *et al.,* 2017; ASCEF *et al.,*

2017). Intervenções que se propõem à elevação da QV são palco para que diversos atores sociais atuem na promoção do bem-estar humano. Uma proposta que vislumbra a elevação da QV deve envolver-se de políticas intersetoriais que incentivem e favoreçam condições de bem estar e desenvolvimento individual e coletivo. Nesse contexto, as ações dirigidas à saúde, em particular, adquirem grande relevância (SANTOS *et al.,* 2017*;* ROCHA *et al.,* 2016).

A QV sugere compreender a integração de elementos objetivos e subjetivos. Nesse sentido, é a medida na qual as indispensabilidades humanas, tais como as necessidades de subsistência, reprodução, segurança, afeto e saúde são atendidas, conforme as percepções de cada indivíduo, relacionadas ao bem-estar subjetivo, identificado como sentimento de utilidade, felicidade e satisfação (COSTA; NOGUEIRA, 2014). Portanto, apenas o indivíduo é capaz de dar as respostas corretas para a classificação do seu próprio perfil de QV (CRUZ *et al.,* 2017).

Inúmeros fatores podem afetar a relação entre as necessidades humanas específicas e a satisfação percebida pelo indivíduo em relação a cada uma delas, com destaque para a capacidade mental, o contexto cultural, a informação, a educação e o temperamento. Além disso, as mudanças e os eventos que ocorrem nos diferentes ciclos da vida também podem contribuir para a melhora ou piora da QV (ROCHA *et al.,* 2016).

Em vista da preocupação em fornecer subsídios para promoção da QV da população, a ESF se destaca como importante ferramenta pela proximidade com as famílias e a comunidade, viabilizando o acompanhamento no cotidiano e a intervenção imediata, baseada nas características particulares de cada pessoa atendida (SOUZA *et al.,* 2017b).

Sabe-se que a prevalência de algumas patologias na APS, bem como as consequências dos seus tratamentos, podem influenciar, negativamente, na percepção do indivíduo sobre a sua QV (CRUZ *et al.,* 2017; CLAUMANN *et al.,* 2017).

Estudos mostram que pacientes portadores de doenças crônicas e aqueles positivos para TMC tendem a apresentar percepção negativa de sua QV, com baixa autoestima e socialização, além do aumento do risco de mortalidade (RAUPP *et al.,* 2015; AZEVEDO *et al.,* 2013; PARREIRA *et al.,* 2017). Tal aspecto se agrava quando o tratamento utilizado para o controle desses agravos não é conduzido de forma criteriosa, aumentando a possibilidade de polifarmácia, frequentemente por períodos prolongados, com consequente risco de ocorrência de IM e reflexos negativos na QV

(SOUZA *et al.,* 2017b).

É fato que as IM desempenham um papel importante na determinação da QV dos indivíduos, tendo em vista as complicações delas recorrentes (SANTOS; SECOLI; PADOIN, 2016; SANTOS *et al.,* 2017). O contexto descrito preconiza a necessidade de ações que promovam o uso racional de psicofármacos, com ênfase para pessoas mais vulneráveis ao consumo de tais medicamentos, incluindo aquelas positivas para TMC, e, também, de monitoramento do risco de IM na ESF, minimizando prejuízos para QV dos usuários.

Considerando-se a alta incidência de IM, de uso de psicofármacos e elevada prevalência de TMC entre os pacientes atendidos na ESF, as evidências científicas sobre dificuldade no diagnóstico e tratamento destes transtornos e o impacto que eles podem causar à QV dos pacientes, é importante a realização de estudos que investiguem tais aspectos, objetivando produzir dados que sirvam, complementarmente, ao planejamento de ações direcionadas à atenção integral destes indivíduos.

É inevitável ressaltar que não foram localizados estudos que tenham investigado a influência da IM, do TMC e do uso de psicofármacos na QV de pacientes atendidos em ESF. Assim, os resultados encontrados no presente estudo configuram-se como importante fonte de informação por reunir a avaliação destas variáveis, considerando-se a relevância de cada uma delas.

2 OBJETIVOS

São objetivos desta pesquisa:

✦Identificar a frequência de interações medicamentosas potenciais do tipo fármaco-fármaco em pessoas atendidas em Estratégias de Saúde da Família e classificá-las em relação à gravidade, à qualidade de evidências científicas e ao tempo de início;

✦Caracterizar em usuários de psicofármacos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família, a adesão ao tratamento medicamentoso e a ocorrência de interações medicamentosas potencias;

✦Avaliar a qualidade de vida dos pacientes atendidos nas Estratégias de Saúde da Família em relação ao transtorno mental comum uso de psicofármacos e às interações medicamentosas potenciais;

✦Elaborar um modelo de equações estruturais para identificar as variáveis associadas às interações medicamentosas, transtorno mental comum, uso de psicofármacos e qualidade de vida; e

✦Divulgar à equipe de saúde dos locais de estudo, manual contendo as interações medicamentosas potenciais identificadas e classificadas como contraindicadas e graves, considerando o efeito clínico, documentação científica existente e tempo de início.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal e caráter correlacional descritivo. Seu caráter é descritivo, pois tal delineamento tem como objetivo observar, descrever e classificar aspectos de um fenômeno (uma situação), explorando suas dimensões, a maneira pela qual é manifestado e outros fatores com os quais se relaciona. Ademais, são, geralmente, transversais os delineamentos correlacionais que analisam direção, grau, magnitude e força das relações ou associações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Quanto ao cunho correlacional descritivo, abarca a qualificação das variáveis e das relações que ocorrem entre as mesmas (SILVEIRA; LANA; DALFOVO, 2009).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado em Diamantina, município brasileiro pertencente ao Estado de Minas Gerais, localizado na região do Vale do Jequitinhonha, com população estimada de 48.230 habitantes (IBGE, 2017), destacando-se como município de referência em atendimentos de saúde para 22 municípios do estado.

A rede de saúde do município possui dez ESF, nas quais foi realizado o estudo em pauta, abrangendo todo o sistema primário de saúde.

No Quadro 1, seguem os nomes das ESF, bem como o número de indivíduos nelas cadastrados.

Quadro 1 – Estratégias de Saúde da Família selecionadas para o estudo e número de pessoas cadastradas. Diamantina/MG, 2018.

Estrato	ESF	nº de indivíduos cadastrados
1	ESF “Saúde e Vida”	3.709
2	ESF “Diamante Vida”	3.640
3	ESF “Bela Vida”	3.579
4	ESF “Renascer”	3.400
5	ESF “Sempre Viva”	3.311
6	ESF “Viver Melhor”	3.290
7	ESF “Encontro com a Saúde”	2.685
8	ESF “Gruta de Lurdes”	2.649
9	ESF “Cazuza”	2.620
10	ESF “Cidade Nova”	2.436

Fonte: Diamantina/MG, 2013.

3.3 Sujeitos do estudo

Foram considerados critérios de inclusão dos sujeitos no estudo: ter idade igual ou superior a dezoito anos, ser capaz de se comunicar verbalmente em português, utilizar mais de um medicamento e ter consulta médica agendada nas unidades de saúde do estudo. Como critério de exclusão foram considerados: comparecer à unidade com a finalidade de utilização da farmácia, sala de curativos, sala de vacinas e estar sem consulta médica agendada.

3.4 Cálculo amostral

O plano amostral adotado foi por Amostragem Estratificada, com alocação proporcional por estratos, sendo cada estrato formado pelas ESF citadas anteriormente. A fórmula para o cálculo do tamanho amostral foi dada por:

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{\varepsilon^2}$$

em que o *P* representa a prevalência dos eventos de interesse, $z_{\alpha/2}$ corresponde ao nível de significância adotado e o ε o erro tolerável de amostragem.

A prevalência tomada como base para o cálculo amostral foi de 50,0% de IM (SANTOS *et al*., 2010). O erro tolerável de amostragem foi de 5,0% e o nível de significância de 5,0%. Foi acrescentada taxa de não resposta equivalente a 15,0%, tendo como resultado o tamanho amostral demostrado no Quadro 2.

Cabe ressaltar que o número de sujeitos entrevistados em cada ESF foi diferente devido à pluralidade do número médio de atendimentos diários.

Quadro 2 - Tamanho amostral por erro de amostragem e estratos. Diamantina/MG, 2018.

Erro de amostragem	Estrato	ESF	n_h	n^*
5%	1	ESF “Saúde e Vida”	54	452
	2	ESF “Diamante Vida”	53	
	3	ESF “Bela Vida”	51	
	4	ESF “Renascer"	49	
	5	ESF “Sempre Viva”	48	
	6	ESF “Viver Melhor”	47	
	7	ESF “Encontro com a Saúde”	39	
	8	ESF “Gruta de Lurdes”	38	
	9	ESF “Cazuza"	38	
	10	ESF “Cidade Nova”	35	

n^* final ajustado pela soma dos estratos.

3.5 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis selecionadas envolvidas neste estudo são aquelas relacionadas à presença de IM, TMC, uso de psicofármacos e QV de acordo com a literatura disponível. Foram consideras como variáveis dependentes a presença de IM fármaco-fármaco potencial, TMC, uso de psicofármacos e QV. As variáveis independentes foram aquelas relacionadas ao perfil demográfico, socioeconômico, farmacoterapêutico e doenças clínicas. Na análise dos resultados referentes à QV como desfecho, as vaiáveis IM, TMC e uso de psicofármacos foram consideradas independentes. Na análise considerando as IM como desfecho, as variáveis TMC e uso de psicofármacos foram independentes. Para o desfecho TMC, as variáveis IM e uso de psicofármacos foram independentes e para o desfecho uso de psicofármacos, considerou-se IM e TMC como independentes.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo e, após a aprovação, foi encaminhado e igualmente ratificado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (Protocolo CAAE: 69034417.7.0000.5393) (ANEXO A). Também foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com a Resolução 466/12 do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3.7 Coleta dos dados

3.7.1 Procedimento para coleta de dados

Durante a coleta de dados, o pesquisador permaneceu nos locais de pesquisa todos os dias, em horários alternados, facultando a abrangência de todo o horário de funcionamento das unidades. Assim, os pacientes foram abordados enquanto esperavam pela consulta médica e, após aceitarem participar do estudo, as

entrevistas eram realizadas na própria unidade, em local privativo.

A coleta de dados foi orientada por questionário estruturado com perguntas acerca de variáveis relacionadas ao perfil demográfico, socioeconômico, doenças clínicas, uso de psicofármacos e outras classes de medicamentos (perfil farmacoterapêutico) (APÊNDICE B). Foram, ainda, utilizados o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO B) e a *World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref* (WHOQOL - *bref*) (ANEXO C).

Para os sujeitos em uso de psicofármacos, aplicou-se um instrumento para verificar o grau de adesão, intitulado Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (ANEXO D); os instrumentos de coleta de dados foram implementados pelo próprio pesquisador.

Posteriormente, foram verificados os prontuários dos pacientes entrevistados, visando à identificação dos fármacos utilizados por eles. Nesta etapa, houve o preenchimento de um instrumento diretivo, objetivando a coleta de todos os dados necessários e buscando minimizar a chance de falhas (APÊNDICE C).

Além disso, foi realizado estudo piloto nas referidas ESF, a fim de testar se, por meio do conteúdo e da forma, os instrumentos elaborados poderiam atingir os objetivos propostos.

Não foram realizadas alterações nos instrumentos após o estudo piloto.

3.7.2 Instrumentos para coleta de dados

Foram adotados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

A) Questionário sobre dados demográficos, socioeconômicos, farmacoterapêuticos e doenças clínicas (APÊNDICE B).

A finalidade foi caracterizar a amostra para posterior correlação com as IM potenciais. Seu escopo subdividiu-se em duas partes. A primeira, denominada Parte 1, contendo as variáveis demográficas, socioeconômicas e doenças clínicas, sendo composta pelas seguintes questões: data de nascimento, idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho/ocupação, renda mensal individual e familiar, número de moradores na casa, motivo da consulta médica, presença de outras enfermidades e uso contínuo de medicamentos (não-psicofármacos). Enquanto a Parte 2 propõe-se a identificar a prevalência de uso de psicofármacos e variáveis

relacionadas a eles, sendo composta pelos seguintes quesitos: uso de psicofármacos atualmente e, se resposta positiva, foi investigado o(s) nome(s) do(s) medicamento(s), indicação de uso, diagnóstico médico, o tempo de uso, a especialidade do médico prescritor, se ocorria uso sem prescrição e se já sentiu reação desagradável referente ao psicofármaco.

B) Instrumento para classificação dos fármacos e registro de IM (APÊNDICE D).

Após a coleta de dados realizada por meio do instrumento reportado, foi empregado um terceiro instrumento, a fim de classificar os medicamentos administrados por cada paciente e registrar as IM detectadas, bem como a gravidade, a qualidade de evidências científicas e o tempo de início. Para isso, os nomes dos fármacos prescritos segundo o nome comercial, já registrados no instrumento anterior, foram identificados por meio de consulta ao banco de dados de medicamentos disponíveis no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A tabela de classificação dos medicamentos foi, então, elaborada com variável categórica politômica, ou seja, referente aos grupos anatômicos da classificação *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), conforme pode ser visualizada no Quadro 3.

Quadro 3 - Grupos anatômicos e terapêuticos, de acordo com o primeiro nível da *Classificação Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC).

Grupos Anatômicos e Terapêuticos	
A	Aparelho digestivo e metabólico
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos
C	Aparelho cardiovascular
D	Medicamentos dermatológicos
G	Aparelho geniturinário e hormônio sexuais
H	Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
L	Agente antineoplásicos e imunomodulares
M	Sistema musculoesquelético

N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Aparelho respiratório
S	Órgãos dos sentidos
V	Vários

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018.

C) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO B).

A versão brasileira do SRQ-20 recebeu essa denominação por apresentar 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. Foi validada por MARI e WILLIAMS (1986) e, posteriormente, GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI (2008) avaliaram o desempenho do instrumento no rastreamento psiquiátrico, recomendando-o para ser utilizado na prática clínica. São ocorrências "positivas" para TMC situações em que o entrevistado, do gênero feminino, expressa "sim" em oito ou mais questões; já em se tratando de entrevistados do gênero masculino, é suficiente o feedback "sim" em seis ou mais questões.

D) Escala de avaliação de qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref* – WHOQOL - *bref*) (ANEXO C).

A escala de avaliação de qualidade de vida foi desenvolvida pelo WHOQOL Group da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998. Saliente-se que o WHOQOL-*Bref* é uma versão abreviada do WHOQOL-100. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes; é composta por 4 domínios, descritos na sequência (The WHOQOL-Group, 1998):

- ✦ Domínio I - Físico: Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso.
- ✦ Domínio II - Psicológico: Sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos.
- ✦ Domínio III - Relações Sociais: Relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual.

- ✦ Domínio IV - Meio ambiente: Segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); Transporte.

E) Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (ANEXO D).

É composto por sete itens, dos quais os itens 1, 2, 3 e 4 foram ajustados de MORISKY, GREEN e LEVINE (1986) e o item 6, inspirado em RAMALHINHO (1994). Desenvolvido, adaptado e validado por DELGADO e LIMA (2001), em Lisboa, Portugal, o instrumento é usado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Ainda, neste mesmo estudo, foi observada, em diversas condições de resposta, a consistência interna do MAT e a sua validade concorrente por meio do critério contagem de comprimidos, em que se apurou boa consistência interna ($p<0,001$) na condição de resposta, na forma de escala de *Likert.* Em termos de validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta. A resposta em forma de escala de *Likert* revelou maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento.

Neste estudo, o MAT foi utilizado para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes em uso de psicofármacos. Quanto ao referido instrumento, para cada questão, seguem-se as respostas do tipo *Likert,* com as suas respectivas pontuações: Sempre (1), Quase sempre (2), Com frequência (3), Às vezes (4), Raramente (5) e Nunca (6). Após a obtenção dos dados, as respostas de cada questão foram somadas e divididas pelo número total de questões. O valor encontrado após esse procedimento foi convertido numa escala dicotômica. Essa escala foi construída para identificar os pacientes que participaram adesão ou não adesão ao tratamento medicamentoso. Foram considerados como não adesão os valores obtidos na escala de um a quatro, referentes às respostas “Sempre”, “Quase sempre”, “Com frequência” e “Às vezes”. Já para a adesão ao tratamento, tomaram-se os valores de cinco a seis, referentes às respostas “Raramente” e “Nunca”.

3.7.3 Identificação das interações medicamentosas

Para verificar se houve interação entre fármacos utilizados pelos pacientes foi utilizado o programa *Drug-Reax System da Thompson Healthcare* (TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2016). Estudos comparativos, de bases de dados especializadas em identificação de IM, demostraram que esse software apresenta adequada capacidade de detecção de interações, sendo aplicável na prática assistencial e em investigações científicas (WHO, 2009). Em função do idioma-base do programa foi elaborada uma relação, em inglês, dos nomes dos fármacos, empregando o *Martindale The Extra Pharmacopeia,* versão eletrônica, também disponível na *Thompson Healthcare* (DRUG-REAX, 2011).

O *Drug-Reax* faz parte da *Micromedex Healthcare* series editada pela *Thompson Healthcare,* cujo acesso está disponível no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os nomes dos fármacos constantes na prescrição dos pacientes foram digitados em inglês na planilha *"Interact"* da tela principal do *Micromedex Healthcare series.* As IM detectadas, a gravidade, a qualidade de evidência científica e o tempo de início foram registrados no instrumento de pesquisa específico, já descrito anteriormente. A gravidade da IM, de acordo com o Drug-REax, é categorizada em contraindicada, grave, moderada, leve e não especificada. O tempo de início é classificado em imediato, tardio e não especificado; enquanto a evidência científica especificada em excelente, boa, razoável e desconhecida. Cabe ressaltar que as IM detectadas no estudo foram assinaladas como potenciais porque expressam a possibilidade de ocorrência, cuja manifestação tende a ter ocorrido ou não (VONBACH *et al.,* 2008).

3.7.4 Elaboração do manual de interações medicamentosas do tipo fármaco-fármaco

A literatura esclarece que, embora a prevalência de IM potenciais fármaco-fármaco seja alta, os profissionais de saúde não as detectam efetivamente, fato esse que pode resultar em sérios riscos de saúde para o paciente (PERAL *et al.,* 2007*).* Desse modo, visando a propiciar aos profissionais de saúde das ESF o fácil acesso às IM mais frequentes identificadas, foi elaborado, para ser disponibilizado aos

serviços de saúde em estudo, um manual em que foram descritas as principais IM verificadas, a gravidade delas, os efeitos clínicos, a documentação existente e o tempo de início, fornecendo subsídio para a prática clínica dos profissionais e contribuindo para a segurança dos pacientes na terapêutica medicamentosa.

3.8 Análise dos dados

Para análise dos dados, houve a abordagem quantitativa. Após a coleta, os dados foram digitados duplamente, em base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Microsoft Excel; também se realizaram análises descritivas, com valores expressos em média, desvio padrão e porcentagens.

Nas análises univariadas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, sendo a hipótese de associação aceita quando “p” encontrado foi menor ou igual ao coeficiente 0,05.

Para analisar as relações entre as variáveis de interesse, recorreu-se a um Modelo de Equações Estruturais Generalizado (GSEM). O GSEM permitiu ponderar relações envolvendo variáveis contínuas e binárias, sendo as binárias avaliadas por meio de modelo probito (análise de regressão para conjuntos de dados binários). O método de estimação foi o de máxima verossimilhança (ML). Respaldaram-se as análises no Software STATA versão 14.0, sendo a hipótese de associação aceita quando “p” encontrado foi menor ou igual ao fator 0,05.

As seguintes equações foram analisadas:

Regressões lineares

1 - WHOQOL social = renda + diabetes + Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) + uso de psicofármacos + interação medicamentosa + faixa etária + Sexo + medicamentos contínuos + TMC.

2 - WHOQOL psicológico = renda + diabetes + HAS + uso de psicofármaco + interação medicamentosa + faixa etária + sexo + medicamentos contínuos + TMC.

3 - WHOQOL físico = renda + diabetes + HAS + uso de psicofármaco + interação medicamentosa + faixa etária + sexo + medicamentos contínuos + TMC.

4 - WHOQOL ambiental = renda + diabetes + HAS + uso de psicofármacos + interação

medicamentosa + faixa etária + sexo + medicamentos contínuos + TMC.

Regressões probitos

1 - Interações medicamentosas = ATC C + ATC N + TMC + faixa etária + uso de psicofármacos + sexo + renda + medicamentos contínuos.

2 - TMC = sexo + ocupação + escolaridade + renda.

3 - Uso de psicofármacos = TMC + ocupação + escolaridade + diabetes + HAS + sexo + renda.

Os resultados foram organizados, interpretados e apresentados em tabelas e figuras, considerando os objetivos propostos.

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados, na sequência, atendendo aos objetivos propostos.

Participaram da pesquisa 452 usuários de dez ESF de um município mineiro, dos quais a maioria era indivíduos do sexo feminino (92,92%), com idade variando entre 30 e 59 anos (81,64%), casados (72,57%), tendo mais de oito anos de estudo (78,05%) e da religião católica (68,81%). Destaca-se que 24,56% desses entrevistados foram positivos para TMC (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e presença de transtorno mental comum. Diamantina/MG, 2018.

Variáveis	**Frequência**	
	n	**%**
Sexo		
Masculino	32	7,08
Feminino	420	92,92
Idade		
18 a 29 anos	19	4,2
30 a 59 anos	369	81,64
60 anos ou mais	64	14,16
Estado Civil		
Solteiro	19	4,2
Casado	328	72,57
Viúvo	59	13,05
"Amasiado"	22	4.87
Divorciado	24	5,31
Escolaridade		
Até 8 anos de estudo	99	21,95
Mais de 8 anos de estudo	352	78,05
Religião		
Católica	311	68,81
Evangélica	105	23,23

continua…

Variáveis	Frequência	
	n	%
Espírita	26	5,75
Não possui	10	2,21
Ocupação		
Ativo	365	80,75
Não ativo	87	19,25
Renda individual		
Não possui renda	3	0,66
Até um SM	106	23,45
Acima de um até três SM	253	55,97
Acima de três até cinco SM	83	18,36
Acima de cinco SM	7	1,55
Renda familiar		
Até um SM	50	11,06
Acima de um até três SM	218	48,23
Acima de três até cinco SM	174	38,50
Acima de cinco SM	10	2,21
Moradia		
Sozinho	2	0,44
Duas pessoas	111	24,56
Três pessoas	255	56,42
Quatro pessoas	72	15,93
Cinco pessoas	12	2,65
Transtorno mental comum		
Sim	111	24,56
Não	341	75,44

conclusão.

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

De acordo com a pesquisa em tela, das 452 prescrições analisadas 301 (66,59%) revelaram IM potencias; nas referidas prescrições, foram detectadas 592 IM

potencias com média de 1,31 IM por paciente. Segue, na Tabela 2, a classificação das IM quanto à gravidade, documentação/evidência científica e ao tempo de início.

Tabela 2 - Distribuição das interações medicamentosas das prescrições dos pacientes atendidos em dez ESF, segundo gravidade, documentação/evidência científica e tempo de início. Diamantina/MG, 2018.

Variáveis		**Frequência**	
		n	**%**
Gravidade	Grave	281	47,47%
	Moderada	208	35,13%
	Leve	92	15,54%
	Contraindicada	10	1,69%
	Não especificada	1	0,17%
Total		**592**	**100%**
Documentação/ evidência científica	Boa	268	45,27%
	Razoável	268	45,27%
	Excelente	55	9,29%
	Desconhecida	1	0,17%
Total		**592**	**100%**
Tempo de início	Não Especificado	318	53,72%
	Tardio	236	39,86%
	Imediato	38	6,42%
Total		**592**	**100%**

Constatou-se que 329 pacientes (72,79%) faziam uso de até quatro medicamentos, enquanto 123 (27,21%) empregavam cinco ou mais medicamentos concomitantes. Evidenciou-se que, entre os pacientes que consumiam até quatro medicamentos, 59,57% apresentaram prescrição com, pelo menos, uma IM potencial. A prevalência de IM potenciais nas prescrições dos pacientes que consumiam cinco ou mais medicamentos foi de 85,37%. Destaca-se que houve associação entre ocorrência de IM e polifarmácia ($p<0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a presença de interações medicamentosas potenciais nas prescrições e polifarmácia. Diamantina/MG, 2018.

Polifarmácia	Interação		Total	Valor - p*	Razão de prevalência (IC 95%)
	Não	Sim			
Até 4 medicamentos	133 (40,43%)	196 (59,57%)	329	**<0,01**	1,43 (1,28 - 1,61)
5 ou mais medicamentos	18 (14,63%)	105 (85,37%)	123		1

*Teste Qui-quadrado

A prevalência do uso de psicofármacos entre os participantes foi de 77,65%. Dentre os usuários de psicofármacos, 68,38% demonstraram IM potenciais em suas prescrições medicamentosas. Denotou-se, ainda, que 54,70% das prescrições de psicofármacos foram provenientes de médicos generalistas da rede de APS e 24,36% foram, originalmente, realizadas por médicos psiquiatras e, posteriormente, prolongadas por médicos da APS. Para 0,57% dos entrevistados, os psicofármacos foram, originalmente, prescritos por neurologistas, enquanto para 0,43% por ginecologistas. Salienta-se que 19,94% dos participantes que utilizavam psicofármacos não souberam informar a especialidade do médico que os prescreveram.

Os resultados evidenciaram que 67,56% dos entrevistados tinham psicofármacos prescritos há, no mínimo, um ano e 26,5% mencionaram ter alguma reação desagradável com a administração do produto. Destaca-se que 81,77% dos usuários de psicofármacos eram não aderentes ao tratamento medicamentoso. Entre os pacientes não aderentes ao tratamento, verificou-se que 66,90%, apresentaram pelo menos uma IM potencial em suas prescrições, sendo que 42,19% dessas IM foram classificadas como leves, 27,08% como graves e 30,73% como moderadas. Além disso, 31,91% do total de usuários de psicofármacos utilizavam tais medicamentos sem prescrição médica.

De acordo com a Classificação *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), confirmou-se maior frequência de prescrição dos medicamentos pertencentes ao grupo ATC N (Sistema Nervoso), ATC C (Aparelho Cardiovascular) e ATC A (Aparelho Digestivo e Metabólico) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF, segundo a classificação farmacológica dos medicamentos prescritos (n=452). Diamantina/MG, 2018.

Classificação farmacológica (ATC)	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
A - Aparelho digestivo e metabólico	113	25	339	75
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	4	0,88	448	99,12
C - Aparelho cardiovascular	227	50,22	225	49,78
D - Medicamentos dermatológicos	63	13,94	389	86,06
J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	39	8,63	413	91,37
M - Sistema músculo esquelético	19	4,2	433	95,8
N - Sistema nervoso	364	80,53	88	19,47
R - Aparelho respiratório	20	4,42	432	95,58

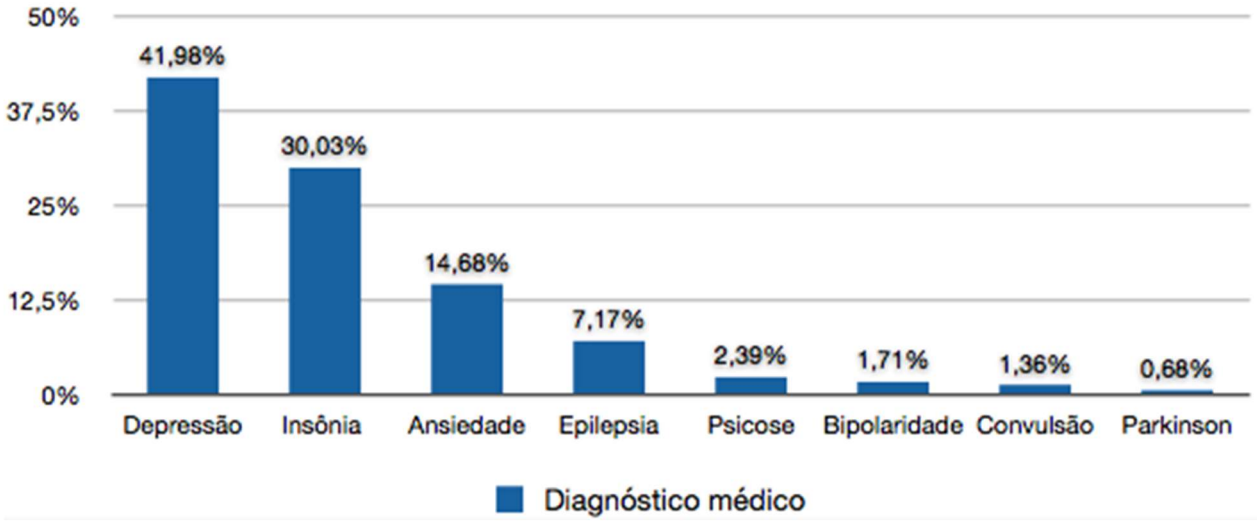
Neste estudo, entre os medicamentos com classificação ATC N (Sistema Nervoso), identificou-se que 41,24% eram ansiolíticos benzodiazepínicos (ATC-N05B), 38,32% antidepressivos (ATC-N06A), 10,77% antiepiléticos (ATC-N03A), 7,30% antipsicóticos (ATC-N05A), 1,28% psicoestimulantes (ATC-N06B), 0,55% antiparkinsónicos (ATC-N04A) e 0,18% transtornos aditivos (ATC-N07B).

O diazepam foi o psicofármaco mais frequente, prescrito para 26,64% dos entrevistados, seguindo por fluoxetina, lorazepam e sertralina, administrados, respectivamente, para 13,69%; 11,50% e 10,95% dos entrevistados.

Quanto aos diagnósticos médicos, destaca-se que as patologias mais prevalentes foram aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular (41,11%). Cabe ressaltar que a hipertensão foi a mais prevalente deste sistema (85,28%). Já as patologias dos sistemas endócrino, respiratório e excretor estiveram presentes em, respectivamente, 14,37%, 5,17% e 2,40% da amostra.

Quanto ao sistema nervoso (36,95%), as patologias mais prevalentes merecem atenção e podem ser enunciadas na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição dos pacientes atendidos em dez ESF (n=293), segundo diagnósticos médicos referentes ao sistema nervoso. Diamantina/MG, 2018.



Entre os indivíduos que receberam diagnóstico médico relacionado ao sistema nervoso, houve maior frequência daqueles com depressão (41,98%), insônia (30,03%) e ansiedade (14,68%).

Observa-se, na Tabela 5, que “renovar prescrição” de medicamentos de uso contínuo foi a razão mais frequente para a procura do serviço (31,17%). Saliente-se, também, que 8,37% dos participantes reportaram estar nas unidades por queixas psicológicas e que a totalidade daqueles que verbalizaram tal motivação era do sexo feminino.

Tabela 5 - Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo motivações para a procura do serviço de saúde. Diamantina/MG, 2018.

Variáveis	Frequência	
	n*	%
Renovar prescrição	149	31,17
Queixas ginecológicas	139	29,08
Queixas clínicas	51	10,66
Insônia e Ansiedade	40	8,37
Queixas urológicas	34	7,12
Queixas cardiovasculares	33	6,91
Queixas gastrointestinais	32	6,69
Total	**478**	**100**

*O número (n) apresentado é diferente do número total de participantes do estudo (N = 452), pois houve pessoas que apresentaram mais de um motivo.

No que se refere à QV, verifica-se, na Tabela 6, que os escores médios de QV de pessoas positivas para TMC foram menores quando comparados àqueles das negativas, em todos os domínios do WHOQOL-*brief.*

Tabela 6 - Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e resultado do SRQ-20. Diamantina/MG, 2018.

SRQ-20	Domínios do WHOQOL-*brief*	n	Média	Desvio-padrão
Positivo	Físico	111	41,25	8,03
	Psicológico	111	55,56	13,11
	Social	111	51,05	15,53
	Meio ambiente	111	50,68	13,00
Negativo	Físico	341	51,10	11,23
	Psicológico	341	65,99	11,25
	Social	341	64,74	18,75
	Meio ambiente	341	63,47	14,86

Constatou-se que os escores médios de QV foram maiores para aqueles pacientes que não utilizavam psicofármacos quando comparados àqueles que os utilizavam, em todos os domínios do WHOQOL-*brief* (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e uso de psicofármacos. Diamantina/MG, 2018.

Uso de Psicofármaco	Domínios do WHOQOL-*brief*	n	Média	Desvio-padrão
Sim	Físico	351	45,68	9,76
	Psicológico	351	60,41	11,81
	Social	351	55,51	15,15
	Meio ambiente	351	55,45	12,76
Não	Físico	101	59,12	10,30
	Psicológico	101	73,93	8,89
	Social	101	81,77	16,53
	Meio ambiente	101	77,29	11,41

Identificou-se, conforme mostra a Tabela 8, que os escores médios de QV de pessoas com prescrições com IM potenciais foram menores quando comparados àqueles de pessoas com prescrições que não apresentaram tais interações, nos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Tabela 8 - Distribuição de pacientes atendidos em dez ESF (n=452), segundo a média dos escores de Qualidade de Vida obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) e interação medicamentosa. Diamantina/MG, 2018.

Interação	Domínios do WHOQOL-*brief*	n	Média	Desvio-padrão
Sim	Físico	301	48,16	11,68
	Psicológico	301	63,55	12,69
	Social	301	60,38	18,56
	Meio ambiente	301	60,19	15,17
Não	Físico	151	49,72	10,63
	Psicológico	151	63,19	12,31
	Social	151	63,36	19,58
	Meio ambiente	151	60,62	15,98

A fim de testar um modelo explicativo para a relação entre as variáveis (sexo, idade, renda familiar, escolaridade, ocupação, diabetes, hipertensão, medicamentos não psicofármacos, ATC, TMC, psicofármacos, IM e os domínios do WHOQOL-*brief*), recorreu-se à técnica de Equações Estruturais.

Na Figura 2, podem ser observadas as trajetórias do modelo total que foi testado e, em seguida, na Figura 3, têm-se o percurso das variáveis que apresentaram resultados significantes.

Figura 2 - Modelo de equações estruturais testado para as possíveis variáveis associadas à interação medicamentosa, transtorno mental comum, uso de psicofármacos e domínios do WHOQOL-*brief* em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

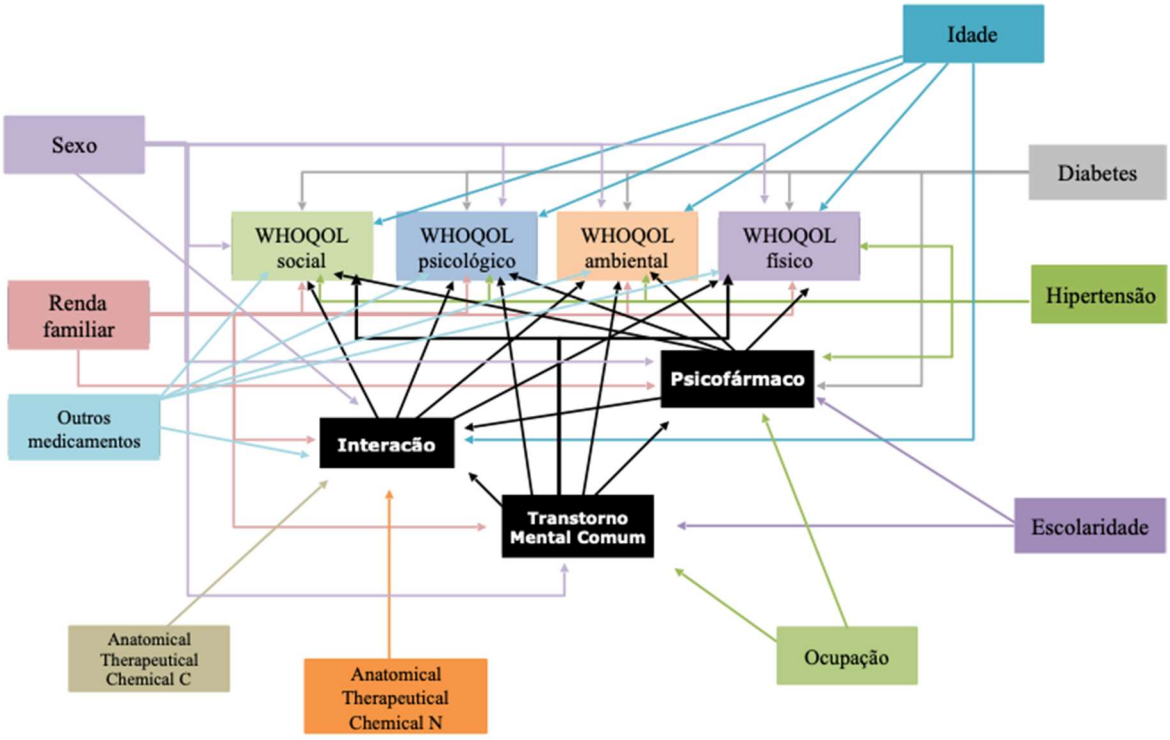
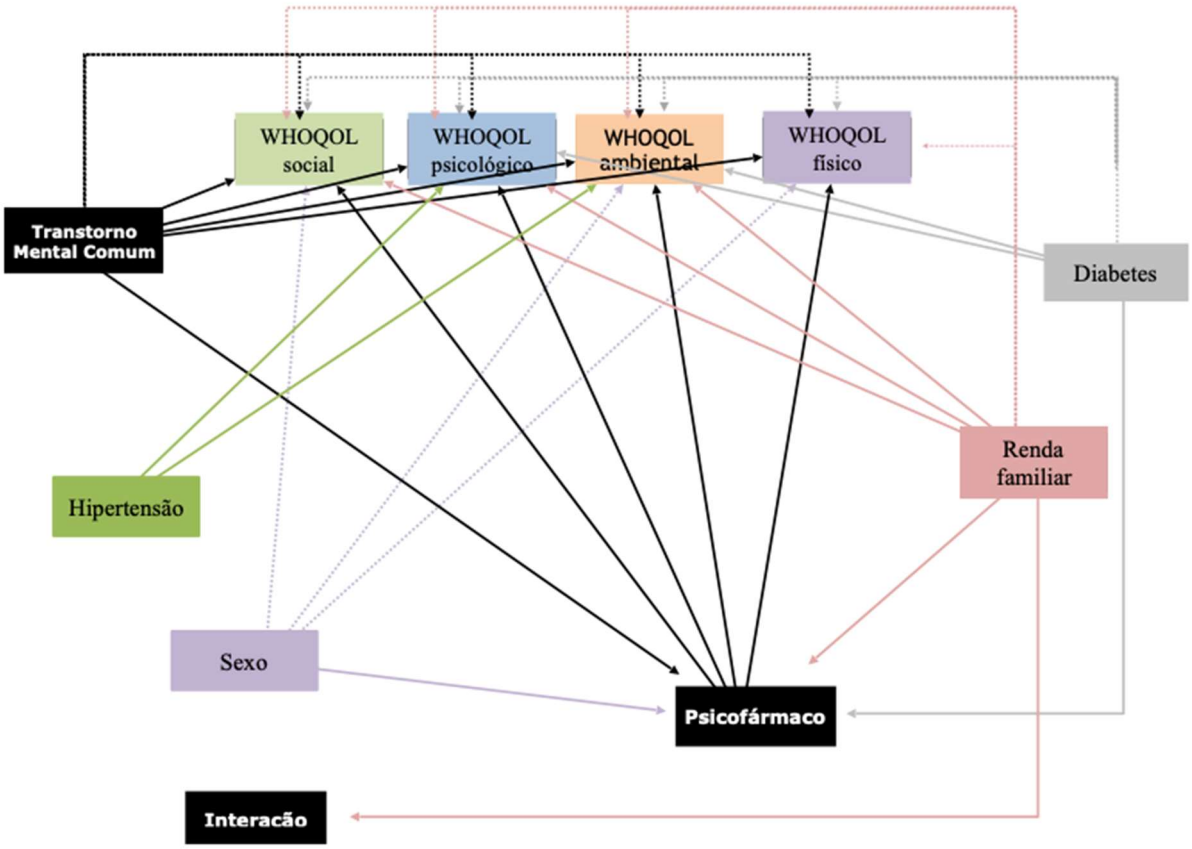


Figura 3 - Modelo de equações estruturais para as variáveis associadas às interações medicamentosas, transtorno mental comum, uso de psicofármacos e domínios do WHOQOL-*brief* em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.



Constatou-se que apenas a renda familiar apresentou efeito direto sobre a IM, sendo que pacientes com renda acima de um até três SM manifestaram maior probabilidade de IM quando comparados àqueles com até um SM (p=0,04) (Tabela 9).

Tabela 9 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis interação medicamentosa e uso de psicofármacos, transtorno mental comum, renda, medicamento contínuo, faixa etária, sexo e *Anatomical Therapeutical Chemical*, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Interação			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Uso de psicofármaco (sim vs não)	0,16	0,67	-0,58	0,90
Transtorno mental comum (sim vs não)	0,02	0,89	-0,28	0,33
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	0,44	**0,04**	0,02	0,85
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	0,15	0,49	-0,28	0,59
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	-0,07	0,88	-0,94	0,81
Medicamento contínuo (sim vs não)	0,25	0,19	-0,12	0,62
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	0,09	0,77	-0,52	0,70
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	0,17	0,64	-0,54	0,88
Sexo (masculino vs feminino)	0,09	0,73	-0,42	0,59
Anatomical Therapeutical Chemical C (sim vs não)	0,26	0,12	-0,07	0,58
Anatomical Therapeutical Chemical N (sim vs não)	0,17	0,65	-0,58	0,92

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

A Tabela 10 mostra que não houve associação significante entre TMC e as variáveis renda, sexo, ocupação e escolaridade.

Tabela 10 - Coeficiente encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis transtorno mental comum e renda, sexo, ocupação e escolaridade em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina, Minas Gerais, 2018.

	TMC			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	-0,14	0,53	-0,56	0,29
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	-0,29	0,20	-0,74	0,16
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	-0,74	0,20	-1,88	0,40
Sexo (Masculino vs feminino)	-0,37	0,19	-0,92	0,18
Ocupação (ativo vs não ativo)	-0,14	0,43	-0,48	0,21
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	-0,10	0,56	-0,42	0,23

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

Na análise referente ao uso de psicofármacos, as variáveis TMC, renda, diabetes e sexo demonstraram efeito direto; além disso, indicaram maior probabilidade de fazerem uso de psicofármacos os pacientes positivos para TMC (p<0,01) e do sexo masculino (p=0,04) (Tabela 11).

Pacientes sem diabetes apresentaram maior probabilidade de uso de psicofármaco em comparação àqueles com o referido diagnóstico (p<0,01) (Tabela 11). Constatou-se, ainda, que pacientes com renda de até um SM apresentaram maior probabilidade de usarem psicofármacos quando comparados àqueles com renda superior à mencionada (p<0,01) (Tabela 11).

Tabela 11 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis uso de psicofármacos e transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sexo, ocupação e escolaridade, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Uso de psicofármaco			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Transtorno mental comum (sim vs não)	1,60	**<0,01**	1,03	2,17
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	-1,35	**<0,01**	-2,29	-0,42
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	-1,80	**<0,01**	-2,74	-0,85
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	-1,42	**0,03**	-2,72	-0,12
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	-0,30	0,05	-0,60	0,00
Diabetes (sim vs não)	-0,67	**<0,01**	-1,12	-0,23
Sexo (masculino vs feminino)	0,76	**0,04**	0,03	1,49
Ocupação (ativo vs não ativo)	0,28	0,19	-0,14	0,70
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	0,11	0,58	-0,27	0,48

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

Foi observado efeito direto do uso de psicofármaco e de TMC sobre o domínio físico do WHOQOL-*brief*, evidenciando que os participantes que não faziam uso de psicofármacos possuíam maiores escores no referido domínio quando comparados àqueles em uso de tais medicamentos, com coeficiente estimado em 11,38 unidades (p<0,01). Ainda, pacientes negativos para TMC apresentaram escores maiores no domínio físico do WHOQOL-*brief* quando comparados àqueles positivos, com coeficiente estimado em 6,26 unidades (p<0,01) (Tabela 12).

Tabela 12 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio físico do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Domínio físico do WHOQOL-*brief*			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Uso de psicofármaco (sim vs não)	-11,38	**<0,01**	-13,73	-9,03
Interação (sim vs não)	0,10	0,92	-1,76	1,96
Transtorno mental comum (sim vs não)	-6,26	**<0,01**	-8,38	-4,14
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	-0,71	0,64	-3,66	2,24
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	1,94	0,22	-1,17	5,05
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	2,50	0,44	-3,89	8,88
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	-1,87	0,11	-4,15	0,40
Diabetes (sim vs não)	-2,58	0,08	-5,43	0,26
Medicamento contínuo (sim vs não)	0,19	0,89	-2,50	2,87
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	-3,05	0,17	-7,43	1,33
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	-2,52	0,33	-7,57	2,53
Sexo (masculino vs feminino)	-2,08	0,24	-5,53	1,38

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

Da análise do domínio psicológico do WHOQOL-*brief,* identificou-se que o uso de psicofármaco, TMC, HAS, diabetes e renda apresentaram efeito direto. Os participantes que não faziam uso de psicofármacos expressaram escores maiores no domínio psicológico do WHOQOL-*brief*, quando comparados àqueles que utilizavam tais medicamentos, com coeficientes estimados em 10,56 unidades (p<0,01). Ainda, os pacientes negativos para TMC e que não possuíam HAS e diabetes apresentaram maiores escores no domínio psicológico do WHOQOL-*brief* ao serem comparados aos pacientes positivos para TMC, hipertensos e diabéticos, com um coeficiente estimado em 7,31 (p<0,01); 3,07 (p=0,02) e 3,49 (p=0,03) unidades, respectivamente (Tabela 13).

Na análise da renda para o domínio psicológico do WHOQOL-*brief*, apurou-

se entre os participantes com maior renda, maiores escores no referido domínio relativamente àqueles com menor renda, com coeficiente estimado em 5,67 unidades (p<0,01) (Tabela 13).

Tabela 13 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio psicológico do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Domínio psicológico do WHOQOL-*brief*			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Uso de psicofármaco (sim vs não)	-10,56	**<0,01**	-13,23	-7,89
Interação (sim vs não)	1,42	0,19	-0,69	3,53
Transtorno mental comum (sim vs não)	-7,31	**<0,01**	-9,71	-4,90
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	4,76	**<0,01**	1,40	8,11
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	5,67	**<0,01**	2,13	9,21
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	1,49	0,69	-5,76	8,75
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	-3,07	**0,02**	-5,66	-0,49
Diabetes (sim vs não)	-3,49	**0,03**	-6,73	-0,26
Medicamento contínuo (sim vs não)	2,33	0,13	-0,72	5,38
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	2,38	0,35	-2,60	7,36
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	4,58	0,12	-1,16	10,32
Sexo (masculino vs feminino)	-0,18	0,93	-4,10	3,75

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

No que se refere à análise do domínio social do WHOQOL-*brief,* constatou-se que o uso de psicofármacos, TMC e renda implicaram efeito direto. Pacientes que não faziam uso de psicofármacos e negativos para TMC apresentaram maiores escores no domínio social do WHOQOL-*brief* quando comparados àqueles que utilizavam tais medicamentos e eram positivos para TMC, com coeficientes estimados de 22,93 unidades (p<0,01) e de 6,95 unidades (p<0,01), respectivamente. Verificou-se, ainda, que pacientes com renda acima de três até cinco SM tiveram maiores

escores no domínio social do WHOQOL-*brief* se confrontados àqueles com renda de até um salário, com coeficiente estimado em 6,84 unidades (p<0,01) (Tabela 14).

Tabela 14 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio social do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Domínio social do WHOQOL-brief			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Uso de psicofármaco (sim vs não)	-22,93	**<0,01**	-26,70	-19,17
Interação (sim vs não)	-1,01	0,50	-3,99	1,96
Transtorno mental comum (sim vs não)	-6,95	**<0,01**	-10,35	-3,55
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	3,69	0,13	-1,04	8,43
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	6,84	**<0,01**	1,85	11,83
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	-4,06	0,44	-14,30	6,18
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	-3,05	0,10	-6,69	0,60
Diabetes (sim vs não)	-4,35	0,06	-8,91	0,21
Medicamento contínuo (sim vs não)	2,38	0,28	-1,92	6,68
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	-2,05	0,57	-9,08	4,97
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	0,18	0,97	-7,91	8,28
Sexo (masculino vs feminino)	1,16	0,68	-4,38	6,70

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

Em relação à análise do domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*, evidenciou-se que o uso de psicofármacos, TMC, HAS, diabetes e renda apresentaram efeitos diretos. Pacientes que não utilizavam psicofármacos tiveram maiores escores no domínio meio ambiente em comparação àqueles que faziam uso de tais medicamentos, com coeficiente estimado de 18,80 unidades (p<0,01). Observou-se resultado semelhante para as variáveis TMC, HAS e diabetes, sendo que os pacientes negativos para TMC, HAS e diabetes integraram maiores escores no domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*, quando comparados àqueles positivos para TMC, hipertensos e diabéticos, com coeficiente estimado de 7,22 (p<0,01); 3,76

(p=0,01) e 3,74 (p=0,04) unidades, respectivamente (Tabela 15).

Constatou-se, também, que os participantes com renda acima de três até cinco SM tiveram maiores escores no domínio meio ambiente do WHOQOL-brief quando cotejados com aqueles cuja renda era de até um SM, com coeficiente estimado de 5,80 unidades (p<0,01) e 3,84 unidades (p=0,04), respectivamente (Tabela 15).

Tabela 15 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief* e uso de psicofármacos, interação medicamentosa, transtorno mental comum, renda, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, medicamento contínuo, faixa etária e sexo, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

	Domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*			
Variáveis	**Coeficiente estimado**	**Valor-p**	**IC (95%)**	
Uso de psicofármaco (sim vs não)	-18,80	**<0,01**	-21,79	-15,82
Interação (sim vs não)	1,44	0,23	-0,91	3,80
Transtorno mental comum (sim vs não)	-7,22	**<0,01**	-9,91	-4,53
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	3,84	**0,04**	0,09	7,59
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	5,80	**<0,01**	1,85	9,75
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	-0,46	0,91	-8,56	7,65
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	-3,76	**0,01**	-6,64	-0,87
Diabetes (sim vs não)	-3,74	**0,04**	-7,35	-0,13
Medicamento contínuo (sim vs não)	2,47	0,16	-0,94	5,87
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	-1,95	0,49	-7,51	3,61
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	-0,05	0,99	-6,46	6,36
Sexo (masculino vs feminino)	-0,37	0,87	-4,76	4,01

SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.

Foram, também, analisados os efeitos indiretos das variáveis sobre os domínios do WHOQOL-*brief.* Neste caso, no tocante ao domínio físico, as variáveis sexo, renda, diabetes e TMC revelaram efeitos indiretos, mediados pela variável uso de psicofármaco. Pacientes do sexo feminino apresentaram maiores escores no domínio físico do WHOQOL-*brief* em comparação aos do sexo masculino, com

coeficientes estimados de 8,62 unidades (p=0,04) (Tabela 16).

Verificou-se que os pacientes com maior renda tiveram maiores escores no domínio físico do WHOQOL-*brief* quando comparados com aqueles de menor renda (p<0,01) (p=0,04). Ainda, pacientes portadores de diabetes apresentaram maiores escores ao serem comparados àqueles sem a referida patologia, com coeficiente estimado de 7,63 unidades (p<0,01), e os pacientes negativos para TMC manifestaram maiores escores quando equiparados aos positivos, com coeficiente estimado de 18,18 unidades (p<0,01) (Tabela 16).

Tabela 16 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio físico do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

Domínio físico do WHOQOL-*brief*					
Variáveis	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Sexo (masculino vs feminino)	Interação	0,01	0,92	-0,16	0,18
Sexo (masculino vs feminino)	TMC	2,29	0,20	-1,24	5,82
Sexo (masculino vs feminino)	Uso de psicofármaco	-8,62	**0,04**	-17,10	-0,15
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Interação	0,04	0,92	-0,77	0,85
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Interação	0,02	0,92	-0,27	0,30
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Interação	-0,01	0,93	-0,16	0,14
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	TMC	0,85	0,53	-1,81	3,50
Renda acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	TMC	1,82	0,21	-1,04	4,68
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	TMC	4,62	0,21	-2,68	11,92
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	15,40	**<0,01**	4,27	26,53
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	20,46	**<0,01**	8,91	32,00
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	16,15	**0,04**	0,96	31,34
Medicamento contínuo (sim vs não)	Interação	0,03	0,92	-0,44	0,49
ATC C (sim vs não)	Interação	0,03	0,92	-0,45	0,50

continua…

Domínio físico do WHOQOL-*brief*					
Variáveis	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
ATC N (sim vs não)	Interação	0,02	0,92	-0,31	0,35
Ocupação (ativo vs não ativo)	TMC	0,86	0,44	-1,31	3,04
Ocupação (ativo vs não ativo)	Uso de psicofármaco	-3,17	0,20	-7,99	1,65
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	TMC	0,60	0,57	-1,45	2,65
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	Uso de psicofármaco	-1,22	0,58	-5,49	3,06
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	Uso de psicofármaco	3,41	0,06	-0,08	6,89
Diabetes (sim vs não)	Uso de psicofármaco	7,63	**<0,01**	2,33	12,93
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	Interação	0,01	0,92	-0,17	0,19
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	Interação	0,02	0,92	-0,31	0,34
TMC (sim vs não)	Interação	0,00	0,93	-0,05	0,05
TMC (sim vs não)	Uso de psicofármaco	-18,18	**<0,01**	-25,66	-10,70
Uso de psicofármaco (sim vs não)	Interação	0,02	0,92	-0,30	0,33

conclusão.

ATC = *Anatomical Therapeutical Chemical*
SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.
TMC = Transtorno mental comum

No que se refere ao domínio psicológico do WHOQOL-*brief*, as mesmas variáveis da análise direta, renda, diabetes e TMC apontaram efeitos indiretos, mediados pela variável uso de psicofármaco (Tabela 17).

Tabela 17 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio psicológico do WHOQOL-*brief* e renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos, em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

Domínio psicológico do WHOQOL-*brief*					
Variável	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Sexo (masculino vs feminino)	Interação	0,12	0,74	-0,61	0,86
Sexo (masculino vs feminino)	TMC	2,67	0,20	-1,44	6,79
Sexo (masculino vs feminino)	Uso de psicofármaco	-8,01	0,05	-15,96	-0,05
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Interação	0,62	0,27	-0,47	1,71
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Interação	0,22	0,54	-0,48	0,91
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Interação	-0,09	0,88	-1,34	1,16
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	TMC	0,99	0,53	-2,11	4,08
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	TMC	2,12	0,21	-1,21	5,46
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	TMC	5,40	0,21	-3,11	13,91
Renda acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	14,29	**<0,01**	3,76	24,83
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	18,99	**<0,01**	7,92	30,06
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	14,99	**0,04**	0,72	29,26
Medicamento contínuo (sim vs não)	Interação	0,35	0,35	-0,39	1,09
ATC C (sim vs não)	Interação	0,36	0,32	-0,34	1,07
ATC N (sim vs não)	Interação	0,24	0,67	-0,88	1,37
Ocupação (ativo vs não ativo)	TMC	1,01	0,44	-1,53	3,54
Ocupação (ativo vs não ativo)	Uso de psicofármaco	-2,94	0,20	-7,44	1,55
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	TMC	0,70	0,57	-1,69	3,09
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	Uso de psicofármaco	-1,13	0,58	-5,10	2,85
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	Uso de psicofármaco	3,16	0,06	-0,11	6,43

continua…

Domínio psicológico do WHOQOL-*brief*					
Variável	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Diabetes (sim vs não)	Uso de psicofármaco	7,08	**<0,01**	2,06	12,11
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	Interação	0,13	0,78	-0,75	1,01
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	Interação	0,24	0,66	-0,82	1,30
TMC (sim vs não)	Interação	0,03	0,89	-0,40	0,46
TMC (sim vs não)	Uso de psicofármaco	-16,87	**<0,01**	-24,24	-9,51
Uso de psicofármaco (sim vs não)	Interação	0,23	0,68	-0,87	1,34

conclusão.

ATC = *Anatomical Therapeutical Chemical*
SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.
TMC = Transtorno mental comum

Em relação ao domínio social do WHOQOL-*brief*, as variáveis sexo, renda, diabetes e TMC mostraram efeitos indiretos, mediados pela variável uso de psicofármaco.

Quanto ao sexo, o modelo indicou que as mulheres possuíam maiores escores no domínio social quando comparadas aos homens, com coeficiente estimado de 17,38 (p=0,04). Verificou-se, além disso, que os pacientes com maior renda tiveram escores maiores no domínio social se confrontados àqueles de menor renda, com coeficiente estimado de 41,23 (p<0,01). Pacientes com diabetes também apresentaram maiores escores no domínio social em relação àqueles sem o referido diagnóstico, com coeficiente estimado de 15,38 (p<0,01). Ainda, pacientes negativos para TMC apresentaram escores maiores no domínio social relativamente aos positivos, com coeficiente estimado de 36,63 unidade (p<0,01) (Tabela 18).

Tabela 18 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio social do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum, mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

Domínio social do WHOQOL-*brief*					
Variáveis	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Sexo (masculino vs feminino)	Interação	-0,09	0,76	-0,66	0,48
Sexo (masculino vs feminino)	TMC	2,54	0,22	-1,48	6,57
Sexo (masculino vs feminino)	Uso de psicofármaco	-17,38	**0,04**	-34,32	-0,44
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Interação	-0,44	0,53	-1,80	0,92
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Interação	-0,15	0,63	-0,79	0,48
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Interação	0,07	0,89	-0,85	0,98
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	TMC	0,94	0,53	-2,02	3,90
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	TMC	2,02	0,22	-1,24	5,28
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	TMC	5,13	0,23	-3,17	13,44
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	31,03	**<0,01**	8,94	53,12
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	41,23	**<0,01**	18,53	63,92
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	32,55	**0,04**	2,21	62,89
Medicamento contínuo (sim vs não)	Interação	-0,25	0,55	-1,08	0,58
ATC C (sim vs não)	Interação	-0,26	0,54	-1,09	0,57
ATC N (sim vs não)	Interação	-0,17	0,71	-1,09	0,74
Ocupação (ativo vs não ativo)	TMC	0,96	0,44	-1,48	3,40
Ocupação (ativo vs não ativo)	Uso de psicofármaco	-6,39	0,20	-16,07	3,29
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	TMC	0,67	0,57	-1,62	2,95
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	Uso de psicofármaco	-2,45	0,58	-11,07	6,16
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	Uso de psicofármaco	6,87	0,05	-0,10	13,84
Diabetes (sim vs não)	Uso de psicofármaco	15,38	**<0,01**	4,87	25,88

continua…

Domínio social do WHOQOL-*brief*					
Variáveis	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	Interação	-0,09	0,79	-0,76	0,58
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	Interação	-0,17	0,70	-1,05	0,71
TMC (sim vs não)	Interação	-0,02	0,89	-0,34	0,29
TMC (sim vs não)	Uso de psicofármaco	-36,63	**<0,01**	-51,00	-22,27
Uso de psicofármaco (sim vs não)	Interação	-0,17	0,72	-1,06	0,73

conclusão.

ATC = *Anatomical Therapeutical Chemical*
SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.
TMC = Transtorno mental comum

Quanto ao domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief,* as mesmas variáveis da análise direta, renda, diabetes e TMC mostraram efeitos indiretos, mediados pela variável uso de psicofármaco. Apenas a variável sexo apresentou efeito somente indireto, mediado pela variável uso de psicofármaco, tendo as mulheres apresentado maiores escores no referido domínio quando comparadas ao homens, com coeficiente estimado de 14,25 unidades (p=0,04) (Tabela 19).

Tabela 19 - Coeficientes encontrados na análise de Equações Estruturais para a relação entre as variáveis domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief* e sexo, renda, diabetes e transtorno mental comum mediados pelas variáveis interação, transtorno mental comum e uso de psicofármacos em pacientes atendidos em dez ESF (n=452). Diamantina/MG, 2018.

Domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*					
Variável	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Sexo (masculino vs feminino)	Interação	0,13	0,74	-0,63	0,88
Sexo (masculino vs feminino)	TMC	2,64	0,21	-1,45	6,74
Sexo (masculino vs feminino)	Uso de psicofármaco	-14,25	**0,04**	-28,13	-0,37
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Interação	0,63	0,30	-0,56	1,82
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Interação	0,22	0,55	-0,50	0,94

continua…

Domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*					
Variável	**Variável mediadora**	**Coeficiente estimado**	**Valor -p**	**IC (95%)**	
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Interação	-0,09	0,88	-1,37	1,18
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	TMC	0,98	0,53	-2,09	4,04
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	TMC	2,10	0,22	-1,22	5,42
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	TMC	5,33	0,22	-3,13	13,80
Renda (acima de 1 até 3 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	25,45	**<0,01**	7,37	43,53
Renda (acima de 3 até 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	33,81	**<0,01**	15,25	52,36
Renda (acima de 5 SM vs até 1 SM)	Uso de psicofármaco	26,69	**0,04**	1,84	51,54
Medicamento contínuo (sim vs não)	Interação	0,36	0,37	-0,43	1,15
ATC C (sim vs não)	Interação	0,37	0,34	-0,39	1,13
ATC N (sim vs não)	Interação	0,25	0,68	-0,91	1,41
Ocupação (ativo vs não ativo)	TMC	1,00	0,44	-1,51	3,51
Ocupação (ativo vs não ativo)	Uso de psicofármaco	-5,24	0,20	-13,17	2,69
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	TMC	0,69	0,57	-1,67	3,05
Escolaridade (mais de 8 anos vs até 8 anos)	Uso de psicofármaco	-2,01	0,58	-9,08	5,05
Hipertensão arterial sistêmica (sim vs não)	Uso de psicofármaco	5,63	0,05	-0,08	11,34
Diabetes (sim vs não)	Uso de psicofármaco	12,61	**<0,01**	4,01	21,20
Faixa etária (30 a 59 anos vs 18 a 29 anos)	Interação	0,13	0,78	-0,77	1,03
Faixa etária (60 anos ou mais vs 18 a 29 anos)	Interação	0,24	0,66	-0,85	1,34
TMC (sim vs não)	Interação	0,03	0,89	-0,41	0,47
TMC (sim vs não)	Uso de psicofármaco	-30,04	**<0,01**	-41,75	-18,33
Uso de psicofármaco (sim vs não)	Interação	0,24	0,69	-0,90	1,37

conclusão.

ATC = *Anatomical Therapeutical Chemical*
SM = Salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo R$ 954,00, conforme instituído em janeiro de 2018.
TMC = Transtorno mental comum

Manual de interações medicamentosas potenciais

Este manual é resultado da pesquisa de doutorado do aluno do curso de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, *Assis do Carmo Pereira Júnior.* A pesquisa foi desenvolvida em dez Estratégias de Saúde da Família do município de Diamantina, no Estado de Minas Gerais, com o objetivo de analisar e classificar as interações medicamentosas potenciais do tipo fármaco-fármaco presentes nas prescrições realizadas para pessoas atendidas nos referidos serviços. As interações medicamentosas foram detectadas com o auxílio de um *software* denominado *drug-Reax System da Thompson Healthcare.*

As interações fármaco-fármaco podem ser classificadas, segundo o mecanismo de interação, em físico-químico, farmacocinético e farmacodinâmico (FREITAS *et al.,* 2013; SILVA, 2013).

- Físico-químico: também chamadas de farmacêuticas, acontecem anteriormente à administração dos medicamentos, ou seja, intercorrem fora do organismo. Podem ser interações entre os componentes ativos e inativos da preparação e entre eles e os equipamentos de administração, como seringas, agulhas e equipos.
- Farmacocinético: são processadas quando um medicamento exerce efeitos na absorção, distribuição, metabolismo e excreção de outro medicamento.
- Farmacodinâmico: referem-se à alteração da atividade de um medicamento ao nível do receptor ou da enzima, produzindo sinergias e antagonismos.

No Manual, a seguir, constam as principais interações medicamentosas contraindicadas, graves e moderadas detectadas no manifesto estudo, bem como o efeito clínico, a documentação e o tempo de início. A pesquisa produzida no *software* para identificação das interações medicamentosas potenciais, que consta deste manual, foi realizada durante os anos de 2017 e 2018.

MANUAL DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAS

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Alprazolan	Fluoxetina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de toxicidade por alprazolam (sonolência, tontura, ataxia, fala arrastada, hipotensão, comprometimento psicomotor).	Boa	Rápido
Alprazolan	Imipramina	Moderada	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de imipramina.	Boa	Não esp.
Alprazolan	Sertralina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de comprometimento psicomotor e sedação.	Boa	Rápido
Amittripitilina	Aspiriana	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento	Excelente	Não esp.
Amittripitilina	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Amittripitilina	Diazepam	Moderada	O uso concomitante pode resultar em déficits psicomotores (diminuição do tempo de reação, diminuição da vigilância).	Boa	Rápido
Amittripitilina	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade antidepressiva tricíclica, prolongamento do intervalo QT e síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Amittripitilina	Imipramina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de prolongamento do intervalo QT; aumento do risco de síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental).	Regular	Não esp.
Amittripitilina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao propranolol; aumento do risco de hipotensão postural.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Amittripitilina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição do substrato do CYP2D6 e risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Amoxacilina	Venlafaxine	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de síndrome serotoninérgica.	Boa	Rápido
Aspirina	Citalopram	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Aspirina	Dipirona	Grave	O uso concomitante pode resultar na redução da eficácia da aspirina.	Excelente	Não esp.
Aspirina	Escitalopram	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Aspirina	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Aspirina	Hidroclorotiazida	Grave	O uso concomitante pode resultar em redução da eficácia diurética e possível nefrotoxicidade.	Boa	Tardio

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Aspirina	Ibuprofeno	Grave	O uso concomitante pode resultar em diminuição do efeito antiplaquetário da aspirina e risco aditivo de sangramento.	Boa	Não esp.
Aspirina	Imipramina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento.	Excelente	Não esp.
Aspirina	Nimesulida	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento.	Regular	Não esp.
Aspirina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da pressão arterial.	Boa	Tardio
Aspirina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Atenolol	Metiformina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipoglicemia ou hiper-glicemia; sintomas diminuídos de hipoglicemia.	Boa	Tardio
Azitromicina	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Captopril	Clorpromazine	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipotensão.	Boa	Rápido
Captopril	Hidroclorotia-zida	Moderada	O uso concomitante pode resultar na redução da pressão arterial.	Regular	Rápido
Captopril	Losartana	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de eventos adversos (isto é, hipotensão, síncope, hipercalemia, alterações na função renal, insuficiência renal aguda).	Excelente	Não esp.
Captopril	Metiformina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.	Regular	Não esp.
Carbamazepine	Ácido Valpróico	Moderada	O uso concomitante pode resultar em toxicidade por car-bamazepina (ataxia, nistagmo, diplopia, cefaléia, vômitos, apneia, convulsões, coma) e / ou diminuição da eficácia do ácido valpróico.	Boa	Tardio

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Carbamazepine	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à carbamazepina e redução da exposição ao cetoconazol.	Regular	Não esp.
Carbamazepine	Clonazepam	Grave	O uso concomitante pode resultar na redução dos níveis plasmáticos de clonazepam.	Boa	Tardio
Carbamazepine	Fenitoína	Grave	O uso concomitante pode resultar na diminuição das concentrações de fenitoína e / ou carbamazepina.	Excelente	Tardio
Carbamazepine	Fenobarbital	Moderada	O uso concomitante pode resultar em diminuição da exposição à carbamazepina e potencial perda de eficácia.	Boa	Tardio
Carbamazepine	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à carbamazepina e aumento do risco de toxicidade.	Boa	Não esp.
Carbamazepine	Hidroclorotiazida	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hiponatremia.	Boa	Tardio

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Carbamazepine	Lítio	Moderada	O uso concomitante pode resultar em neurotoxicidade aditiva (fraqueza, tremor, nistagmo, asterixis).	Boa	Tardio
Carbamazepine	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em concentrações diminuídas de propranolol, resultando em perda de eficácia.	Regular	Não esp.
Carbamazepine	Sertralina	Moderada	O uso concomitante pode resultar num aumento do risco de toxicidade por carbamazepina (ataxia, nistagmo, diplopia, cefaleia, vómitos, apneia, convulsões, coma).	Boa	Tardio
Cetoconazol	Fenitoína	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à fenitoína e diminuição da exposição ao cetoconazol.	Boa	Tardio
Cetoconazol	Paroxetina	Grave	O uso concomitante de pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Cetoconazol	Prometazina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Cetoconazol	Risperidona	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas do risperiONE; aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Excelente	Tardio
Cetoconazol	Venlafaxine	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à venlafaxina; aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Excelente	Não esp.
Cetoconazol	Losartana	Moderada	O uso concomitantepode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de losartan.	Regular	Não esp.
Citalopram	Cetoconazol	Contraindicado	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao citalopram e risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Citalopram	Prometazina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Citalopram	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Clobazam	Fluoxetina	Moderada	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de fluoxetina.	Regular	Não esp.
Clobazam	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento das concentrações plasmáticas de propranolol.	Regular	Não esp.
Clonazepam	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento da exposição ao clonazepam.	Regular	Não esp.
Clonazepam	Fluconazol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao clonazepam e risco de toxicidade.	Regular	Não esp.
Clorpromazine	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Clorpromazine	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à fluoxetina e aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Clorpromazine	Prometazina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Clorpromazine	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em toxicidade por clorpromazina (sedação, efeitos extrapiramidais, delírio), convulsões.	Boa	Tardio
Diazepam	Disulfiram	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de depressão do sistema nervoso central.	Boa	Tardio
Diazepam	Fenitoína	Grave	O uso concomitante pode resultar em alterações nas concentrações séricas de fenitoína.	Boa	Não esp.
Diazepam	Fenobarbital	Grave	O uso concomitante pode resultar em depressão respiratória aditiva.	Boa	Não esp.
Diazepam	Fluoxetina	Menor	O uso concomitante pode resultar em maiores concentrações séricas de diazepam.	Boa	Tardio
Diazepam	Mirtazapina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de depressão do SNC.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Dipirona	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Dipirona	Hidroclorotia-zida	Grave	O uso concomitante pode resultar em redução da eficácia diurética e possível nefrotoxicidade.	Boa	Tardio
Dipirona	Ibuprofeno	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento.	Regular	Não esp.
Dipirona	Losartana	Moderada	O uso concomitante pode resultar em disfunção renal e / ou aumento da pressão arterial.	Excelente	Não esp.
Dipirona	Nimesulida	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento.	Regular	Não esp.
Dipirona	Propanolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da pressão arterial.	Boa	Tardio
Dipirona	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Dipirona	Venlafaxine	Grave	O uso concomitante pode resultar em um aumento do risco de sangramento.	Excelente	Não esp.
Enalapril	Hidroclorotia-zida	Moderada	O uso concomitante pode resultar na redução da pressão arterial.	Regular	Rápido
Escitalopram	Fluoxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de prolongamento do intervalo QT e síndrome serotoninér-gica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do es-tado mental).	Regular	Não esp.
Escitalopram	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Fenitoína	Propranolol	Moderada	O uso concomitante de indutores pode resultar em concen-trações diminuídas de propranolol.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fenitoína	Risperidona	Moderada	O uso concomitante pode resultar em concentrações plasmáticas diminuídas de risperiDONE e do metabolito ativo 9-hidroxirisperidona.	Boa	Tardio
Fenitoína	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade por fenitoína e diminuição da eficácia da sertra-lina.	Boa	Não esp.
Fenitoína	Topiramato	Moderada	O uso concomitante pode resultar em concentrações altera-das de fenitoína ou topiramato.	Boa	Tardio
Fenobarbital	Prometazina	Moderada	O uso concomitante pode resultar na diminuição da eficácia da prometazina.	Regular	Rápido
Fenobarbital	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em diminuição da eficácia do propranolol.	Regular	Tardio
Fenobarbital	Topiramato	Moderada	O uso concomitante pode resultar em uma diminuição nas concentrações séricas de topiramato.	Boa	Tardio

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fenofribato	Sinvastatina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de miopatia ou rabdomiólise.	Regular	Não esp.
Fluconazol	Cetoconazol	Contraindicado	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao cetoconazol e risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Fenitoína	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade por fenitoína (ataxia, hiperreflexia, nistagmo, tremor).	Boa	Tardio
Fluoxetina	Fluconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, torsades de pointes, parada cardíaca).	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Glibenclamida	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipoglicemia excessiva.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fluoxetina	Haloperidol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao haloperidol e risco de toxicidade pelo haloperidol; aumento do risco de prolongamento do intervalo QT e *torsade de pointes*.	Boa	Não esp.
Fluoxetina	Ibuprofeno	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Fluoxetina	Imipramina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade antidepressiva tricíclica, prolongamento do intervalo QT e síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Insulina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fluoxetina	Lítio	Moderada	O uso concomitante pode resultar em possíveis concentrações aumentadas de lítio e / ou um risco aumentado de síndrome serotoninérgica relacionada a ISRS (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental).	Excelente	Tardio
Fluoxetina	Metilfenidato	Moderada	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas do inibidor da recaptação da serotonina.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Mirtazapina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Nifedipina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à NIFEdipina.	Regular	Tardio
Fluoxetina	Nimesulida	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fluoxetina	Nortriptilina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade antidepressiva tricíclica, prolongamento do intervalo QT e síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Paroxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição de fluoxetina, paroxetina ou ambos; aumento do risco de síndrome serotoninérgica; aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Prometazina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Propranolol	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade por propranolol, incluindo bloqueio cardíaco completo.	Boa	Não esp.
Fluoxetina	Risperidona	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de risperiDONE e aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Boa	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fluoxetina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição do substrato do CYP2D6 e risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Fluoxetina	Sivutramina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental).	Boa	Rápido
Fluoxetina	Trazadona	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental); aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Boa	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Fluoxetina	Venlafaxine	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição à venlafaxina; aumento do risco de síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental); aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Glibenclamida	Insulina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.	Regular	Não esp.
Glibenclamida	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipoglicemia ou hiperglicemia; sintomas diminuídos de hipoglicemia.	Boa	Tardio
Haloperidol	Cetoconazol	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de haloperidol e aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Boa	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Haloperidol	Lítio	Grave	O uso concomitante pode resultar em fraqueza, discinesias, aumento dos sintomas extrapiramidais, encefalopatia e dano cerebral.	Boa	Tardio
Haloperidol	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações de haloperidol.	Regular	Não esp.
Hidrocloratiazida	Propanolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hiperglicemia, hipertrigliceridemia.	Regular	Tardio
Ibuprofeno	Nimesulida	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de sangramento.	Regular	Não esp.
Ibuprofeno	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Imipramina	Paroxetina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT; aumento do risco de síndrome serotoninérgica; aumento da exposição ao substrato do CYP2D6.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Imipramina	Prometazina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de prolongamento do intervalo QT.	Regular	Não esp.
Imipramina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipotensão postural.	Regular	Não esp.
Imipramina	Risperidona	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, torsades de pointes, parada cardíaca).	Regular	Não esp.
Imipramina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição do substrato do CYP2D6 e risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.
Insulina	Lítio	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipoglicemia ou hiperglicemia.	Regular	Não esp.
Insulina	Losartana	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.	Regular	Não esp.
Insulina	Metiformina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Lítio	Hidroclorotia-zida	Grave	O uso concomitante pode resultar em toxicidade por lítio.	Regular	Tardio
Lítio	Losartana	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de toxicidade por lítio.	Regular	Tardio
Lorazepam	Fenobarbital	Grave	O uso concomitante pode resultar em depressão respiratória aditiva.	Boa	Não esp.
Metiformina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipoglicemia ou hiper-glicemia; sintomas diminuídos de hipoglicemia.	Boa	Tardio
Nimesulida	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de sangramento.	Excelente	Não esp.
Nimesulida	Venlafaxine	Grave	O uso concomitante pode resultar em um aumento do risco de sangramento.	Excelente	Não esp.
Nortripitilina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em hipotensão postural.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Nortripitilina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em níveis séricos elevados de nortriptilina ou possível síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental).	Boa	Tardio
Paroxetina	Propranolol	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição ao propranolol.	Regular	Não esp.
Paroxetina	Risperidona	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT e aumento da exposição ao risperiDONE.	Regular	Não esp.
Paroxetina	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento da exposição do substrato do CYP2D6 e risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.

FÁRMACO	FÁRMACO	GRAVIDADE	EFEITO CLÍNICO	DOCUMENTAÇÂO	TEMPO DE INÍCIO
Paroxetina	Sibutramina	Grave	O uso concomitante pode resultar em um risco aumentado de síndrome serotoninérgica (hipertensão, hipertermia, mioclonia, alterações do estado mental).	Boa	Rápido
Propranolol	Sertralina	Moderada	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de dor torácica.	Boa	Tardio
Risperidona	Ácido Valpróico	Moderada	O uso concomitante pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de ácido valpróico.	Boa	Não esp.
Risperidona	Sertralina	Grave	O uso concomitante pode resultar no aumento da exposição à risperidona.	Regular	Não esp.
Sertralina	Trazadona	Grave	O uso concomitante pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica.	Regular	Não esp.

5 DISCUSSÃO

O primeiro aspecto que merece consideração no presente estudo diz respeito à evidência de que a amostra predominantemente feminina, fato esse corroborado por outras pesquisas desenvolvidas na APS (MARTINS *et al.,* 2015; FARAONI *et al.,* 2015; LIMA *et al.,* 2016). Um dos critérios de inclusão nesta pesquisa foi a necessidade de dispor de consulta agendada no serviço de saúde, incluindo as clínicas de ginecologia e obstetrícia, fato que pode, em parte, potencializar tal constatação. Todavia, é importante mencionar que análises direcionadas à atenção integral à saúde do homem reforçam que a população masculina que frequenta os serviços de APS significa um contingente menor do que aquele que envolve a população feminina (LEVORATO *et al.,* 2014; CARNEIRO *et al.,* 2016; SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017).

Em relação à faixa etária, nesta investigação, houve maior frequência de participantes de 30 a 59 anos (81,64%), fato esse respaldado pelo estudo de Guibu *et al.,* (2017), para os quais a maior frequência de utilização dos serviços da APS encontra-se na faixa etária dos 40 a 59 anos. Destaca-se, todavia, que o maior quantitativo de trabalhos encontrados na literatura foi realizado na população idosa (MIBIELLI *et al.,* 2014; RIBAS; OLIVEIRA, 2014; LIMA *et al.,* 2016; PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016), evidenciando a relevância do estudo em pauta, bem como da necessidade de novas pesquisas vertidas à avaliação da temática na população geral.

No que tange ao estado civil, a maioria era casada (72,57%), em concordância com estudo entre usuários de uma unidade básica de saúde que identificou maior porcentagem (56,0%) de participantes casados (FARAONI *et al.,* 2015). Essa evidência também está presente no estudo de Lima *et al.,* (2016), em que 81% dos participantes eram casados.

Em relação à escolaridade, 78,05% relataram possuir mais de oito anos de estudo; resultado esse contrário a dados aferidos pela literatura, que mostram predominância de, até, quatro anos de estudo entre os indivíduos que são atendidos na APS (FELCHILCHER; ARAÚJO; TRAVERSO, 2015; GONTIJO *et al.,* 2017).

Na amostra investigada, houve predomínio da religião católica (68,81%), em consonância com estudo de Borges *et al.,* (2017), que identificou prevalência da referida religião em 61,61%, dos participantes com alguma IM potencial em suas prescrições.

Quanto à ocupação, 80,75% dos entrevistados relataram ser ativos.

Estudos sobre a temática, porém, revelaram maior prevalência de aposentados, pessoas em licença médica ou que mencionaram nenhuma ocupação (REINERT; RIBAS; ZIMMERMANN, 2015; BORGES *et al.,* 2017).

Constatou-se, neste estudo, maior frequência de pacientes com renda individual e familiar acima de um até três SM. Estudo que investigou as principais características dos usuários dos serviços de APS no Brasil revelou que mais da metade (55,1%) da população investigada estava classificada, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), na Classe C, o que corresponde à média de dois SM por família, bem como que 24,8% dessa população recebiam algum tipo de auxílio governamental (GUIBU *et al.,* 2017).

Sobre o número de pessoas por domicílio, 56,42% dos entrevistados informaram residir em três pessoas; contudo, não foram observados na literatura estudos sobre a temática que tenham investigado tal variável. Relativamente ao tema, relacionados os dados que mais se aproximam deste relato, têm-se as fontes identificadas no estudo de Felchilcher, Araújo e Traverso (2015), em que 44,8% dos indivíduos residiam com companheiros e filhos.

Outro achado relevante deste estudo se refere à prevalência de TMC em 24,56% da amostra, fato não surpreendente, pois estudos anteriores em atenção básica mostraram resultados semelhantes no Brasil e no mundo, revelando que as prevalências mundiais para TMC variam entre 17,6 e 55,8% (STEEL *et al.,* 2014; AILLON *et al.,* 2014; BOGES *et al.,* 2016; MIASSO *et al.,* 2017, PARREIRA *et al.,* 2017; LUCCHESE *et al.,* 2014; SILVA *et al.,* 2018).

A prevalência de TMC identificada neste estudo, embora esteja dentro da faixa de prevalência mundial, é preocupante visto seu possível impacto na população, considerando o sofrimento mental, os sintomas somáticos e seu subdiagnóstico, em decorrência, entre outros aspectos, do modelo biológico ainda predominante, no qual há maior valorização das queixas orgânicas. Destaca-se, neste contexto, a possibilidade de sobrecarga do sistema e dos recursos de saúde, diante da procura recorrente dos pacientes que não tiveram suas queixas efetivamente tratadas (MARTINS *et al.,* 2016).

Os TMC alteram o funcionamento normal dos indivíduos, com prejuízos de desempenho na vida familiar, social, pessoal e no trabalho, salientando a importância de seu rastreamento na população e da identificação dos fatores relativos à sua ocorrência. O diagnóstico precoce de TMC na APS permite intervenções específicas,

individualizadas e mais resolutivas, contribuindo para prevenção de agravos nessa população (SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Dentre os profissionais de saúde da APS, o enfermeiro tem importante papel no rastreamento e na intervenção pertinentes aos TMC. As atividades que reportado profissional desenvolve no contexto da APS, como consulta de enfermagem, visita domiciliar, atividades em grupo, entre outras, viabilizam a aproximação e o vínculo com a população, otimizando a identificação e o tratamento dos sintomas inerentes aos TMC (KASPPER; SCHERMAN, 2014; PARREIRA *et al.*, 2017).

Estudo conduzido por Borges *et al.,* (2016) demonstrou que indivíduos com TMC estão expostos à prescrição de maior número de medicamentos e, consequentemente, elevado quantitativo de comprimidos. Ainda, o fato de, usualmente, terem psicofármacos receitados, expõem-nos a maior risco de eventos adversos, favorecendo a ocorrência de IM, visto que tais pacientes comumente possuem regime farmacoterapêutico mais complexo.

Nessa direção, destaca-se, na presente pesquisa, a prevalência de polifarmácia de 27,21%, índice similar ao verificado em estudo realizado na atenção primária na Escócia (20,8%), no entanto superior aos 10,0% encontrados em estudo desenvolvido na Alemanha (GUTHRIE *et al.*, 2015; GRIMMSMANN; HIMMEL, 2009).

No Brasil, pesquisa com amostra representativa da população, detectou 9,4% de prevalência de polifarmácia. As maiores prevalências foram observadas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, o que pode ser atribuído à maior expectativa de vida e prevalência de doenças crônicas nessas regiões (NASCIMENTO *et al.*, 2017b).

Estes resultados derivados da população geral são análogos a outros encontrados em pesquisas desenvolvidas com populações específicas. Estudo conduzido com idosos na APS mostrou 18,0% de prevalência de polifarmácia (RAMOS *et al.,* 2016). Já outro levantamento transversal, de base populacional, realizado com idosos no Rio Grande do Sul, Brasil, denotou prevalência de 27,1% (CAVALCANTI *et al.,* 2017).

Investigações sobre polifarmácia no âmbito da atenção primária são escassos (MIRA *et al.,* 2013; GUTHRIE *et al.,* 2015; NASCIMENTO *et al.,* 2017b). Considerando o aumento da expectativa de vida da população, da prevalência de doenças crônicas, do número de medicamentos prescritos, bem como os riscos inerentes ao consumo concomitante de vários medicamentos, é importante que, no

processo de cuidado em saúde, os profissionais assegurem a qualidade da farmacoterapia, evitando-se o uso exacerbado de múltiplos fármacos (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015). A polifarmácia tem sido associada a desfechos negativos em saúde, aumento da morbimortalidade, redução da QV dos indivíduos e aumento dos custos da atenção, com impacto para as pessoas e o sistema de saúde (NASCIMENTO *et al.,* 2017b).

Ressalta-se que a polifarmácia nem sempre é um evento evitável. Entretanto, a revisão dos medicamentos prescritos deve ser frequentemente efetuada, a fim de personalizar o tratamento em pessoas com multimorbidades ou vulnerabilidade específica. Além disso, é importante o monitoramento para a potencial ocorrência de IM (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Este estudo mostrou a associação significante entre polifarmácia e IM, com maior frequência de IM em prescrições com cinco ou mais medicamentos. Tal constatação aponta para a relevância da avaliação, pelos profissionais de saúde, de prescrições com polifarmácia para detecção de IM potenciais, tendo em vista as já mencionadas consequências de tais interações, sendo possível, ainda, auxiliar no direcionamento de condutas de atendimentos a serem realizados no cuidado na atenção primária (LEÃO; MOURA; MEDEIROS, 2014).

A implementação de estratégias de informação sobre padrões de prescrição no âmbito da APS pode, portanto, minimizar a ocorrência de polifarmácia, reduzindo casos de IM, efeitos adversos associados a medicamentos, contribuindo para qualificação do cuidado em saúde (DWYER *et al.,* 2016).

Nesta pesquisa, das 452 prescrições analisadas 301 (66,59%) apresentaram IM; e, nessas prescrições, foram detectadas 592 IM potenciais, com média de 1,31 por paciente. Tal prevalência é elevada quando comparada àquelas identificadas em estudos sobre IM conduzidos no Brasil, no âmbito da APS. Borges *et al*., (2017) distinguiram, em seu estudo, prevalência de 58,4% de IM potenciais. Já em Leão, Moura e Medeiros (2014), a prevalência de IM potenciais foi 48,9%, com média de 0,80 interação por prescrição.

Destaca-se que, a depender dos fármacos envolvidos, é amplo o espectro de desfechos provenientes de IM potenciais. Há possibilidade tanto de diminuição ou aumento do efeito dos fármacos, com diminuição da eficácia terapêutica ou resultados tóxicos ao organismo, como, também, de potencialização intencional da ação de outro fármaco prescrito, com finalidade terapêutica (FARAONI *et al.,* 2015).

Vale mencionar que as diferenças na sensibilidade e especificidades no reconhecimento e nas análises utilizadas referentes às IM potenciais refletem em divergências entre estudos sobre a temática. No entanto, os resultados da literatura demonstram a relevância do tema para o sistema de saúde, assim como suas implicações negativas para a saúde do indivíduo (LIMA *et al.,* 2016; ANDRADE *et al.,* 2016).

Nesse contexto, é importante mencionar que o software Drug-Reax System, utilizado nesta pesquisa para identificação das IM potenciais, frequentemente sofre atualizações como acréscimos e revisões (entre 55 e 60 mil por ano em todo o sistema), com o objetivo de assegurar a continuidade da relevância, conforme os critérios e padrões atuais (TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2016). Desse modo, há dificuldade na comparação de achados sobre IM potenciais em diferentes estudos, tendo em vista, também, que a especificidade das amostras e dos locais de estudo podem influenciar, diretamente, nas pesquisas sobre interações.

Houve, ainda, neste estudo, elevada porcentagem de IM potenciais classificadas como graves (47,47%); porcentagem essa que, encontra-se dentro do intervalo de frequência de tais interações, assinalado na literatura brasileira sobre a temática. Análises desenvolvidas no Brasil, em diferentes contextos e com populações distintas, apresentaram prevalência de IM potenciais graves variando entre 3,0% e 62,96% (OKUNO *et al.,* 2013; CUENTRO *et al.,* 2014; FERREIRA PINTO *et al.,* 2014; MARQUITO *et al.,* 2014; BALEN *et al.,* 2017). Ademais, destaca-se investigação desenvolvida na Escócia de base populacional, que distinguiu expressiva prevalência de IM potenciais classificadas como graves (80,8%) (GUTHRIE, *et al.,* 2015).

Sobre as IM potenciais categorizadas como moderadas, este estudo evidenciou prevalência de 15,54%, dado inferior ao detectado em outras apurações sobre o tema. Antunes *et al.,* (2015) atestaram, na amostra pesquisada, 26,8% de IM potenciais moderadas. Estudo realizado por Gortardelo *et al.,* (2014) revelou que as IM potenciais moderadas foram as mais frequentes (53,48%). Já em Balen *et al.,* (2017), 37,03% das IM potenciais identificadas eram moderadas.

As IM potenciais classificadas como contraindicadas apresentaram baixa prevalência (1,69%). No entanto, se cotejadas segundo a literatura, a prevalência encontrada é elevada e admitida como preocupante, haja vista a maior possibilidade de ocorrência de reações adversas graves relacionadas a tais IM, com potencial risco à vida e necessidade de intervenção imediata para preservar a saúde do indivíduo

(MARQUITO *et al.,* 2014).

Verificou-se, entre as IM potenciais, predomínio daquelas com documentação/evidência científica “Boa” e “Razoável” e com tempo de início “Não especificado”. Essas evidências indicam que o embasamento científico disponível a respeito da IM é suficiente, e que o tempo para o início dos efeitos clínicos provenientes da IM não pode ser determinado, podendo ocorrer imediatamente após o consumo ou tardiamente.

Estudo desenvolvido na APS também especificou maior quantitativo de IM potenciais classificadas como “Boa” (66,7%) (BORGES *et al.,* 2017). Em relação ao tempo de início, estudo com idosos de um hospital psiquiátrico revelou a classificação “Não especificado” com maior quantitativo (CASTILHO, *et al.,* 2018).

No que se refere à utilização dos psicofármacos, foi alta a prevalência identificada na presente pesquisa (77,65%), pois é superior àquela encontrada na literatura, que se estima ser de 6,8% a 38,7% (TELLES FILHO *et al.,* 2017; PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017; ABI-ACKEL *et al.,* 2017).

Ressalta-se, ainda, que os pacientes em uso dessa classe de medicamentos expressaram maior ocorrência de IM potenciais (68,38%). Neste contexto, vale sublinhar o crescimento da utilização concomitante de psicofármacos com outros medicamentos como resultado, entre outros aspectos, da ampliação de suas indicações terapêuticas, da tendência à medicalização da sociedade influenciada pela indústria, bem como do surgimento de novos fármacos, expondo o paciente ao risco de efeitos adversos graves, dentre eles a intoxicação e potenciais IM (BALEN *et al.,* 2017).

Estudo que avaliou as IM potenciais em prescrições com psicofármacos revelou que 77,9% manifestaram, pelo menos, uma IM potencial e que essa frequência pode elevar-se, progressivamente, na medida em que se aumenta o número de medicamentos prescritos (BALEN *et al.,* 2017).

Frisa-se que, neste estudo, a maioria dos psicofármacos (54,70%) foi prescrita por médicos generalistas da rede de APS, enquanto 24,36% derivaram, originalmente, de receituários psiquiátricos e tiveram sua prescrição continuada por médicos generalistas. Tal constatação é validada por outros estudos brasileiros realizados em diferentes contextos. Shirama e Miasso (2013) identificaram maior quantitativo das prescrições de psicofármacos (70,4%) realizado por médicos não especialistas em psiquiatria. Outra pesquisa sobre prescrições de psicofármacos em

uma farmácia pública, também, comprovou que a especialidade médica que mais prescreveu tais medicamentos foi a generalista (38,76%), seguida pela psiquiatria, com (19,42%) (COSTA; OLIVEIRA, 2017).

Há muito, o uso de psicofármacos ultrapassou a área exclusiva de especialidade dos psiquiatras e se transformou em problema de saúde pública. Têm sido verificadas importantes distorções nas prescrições dos diferentes psicofármacos pelas mais diferentes especialidades médicas (BEZERRA *et al.,* 2016).

Tal aspecto é relevante, especialmente no contexto da APS, no qual foi desenvolvida a presente pesquisa. A APS atende à população acometida por doenças crônicas concomitantes que necessitam de distintos fármacos para tratamento, incluindo, muitas vezes, psicofármacos, o que exige dos prescritores conhecimento para prescrição racional. Nessa direção, menciona-se estudo conduzido com médicos de família dos Estados Unidos, que, ao serem questionados sobre seus conhecimentos a respeito das prescrições de psicofármacos, classificaram-nos como ausentes ou insuficientes, embora seguissem recomendando tais medicamentos rotineiramente (FRASER; OYAMA, 2013).

Ainda, na presente pesquisa, entre os pacientes que utilizavam psicofármacos, a maioria (67,56%) estava em uso a, no mínimo, um ano; 26,5% relataram alguma reação desagradável; e 81,77% não aderiam ao tratamento medicamentoso. Essas comprovações apontam para a necessidade de prescrição racional de psicofármacos, considerando o tempo adequado de uso e monitoramento da adesão.

O tempo de uso é aspecto que merece atenção dos profissionais de saúde, pois a literatura mostra que, sistematicamente, os psicofármacos são prescritos de forma arbitrária, sem controle e monitoramento do paciente, prolongando seu tempo de uso, aumentando a probabilidade da ocorrência de IM potenciais (XAVIER *et al.,* 2014).

Em relação à adesão, salienta-se que entre os pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso, 66,90% apresentaram alguma IM potencial em suas prescrições. A presença de IM potenciais pode, em parte, refletir na não adesão, considerando-se os efeitos clínicos delas decorrentes, os quais podem interferir nas atividades cotidianas no indivíduo.

Distingue-se, ainda, que a não adesão ao tratamento prescrito constitui grave problema de saúde pública, pois pode resultar no agravamento da doença,

piorando as condições clínicas do paciente e diminuindo sua QV, além de ocasionar aumento nos custos terapêuticos, tornando-se barreira para o sucesso do tratamento na prática clínica (CUEVAS; PEÑATE; RIVERA, 2014; RIBEIRO *et al.,* 2014). Nessa perspectiva, é um desafio aos serviços de saúde responderem, adequadamente, às contemporâneas exigências de saúde da população, por meio de novos modelos de prestação de cuidado, com vistas a reduzir o abandono ao tratamento (CARDOSO; BYRNE; XAVIER, 2016; MIASSO *et al.,* 2016).

O presente estudo adverte, também, para a prática da automedicação, presente em 31,91% dos usuários de psicofármacos entrevistados, contribuindo para maximizar a possibilidade da ocorrência de problemas atinentes ao uso de tais medicamentos.

A prática da automedicação expõe o paciente a vários riscos, incluindo o uso de medicamento não apropriado para o seu problema de saúde, com possibilidade de atraso de diagnóstico, reações alérgicas ao medicamento, potencialização de efeitos adversos quando misturados com álcool ou outros medicamentos, uso de dosagem inadequada, entre outros. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais de saúde promovam estratégias para desestimular a automedicação, incluindo rastreamento rotineiro desta prática, grupos de educação em saúde, palestras, entre outras (CASTRO *et al.,* 2013; SANTOS; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2018).

Nesta pesquisa, os fármacos empregados para o Sistema Nervoso foram os mais prescritos, com ênfase para os ansiolíticos benzodiazepínicos (41,24%), seguidos dos antidepressivos (38,32%). Tal achado é corroborado por estudo de Alvim *et al.,* (2017) o qual identificou que os benzodiazepínicos foram os psicofármacos mais prescritos. Em contrapartida, estudo de base populacional encontrou maior prevalência de prescrição de antidepressivos (52,6%), havendo destaque para a fluoxetina, seguidos pelos ansiolíticos benzodiazepínicos, em especial, do diazepam (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

Dentre os ansiolíticos benzodiazepínicos, este estudo identificou maior prescrição de diazepam (26,64%). A literatura em torno do tema aponta que o diazepam está entre as drogas mais prescritas no mundo, por efeito, principalmente, de sua ação ansiolítica e hipnótica, além da ação miorrelaxante e anticonvulsivante. Embora seja uma droga relativamente segura, restrições à sua utilização têm sido cada vez maiores, dada a incidência dos efeitos adversos associados à depressão do

sistema nervoso central, bem como à dependência que pode ocasionar em semanas de uso contínuo (MACIEL; LIMA; SOUSA, 2015).

A literatura aponta que o consumo elevado de benzodiazepínicos pode estar relacionado com a diminuição progressiva da tolerância ao estresse pela população, com a introdução de novas drogas no mercado, bem como com a pressão crescente da propaganda por parte da indústria farmacêutica, ou ainda com o hábito de prescrição por parte dos profissionais (SILVA, *et al.,* 2015).

A prescrição elevada de benzodiazepínicos é preocupante, pois tais medicamentos não devem ser utilizados, regularmente, por mais de três ou quatro meses, pela perda de sua função indutora do sono e pelos possíveis efeitos colaterais que sua administração pode acarretar em longo prazo. Dentre tais efeitos, citam-se a perda cognitiva, diminuição da produtividade, além do risco de desenvolvimento da tolerância e dependência, o que pode levar ao aumento da dose para manter os efeitos terapêuticos desejados (POTTIE *et al.,* 2018).

Em relação aos antidepressivos, no presente estudo, notabilizou-se a prescrição da fluoxetina (13,69%). Tal resultado pode ser justificado, em parte, por se tratar de medicamento inibidor seletivo da receptação de serotonina, classe de antidepressivos mais segura e tolerada, se comparada aos antidepressivos tricíclicos (WAGNER, 2015; STEVANOVIC; ZALSMAN, 2018). Todavia, como ocorre com outros medicamentos, a fluoxetina pode ocasionar uma série de reações adversas, em especial no sistema cardiovascular, com o prolongamento do intervalo QT, bem como nos sistemas respiratório, digestivo, hematológico, endócrino/metabólico, hepático e distúrbios psiquiátricos, incluindo pensamentos suicidas (MOCHCOVITCH *et al.,* 2015; SOUZA *et al.,* 2018).

Além disso, um dos efeitos colaterais da fluoxetina consiste na perda de peso, sendo tal medicamento utilizado, em alguns casos, no tratamento de obesidade, contribuindo para o aumento de sua prevalência (PRIETSCH, 2015; HUANG *et al.,* 2018).

Frente à elevada prevalência de prescrição de psicofármacos identificada neste estudo e às consequências negativas decorrentes do uso inadequado de tais medicamentos, a equipe da ESF deve assumir papel de destaque na detecção de dissonâncias nas prescrições e na promoção de estratégias educativas de saúde, voltadas para o uso racional de psicofármacos, visando à segurança do paciente.

Logo, ressaltam-se as diretrizes nacionais de tratamento, as listas de

medicamentos essenciais, os comitês de farmácia e terapêutica, o ensino de farmacoterapia baseado na solução de problemas, o treinamento de profissionais de saúde em serviço e a educação continuada, como medidas para melhorar a prescrição dos psicofármacos (GUIMARÃES, *et al.,* 2017).

Importante, ainda, mencionar que os psicofármacos prescritos para os pacientes desta pesquisa pertencem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo financiados pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica ou fornecidos pelo Programa Farmácia Popular. Este resultado sugere que os prescritores têm utilizado a relação de medicamentos de fornecimento gratuito como norteadora da prescrição no âmbito do SUS, o que favorece o acesso aos medicamentos (WHO, 2006; BRASIL, 2017).

Outros dois grupos de fármacos tiveram elevado número de prescrições: aqueles que atuam no Aparelho Cardiovascular e no Aparelho Digestivo e Metabólico; tal achado é ratificado por outros estudos brasileiros desenvolvidos na APS (COSTA *et al.,* 2017b; RIBAS; OLIVEIRA, 2014).

No tocante ao diagnóstico médico, constatou-se que as patologias do sistema cardiovascular foram as mais frequentes (41,11%), havendo maior prevalência de HAS (85,28%). Esse resultado está de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro, no qual as doenças cardiovasculares possuem alta prevalência, entre elas a HAS (MENEZES *et al.,* 2016).

Sobre as doenças cardiovasculares especificamente, aquelas relacionadas à HAS representam 7,4% das internações hospitalares, correspondendo a 13% dos gastos hospitalares do SUS, evidenciando a importância das equipes de ESF, pelo contato diário com a população, na prevenção da doença e no acompanhamento e controle da terapia medicamentosa dos referidos pacientes (MATLA; SILVA JÚNIOR, 2013; BRASIL, 2014; SOUSA *et al.,* 2016b).

Já entre os pacientes que receberam diagnóstico médico para o sistema nervoso (36,95%), detectou-se maior prevalência daqueles com depressão (41,98%). Enfatiza-se que, considerando a amostra do estudo, a prevalência de diagnóstico de depressão foi de 11,43%. A depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. Já no Brasil, 5,8% da população sofre com o problema, que atinge um total de 11,5 milhões de brasileiros, fazendo do país o maior da América Latina e o segundo nas Américas em prevalência de depressão,

ficando atrás somente dos Estados Unidos (5,9%) (WHO, 2017).

Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada entre 5,0% e 10,0%. Ressalta-se que apenas um em cem alude à depressão como razão da consulta; além disso, em até 50% das vezes, o problema não é identificado pelos profissionais (COSTA *et al.,* 2017d).

O subdiagnóstico da depressão é preocupante, pois tal patologia tem potencial para limitar e/ou diminuir as potencialidades funcionais dos indivíduos, as relações sociais e a capacidade de gerenciamento das responsabilidades diárias, podendo resultar em suicídio, na sua forma mais grave (DARÉ; CAPONI, 2016).

Ainda, estudos estabeleceram associação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos (COELHO; CHIANCA; SOARES, 2013; GONÇALVES *et al.,* 2018).

Compete, portanto, aos profissionais da saúde aprimorar suas práticas, valorizando as formas de investigação dos transtornos mentais, entre eles da depressão, considerando as particularidades dos indivíduos e o contexto integral, que vai além da queixa-conduta, contribuindo para a equidade no sistema de saúde.

Na presente pesquisa, “renovar prescrição” de medicamentos de uso contínuo foi a motivação mais frequente para a procura do serviço (41,11%). Frise-se, aqui, que, embora tenha sido observada elevada prevalência de consumo de psicofármacos (77,65%), a frequência de queixas psicológicas foi de apenas 8,37%.

A prática de renovar prescrição deve se dar com cautela, pela possibilidade de gerar e/ou potencializar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial, derivados do problema de saúde do usuário, fato que se agrava considerando o risco de intoxicação e as reações adversas, incluindo IM potenciais (REIS *et al.,* 2018).

Também a manutenção de certas prescrições pode resultar em dependência e/ou ineficácia, do ponto de vista terapêutico. Dessa forma, faz-se urgente a implementação de protocolo que oriente a prática dos prescritores nas ESF. Em toda renovação de receita, é necessário revisar o prontuário do paciente e checar potenciais IM, além de avaliação periódica e do monitoramento de factíveis efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos (MOURA *et al.,* 2016).

Quanto à QV, uma apuração relevante deste estudo explicitou que pessoas com TMC, fazendo uso de psicofármacos e tendo prescrição com IM potenciais, apresentaram menores escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente do WHOQOL-*brief*, quando comparadas àquelas negativas para TMC, sem uso de

psicofármacos e com prescrições sem IM. Constata-se, assim, que tais características interferem no cotidiano do indivíduo e na percepção que apresenta sobre sua QV.

Achado semelhante foi encontrado na literatura. Estudo conduzido por Santos *et al.,* (2017) assinalou menores escores em todos os domínios de avaliação da QV em indivíduos positivos para TMC ao cotejá-los àqueles negativos. Portugal, *et al.,* (2016) avaliaram a QV em pacientes da APS, tendo em conta eventos de vida produtores de estresse e saúde mental, e identificaram menores escores em todos os domínios nos pacientes que manifestaram qualquer sofrimento mental, incluindo o TMC.

Essa descoberta é preocupante, haja vista que sofrimento psíquico pode resultar em alterações fisiológicas, doenças cardiovasculares e desequilíbrio na atuação do sistema nervoso, com impacto na QV por gerar irritação, impaciência, depressão e infelicidade no âmbito pessoal (SANTOS *et al.,* 2017).

Desse modo, o reflexo negativo do TMC na QV, identificado na presente pesquisa e registrado na literatura, preconiza a necessidade de seu rastreamento e intervenção apropriada pelos serviços da APS, com vistas à promoção da QV do indivíduo, considerando um atendimento equânime, integral, sistemático e holístico, conforme proposto pela assistência realizada na ESF. Destaca-se, ainda, a importância da avaliação da QV dos indivíduos, pois ela permite distinguir e priorizar problemas, uma vez que a sua mensuração oferece uma gama de informações sobre a saúde do indivíduo, possibilitando identificar em qual domínio os profissionais devem atuar (MOREIRA *et al.,* 2013; ASCEF *et al.,* 2017).

O impacto negativo do uso de psicofármacos na QV também foi comprovado em estudos sobre a temática desenvolvidos na APS (MIASSO *et al.,* 2017; BORGES *et al.,* 2016). Outra pesquisa constatou que, entre os indivíduos positivos para TMC, aqueles que usavam psicofármacos apresentaram percepção de pior QV do que aqueles que não utilizavam tais medicamentos (BORGES *et al.,* 2015).

Deve-se considerar que a influência negativa dos psicofármacos sobre a QV pode estar relacionada, entre outros aspectos, às características desta classe de medicamentos, dado que, além dos benefícios conferidos, existe a possibilidade da ocorrência de vários efeitos adversos, inclusive da intoxicação e IM (BORGES *et al.;* 2016; NETO; LEITE; ROCHA, 2017).

Desse modo, apesar dos benefícios associados à utilização de psicofármacos como modalidade terapêutica e da grande popularização destes, é

prudente que haja avaliação clínica criteriosa prévia à sua prescrição, visando à prevenção de agravos e de prejuízos à QV dos pacientes (NUNES; BASTOS, 2016).

Em relação à influência das IM na QV, os resultados desta pesquisa são corroborados por estudo de Leão, Moura e Medeiros (2014), no qual se constatou que o aumento da complexidade da prescrição suscetibiliza o indivíduo às IM potenciais e, consequentemente, à percepção de pior QV.

Embora sejam escassas as análises que tenham avaliado a associação entre IM e QV, a literatura nacional e a internacional sublinham a diminuição da QV nos pacientes com alta incidência de efeitos adversos relacionados às IM (PINHEIRO; CARVALHO; LUPPI, 2013; FARAONI *et al.,* 2015; REINERT; RIBAS; ZIMMERMANN, 2015; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016; ANDRADE *et al.,* 2016; BALEN *et al.,* 2017; ROSENBERG *et al.,* 2017).

A influência que o TMC, o uso de psicofármacos e as IM exercem na percepção de pior QV entre os pacientes atendidos em ESF, suscita questionamentos para estudos futuros e agrega à literatura informações relevantes que podem subsidiar o planejamento de ações multidisciplinares e qualificadas aos pacientes assistidos na rede de APS.

Ao testar o modelo explicativo de equações estruturais, este estudo revelou associações interessantes; evidenciou-se que a renda teve efeito direito na IM, sendo que pacientes com maior renda apresentaram maior probabilidade de IM quando comparados àqueles com baixa renda.

Não foi encontrado na literatura trabalho que demonstrasse, especificamente, a associação entre renda e IM. No entanto, visto que, neste estudo, a polifarmácia mostrou-se associada à IM, é possível, a partir da literatura sobre a temática, buscar fundamentos para tal relação. As fontes mostram que pacientes com maior renda geralmente possuem plano privado de saúde e, desse modo, maior acessibilidade a diferentes especialidades médicas. Eis um aspecto que eleva a probabilidade de polifarmácia e, consequentemente, de IM potenciais (ABI-ACKEL *et al.,* 2017; PEREIRA *et al.,* 2017). Ainda, estudo de Sales, Sales e Casotti (2017), ao avaliar o perfil farmacoterpêutico, bem como fatores associados à polifarmácia, relatou associação entre possuir plano de saúde privado e polifarmácia, aumentando, assim, a probabilidade de IM potencial.

No que se refere ao TMC identificou-se, no presente estudo, que as variáveis renda, sexo, ocupação e escolaridade, não apresentaram efeito direto. Em

estudo conduzido na APS, todavia, identificou-se que pacientes com menor renda, do sexo feminino e com menor escolaridade apresentaram maior incidência de TMC (NUNES *et al.,* 2016). Resultado semelhante foi encontrado por Lucchese *et al.,* (2014), que identificaram associação do TMC com sexo feminino, não ter trabalho e menor escolaridade em pacientes atendidos na APS.

No que refere ao uso de psicofármacos, observou-se que as variáveis TMC, renda, diabetes e sexo expressaram efeitos diretos, sendo que pacientes positivos para TMC, com menor renda, sem diagnóstico de diabetes e do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de fazerem uso de psicofármacos.

Como já pontuado anteriormente, a associação entre TMC e psicofármacos é corroborada pela literatura, a qual sugere que pessoas com TMC podem estar mais expostas à prescrição de maior número de medicamentos, dentre eles os psicofármacos. Sabe-se que tal aspecto é capaz de favorecer a ocorrência de efeitos adversos graves, abandono do tratamento, intoxicação e potenciais IM (AILLON *et al.,* 2014; BORGES *et al.,* 2016; ALCÂNTARA *et al.,* 2018).

Em relação à baixa renda, a literatura aduz estar, geralmente, associada à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a pouca valorização e às condições de vida incertas, constituindo fator predisponente para outros problemas sociais que resultam em má QV, chance de desenvolver TMC e, consequentemente, em maior probabilidade de uso de psicofármacos (SOUZA *et al.,* 2017b).

As constatações deste estudo sobre a diabetes foram divergentes da literatura, quando esta revela que pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes e HAS, consomem mais psicofármacos e possuem risco aumentado de IM potenciais (MOURA *et al.,* 2016).

Além disso, estudo que avaliou o perfil dos usuários de psicofármacos descreveu uso concomitante de tais medicamentos e daqueles para o tratamento da diabetes, como metformina e insulina. Os autores ainda ressaltam que portadores de doenças crônicas estão mais suscetíveis à prática da polifarmácia por períodos prolongados, o que pode resultar na maior ocorrência de IM potenciais (SOUSA *et al.,* 2016a).

No que se refere à variável sexo, os achados da presente pesquisa divergem da literatura sobre a temática, que revela maior prevalência de consumo de psicofármacos pelo sexo feminino (MIASSO *et al.,* 2016; ALVIM *et al.,* 2017; BALEN *et al.,* 2017). A esse respeito, não obstante a prevalência de mulheres que

participaram do estudo tenha sido maior (92,92%), todos os respondentes do sexo masculino utilizavam psicofármacos.

Visto que o modelo de Equações Estruturais consiste, também, em uma análise confirmatória, tem-se que a associação entre as variáveis investigadas e os domínios do WHOQOL-*brief* esteve coerente com as análises descritivas dos referidos domínios. Apurou-se efeito direto do TMC e uso de psicofármaco sobre todos os domínios do WHOQOL-*brief*. Pacientes negativos para TMC e que não utilizavam psicofármacos, revelaram maiores escores de QV.

Como já pontuado, a presença de TMC e o uso de psicofármacos estão associados a menores escores em todos os domínios do WHOQOL-*brief*, destacando-se como importantes variáveis que podem comprometer o cotidiano do indivíduo, demandando atenção e cuidado (MIASSO *et al.,* 2017; CLAUMANN *et al.,* 2017).

A baixa renda foi indicativo de pior QV nos domínios psicológico, social e meio ambiente. Esse resultado pode, em parte, ser justificado pelas características analisadas nos referidos domínios, com destaque para recursos financeiros, cuidado de saúde e oportunidade de lazer, que podem ser influenciadas pela renda, refletindo na percepção do indivíduo quanto a sua QV (MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014). Em estudo com usuários de UBS, Azevedo *et al., (*2013) observaram que aqueles pertencentes à classe econômica D e E apresentaram menores escores de QV quando comparados aos integrantes da classe A. Ainda, de acordo com os autores mencionados, a distribuição inadequada de renda afeta, sobremaneira, de forma negativa, a QV da população.

Em relação às patologias HAS e diabetes, observou-se influência de forma negativa nos padrões de QV nos domínios psicológico e meio ambiente. Foram localizadas pesquisas denotando associação entre doenças crônicas e percepção de pior QV (AZEVEDO *et al.,* 2013; MENDONÇA *et al.,* 2015). Entretanto, o presente estudo se singulariza ao expor associação específica entre QV nos domínios psicológico e meio ambiente e as variáveis HAS e diabetes.

Tais aspectos são importantes diante da alta prevalência de doenças crônicas na APS, em especial da HAS e diabetes. Pesquisas mostram prevalência de 22,3% e 7,5% para HAS e diabetes, respectivamente (SILVA *et al.,* 2016; FLOR; CAMPOS, 2017). Não é surpreendente a HAS e diabetes terem influenciado de forma negativa, os escores no domínio psicológico e meio ambiente, visto que as consequências clínicas dessas patologias podem afetar a autoestima e oportunidades

de recreação/lazer.

Tal achado está em acordo com estudo que mostra a interferência que essas patologias provocam na saúde do indivíduo, como prejuízos na capacidade funcional, autoestima e na vida diária, risco de complicações como insuficiência renal, amputação de membros inferiores, desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares e cegueira, com reflexos negativos na percepção da QV (COSTA *et al.,* 2017e).

Já na análise dos efeitos indiretos, as variáveis TMC, renda e diabetes influenciaram os padrões de QV em todos os domínios, quando mediadas pelo uso de psicofármaco. Pacientes positivos para TMC, com menor renda e não diabéticos apresentaram menores escores de QV. Destaca-se, ainda, que no presente estudo, as variáveis TMC, renda e diabetes apresentaram associação com QV, na avaliação dos efeitos diretos e indiretos.

É oportuno mencionar que a diabetes mostrou associação com QV, tanto na análise direta como na indireta. Todavia, na análise direta, foram evidenciados menores escores de QV nos domínios psicológico e meio ambiente em pacientes com diabetes se cotejados àqueles sem o diagnóstico; já na indireta, quando mediada pelo uso de psicofármacos, pacientes com diabetes apresentaram maiores escores e a influência se deu em todos os domínios. Tem-se, também, que, na análise indireta, o coeficiente estimado foi mais expressivo, quando comparado ao da análise direta. Esse resultado indica a necessidade de realização de outros estudos, de base populacional, com intuito de verificar a associação entre as referidas variáveis.

O sexo foi indicativo de pior QV nos domínios físico, social e meio ambiente, quando mediado pelo uso de psicofármaco. Ressalta-se que apenas a variável sexo não exerceu influência direta nos domínios do WHOQOL-*brief*; porém, quando mediada pelo uso de psicofármaco, apresentou associação. Esses resultados reforçam a influência do uso de psicofármacos na percepção do indivíduo sobre sua QV.

O resultado encontrado neste estudo foi consolidado pela literatura, que também reconhece pior QV entre as mulheres, em comparação aos homens (COSTA; NOGUEIRA, 2014). A maior prevalência de angústia, depressão, estresse, ansiedade, distúrbios do sono, bem como as diferenças biológicas presentes no sexo feminino podem, em parte, justificar a percepção de pior QV pelas mulheres (MENDONÇA *et al.,* 2015).

É importante destacar que os resultados da presente pesquisa devem ser interpretados considerando suas limitações, das quais, a primeira delas consiste no fato de se tratar de estudo transversal, não permitindo, portanto, aferir as relações de causa e efeito entre as variáveis. Já a segunda moderação refere-se ao fato de o instrumento utilizado para detecção de TMC não ser o padrão-ouro; a melhor alternativa seria a identificação de transtornos mentais por meio da consulta psiquiátrica. Todavia, o SRQ-20 ora aplicado para rastreamento de TMC possui padrões considerados confiáveis para compor um estudo de prevalência, sendo preconizado pela OMS e amplamente difundido.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu todos os objetivos propostos. Constatou-se alta prevalência de IM potenciais (592), presentes em 66,59% das prescrições analisadas. Em pacientes que consumiam cinco ou mais medicamentos tal prevalência foi 85,37%. Destaca-se que houve maior porcentagem de IM potenciais classificadas como graves (47,47%) seguidas pelas moderadas (35,13%). As variáveis associadas à IM foram polifarmácia e renda, com maior probabilidade de ocorrência de IM em pessoas com maior consumo de medicamentos e maior renda.

A prevalência de TMC identificada (24,56%) mostrou-se semelhante aos resultados encontrados no Brasil e no mundo. Nenhuma das variáveis investigadas (renda, sexo, ocupação e escolaridade) mostrou-se associada ao TMC.

Destaca-se a elevada prevalência do uso de psicofármacos (77,65%), havendo maior frequência de IM potenciais nas prescrições dos usuários dessa classe de medicamentos. O uso de psicofármaco mostrou-se associado às variáveis TMC, renda, diabetes e sexo. As pessoas positivas para TMC, do sexo masculino, sem diabetes e com maior renda, apresentaram maior probabilidade de usar psicofármacos, sendo os ansiolíticos benzodiazepínicos e os antidepressivos os mais prescritos.

Verificou-se que 81,77% dos usuários de psicofármacos eram não aderentes ao tratamento medicamentoso e, entre tais pacientes, 66,90% apresentaram pelo menos uma IM potencial em suas prescrições. Ainda, 31,91% do total de usuários de psicofármacos utilizavam os referidos medicamentos sem prescrição médica.

Na avaliação da QV, apresentaram piores escores os pacientes com prescrição contendo IM potencias, positivas para TMC e em uso de psicofármacos.

Identificou-se, na análise dos efeitos diretos, piores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-*brief,* em pacientes positivos para TMC e que usavam psicofármaco. A baixa renda foi indicativo de pior QV nos domínios psicológico, social e meio ambiente. A presença das patologias HAS e diabetes também influenciou de forma negativa a QV nos domínios psicológico e meio ambiente.

Na análise dos efeitos indiretos encontrou-se que as variáveis TMC, sexo, renda e diabetes também estiveram associadas à QV, quando mediadas pelo uso de psicofármaco. Pacientes negativos para TMC, com maior renda e diabéticos, apresentaram maiores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-*brief*. A variável sexo, mediada pelo uso de psicofármaco, foi indicativo de pior QV nos

domínios físico, social e meio ambiente. Ressalta-se que esta variável foi a única que não exerceu influência direta nos escores de QV, porém quando mediada pelo uso de psicofármacos, apresentou associação.

Chamou a atenção que a variável diabetes apresentou associação com QV, tanto na análise direta como na indireta. Na análise direta, pacientes com diabetes apresentaram menores escores de QV e, na indireta, quando mediada pelo uso de psicofármaco, apresentaram maiores escores.

Os achados deste estudo fornecem, assim, informações relevantes para implementação de ações direcionadas aos pacientes atendidos na APS. Sugere-se, a seguir, algumas ações possíveis:

- ✦utilizar o manual de IM potenciais, resultante desta pesquisa, como objeto de consulta e estudo para o atendimento e prescrição de medicamentos aos pacientes;
- ✦enfatizar nos currículos de enfermagem o desenvolvimento de competências voltadas à segurança do paciente quanto ao consumo de medicamentos, incluindo as IM potencias;
- ✦reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque o eixo central do médico prescritor para uma equipe multidisciplinar, viabilizando escuta que facilite o rastreamento e intervenções individualizadas para problemas emocionais e doenças crônicas, bem como monitoramento para uso racional de medicamentos, incluindo psicofármacos;
- ✦promover a educação permanente em saúde dos trabalhadores que atuam na APS por meio de amplos processos educativos que visem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para rastreamento de TMC, promoção do uso racional de psicofármacos e identificação de IM potenciais.
- ✦durante a visita domiciliar, identificar pessoas com TMC e em uso de psicofármaco, considerando sua vulnerabilidade para ocorrência de IM, visando educá-las e monitorá-las em relação ao uso do medicamento e presença de sintomas;

Destaca-se que esse estudo é pioneiro no Brasil por tem avaliado IM, TMC, uso de psicofármacos e QV em usuários de ESF, utilizando um método de análise que permitiu identificar a relação direta e indireta entre as variáveis estudadas

REFÊRENCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ABI-ACKEL, M. M.; COSTA, M. F. L.; VOSTA, E. C.; LOYOLA FILHO, A. I. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2017.

AILLON, J. L.; NDETEI, D. M.; KHASAKHALA, L.; NGARI, W. N.; ACHOLA, H. O.; AKINYI, S.; RIBERO, S. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,** New York, v. 49, n. 8, p. 1257-68, 2014.

ALCÂNTARA, C. B.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; FERREIRA, A. C. Z.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM,M. A. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-7, 2018.

ALMEIDA FILHO, A. J.; FORTES, F. L. S.; QUEIRÓS, P. J. P.; PERES, M. A. A.; VIDINHA, T. S. S.; RODRIGUES, M. A. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência,** Brasília, v. 4, n. 4, p. 117-25, 2015.

ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A. M.; DIAS, C. Z.; ASCEF, B. O.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; ACURCIO, F. A. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-10, 2017.

ALVIM, M. M.; SILVA, L. A.; LEITE, I. C. G.; SILVÉRIO, M. S. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva,** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 353-9, 2015.

ALVIM, M. M.; CRUZ, D. T.; VIEIRA, M. T.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.463-74, 2017.

ANDRADE, J. D. S.; ROCHA, C. E.; MARCIEL, M. A. V.; SANTANA, D. C. A. S.; SANTANA, F. J. M. Prevalence and risk of potentially adverse drug interactions in the treatment of acute alcohol poisoning. **Brazilian Jornal of Pharmaceutical Sciences,** Brasilia, v. 52, n. 1, p. 133-41, 2016.

ANTUNES, J. F. S.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M. C. B. T.; CAMPANHARO, C. R. V.; BATISTA, R. E. A. Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário. **REME: Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 907-8, 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARRAIS, P. S.; FERNANDES, M. E. P.; PIZZOL, T. S. D.; RAMOS, L. R.; MENGUE, S. S.; LUIZA, V. L.; RAVARES, N. U. L.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; BERTOLDI, A. D. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 50, Supl. 2, p. 1-11, 2016.

ASCEF, B. O.; HADDAD, J. P. A.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; SILVEIRA, M. R. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-13, 2017.

AZEVEDO, A. L. S.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. Doença crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-82, 2013.

BALEN, E.; GIORDANI, F.; CANO, M. F. F.; ZONZINI, F. H. T.; KLEIN, K. A.; VIEIRA, M. H.; MANTOVANI, P. C. Interações medicamentosas potencias entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 172-7, 2017.

BEZERRA, I. C.; MORAIS, J. B.; PAULA, M. L.; SILVA, T. M. R.; JORGE, M. S. B. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-61, 2016.

BORGES, T. L.; MIASSO, A. I.; VEDANA, K. G. G.; TELLES FILHO, P. C. P.; HEGADORESN, K. M. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária a saúde. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 344-9, 2015.

BORGES, T. L.; MIASSO, A. I.; REISDOFER, E.; SANTOS, M. A.; VEDANA, K. G. G.; HEGADOREN, K. M. Common Mental Disorders in Primary Health care units: associated factors and impact on quality of life. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association,** United States, v. 22, n. 5, p. 378-86, 2016.

BORGES, T. L.; VEDANA, K. G. G.; CASTILHO, E. C. D.; MIASSO, A. I. Factors associated with potencial drug-drug interactions in patients attended in primary health care: a focus on mental health. **Issues Meant Health Nurses,** United States, v. 38, n. 9, p. 769-74, 2017.

BOGER, B.; FEDERHEN, C.; BRAND, M.; SZPAK, R.; PATRIOTA, B.; MORISHITA, L.; GOMES, E. C. Medicamentos sujeitos a controle especial mais utilizados em centros de atenção psicossocial em uma cidade do paraná. **Visão Acadêmica,** Curitiba, v.18, n. 4, p. 84-97 2017.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1415-26, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, DF, 2014. 159p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 11 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégico. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.** Brasília, DF, 2017. 210p.

CARDOSO, A.; BYRNE, M.; XAVIER, M. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** Lisboa, v. 34, n. 3, p. 209-19, 2016.

CARNEIRO, L. M. R.; SANTOS, M. P. A.; MACENA, R. H. M.; VASCONCELOS, T. B.
Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da saúde,** Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 554-63, 2016.

CARVALHO, F. A.; BIELLA, C. A.; GRACIANI, F. S. Riscos da interação medicamentosa em pacientes hipertensos: um estudo em grupo específico de pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos. **Journal of the Health Sciences Institute,** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 215-8, 2017.

CARVALHO, R. E. F. L.; REIS, A. M. M.; FARIA, L. M. P.; ZAGO, K. S. A.; CASSIANI, S. H. B. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 150-7, 2013.

CASTILHO, E. C. D.; REIS, A. M. M.; BORGES, T. L.; SIQUEIRA, L. D. C.; MIASSO, A. I. Potencial drug-drug interactions and polypharmacy in institutionalised elderly patients in a public hospital in Brazil. **Journal of Psychiatry and Meant Health Nursing,** United States, v. 25, p. 3-13, 2018.

CASTRO, G. L. G.; MENDES, C. M. M.; PEDRINI, A. C. R.; GASPAR, D. S. M.; SOUSA, F. C. F. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequência do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar,** Ceará, v. 6, n. 1, p. 112-23, 2013.

CAVALCANTI, G.; DORING, M.; PORTELLA, M. R.; BORTOLUZZI, E. C.; MASCARELO, A.; DELLANI, M. P. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 635-43, 2017.

CLAUMANN, G. S.; MACCARI, F. E.; RIBOVSKI, M.; ARAÚJO PINTO, A.; FELDEN, E. P. G.; PEREGRINI, A. Qualidade de vida em acadêmicos ingressantes em cursos de educação física. **Jornal de Educação Física,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2017.

COELHO, M. P.; CHIANCA, T. C. M.; SOARES, S. M. Depressão em pessoas diabéticas- Desvelando o inimigo oculto. **Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 771-81, 2013.

COSTA N, C. M. F.; SILVEIRA, M. R.; ACURCIO, F. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G.O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; COSTA, E. A.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; ARAÚJO, V. E.; ÁLVARES, J. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção Primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-11, 2017b.

COSTA S, K.; TAVARES, N. U. L.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M.; MENGUE, S. S.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; SOEIRO, O. M. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-5, 2017a.

COSTA, C. M. F. N.; SILVEIRA, M. R.; ACURCIO, F. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; COSTA, E. A.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, V. E. A. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, p. 1-11, 2017c. Suplemento 2.

COSTA, T. S.; SOUSA, M. N. A.; MIRANDA, F. A. N.; MEDEIROS, R. C.; UCHIDA, R. R. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Ciências Saúde e Ambiente,** Aracaju, v. 5, n. 3, p. 47-56, 2017d.

COSTA, A. F.; FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R.; OLIVEIRA, A. F.; COSTA, M. F. S.; SILVA, R. S.; LOBATO, L. C. P. SCHRAMM, J. M. A. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2017e.

COSTA, E. F. O.; ROCHA, M. M. V.; SANTOS, A. T. R. A.; MELO, E. V.; MARTINS, L. A. N.; ANDRADE, T. M. Como mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Revista de Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 60, n. 6, p. 525-30, 2014.

COSTA, G. M. P.; OLIVEIRA, M. A. S. Estudo das prescrições de psicotrópicos em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. **Infarama Ciências Farmacêuticas,** Brasília, v. 29, n. 1, p 27-33, 2017.

COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de receptores de transplantes renais em Teresina, Piauí, 2010.**Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde,** Brasília, v. 23, n. 1, p. 121-9, 2014.

CUENTRO, V. S.; ANDRADE, M. A.; GERLACK, L. F.; BÓS, A. J. G.; SILVA, M. V. S.; OLIVEIRA, A. F. Prescrição medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3355-64, 2014.

CUEVAS, C. D.; REÑATE, W.; RIVERA, L. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? **Patient Preference and Adherence,** United States, v. 8, n. 4, p. 1547-53, 2014.

CRIMMSMANN, T.; HIMMEL, W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.** United States, v. 18, n. 12, p. 1206-13, 2009

CRUZ, A. R.; RODRIGUES, D. F.; MELLO, M. T.; SIMIM, M. A. M.; ROSA, J. P. R.; WINCKLER, C.; SILVA, A. Percepção de qualidade de sono e de vida em atletas paralímpicos: comparação entre atletas com deficiência física e visual. **Jornal de Educação Física,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 2-8, 2017.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p 1-13, 2016.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia: saúde & doenças,** Lisboa, v.2, n.2, p.81-100, 2001.

DRUG-REAX system. Thomson Reuters (Healthcare) Inc Disponível em: http://www.thomsonhc.com. Acesso em: 27 abr. 2011.

DWYER, M. O.; PEKLAR, J.; MCCALOOIN, P.; MCCARRON, M.; HEANMAN, M. C. Factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in older people with intellectual disability differ from the general population:a cross-sectional observational. **BMJ Open,** United States, v.6, n. 4, p. 1-13, 2016.

FARAONI, A. S.; SOUZA, C. A. S.; BRITO, G. C.; ALMEIDA, F. M.; LIMA, J. K. S.; MOURA, I. O. Possíveis interações medicamentosas entre usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de São Cristovão - SE. **Revista de Saúde Comunitária,** São Paulo, v. 11, n. 1, p. 10-19, 2015.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; TRAVERSO, M. E. D. Perfil dos usuários de umas unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência - ACBS,** Rio Grande do Sul, v. 6, n. 2, p. 233-30, 2015.

FERREIRA, L. M. B. M.; JEREZ-ROIG, J.; RIBEIRO, K. M. O. B. F.; MOREIRA, F. S. M.; LIMA, K. C.; Associação entre medicamentos de uso contínuo e tontura em idosos institucionalizados. **Revista CEFAC,** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 381-6, 2017.

FERREIRA PINTO, N. B.; VIEIRA, L. B.; PEREIRA, F. M. V.; REIAS, A. M. M.; CASSIANI, S. H. B. Interações medicamentos em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 735-41, 2014.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

FRASER, K. OYAMA, O. Knowledge of psychotropics and prescribing preferences of family physicians: a preliminary study. **Acad Psychiatry,** United States, v. 37, n. 5, p. 325-8, 2013.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GOMES, V.P.; SILVA, M. T.; GALVÃO, T. F. Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2615-26, 2017.

GONÇALVES, A. M. C.; TEIXEIRA, M. T. B.; GAMA, J. R. A.; LOPES, C. S.; SILVA, G. A.; GAMARRA, C. J.; DUQUE, K. C. D.; MACHADO, M. L. S. M. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Sua Paulo, v. 67, n. 2, p. 101-9, 2018.

GONÇALVES, D. M.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M.; PORTUGUAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-32, 2014.

GONÇALVES, 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. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.380-390, 2008.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-52, 2017.

GOTARDELO, D. R.; FONSECA, L. S.; MASSON, E. R.; LOPES, L. N.; TOLEDO, V. N.; FAIOLI, M. A.; MEIRA, A. M. M.; COSTA, C. K. M.; ANDRADE, R. B. L. Prevalência e fatores associados a potencias interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** Rio Janeiro, v. 9, n. 31, p. 111- 118, 2014

GUEDES, M. S.; CAVALCANTE NETO, J. L.; Transtorno mental comum e imagem corporal de idosas do nordestes brasileiro. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento,** Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 819-31, 2015.

GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; ÁLVARES, J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-13, 2017.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L. O.; LAROCCA, L. M.; MAFTUM, M. A.; Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-9, 2013.

GUIMARÃES, M. S. A.; TAVARES, N. U. L.; NAVES, J. O. S.; SOUZA, M. F. Estratégia Saúde da Família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO). **Trabalho de Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 183-203, 2017.

GUTHRIE, B.; MAKUBATE, B.; HERNANDEZ, S. V.; DREISCHULTE, T. The rising tide of poly pharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. BME-Med, Reino Unido, v. 13, n. 74, p. 1-10, 2015.

HUANG, J.; WANG, Y.; CHEN, J.; ZHANG, Y.; YUAN, Z.; YUE, L.; HARO, J. M.; MONETA, M. V.; NOVICK, D. ; FANG, Y. Clinical outcomes of patients with major depressive disorder treated with either duloxetine, escitalopram, fluoxetine, paroxetine, or sertraline. **Neuropsychiatr Dis Treat.** United States, v. 26, n. 14, p. 2473-84, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2017. [online] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3121605 >. Acesso em: 11 de abr. 2018.

JACOBSEN, T. F.; MUSSI, M. M.; SILVEIRA, M. P. T. Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde,** São Paulo, v. 6, n. 3, p. 23-6, 2015.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuário de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia,** Rio Grande do Sul, v. 45, n. 1, p. 168-76, 2014.

KNUDSEN, A. K.; HARVEY, S. B.; MYCLETUM, A., OVERLAND, S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The H H Study. **Acta Psychiatr Scand.** United States, v. 127, n. 4, p. 287-97, 2013.

LEÃO, D. F. L.; MOURA, C. S.; MEDEIROS, D. S. Avaliação de interações medicamentosas potencias em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BS), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 19, n. 1, p. 311-8, 2014.

LEITE, S. N.; BERNARDO, N. L. M. C.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M. SOARES, L. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-10, 2017.

LEONARDO, B. C.; CUNHA, D. F.; SAKAE, T. M.; REMOR, K. V. T. Prevalência de transtornos mentias e utilização de psicotrópicos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **Arquivo Catarinense de Medicina,** Santa Catarina, v. 46, n. 2, p. 39-52, 2017.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1264- 74, 2014.

LEWER, D.; REILLY, R. O.; MOJTABAI, R.; LACKO, S.E. Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic factors. **The British Jornal of Psychiatry,** Reino Unido, v. 207, n. 1, p. 221-6, 2015.

LIMA, M. G.; ÁLVARES, J. GUERRA JÚNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; ACURCIO, F. A. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Sulp. 2, p. 1-9, 2017.

LIMA, T. A. M.; FURINI, A. A. C.; ATIQUE, T. S. C.; DONE, P. D.; MACHADO, R. L. D.; GODOY, M. F. Análise de potencias interações medicamentosas e reações adversas a anti-inflamatórios não esteroides em idosos. **Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p .533-44, 2016.

LOPES, R.; YAPHE, J.; RIBAS, M. J. Prescrição de psicofármacos nos cuidados de saúde primário no Porto: estudo transversal. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família,** Portugal, v. 30, n. 1, p. 368-76, 2014.

LUCCHESE, R.; SILVA, P. C. D.; DENARDI, T. C.; FELIPE, R. L.; VERA, I.; CASTRO, P. A.; BUENO, A. A.; FERNANDES, I. L. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal. **Texto e Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2017b.

LUCCHESE, R.; SIMÕES, N. D.; MONTEIRO, L. H. B.; VERA, I.; FERNANDES, I. L.; CASTRO, P. A.; SILVA, G. C.; EVANGELISTA, R. A.; BUENO, A. A.; LEMOS, M. F. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-6, 2017a.

LUCCHESE, R.; SOUZA, K.; BONFIN, S. P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-7, 2014.

MACIEL, C. F. L.; LIMA, L. H. A.; SOUSA, J. A. Estudo comparativo entre os ansiolíticos diazepam e buspirona. **Revista Saúde em Foco,** Teresina, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2015.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. S. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.**Epidemiologia Serviço Saúde,** Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-64, 2013.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 151-64, 2015.

MARI, J, J.; WILLIANS, P. A. Validity study of a psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Brazil Journal. Psychiatry,** São Paulo, v. 148, n. 1, p. 23-6, 1986.

MARQUITO, A. B.; FERNANDES, N. M. S.; COLUGNATI, F. A. B.; PAULA, R. B. Interações medicamentosas potencias em pacientes com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia,** São Paulo, v. 36, n. 1, p. 26-34, 2014.

MARTINIANO, C. S.; ANDRADE, P. S.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F.; CLEMENTINO, F. S.; UCHÔA, S. A. C. Legislação da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no Brasil: história, tendência e desafios. **Texto e Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 809-17, 2015.

MARTINS, A. M. E. B. L.; NASCIMENTO, J. E.; SOUZA, J. G. S.; BARBOSA DE SÁ, M. A.; FERES, S. B. L.; SOARES, B. P.; FERREIRA, E. F. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 21, n. 11, p. 3387-98, 2016.

MARTINS, G. A. ACURCIO, F. A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, A. Q. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.31, n. 11, p. 2401-12, 2015.

MEDEIROS, J. R. A.; CARVALHO, M. A. P.; MEDEIROS, A. P. G.; DANTAS, G. D.; MATOS, M. L.; PIMENTEL, E. R. S.; PASCOAL, F. F. S.; SOUZA, G. P. Transtorno mental comun em cuidadores de crianças. **Revista de Enfermagem da UFPE,** Recife, v. 12, n. 3, p. 651-7, 2018.

MELO, A.; BARBOSA, T. M. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 11(2), 25-39, jan, 2018.

MELO, D. O.; SILVA, S. R. A.; CASTRO, L. L. C. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. **Epidemiologia à Serviço da Saúde,** Brasília, v. 25, n. 2, p. 259-70, 2016.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 52, n. 32, p. 1-8, 2017.

MENDONÇA, G. O.; TORETI, J. A.; MOREIRA, L. B.; MARTINO, D. N.; SOUSA, L. Relação entre doenças crônicas não transmissíveis e qualidade de vida em mulheres. **Arquivo de Ciências e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 82-86, 2015.

MIASSO, A. I.; TELLES FILHO, P. C. P.; BORGES, T. L.; PEREIRA JÚNIOR, A. C.; VEDANA, K. G. G.; SHASANMI, R.; GIMENES, F. R. E. Adherence to psychotropic medications and associated factors ins primary health care. **Mental Health Nursing,** United States, v. 37, n. 10, p. 775-83, 2016.

MIASSO, A. I.; TELLES FILHO, P. C. P.; BORGES, T. L.; PEREIRA JÚNIOR, A. C.; VEDANA, K. G. G.; SHASANMI, R. O.; GIMENES, F. R. E. Quality of life in Brazil's Family Health Strategy: Common Mental Disorders, use de Pychotropic Drugs and Sociodemographic Fators. **Archives of Psychiatric Nursing,** United States, v. 31, n. 1, p. 68-72, 2017.

MIELCK, A.; VOGELMANN, M.; LEIDL, R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. **Health Qual Life Outcomes,** United States, v. 12, p. 2-10, 2014.

MIBIELLI, P. ROZENFELD, S.; MATOS, G. C.; ACURCIO, F. A. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1947-56, 2014.

MIRA, J. J.; OROZCO, D. B.; PÉREZ, V. J.; MARTINEZ, J. L.; GIL, G.; CARRATALA, C. M.; SÁNCHEZ, M. M.; PERTUSA, M. S.; ASENCIO, A. A. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. **Family Practice,** United States, v. 30, n. 1, p. 56-63, 2013.

MENEZES, T. N.; OLIVEIRA, E. C. T.; FISCHER, M. A. T. A.; ESTEVES, G. H. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** Lisboa, v. 34, n. 2, p. 117-24, 2016.

MOCHCOVITCH, M. D.; BACZYNSKI, T. P.; SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E. Treatment effect on temperament and character in panic disorder: a prospective randomised double-blind study. **MedicalEspress,** São Paulo, v. 2, n. 3, p. 1-6, 2015.

MOREIRA, I. J. B.; HORTA, J. A.; DURO, L. N.; BORGES, D. T.; CRISTOFARI, A. B.; CHAVES, J.; BASSANI, D. C. H.; CERIZOLLI, E. D.; TEIXEIRA, R. M. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

MOREIRA, T. C.; FIGUEIRÓ, L. R.; FERNANDES, S.; JUSTO, F. M.; DIAS, I. R.; BARROS, H. M. T.; FERIGOLO, M. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-user assessed using the WHOQOL-BREF. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1953-62, 2013.

MOREIRA, M. B.; MESQUITA, M, G. R.; STIPP, M. A. C.; PAES, G. O. Potencias interações de medicamentos intravenosos em terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-8, 2017.

MORINSKY, D. E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported messure of medication adherence. **Medical Care Filadelfia,** Estados Unidos, v.24, n.1,p.67-74, 1986.

MOURA, D. C. N.; REGINALDO PINTO, J.; MARTINS, P.; PEDROSA, K. A.; CARNEIRO, M. G. D. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão interativo da literatura. **SANARE,** Sobral, v. 15, n. 2, p. 136-44, 2016.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; COSTA, E. A.; LEITE, S. N.; COSTA, K. S.; SOEIRO, O. M.; GUIBU, I. A.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ACURCIO, F. A. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 52, Supl. 2, p. 1-12, 2017a.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A.; LEITE, S. N.; COSTA, K. S.; SOEIRO, O. M.; GUIBU, I. A.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ACURCIO, F. A. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-12, 2017b.

NETO, J. A.; LEITE, L. H. I.; ROCHA, P. G. L. Uso de psicofármacos e práticas corporais para a saúde em um grupo terapêutico. **SANARE,** Sobral, v. 16, n. 2, p. 42-50, 2017.

NOBREGA, M. P. S. S.; FERNANDES, M. F. T.; SILVA, P. F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Rio Grande do Sul, v, 38, n. 1, p. 1-8, 2017.

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **Saúde & Ciência em Ação,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 1. p. 71-82, 2016.

OKPATATU, C. I.; TAWANI, D. Psychotropic prescriptions for the treatment of schizophrenia in an outpatient clinic. **Trends Psychiatry Psychother,** Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 165-72, 2017.

OKUNO, M. F. P.; CINTRA, R. S.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; BATISTA, R. E. A. Interação medicamentosa no serviço de emergência. **Einstein,** São Paulo, v. 11, n. 4, p. 462-6, 2013.

OLIVEIRA, J. F. M.; WAGNER, G. A.; LIEBER, N. S. R.; ANTUNES, J. L. F. Tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa entre gênero e faixa etária no Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3381-91, 2017.

PADILHA, P. D. M.; TOLEDO, C. E. M.; ROSADA, C. T. M. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Campo Mourão/PR. **Uningá Review,** Maringá, v. 20, n. 2, p. 6-14, 2014.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; HAAS, V. J.; SILVA, S. R.; MONTEIRO, J. C. S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-8, 2017.

PERAL, A, J.; LERTXUNDI, E. U.; MARTÍNEZ B. M. J.; MORA, O.; FRANCO L. E.; GABILONDO, I. Evaluación prospectiva de interaciones entre medicamentos em pacientes ingressados mediante una aplicación informática. **Farm Hosp,** v. 31, n. 2, p. 33-100, 2007.

PEREIRA, K. G.; PERES, M. A.; LOP, D.; BOING, A. C.; BOING, A. F.; AZIZ, M. ORSI, E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 335-44, 2017.

PINHEIRO, J. S.; CARVALHO, M. F. C.; LUPPI, G. Interação medicamentosa e a farmacoterapia de pacientes geriátricos com síndrome demenciais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 303-14, 2013.

PIZZOL, T. S. D.; TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; FARIAS, M. R.; ARRAIS, P. S. D.; RAMOS, L. R.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica entre crianças no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 50, Sulp. 2, p. 1-13, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7th wd. Porto Alegre: Artmed, p. 406-26, 2011.

PORTUGAL, F. B.; CAMPOS, M. R.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; FORTES, S. L. C. L. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e são Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 497-8, 2016.

POTTIE, K.; THOMPSON, W.; DAVIES, S.; GRENIER, J.; SADOWSKI, C. A.; WELCH, V.; HOLBROOK, A.; BOYD, C.; SWENSON, R.; FARRELL, A. M. B. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. **Canadian Family Physician,** Canadian, v. 64, n. 1, p. 339-51, 2018.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 21, n. 11, p. 3447- 58, 2016.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia Serviço da Saúde,** Brasília, v.26, n. 4, p. 747-58, 2017.

PRIETSCH, R. F. Estudo da prescrição do antidepressivo fluoxetina no tratamento para a depressão na cidade de pelotas. **Revista Eletrônica de Farmácia,** Rio Grande do Sul, v. 12, n. 2, p. 52-71, 2015.

RAMALHINHO, I. M. P. S. Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: contributo para seu estudo. 1994. 82f. Dissertação (Mestrado) – **Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa,** Lisboa, 1994.

RAMOS, L. R.; TAVARES, N. U. L.; VERTOLDI, A. D.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; PIZZOL, T. S. D.; ARRAIS, P. S. D.; MENGUE, S. S. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 1-9, 2016.

RAUPP, L. M.; DHEIN, G.; MEDIEROS, C. R. G.; GRAVES, M. T. Q.; SALDANHA, O. M. F. L.; SANTOS, M. V.; KOETZ, L. C. E.; ALMEROM, G. P. O. Doenças crônicas e trajetórias assistências: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 625-34, 2015.

REIS, I. L. F.; ALVES, L. F. D. C.; CUNHA, L. D. R. D.; CAVALLI, A. P.; AGUIAR, R. A. T. D. Renovação de prescrição médica na atenção primária: uma análise critica. **Revista Médica de Minas Gerais,** Belo Horizonte, v. 28, p. 1-5, 2018.

REINERT, C. A.; RIBAS, M. R.; ZIMMERMANN, P. R. Drug interactions between antineoplastic and antidepressant agents: analysis of patients seen at an oncology clinic at a general hospital. **Trends Psychiatry Psychother,** United States, v. 37, n. 2, p. 87-93, 2015.

RIBEIRO, A. G.; CRUZ, L. P.; MARCHI, K. C.; TIRAPELLI, C. R.; MIASSO, A. I. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1825-33, 2014.

RIBAS, C.; OLIVEIRA, K. R. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma unidade básica de saúde do município de Ijuí-RS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-114, 2014.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: Perfil e utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, P. 3291-3300, 2013.

ROCHA, R. E. R.; MINEIRO, L.; BOSCATTO, E. C.; MELLO, M. F. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de um universidade aberta da maior idade. **Jornal de Educação Física,** Rio de Janeiro, v.27, n. 1, p. 1-14, 2016.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, C. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão interativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2016.

ROSENBERG, E. C.; LOUIK, J.; CONWAY, E.; DEVINSKY, O.; FRIEDMAN, D. Quality of life in childhood epilepsy in paediatric patients enrolled in a prospective, open-label clinical study with cannabidiol. **Epilepsia,** United States, v. 58, n. 8, p. 1-8, 2017.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiologia, Serviço e Saúde,** Brasília, v. 26, n. 1, p. 121-32, 2017.

SANTOS, G. A. S.; BOING, A. C. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e era;cões adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

SANTOS, A. N. M.; NOGUEIRA, D. R. C.; OLIVEIRA, C. R. B. Automedicação entre participantes de uma Universidade Aberta a Terceira Idade e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 432-9, 2018.

SANTOS, H. C.; RIBEIRO, R. R.; FERRARINI, M.; FERNANDES, J. P. S. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo**. Rev. Ciênc Farm Básica Apl,** São Paulo, v.30, n. 3, p. 285-89, 2010.

SANTOS, L. S.; RIBEIRO, I. J. S.; BOERY, E. N.; BOERY, R. N. S. O. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. **Cogitare Enfermagem,** Paraná, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2017.

SANTOS, W. M.; SECOLI, S. R.; PADOIN, S. M. M. Potenciais interações de drogas em pacientes de terapia antirretroviral. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Sua Paulo, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2016.

SARATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENSETTI, J. Estratégia Saúde da Família: uma invasão tecnológica em saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SCHENKEL, M.; SIMÃO, J.; SCHWANBACH, K. H.; COLET, C. F. Interação medicamentosa em usuários de antidepressivos do sistema público de um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde,** Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p. 107-14, 2015.

SCRIGNOLI, C. P.; TEIXEIRA, V. C. M. C.; LEAL, D. C. P. Interações medicamentosas entre fármacos mais prescritos em unidade de terapia intensiva adulta. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços,** São Paulo, v. 7, n. 2, p. 26-30, 2016.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínica médica e cirúrgica de um hospital geral. **Revista Latino-Américana de Enfermagem,** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.

SILVA, P. **Farmacologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum ente estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** Brasília, p. 229-42. 2014. Edição Especial.

SILVA, V. P.; BOTTI, N. C. L.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A. A. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. **Resta de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro,** Minas Gerias, v. 5, n. 1, p. 1393-00. 2015.

SILVA, J. L. L.; MORENO, R. F.; SOARES, R. S.; ALMEIDA, J. A.; DAHER, D. V.; TEIXEIRA, E. R. Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores marítimos do Rio de Janeiro. **Journal of Research Fundamental Care,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 676-81, 2017.

SILVA, P. A. S.; ROCHA, S. V.; SANTOS, L. B.; SANTOS, C. A.; AMORIM, C. R.; VILELA, A. B. A. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 639-46, 2018.

SILVA, E. C.; MARTINS, M. S. A. S.; GUIMARÃES, L. V.; SEGRI, N. J.; LOPES, M. A. L.; ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SILVEIRA, A.; LANA, R. A.; DALFOVO, M. S.; Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Rev. Interdisciplinar Científica Aplicada,** Blumenau, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2009.

SILVEIRA, C. L. G.; MELO, V. F. C.; BARRETO, A. J. R. Atenção à saúde do homem na atenção em saúde: uma revisão integratva. **Revista de Enfermagem EFPE on line,** Recife, v. 11 (supl.3), p. 1528-9, 2017.

SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, I.; THEODORAKIS, P. N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry,** Reino Unido, v. 4, n. 13, p. 1-14, 2013.

SOEGAARD, H. J.; PEDERSEN, P. Prevalence of Common Mental Disorders among Incident Individuals on Long-Term Sickness Absence When Compensating for Non-Participation. **Psychology,** Dinamarca, v.3, n. 9A, p. 818-24, 2012.

SOUSA, N. M. M.; PINTO, N. B.; ALMEIDA, F. B.; MACIEL, N. S.; CABRAL, S. A. A. O.; ALENCAR, M. C. B. Perfil de usuários de psicofármacos atendidos em uma farmácia comunitária do alto sertão paraibano. **Revista Brasileira de Educação e Saúde,** Paraíba, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2016a.

SOUSA, N. P.; SOUSA, M. F.; ARAÚJO, D. E. R.; SANTOS, W. S.; LIMA, L. R.; REHEM, T. C. M. S. B. Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária segundo escore de Framingham. **Tempus, actas de Saúde Coletiva,** Brasilía, v. 10, n. 1, p. 157-68, 2016b.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O. SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 51, Supl. 2, p. 1-12, 2017a.

SOUZA, L. S.; BARBOSA, B.; SILVA, C. O.; SOUZA, A.; FERREIRA, T.; SIQUEIRA, L. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto na atenção primária à saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,** Portugal, n. 18, p. 59-66, 2017b.

SOUZA, L. A. O.; FONTELES, M. M. F.; MONTEIRO, M. P.; MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; PIZZOL, T. S. D.; TAVARES, N. U. L.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; ARRAIS, P. S. D. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-14, 2018.

STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J. W.; PATEL, V.; SILOVE, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology,** Reino Unido, v. 43, n. 2, p. 476-93, 2014.

STEVANOVIC, D.; ZALSMAN, G. Changes in cognitive distortions and affectivity levels in adolescent depression after acute phase fluoxetine treatment. **Cogn Neuropsychiatry,** United States, v. 11, p. 1-10, 2018.

TELLES FILHO, P. C. P.; BORGES, T. L.; PEREIRA JÚNIOR, A. D.; SHASANMI, R. O.; GIMENES, F. R.; MIASSO, A. I. Factors associated with psychotropic medication use in individuals in Brazilian Primary Health Care Units: a descriptive, cross-sectional study. **Journal Psychosoc Nurse Mental Health Sev,** United States, v. 55, n. 3, p. 38-45, 2017.

TRUVEN HEALTH ANALYTICS. DRUG-REAX® System (Electronic version). Greenwood Village, 2016. Disponível em: <http://www-micromedexsolutions-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 7 mar. 2017.

VIDAL, C. E. L.; YAÑEZ, B. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑES, C. F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres**. Cad. Saúde Colet,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-64, 2013.

VONBACH, P.; DUBIED, A; KRAHENBUHL, S.; BEER, J.H. Evaluation of frequently used drug interaction screening programs. **Pharm World Sci,** United States, v. 30, n. 4, p. 367-74, 2008.

WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1-5, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates. 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MDS-MER-2017.2-ENG.PDF?UA=1. Acesso em: 23 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality Assurance and Safety of Medicines Team. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva, 2006. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43384/1/9241593911_eng.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment:** 2018. Disponível em: <https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ATT/DDD Index 2009. Disponível em: http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase. Acesso em: 27 abr. 2018.

XAVIER, M. S.; TERRA,M. G.; SILVA, C. T.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; SILVA, A. A.; FREITAS, F. F. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. **Rev. Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 323-9, 2014.

YIMAM, K.; KEBEDE, Y.; AZALE, T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopuia. **Journal Depress Anxiety,** Kombolcha, v. 1, n. 7, p. 2167-1144, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

ESCLARECIMENTO PARA O PACIENTE
Eu, Assis do Carmo Pereira Júnior, enfermeiro e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob orientação da Profa. Adriana Inocenti Miasso, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: influência do uso de psicofármacos e impacto na qualidade de vida". Para desenvolver este estudo, eu preciso realizar entrevistas com pacientes atendidos em Estratégias de Saúde da Família. Por isso, acredito que o (a) Senhor (a) seja uma pessoa que possa informar sobre este assunto. Sendo assim, convido o (a) Senhor (a) a participar desse projeto de pesquisa. Para isso irei fazer algumas perguntas para o (a) Senhor (a), em uma sala reservada. O tempo estimado para a realização da entrevista é de 1 hora. Vou utilizar as respostas de todos os participantes para estudar e entender melhor como ocorrem as interações medicamentosas nas Estratégias de Saúde da Família de Diamantina. As folhas com as respostas ficarão guardadas sob minha responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas. Se o (a) Senhor (a) concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer nesse trabalho em nenhum momento, que o (a) senhor (a) não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar; que sua participação na pesquisa é espontânea e que ela não vai influenciar no seu direito de atendimento aqui no serviço e o (a) senhor (a) poderá desistir de participar do estudo quando quiser, de acordo com a sua vontade. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa serão mínimos e estão atrelados a questões de cunho emocional. Se durante a entrevista o (a) Senhor (a) sentir qualquer desconforto emocional, a mesma poderá ser interrompida e caso após avaliação das respostas dadas perceba-se que algum tipo de ajuda ou tratamento para seu estado emocional seja necessário, serão dadas as orientações devidas e necessárias, conforme sua vontade. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver. Caso o (a) senhor (a) compareça ao serviço apenas para fins da pesquisa, será fornecido vale transporte e alimentação. Acreditamos que os resultados desse estudo poderão contribuir para melhorar a qualidade de vida e compreender como ocorrem as interações medicamentosas em pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde. Se aceitar participar, vou pedir que assine uma folha como essa, que diz que aceita participar do projeto de pesquisa, e também o(a) senhor(a) receberá, para guardar, uma via do termo assinada por mim e pela supervisora desta pesquisa.

Frente da folha

Verso da folha

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento

Eu, ...

Entendi e ouvi da pesquisador o que ele vai fazer no projeto de pesquisa: "INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: influência do uso de psicofármacos e impacto na qualidade de vida", 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 tratamento oferecido nesse serviço de saúde. 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. Fui orientado(a) que tenho direito a indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de minha participação na pesquisa.

Diamantina, ... de ..... de 2017.

_____

Assinatura (ou impressão digital)

_____

Assis do Carmo Pereira Júnior (CPF 06611274600) Pesquisador responsável

_____

Adriana Inocenti Miasso (CPF 20277835801) Orientadora

Assis do Carmo Pereira Júnior: assisdocarmo@usp.br Contato: (38) 988147260

Profª Drª Adriana Inocenti Miasso: amiasso@eerp.usp.br Contato: (16) 3315-3418

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902/ sala 51

CEP da Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto Contato: (16) 3315-9197

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902/ sala 38

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Observação: o CEP tem "a tarefa de zelar pela integridade e direito dos participantes das pesquisas, revisando e acompanhando projetos e estudos que envolvem seres humanos".

APÊNDICE B - Parte 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Número de identificação: _____Matrícula na UBS: _____Data da coleta: ____/____/___

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

2) Qual a sua idade? _____ anos

3) Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

4) Qual a sua escolaridade?
Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( )
Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( )
Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( )
Ensino superior completo Sabe ler e escrever ( )

5) Qual o seu estado civil?
Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Amasiado ( ) Divorciado ( )

6) Você tem alguma religião?
Não tem ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Afro-brasileira ( ) Outra ( ) .....

7) Qual a sua situação de trabalho/ocupação?
Desempregado ( ) Faz trabalhos eventuais ("bicos") ( ) Trabalho regular (informal) ( )
Trabalho regular (registrado) ( ) Afastado do trabalho ( ) Aposentado INSS ( ) Outra ( ) .....

8) Qual a sua renda mensal?
Não tem renda( ) Até um salário mínimo ( ) Acima de um salário até três salários mínimos ( )
Acima de três e até cinco salários mínimos( ) Acima de cinco até dez salários ( ) Acima de dez salários ( )

9) Qual a renda mensal total da sua família?
Não tem renda( ) Até um salário mínimo ( ) Acima de um salário até três salários mínimos ( )
Acima de três e até cinco salários mínimos( ) Acima de cinco até dez salários ( ) Acima de dez salários ( )

10) Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você?
Mora sozinho( ) Duas pessoas( ) Três pessoas( ) Quatro pessoas( ) Cinco pessoas( ) Outro( ).....

11) Qual o motivo de sua consulta? _____
12) Possui quais enfermidades? _____
13) Faz uso contínuo de medicamentos? (não psicofármacos) Quais? _____

Parte 2

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOBRE O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Número de identificação: _____
Data da entrevista: ____/____/____
Matrícula na ESF:_____

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

1) Atualmente, você faz uso de psicofármacos?

✦Sim ( )

✦Não ( )

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

Dados complementares Qual (is) Medicamento(s)?	Qual a Indicação de uso/ diagnóstico médico?	Há quanto tempo faz uso?	Qual a especialidade do médico que lhe prescreveu?	Faz uso sem prescrição médica?

2)Você alguma vez já sentiu reações desagradáveis que julgou ser referente ao(s) psicofármaco(s)? 1. Sim 2. Não

APÊNDICE C - Instrumento diretivo para coleta de dados em prontuário

Número de identificação: _____

Data coleta: ____/____/____

1. Existem medicamentos não psicofármacos prescritos? Qual medicamento?

N°	Nome	Dose	Frequência

2. Existem psicofármacos prescritos? Qual medicamento?

N°	Nome	Dose	Frequência

APÊNDICE D -Instrumento para classificação dos fármacos em uso e registro de interações medicamentosas

Número de identificação: _____

Data da coleta: ____/____/____

Medicamentos em uso (Psicofármaco ou não)	Classificação

Há interações medicamentosas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, relacionar os medicamentosas em interação:

Interações medicamentosas

Medicamento 1	Medicamento 2	Gravidade	Qualidade da evidência científica	Tempo de início

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 186/2017, de 10/08/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 10 de agosto de 2017.

Protocolo CAAE: 69034417.7.0000.5393

Projeto: Interações medicamentosas: influência do uso de psicofármacos e impacto na qualidade de vida.

Pesquisadores: Assis do Carmo Pereira Júnior
Adriana Inocenti Miasso (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Adriana Inocenti Miasso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

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

Iniciais do nome: _____ Data da entrevista: ____/____/____

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

Resultado: Positivo ( ) Negativo ( )

ANEXO C -

World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – bref)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão vem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		nunca	algumas vezes	sempre	frequentemente	muito frequentemente
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - TESTE DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos psicotrópicos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2) Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para a depressão?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5) Alguma vez o(a) Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6) Alguma vez interrompeu o tratamento para a depressão por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6